

# Persönlichkeit und Alltag

Unser Alltag wird von vielerlei Dingen bestimmt, über die die Wissenschaft wenig weiß. Zum Beispiel über unsere unterschiedlichen Temperamente, Interessen und Fähigkeiten. Die folgende Befragung ist deshalb etwas ungewöhnlich - aber für Sie persönlich auch besonders interessant. Neben einigen Fragen zu Ihrem Leben enthält das Interview auch kleine Tests. Am Ende können Sie bei einem Spiel auch Geld gewinnen. Mit etwas Glück bis zu 300 Euro. Auf jeden Fall erhalten Sie als Dankeschön ein Los der "Aktion Mensch"!

Listen-Nr.

Lfd. Nr.

**Bitte geben Sie hier Geschlecht, Geburtsjahr und Vorname der Zielperson ein:**

Männlich .....

Weiblich .....

Geburtsjahr:

1	9		
---	---	--	--

Vorname der Zielperson:

*Bitte in Druckbuchstaben*

# Wie wird's gemacht?

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie

- in die weißen Kästchen ein Kreuz machen

Beispiel: **Geschlecht:** männlich .....   
weiblich .....

**MUSTER**


- in die etwas größeren weißen Felder Zahlen eintragen, und zwar rechtsbündig

Beispiel 1: **Miete** .....  EURO

Beispiel 2: **Monat** .....  (= Dezember)

- in die Balken Text schreiben


Beispiel: **Sonstiger Grund** .....   
und zwar: **Berufswechsel**

Das  Zeichen steht vor Erläuterungen zu einzelnen Fragen.

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

Beispiel:

**Gibt es in Ihrem Haushalt Kinder?**

Ja .....   


Nein .....  

**Sie springen auf Frage . . . !**

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

Wenn Sie in diesem Beispiel "Nein" ankreuzen, geht es für Sie weiter mit der Frage, die im Hinweis "Sie springen auf Frage . . . !" angegeben ist!

## Und noch eine Bitte:

Der Fragebogen wird mit der modernen Scanner-Technik ausgewertet. Im Prinzip hat jeder von Ihnen so einen Scanner schon in Betrieb gesehen: An der Kasse eines jeden größeren Geschäftes fährt die Kassiererin mit einem Scanner über das Preisschild der gekauften Ware, und schon ist die Information automatisch „gelesen“. So ähnlich machen wir es mit dem Fragebogen. Damit das funktioniert, ist es sehr wichtig,

- dass Sie nur einen schwarzen oder blauen Kugelschreiber verwenden
- dass Ihre Angaben gut lesbar sind
- und dass Ihre Markierung innerhalb der Kästchen bleibt.

Sie erleichtern uns dadurch sehr die Arbeit. **Vielen Dank!**

# Ihre Lebenssituation heute

## 1. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

☞ Bitte kreuzen Sie für jeden Bereich auf der Skala einen Wert an:  
Wenn Sie ganz und gar **unzufrieden** sind, den Wert "0",  
wenn Sie ganz und gar **zufrieden** sind, den Wert "10".  
Wenn Sie **teils zufrieden / teils unzufrieden** sind, einen Wert dazwischen.

Wie zufrieden sind Sie ...

ganz und gar  
**unzufrieden**

ganz und gar  
**zufrieden**

– mit Ihrer Gesundheit?

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

*(falls Sie erwerbstätig sind)*

– mit Ihrer Arbeit?

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

*(falls Sie im Haushalt tätig sind)*

– mit Ihrer Tätigkeit im Haushalt?

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

– mit dem Einkommen  
Ihres Haushalts?

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

– mit Ihrem persönlichen Einkommen?

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

– mit Ihrer Wohnung?

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

– mit Ihrer Freizeit?

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

*(falls Sie Kinder im Vorschulalter haben)*

– mit den vorhandenen Möglichkeiten  
der Kinderbetreuung?

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

– mit Ihrem Lebensstandard  
insgesamt?

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

– mit Ihrem Freundes- und  
Bekanntenkreis?

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

– mit der Sicherheit in  
Ihrer Wohngegend?

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



**8. Welchen Schulabschluss haben Sie?**

Noch keinen Abschluss, gehe noch zur Schule .....

**Schulabschluss in der Bundesrepublik Deutschland/  
Westberlin:**

Volksschul- / Hauptschulabschluss .....

Mittlere Reife, Realschulabschluss .....

Fachhochschulreife (Abschluss Fachoberschule) .....

Abitur (Hochschulreife) .....

Anderer Schulabschluss .....

Schule ohne Abschluss verlassen .....

**In welchem Bundesland haben Sie  
Ihren Schulabschluss gemacht?**

**Schulabschluss in der DDR:**

Abschluss 8. Klasse .....

Abschluss 10. Klasse .....

Abitur (Hochschulreife) .....

Anderer Schulabschluss .....

Schule ohne Abschluss verlassen .....

**Schulabschluss in einem anderen Land:**

Dauer des Schulbesuchs   Jahre,  
und zwar:

Pflichtschule ohne Abschluss besucht .....

Abschluss einer Pflichtschule .....

Abschluss einer weiterführenden Schule .....

**9. Können Sie sich an Ihr letztes Schulzeugnis erinnern?**

**Welche Note hatten Sie in Ihrem letzten Zeugnis in den folgenden drei Fächern?**

	Deutsch	Mathematik	Erste Fremdsprache
Sehr gut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befriedigend .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausreichend .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelhaft .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungenügend .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte dieses Fach nicht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Haben Sie eine Berufsausbildung oder ein Studium abgeschlossen?

Ja .....

Nein .....

**Sie springen auf Frage 12!**

11. Was für ein Ausbildungs- oder Studienabschluss ist das?

*Mehrfachnennungen möglich!*

Gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre .....

Kaufmännische oder sonstige Lehre .....

Berufsfachschule, Handelsschule .....

Schule des Gesundheitswesens .....

Fachschule (z.B. Meister-, Technikerschule) .....

Beamtenausbildung .....

Fachhochschule, Ingenieurschule .....

Universität, Hochschule .....

Sonstiger Ausbildungsabschluss .....

*Bitte eintragen*

12. In der folgenden Frage geht es darum, zu welchen Personen, Gruppen oder Institutionen Sie mehr oder weniger Vertrauen haben.

Wieviel Vertrauen haben Sie ...

*In jede Zeile bitte **eine** Nennung!*


	Sehr viel Vertrauen	Ziemlich viel Vertrauen	Wenig Vertrauen	Überhaupt kein Vertrauen
– zur eigenen Familie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zu Nachbarn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zu Freunden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zu Arbeitskollegen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zu Fremden, denen Sie erstmals begegnen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zu den Kirchen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zu den Schulen und dem Bildungswesen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zum Zeitungswesen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zu den Gewerkschaften .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zur Polizei .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zum Bundestag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zu den Behörden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zur Europäischen Union .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zu den Gerichten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zu großen Wirtschaftsunternehmen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Haben Sie jemals spontan von der Großzügigkeit einer Person profitiert, die Sie vorher nicht gekannt haben?

Ja .....

Nein .....

14. Wie oft kommt es vor, ...

 In jede Zeile bitte eine Nennung!

Sehr oft      Oft      Manch- mal      Selten      Nie

- dass Sie Ihren Freunden persönliche Dinge leihen (z.B. CDs, Bücher, Auto, Fahrrad)? ..... =-----=-----=-----=-----
- dass Sie Ihren Freunden Geld leihen? ..... =-----=-----=-----=-----
- dass Sie die Tür zu Ihrer Wohnung unversperrt lassen? ..... =-----=-----=-----=-----
- dass Sie Ihr Wechselgeld beim Bezahlen nachzählen? ..... =-----=-----=-----=-----

15. Was würden Sie sagen: Wie viele enge Freunde haben Sie?

enge Freunde

16. Glauben Sie, dass die meisten Leute ...

- Sie ausnützen würden, falls sie eine Möglichkeit dazu hätten .....
- oder versuchen würden, Ihnen gegenüber fair zu sein? .....

17. Würden Sie sagen, dass die Leute die meiste Zeit ...

- versuchen, hilfsbereit zu sein? .....
- oder nur ihre eigenen Interessen verfolgen? .....


18. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

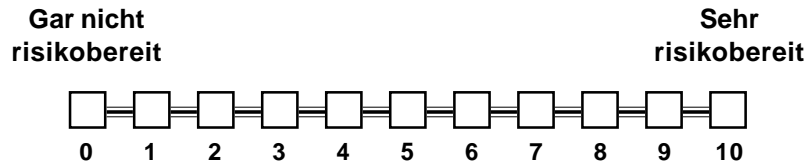
 Kreuzen Sie bitte jeweils ein Kästchen an.

Stimme voll zu      Stimme eher zu      Lehne eher ab      Lehne voll ab

- Im Allgemeinen kann man den Menschen vertrauen ..... =-----=-----=-----
- Heutzutage kann man sich auf niemanden mehr verlassen ..... =-----=-----=-----
- Wenn man mit Fremden zu tun hat, ist es besser, vorsichtig zu sein, bevor man ihnen vertraut ..... =-----=-----=-----
- Wenn ich an die Zukunft denke, bin ich eigentlich zuversichtlich. .... =-----=-----=-----
- Ich fühle mich oft einsam ..... =-----=-----=-----
- Meine Arbeit macht mir eigentlich keine Freude ..... =-----=-----=-----
- Die Verhältnisse sind so kompliziert geworden, dass ich mich ... fast nicht mehr zurecht finde ..... =-----=-----=-----

19. Wie schätzen Sie sich persönlich ein:  
Sind Sie im allgemeinen ein risikobereiter Mensch oder versuchen Sie, Risiken zu vermeiden?

 Bitte kreuzen Sie ein Kästchen auf der Skala an, wobei der Wert 0 bedeutet: "**gar nicht risikobereit**" und der Wert 10: "**sehr risikobereit**". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstimmen.



20. Stellen Sie sich vor, Sie nehmen an einer Quizshow teil, bei der Sie auch Geld gewinnen können. Dabei entscheiden Sie selbst in welcher Form: Sie können entweder einen festen Geldbetrag bekommen oder an einer Lotterie teilnehmen. Bei der Lotterie gewinnen Sie mit einer Chance von 50:50 entweder 200 Euro oder Sie bekommen nichts.

Bitte sehen Sie sich einmal Liste 20 an. Dort steht in jeder Zeile, wie Sie sich entscheiden können. Treffen Sie Ihre Entscheidung bitte zunächst in Zeile 1, dann in Zeile 2 usw.

*Int: Liste 20 bitte mit ZP zusammen ansehen und bei Bedarf erläutern.*

Wie würden Sie sich entscheiden ...

	A	oder	B
in Zeile 1?	Fester Betrag 40 Euro..... <input type="checkbox"/>		Lotterielos ..... <input type="checkbox"/>
in Zeile 2?	Fester Betrag 70 Euro..... <input type="checkbox"/>		Lotterielos ..... <input type="checkbox"/>
in Zeile 3?	Fester Betrag 100 Euro..... <input type="checkbox"/>		Lotterielos ..... <input type="checkbox"/>
in Zeile 4?	Fester Betrag 130 Euro..... <input type="checkbox"/>		Lotterielos ..... <input type="checkbox"/>

ZP kann sich nicht entscheiden und verweigert die Antwort.....   Sie springen auf Frage 22!

21. Nun stellen Sie sich vor, in der Quizshow werden die Regeln etwas verändert. Wieder haben sie vorab die Wahl zwischen einem festen Geldbetrag und einer Lotterie. Bei der Lotterie können Sie mit einer Gewinnchance von 50:50 entweder 160 Euro gewinnen oder diesmal 40 Euro verlieren.

Bitte schauen Sie nun auf die Liste 21, dort steht in jeder Zeile wie Sie sich entscheiden können. Treffen Sie Ihre Entscheidung bitte zunächst in Zeile 1, dann in Zeile 2 usw.

*Int: Liste 21 bitte mit ZP zusammen ansehen und bei Bedarf erläutern.*

Wie würden Sie sich entscheiden ...

	A	oder	B
in Zeile 1?	Fester Betrag 0 Euro..... <input type="checkbox"/>		Lotterielos ..... <input type="checkbox"/>
in Zeile 2?	Fester Betrag 30 Euro..... <input type="checkbox"/>		Lotterielos ..... <input type="checkbox"/>
in Zeile 3?	Fester Betrag 60 Euro..... <input type="checkbox"/>		Lotterielos ..... <input type="checkbox"/>
in Zeile 4?	Fester Betrag 90 Euro..... <input type="checkbox"/>		Lotterielos ..... <input type="checkbox"/>

ZP kann sich nicht entscheiden und verweigert die Antwort.....



# Was für eine Persönlichkeit sind Sie?

22. Nun etwas ganz anderes. Unsere alltäglichen Handlungen werden davon beeinflusst, welche Grundüberzeugungen wir haben. Darüber ist in der Wissenschaft wenig bekannt.

Hier sind unterschiedliche Eigenschaften, die eine Person haben kann.

Wahrscheinlich werden einige Eigenschaften auf Sie persönlich voll zutreffen und andere überhaupt nicht. Bei wieder anderen sind Sie vielleicht unentschieden.

☞ Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala.  
 Der Wert 1 bedeutet: **trifft überhaupt nicht zu.**  
 Der Wert 7 bedeutet: **trifft voll zu.**  
 Mit den Werten zwischen 1 und 7 können Sie Ihre Meinung abstimmen.

Ich bin jemand, der ...	Trifft überhaupt nicht zu							Trifft voll zu
	1	2	3	4	5	6	7	
- gründlich arbeitet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- kommunikativ, gesprächig ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- manchmal etwas grob zu anderen ist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- originell ist, neue Ideen einbringt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- sich oft Sorgen macht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- verzeihen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- eher faul ist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- aus sich herausgehen kann, gesellig ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- künstlerische Erfahrungen schätzt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- leicht nervös wird .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Aufgaben wirksam und effizient erledigt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- zurückhaltend ist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rücksichtsvoll und freundlich mit anderen umgeht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- eine lebhaft Phantasie, Vorstellungen hat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- entspannt ist, mit Stress gut umgehen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**23. In welchem Maße treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?**

☞ Antworten Sie bitte wieder anhand einer Skala.  
 Der Wert 1 bedeutet: **trifft überhaupt nicht zu**,  
 der Wert 7 bedeutet: **trifft voll zu**.

Trifft  
überhaupt  
nicht zu

Trifft  
voll  
zu

1 2 3 4 5 6 7

Wenn mir jemand einen Gefallen tut,  
bin ich bereit, dies zu erwidern .....

=======

Wenn mir schweres Unrecht zuteil wird, werde ich mich  
um jeden Preis bei der nächsten Gelegenheit dafür rächen .....

=======

Wenn mich jemand in eine schwierige Lage bringt,  
werde ich das Gleiche mit ihm machen .....

=======

Ich strenge mich besonders an, um jemandem  
zu helfen, der mir früher schon mal geholfen hat .....

=======

Wenn mich jemand beleidigt, werde ich mich ihm  
gegenüber auch beleidigend verhalten .....

=======

Ich bin bereit, Kosten auf mich zu nehmen, um jemandem  
zu helfen, der mir früher einmal geholfen hat .....

=======

**24. Die folgenden Aussagen kennzeichnen verschiedene Einstellungen zum Leben und zur Zukunft.  
 In welchem Maße stimmen Sie persönlich den einzelnen Aussagen zu?**

☞ Antworten Sie bitte wieder anhand einer Skala.  
 Der Wert 1 bedeutet: **stimme überhaupt nicht zu**,  
 der Wert 7 bedeutet: **stimme voll zu**.

Stimme  
überhaupt  
nicht zu

Stimme  
voll  
zu

1 2 3 4 5 6 7

Wie mein Leben verläuft, hängt von mir selbst ab .....

=======

Im Vergleich mit anderen habe ich nicht das erreicht,  
was ich verdient habe .....

=======

Was man im Leben erreicht, ist in erster Linie eine Frage  
von Schicksal oder Glück .....

=======

Wenn man sich sozial oder politisch engagiert,  
kann man die sozialen Verhältnisse beeinflussen .....

=======

Ich mache häufig die Erfahrung, dass andere über mein  
Leben bestimmen .....

=======

Erfolg muss man sich hart erarbeiten .....

=======

Wenn ich im Leben auf Schwierigkeiten stoße,  
zweifle ich oft an meinen Fähigkeiten .....

=======

Welche Möglichkeiten ich im Leben habe,  
wird von den sozialen Umständen bestimmt .....

=======

Wichtiger als alle Anstrengungen sind die Fähigkeiten  
die man mitbringt .....

=======

Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die in meinem  
Leben passieren .....

=======

Ich bemühe mich immer, eine Geldreserve zu haben für den  
Fall, dass ich unerwartete Ausgaben tätigen muss .....

=======

**25. Welche der folgenden Tätigkeiten üben Sie in Ihrer freien Zeit aus?**

**Geben Sie bitte zu jeder Tätigkeit an, wie oft Sie das machen:  
jede Woche, jeden Monat, seltener oder nie?**

	Jede Woche	Jeden Monat	Seltener	Nie
Besuch von kulturellen Veranstaltungen, z.B. Konzerten, Theater, Vorträgen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinobesuch, Besuch von Popkonzerten, Tanz- veranstaltungen, Discos, Sportveranstaltungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiver Sport .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstlerische und musische Tätigkeiten (Musizieren, Tanzen, Theater, Malen, Fotografieren) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geselligkeit mit Freunden, Verwandten oder Nachbarn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mithelfen, wenn bei Freunden, Verwandten oder Nachbarn etwas zu tun ist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehrenamtliche Tätigkeiten in Vereinen, Verbänden oder sozialen Diensten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligung in Bürgerinitiativen, in Parteien, in der Kommunalpolitik .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirchgang, Besuch religiöser Veranstaltungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. Gehören Sie einer Kirche oder Religionsgemeinschaft an?**

**Wenn ja, sind Sie ...**

– katholisch .....	<input type="checkbox"/>	
– evangelisch .....	<input type="checkbox"/>	
– Mitglied einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft .....	<input type="checkbox"/>	
– Mitglied einer islamischen Religionsgemeinschaft .....	<input type="checkbox"/>	
– Mitglied einer anderen Religionsgemeinschaft .....	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 200px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		<i>Bitte angeben</i>
Nein, konfessionslos .....	<input type="checkbox"/>	

**27. Sind Sie Mitglied in einer der folgenden Organisationen  
bzw. Verbände?**

	Ja	Nein
– in einer Gewerkschaft? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– in einem Berufsverband? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– im Betriebs- oder Personalrat der Firma oder Behörde, in der Sie arbeiten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– in einer Gruppe oder Organisation, die sich für die Erhaltung und den Schutz von Umwelt und Natur einsetzt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– in einem Verein oder einer sonstigen Organisation? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Benutzen Sie privat oder beruflich einen Computer?

Nein .....  → Sie springen auf Frage 36!

Ja, privat .....

Ja, beruflich .....

29. Seit wann benutzen Sie einen Computer?

Seit dem Jahr

30. Für welche der folgenden Tätigkeiten nutzen Sie den Computer?  
Geben Sie bitte zu jeder Tätigkeit an, wie oft Sie das machen.

	täglich	mindestens einmal pro Woche	mindestens einmal pro Monat	seltener	nie
Texte oder Grafiken erstellen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernen, Bildung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filme ansehen oder Musik hören .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmieren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Benutzen Sie privat oder beruflich das Internet?

Nein .....  → Sie springen auf Frage 36!

Ja, privat .....

Ja, beruflich .....

32. Seit wann benutzen Sie das Internet?

Seit dem Jahr

33. Wie würden Sie Ihre persönliche Kompetenz im Umgang mit dem Internet einschätzen?

☞ Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala: Der Wert 0 bedeutet: ganz und gar **unerfahren**.  
Der Wert 10 bedeutet: **sehr erfahren**. Mit den Werten dazwischen können Sie abstufen.

ganz und gar **unerfahren** sehr erfahren

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

=  =  =  =  =  =  =  =  =  =

34. Für welche der folgenden Tätigkeiten nutzen Sie das Internet?  
Geben Sie bitte zu jeder Tätigkeit an, wie oft Sie das machen.

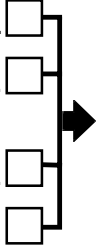

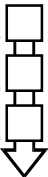
	täglich	mindestens einmal pro Woche	mindestens einmal pro Monat	seltener	nie
E-mails lesen und schreiben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfen, Informationen suchen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chatten oder Foren nutzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufen, Bestellungen machen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bankgeschäfte, Kontoführung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Webseiten gestalten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Wenn Sie im Internet die nächste Zugverbindung nach Wien in Erfahrung bringen müssten, wie viele Minuten würden Sie dann für diese Suche im Internet etwa aufwenden müssen?


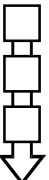
ca.  Minuten Weiß nicht .....

**36. Üben Sie derzeit eine Erwerbstätigkeit aus?  
Was trifft für Sie zu?**

 *Rentner mit Arbeitsvertrag gelten hier als erwerbstätig.*

Voll erwerbstätig .....	<input type="checkbox"/>		<b>Sie springen auf Frage 41!</b>
In Teilzeitbeschäftigung .....	<input type="checkbox"/>		
In betrieblicher Ausbildung / Lehre oder betrieblicher Umschulung .....	<input type="checkbox"/>		
Geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig .....	<input type="checkbox"/>		
In Altersteilzeit mit Arbeitszeit Null .....	<input type="checkbox"/>		<b>Sie springen auf Frage 60!</b>
Als Wehrpflichtiger beim Wehrdienst .....	<input type="checkbox"/>		
Zivildienstleistender / Freiwilliges soziales Jahr .....	<input type="checkbox"/>		
Nicht erwerbstätig .....	<input type="checkbox"/>		

**37. Beabsichtigen Sie, in der Zukunft (wieder) eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen?**

Nein, ganz sicher nicht .....	<input type="checkbox"/>		<b>Sie springen auf Frage 63!</b>
Eher unwahrscheinlich .....	<input type="checkbox"/>		
Wahrscheinlich .....	<input type="checkbox"/>		
Ganz sicher .....	<input type="checkbox"/>		

**38. Wann etwa wollen Sie Ihre Erwerbstätigkeit aufnehmen?**

Möglichst sofort .....	<input type="checkbox"/>
Innerhalb des kommenden Jahres .....	<input type="checkbox"/>
In 2 bis 5 Jahren .....	<input type="checkbox"/>
Erst später, in mehr als 5 Jahren .....	<input type="checkbox"/>

**39. Wenn man Ihnen jetzt eine passende Stelle anbieten würde, könnten Sie dann innerhalb der nächsten zwei Wochen anfangen zu arbeiten?**

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

**40. Haben Sie innerhalb der letzten vier Wochen aktiv nach einer Stelle gesucht?**

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


**Sie springen auf Frage 63!**

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

Ja .....

Nein .....

42. In welchem Wirtschaftszweig / welcher Branche / welchem Dienstleistungsbereich ist das Unternehmen bzw. die Einrichtung überwiegend tätig?

 Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. nicht "Industrie", sondern "Elektroindustrie"; nicht "Handel", sondern "Einzelhandel"; nicht "öffentlicher Dienst", sondern "Krankenhaus".

Bitte in Druckbuchstaben eintragen!

43. Wie viele Beschäftigte hat das Gesamtunternehmen etwa?

- unter 5 Beschäftigte .....
- 5 bis 10 Beschäftigte .....
- 11 bis unter 20 Beschäftigte .....
- 20 bis unter 100 Beschäftigte .....
- 100 bis unter 200 Beschäftigte .....
- 200 bis unter 2.000 Beschäftigte .....
- 2.000 und mehr Beschäftigte .....

Trifft nicht zu, da selbständig  
ohne weitere Beschäftigte .....

**44. Seit wann sind Sie bei Ihrem jetzigen Arbeitgeber beschäftigt?**


 Falls Sie **Selbständiger** sind, geben Sie bitte an, seit wann Sie Ihre jetzige Tätigkeit ausüben.

Seit        
 Monat Jahr

**45. Handelt es sich um ein Zeitarbeits- bzw. Leiharbeitsverhältnis?**

Ja .....  Nein .....

**46. Haben Sie einen unbefristeten Arbeitsvertrag oder ein befristetes Arbeitsverhältnis?**

Unbefristeten Arbeitsvertrag .....   Sie springen auf Frage **48!**  
 Befristetes Arbeitsverhältnis .....   
 Trifft nicht zu / habe keinen Arbeitsvertrag .....

**47. Handelt es sich um eine ABM-Stelle oder eine Gemeinnützige Arbeit (1-Euro-Job)?**

Ja, ABM-Stelle .....   
 Ja, Gemeinnützige Arbeit (1-Euro-Job) .....   
 Nein .....

**48. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt?**

 Wenn Sie **mehr als eine** berufliche Tätigkeit ausüben, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte nur für Ihre derzeitige berufliche **Haupttätigkeit**.

**Arbeiter**

(auch in der Landwirtschaft)

Ungelernte Arbeiter .....   
 Angelernte Arbeiter .....   
 Gelernte und Facharbeiter .....   
 Vorarbeiter, Kolonnenführer .....   
 Meister, Polier .....

**Selbständige**

(einschl. mithelfende Familienangehörige)

	Anzahl der Mitarbeiter		
	Keine	1 – 9	10 und mehr
Selbständige Landwirte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Berufe, selbständige Akademiker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Selbständige .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mithelfende Familienangehörige .....	<input type="checkbox"/>		

**Auszubildende und Praktikanten**

Auszubildende / gewerblich-technisch .....   
 Auszubildende / kaufmännisch .....   
 Volontäre, Praktikanten u.ä. ....

**Angestellte**

Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis .....   
 Angestellte mit einfacher Tätigkeit  
 – ohne Ausbildungsabschluss .....   
 – mit Ausbildungsabschluss .....   
 Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner) .....   
 Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Ingenieur, Abteilungsleiter) .....   
 Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände) .....

**Beamte**

(einschl. Richter und Berufssoldaten)

Einfacher Dienst .....   
 Mittlerer Dienst .....   
 Gehobener Dienst .....   
 Höherer Dienst .....

49. Sind Sie anderen bei der Arbeit vorgesetzt, d.h. dass Personen nach Ihren Anweisungen arbeiten?  
Wenn ja, wie viele Personen arbeiten nach Ihren Anweisungen?

Ja .....  und zwar  Personen

Nein .....

50. Wie viele Wochenstunden beträgt Ihre vereinbarte Arbeitszeit ohne Überstunden?

,  Stunden pro Woche      Keine festgelegte Arbeitszeit.....

51. Und wieviel beträgt im Durchschnitt Ihre tatsächliche Arbeitszeit pro Woche einschließlich eventueller Überstunden?

,  Stunden pro Woche

Wenn unter 30 Stunden:

Wenn 30 Stunden und mehr

➡ Sie springen auf Frage 54!



52. Ist das eine geringfügige Beschäftigung nach der 400- bzw. 800-Euro-Regelung (Mini- bzw. Midi-Job)?

Ja, Mini-Job (bis 400 Euro) .....

Ja, Midi-Job (401 bis 800 Euro) .....

Nein .....

53. Ist das eine Teilzeitbeschäftigung nach dem Gesetz zur Elternteilzeit (Bundesarbeitszeitgesetz)?

Ja .....

Nein .....



**54. Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie den folgenden Aussagen zustimmen.**

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, dass ich mich für meinen Beruf zu sehr aufopfere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends im Kopf rum .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**55a. Ich lese Ihnen Aussagen über mögliche berufliche Belastungen an Ihrem derzeitigen Arbeitsplatz vor. Bitte geben Sie an, ob der jeweilige Punkt bei Ihnen zutrifft und, falls ja, wie stark Sie das belastet.**

	Zutreffend?		Und wie stark belastet Sie das?			
	Nein	Ja	Gar nicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Laufe der letzten beiden Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Aufstiegschancen in meinem Betrieb sind schlecht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**55b. Und wie ist es mit den folgenden Punkten?**

	Zutreffend?		Und wie stark belastet Sie das?			
	Ja	Nein	Gar nicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
Ich erhalte von meinen Vorgesetzten die Anerkennung, die ich verdiene .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt/meinen Lohn für angemessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**61. Beeinhaltete Ihr Einkommen des letzten Jahres Sonderzahlungen oder Zuschläge der folgenden Art?**

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- Schicht-/Spätarbeits-/Wochenendzuschläge .....
- Überstundenzuschläge .....
- Erschwerniszulagen .....
- Funktionszulagen .....
- Persönliche Zulagen .....
- 13. Monatsgehalt .....
- 14. Monatsgehalt .....
- Weihnachtsgeld .....
- Urlaubsgeld .....
- Jahresprämie .....
- Gruppenprämie .....
- Gewinnbeteiligung .....
- verbilligt überlassene Aktienoptionen .....
- Fahrtgeld .....
- Trinkgelder .....
- Sonstiges .....  →
- Nichts davon .....

*Bitte eintragen*


**62. Haben Sie innerhalb des letzten Jahres von Ihrem Arbeitsgeber andere Zusatzleistungen zum Gehalt erhalten?**

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- Firmenwagen für private Nutzung .....
- Spesen, die über die reine Kostenerstattung hinausgehen ....
- verbilligte Wohnung/Haus .....
- Zahlungen für Telefonkosten .....
- Betriebskindergarten oder Beiträge für Kinderbetreuung .....
- Betriebskantine oder Essenszuschuss .....
- Zuschüsse für öffentlichen Nahverkehr (Job-Ticket) .....
- Computer für zu Hause/Laptop .....
- Handy für den privaten Gebrauch .....
- Günstige Kredite oder Hypotheken .....
- Deputate (Sachleistungen, Naturalien) .....
- Sonstiges .....  →
- Nichts davon .....

*Bitte eintragen*

63. Sind Sie in den letzten 12 Monaten aus einer beruflichen Tätigkeit bzw. einer Stelle, die Sie vorher gehabt haben, ausgeschieden?

Ja .....   


Nein .....  

**Sie springen auf Frage 65!**

64. Auf welche Weise wurde diese Beschäftigung beendet?

 Bitte nur **einen** Punkt ankreuzen!

- Wegen Betriebsstilllegung / Auflösung der Dienststelle .....
- Durch eigene Kündigung .....
- Durch Kündigung von seiten des Arbeitgebers .....
- Durch Auflösungsvertrag / im Einvernehmen .....
- Befristete Beschäftigung oder Ausbildung war beendet .....
- Erreichen der Altersgrenze / Rente / Pension .....
- Beurlaubung .....
- Aufgabe der selbständigen Tätigkeit / des Geschäfts .....

## Gesundheit und Krankheit

65. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

- Sehr gut .....
- Gut .....
- Zufriedenstellend .....
- Weniger gut .....
- Schlecht .....

66. Wenn Sie Treppen steigen müssen, also mehrere Stockwerke zu Fuß hochgehen: Beeinträchtigt Sie dabei Ihr Gesundheitszustand stark, ein wenig oder gar nicht?

- Stark .....
- Ein wenig .....
- Gar nicht .....

67. Und wie ist das mit anderen anstrengenden Tätigkeiten im Alltag, wo man z.B. etwas Schweres heben muss oder Beweglichkeit braucht: Beeinträchtigt Sie dabei Ihr Gesundheitszustand stark, ein wenig oder gar nicht?

- Stark .....
- Ein wenig .....
- Gar nicht .....

67a. Wie ist das mit Ihrem Schlaf? Schlafen Sie nachts in der Regel ...

- Sehr gut .....
- Gut .....
- Zufriedenstellend .....
- Weniger gut .....
- Schlecht .....

68. Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor, . . .

Immer    Oft    Manch-    Fast    Nie  
mal    nie

- |  |                          |    |                          |    |                          |    |                          |    |                          |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| ● dass Sie sich gehetzt oder unter Zeitdruck fühlten? .....  | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> |
| ● dass Sie sich niedergeschlagen und trübsinnig fühlten? .....   | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> |
| ● dass Sie sich ruhig und ausgeglichen fühlten? .....  | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> |
| ● dass Sie jede Menge Energie verspürten? .....  | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> |
| ● dass Sie starke körperliche Schmerzen hatten? .....  | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> |
| ● dass Sie wegen <u>gesundheitlicher Probleme körperlicher Art</u> in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen                                       |                          |    |                          |    |                          |    |                          |    |                          |
| – weniger geschafft haben als Sie eigentlich wollten? .....  | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> |
| – in der Art Ihrer Tätigkeiten eingeschränkt waren? .....  | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> |
| ● dass Sie wegen <u>seelischer oder emotionaler Probleme</u> in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen   |                          |    |                          |    |                          |    |                          |    |                          |
| – weniger geschafft haben als Sie eigentlich wollten? .....  | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> |
| – Ihre Arbeit oder Tätigkeit weniger sorgfältig als sonst gemacht haben? .....   | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> |
| ● dass Sie wegen gesundheitlicher oder seelischer Probleme in Ihren sozialen Kontakten, z.B. mit Freunden, Bekannten oder Verwandten, eingeschränkt waren? ..... | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> | == | <input type="checkbox"/> |

**69. Wie oft betreiben Sie aktiv Sport, Fitness oder Gymnastik?**

- Regelmäßig .....   
Gelegentlich .....   
Nie .....

**70. Inwieweit achten Sie auf gesundheitsbewusste Ernährung?**

- Sehr stark .....   
Stark .....   
Ein wenig .....   
Gar nicht .....

**71. Wie häufig trinken Sie die folgenden alkoholischen Getränke?**

	regelmäßig	ab und zu	selten	nie
Bier .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein, Sekt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirituosen (Schnaps, Weinbrand etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mischgetränke (Alkopops, Cocktails etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**72. Rauchen Sie gegenwärtig, seien es Zigaretten, Pfeifen oder Zigarren?**

Nein .....

Ja .....  ➔

**Wieviel Zigaretten, Pfeifen oder Zigarren rauchen Sie pro Tag?**

*☞ Geben Sie bitte den täglichen Durchschnitt der letzten Woche an.*

Zigaretten .....   pro Tag

Pfeifen .....   pro Tag

Zigarren/Zigarillos .....   pro Tag

**73. Was ist Ihre Körpergröße in cm?**

*☞ Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.*

cm

**74. Wieviel Kilogramm wiegen Sie gegenwärtig?**

*☞ Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.*

kg

**75. Sind Sie nach amtlicher Feststellung erwerbsgemindert oder schwerbehindert?**

Ja .....  ➔

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


**Und welcher Art ist die Behinderung?**

Nein .....

*Bitte eintragen!*



**81. Auf dieser Liste stehen Personen, die für Sie in irgendeiner Weise bedeutsam sein können. Wie ist es bei Ihnen, wenn es um folgende Dinge geht?**

 Nennen Sie bitte jeweils bis zu drei Personen von der Liste.

**a) Mit wem teilen Sie persönliche Gedanken und Gefühle oder sprechen über Dinge, die Sie nicht jedem erzählen würden?**

Kennziffer:

Mit niemand ..

**b) Wer unterstützt Sie in Ihrem beruflichen Fortkommen oder Ihrer Ausbildung und hilft Ihnen, dass Sie vorankommen?**

Kennziffer:

Niemand .....

**c) Nur einmal hypothetisch gefragt: Wie wäre es bei einer langfristigen Pflegebedürftigkeit, z.B. nach einem schweren Unfall:**

**Wen würden Sie um Hilfe bitten?**

Kennziffer:

Niemand .....

**d) Mit wem haben Sie gelegentlich Streit oder Konflikte, die belastend für Sie sind?**

Kennziffer:

Mit niemand ..

**e) Wer kann Ihnen auch mal unangenehme Wahrheiten sagen?**

Kennziffer:

Niemand .....

**Kennziffer**



*Ehe, Partnerschaft*

**01** (Ehe-)Partner, (Ehe-)Partnerin

**02** ehemalige/r Ehepartner(in)/Partner(in)

*Familie*

**03** Mutter

**04** Vater

**05** Stiefmutter oder Pflegemutter

**06** Stiefvater oder Pflegevater

**07** Schwiegermutter

**08** Schwiegervater

**09** Tochter

**10** Sohn

**11** Schwester

**12** Bruder

**13** Großmutter

**14** Großvater

**15** Enkel

**16** Tante/Nichte

**17** Onkel/Neffe

**18** andere weibliche Verwandte

**19** andere männliche Verwandte

*Andere Personen*

**20** Kollegen von der Arbeit

**21** Vorgesetzte im Betrieb

**22** aus Schule/Ausbildung/Studium

**23** aus der Nachbarschaft

**24** aus Verein oder Freizeitaktivitäten

**25** bezahlte Helfer, ambulanter Dienst, Sozialhelfer

**26** Andere



**82. Nun eine Frage zu Ihrem Bekannten- und Freundeskreis:**

Denken Sie bitte an drei Personen, mit denen Sie näher befreundet sind und mit denen Sie sich häufig treffen.

Es kann sich dabei sowohl um Verwandte als auch um Nicht-Verwandte

handeln, nur nicht um Personen, die mit Ihnen hier im selben Haushalt wohnen.

Sagen Sie uns bitte zur ersten, zur zweiten und zur dritten Person:

erste Person	zweite Person	dritte Person
--------------	---------------	---------------

a) Ist er oder sie mit Ihnen verwandt? ..... ja .....  .....  .....   
 nein .....  .....  .....

b) Ist er oder sie ..... männlich .....  .....  .....   
 weiblich .....  .....  .....

d) Wie alt ist er oder sie? Wenn Sie es nicht genau wissen, bitte schätzen ..... Jahre .....   .....   .....

**e) Welche Nationalität oder Herkunft hat er oder sie?**

Ist aus den alten Bundesländern .....  .....  .....

Ist aus den neuen Bundesländern .....  .....  .....

Ist aus einem anderen Land oder Ausländer .....  ↗ .....  ↗ .....  ↗

Kommen Sie selbst aus demselben Land? .... ja .....  .....  .....

nein .....  .....  .....

**f) Ist er oder sie?**

- in Vollzeit erwerbstätig .....  .....  .....

- in Teilzeit erwerbstätig .....  .....  .....

- arbeitslos gemeldet .....  .....  .....

- in Schule/Studium/Ausbildung .....  .....  .....

- in Rente/Pension .....  .....  .....

- Sonstiges .....  .....  .....

**g) Welchen höchsten Bildungsabschluss hat er oder sie?**

Keinen Abschluss .....  .....  .....

Volks-/Hauptschulabschluss (DDR: 8. Klasse) .....  .....  .....


Mittlere Reife, Realschulabschluss (DDR: 10. Klasse) .....  .....  .....

Abitur/Hochschulreife (DDR: EOS)/Fachhochschulreife .....  .....  .....

Weiß nicht .....  .....  .....

**83. Und nun zu Ihrem engeren wie weiteren Familienkreis.**

**Welche der folgenden Verwandten haben Sie? Für diese Personen geben Sie bitte die Anzahl an und zusätzlich, ob sie in Ihrem Haushalt leben bzw. wie weit entfernt sie wohnen.**

 Wenn es mehrere Personen der jeweiligen Kategorie gibt, geben Sie den Ort nur für die nächstwohnende Person an.

	<b>Ja vorhanden</b>		<b>Kennziffern 0 - 6 lt. Liste</b>
(Ehe-) Partner .....	<input type="checkbox"/> ⇒		lebt wo: <input type="text"/>
ehemaliger (Ehe-) Partner .....	<input type="checkbox"/> ⇒	Anzahl: <input type="text"/>	lebt wo: <input type="text"/>
Mutter .....	<input type="checkbox"/> ⇒		lebt wo: <input type="text"/>
Vater .....	<input type="checkbox"/> ⇒		lebt wo: <input type="text"/>
Stiefmutter oder Pflegemutter .....	<input type="checkbox"/> ⇒		lebt wo: <input type="text"/>
Stiefvater oder Pflegevater .....	<input type="checkbox"/> ⇒		lebt wo: <input type="text"/>
Tochter / Töchter .....	<input type="checkbox"/> ⇒	Anzahl: <input type="text"/>	lebt wo: <input type="text"/>
Sohn / Söhne .....	<input type="checkbox"/> ⇒	Anzahl: <input type="text"/>	lebt wo: <input type="text"/>
Schwester / Schwestern (auch Halbgeschwister) .....	<input type="checkbox"/> ⇒	Anzahl: <input type="text"/>	lebt wo: <input type="text"/>
Bruder / Brüder (auch Halbgeschwister) .....	<input type="checkbox"/> ⇒	Anzahl: <input type="text"/>	lebt wo: <input type="text"/>
Großmutter .....	<input type="checkbox"/> ⇒	Anzahl: <input type="text"/>	lebt wo: <input type="text"/>
Großvater .....	<input type="checkbox"/> ⇒	Anzahl: <input type="text"/>	lebt wo: <input type="text"/>
Enkel .....	<input type="checkbox"/> ⇒	Anzahl: <input type="text"/>	lebt wo: <input type="text"/>
Tanten/Onkel .....	<input type="checkbox"/> ⇒	Anzahl: <input type="text"/>	lebt wo: <input type="text"/>
Nichten/Neffen .....	<input type="checkbox"/> ⇒	Anzahl: <input type="text"/>	lebt wo: <input type="text"/>
Sonstige Verwandte, mit denen Sie näheren Kontakt haben .....	<input type="checkbox"/> ⇒	Anzahl: <input type="text"/>	lebt wo: <input type="text"/>

**Kennziffer**



**Wo lebt die Person?**

- im gleichen Haushalt
- im gleichen Haus
- in der Nachbarschaft
- im gleichen Ort, aber mehr als 15 Minuten Fußweg
- in einem anderen Ort, aber innerhalb 1 Stunde erreichbar
- weiter entfernt (aber in Deutschland)
- im Ausland

**84. Verschiedenen Menschen sind verschiedene Dinge wichtig.  
Wie wichtig sind für Sie persönlich heute die folgenden Dinge?**

☞ Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala:  
Der Wert **1** bedeutet: **ganz und gar unwichtig**.  
Der Wert **7** bedeutet: **sehr wichtig**.  
Mit den Werten dazwischen können Sie abstufen.

	ganz und gar unwichtig							sehr wichtig
	1	2	3	4	5	6	7	
Sich etwas leisten können .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Für andere da sein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sich selbst verwirklichen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erfolg im Beruf haben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ein eigenes Haus haben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eine glückliche Ehe/Partnerschaft haben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kinder haben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sich politisch, gesellschaftlich einsetzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Welt sehen, viele Reisen machen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**85. In welchem Maße treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?**

☞ Antworten Sie bitte wieder anhand einer Skala.  
Der Wert **1** bedeutet: **trifft überhaupt nicht zu**,  
der Wert **7** bedeutet: **trifft voll zu**.

	Trifft überhaupt nicht zu							Trifft voll zu
	1	2	3	4	5	6	7	
Ich habe immer jemanden in erreichbarer Nähe, zu dem ich mit alltäglichen Problemen kommen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mir fehlt ein wirklich guter Freund/eine gute Freundin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manchmal habe ich das Gefühl, dass mich große Leere erfasst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
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"/>	
Ich finde, 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"/>	
Es gibt viele Personen, denen ich voll vertrauen kann .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
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"/>	
Oft fühle ich mich im Stich gelassen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	



**Nun einige Fragen zum Schluss:**

**105. In etwa 6 Wochen würden wir gerne eine kurze Zusatzbefragung durchführen, die nur etwa 10 Minuten dauert, aber für die wissenschaftliche Absicherung der Ergebnisse sehr wichtig ist. Wären Sie eventuell bereit, daran teilzunehmen?**

Ja .....

Nein .....

**106. Wären Sie bereit, nächstes Jahr wieder an einem Interview wie dem heutigen teilzunehmen?**

Ja, wäre gerne bereit, erneut teilzunehmen .....

Ja, wäre unter Umständen bereit erneut teilzunehmen .....

Nein, eher nicht bereit erneut teilzunehmen .....

Nein, unter keinen Umständen bereit erneut teilzunehmen .....

Kann ich heute noch nicht entscheiden .....

**107. Benutzen Sie persönlich ein Handy?**

Ja .....   
↓

Nein .....  →

*Sie springen auf Frage A!*

**108. Führen Sie es in der Regel bei sich?**

Ja .....   
↓

Nein .....  →

*Sie springen auf Frage A!*

**109. Benutzen Sie das Handy nur zum Telefonieren oder senden Sie auch Mitteilungen per SMS?**

Auch SMS .....   
↓

Nur Telefonieren ....  →

*Sie springen auf Frage A!*

**110. Wir planen eine weltweit einmalige Befragung für die Forschung zur Lebenszufriedenheit der Menschen. Diese Befragung soll mit Handy und SMS durchgeführt werden. Es geht nur um zwei Fragen, die aber vier Wochen lang jeden Tag per SMS zu beantworten sind. Nähere Einzelheiten würden wir Ihnen in drei Monaten noch schriftlich zusenden. Es kostet Sie nichts! Sie erhalten wiederum ein kleines Geschenk als Dankeschön!**

**Wären Sie eventuell bereit, an einer solchen Befragung per SMS teilzunehmen?**

Nein .....  und zwar (Begründung, Kommentar)



*Sie springen auf Frage A!*

Ja .....   
↓

**111. Dürfen wir Sie bitten, uns Ihre Handy Nr. zu sagen?**

Ja .....  Handy Nr. lautet:

Nein, nicht bereit .....

**A Das Interview dauerte** .....  Minuten

**Ich bestätige die korrekte Durchführung des Interviews:**

Tag

Monat

Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers