

1434²⁰²⁵

SOEP Survey Papers
Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP-Core – 2022: Personenfragebogen, Stichproben A-R+IAB-SOEP-M1-M8b

infas

Running since 1984, the German Socio-Economic Panel (SOEP) is a wide-ranging representative longitudinal study of private households, located at the German Institute for Economic Research, DIW Berlin.

The aim of the SOEP Survey Papers Series is to thoroughly document the survey's data collection and data processing. The SOEP Survey Papers is comprised of the following series:

Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)
Series B – Survey Reports (Methodenberichte)
Series C – Data Documentation (Datendokumentationen)
Series D – Variable Descriptions and Coding
Series E – SOEPmonitors
Series F – SOEP Newsletters
Series G – General Issues and Teaching Materials

The SOEP Survey Papers are available at <http://www.diw.de/soepsurveyspapers>

Editors:

Dr. Jan Goebel, DIW Berlin

Dr. Christian Hunkler, DIW Berlin

Prof. Dr. Philipp Lersch, DIW Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin

Dr. Levent Neyse, DIW Berlin and Berlin Social Science Center (WZB)

Prof. Dr. Carsten Schröder, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Sabine Zinn, DIW Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin

Please cite this paper as follows:

infas, 2025. SOEP-Core – 2022: Personenfragebogen, Stichproben A-R+IAB-SOEP-M1-M8b. SOEP Survey Papers 1434: Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente). Berlin: DIW Berlin/SOEP



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

© 2025 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

DIW Berlin
German Socio-Economic Panel (SOEP)
Mohrenstr. 58
10117 Berlin
Germany

soeppapers@diw.de

SOEP-Core – 2022: Personenfragebogen, Stichproben A-R+IAB-SOEP-M1-M8b

infas

2025

Fragebogen

Personen

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

Dieser Fragebogen richtet sich an alle Personen im Haushalt, die 2004 und früher geboren sind.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.

Die wissenschaftliche Aussagekraft dieser Untersuchung hängt aber entscheidend von der Mitarbeit aller Personen in allen Haushalten ab.

Darum bitten wir Sie herzlich

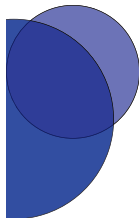
- unserem Mitarbeiter / unserer Mitarbeiterin das Interview zu gewähren
- oder den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

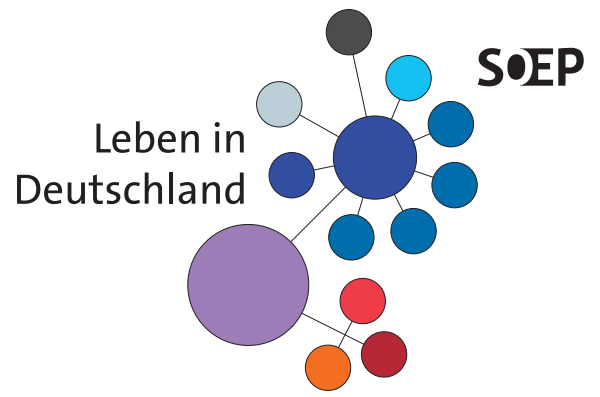
Dieser Fragebogen ist auszufüllen von

(ggf. vom Interviewer auszufüllen):

Vorname:

<Vorname>





Fragebogen

Personen

Alternativ zu diesem schriftlichen Fragebogen können Sie auch online teilnehmen.

Bitte geben Sie hierzu folgende Adresse in Ihrem Internetbrowser ein:

<LinkCAWI>

Ihr persönlicher Zugangscode lautet:

<PWD-CAWI>

Falls Sie den Fragebogen online ausgefüllt haben, brauchen Sie uns diesen schriftlichen Fragebogen nicht zurückschicken.

Falls eine Interviewerin/ein Interviewer vor Ort, bitte angeben:

[] [] [] [] [] [] [] [] []

LFD

[] [] [] [] [] [] [] [] []

Interviewernummer

[] [] . [] [] . [] [] [] [] [] []

Datum (Tag . Monat . Jahr)

infas

infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH

Postfach 240101
53154 Bonn
Tel. 0800/66 77 876
LiD@infas.de
www.leben-in-deutschland.de

7704/PE/2022

<LFD/Personen-Nr>

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

Kreuzen Sie bitte die jeweilige Antwortmöglichkeit, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft, in dem dazu vorgesehenen Kästchen an. Sollten Sie sich bei einer Antwort geirrt haben, so streichen Sie dieses Kästchen bitte deutlich durch und kreuzen die für Sie richtige Antwort an.

Beispiel:

Ja

Nein

Wenn die erste, nun ausgestrichene Antwort doch wieder als die richtige Antwort kenntlich gemacht werden soll, muss das Kästchen mit dem zweiten falschen Kreuz ebenfalls ausgestrichen werden und dafür das erste ausgestrichene Kästchen umkreist werden.

Beispiel:

Ja

Nein


Achten Sie bitte beim Ausfüllen jeweils auf die Hinweise bei einzelnen Fragen:

Beispiel:

 *Bitten machen Sie nur eine Angabe.*

Handelt es sich um ein Freitextfeld, machen Sie bitte Ihre Angaben in Druckbuchstaben im dafür vorgesehenen Bereich:

Beispiel:

Land: 

Manchmal werden auch Zahlenangaben erfragt. Tragen Sie diese bitte rechtsbündig in den dafür vorgesehenen Bereich ein:

Beispiel:

Anzahl:

Falls Sie bestimmte Fragen überspringen sollen, werden Sie speziell darauf hingewiesen:

Beispiel:

Ja  **Bitte weiter mit Frage 11**

Bitte darauf achten:

 *nur einen schwarzen Stift verwenden, um den Fragebogen auszufüllen.*

 *dass die Angaben gut lesbar sind.*

 *und dass die Angaben innerhalb der Kästchen sind.*

Dadurch wird unsere Arbeit sehr erleichtert. Vielen Dank!

Weitere Informationen

Bei Fragen zum Ausfüllen des Fragebogens oder zur Teilnahme an der Studie können Sie sich gerne zu den üblichen Bürozeiten unter der kostenfreien Telefonnummer 0800/66 77 876 an infas wenden.

Nutzen Sie bei Rückfragen auch unsere Mailadresse LiD@infas.de und wir werden Ihnen umgehend antworten. Besuchen Sie für weitere Informationen zu der Studie auch gerne die Homepage bei infas unter www.leben-in-deutschland.de

A1 Bitte geben Sie Ihr Geburtsdatum an.

Tag		Monat		Jahr					

A2 Welches Geschlecht wurde bei Ihrer Geburt in Ihre Geburtsurkunde eingetragen?

Männlich ₁ Weiblich ₂

A3 Und welchem Geschlecht ordnen Sie sich selbst zu?

Männlich ₁

Weiblich ₂

Weiteres, hier nicht aufgelistetes Geschlecht ₃

↓ und zwar:

Keinem Geschlecht ₄

Ihre Lebenssituation heute

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

Bitte geben 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.

	Ganz und gar unzufrieden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ganz und gar zufrieden	
Wie zufrieden sind Sie ...														
... mit Ihrer Gesundheit?		<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>
... mit Ihrem Schlaf?		<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>
... (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"/>
... (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"/>
... 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"/>
... 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"/>
... mit Ihrer Wohnung?		<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>
... mit Ihrer Freizeit?		<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>
... (falls Sie Kinder im Grundschul- alter oder jünger 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"/>
... mit Ihrem Familienleben?		<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>
... mit der Krankenversicherung, der Arbeitslosen-, der Renten- und der Pflegeversicherung in der Bundesrepublik, also mit dem, was man das Netz der sozialen Sicherung nennt?		<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>	=	<input type="checkbox"/>

2 Bitte geben Sie zu jedem der folgenden Gefühle an, wie häufig oder selten Sie dieses Gefühl in den letzten vier Wochen erlebt haben.

Wie oft haben Sie sich ...	Sehr selten	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
... ärgerlich gefühlt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
... ängstlich gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... glücklich gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... traurig gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einsam gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Haben Sie das Gefühl, dass das, was Sie in Ihrem Leben machen, wertvoll und nützlich ist?

☞ Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, wobei der Wert 0 bedeutet: Überhaupt nicht wertvoll und nützlich und der Wert 10: Vollkommen wertvoll und nützlich. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

Überhaupt nicht wertvoll und nützlich											Vollkommen wertvoll und nützlich
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<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"/>

4 Wie schätzen Sie sich persönlich ein: Sind Sie im Allgemeinen ein risikobereiter Mensch oder versuchen Sie, Risiken zu vermeiden?

☞ Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, wobei der Wert 0 bedeutet: Gar nicht risikobereit und der Wert 10: Sehr risikobereit. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.

Gar nicht risikobereit											Sehr risikobereit
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<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"/>

5 Wie sieht gegenwärtig Ihr normaler Alltag aus? Wie viele Stunden pro Tag entfallen bei Ihnen an einem durchschnittlichen Werktag auf die folgenden Tätigkeiten?

 Bitte nur ganze Stunden angeben. Falls nicht zutreffend, bitte „0“ eintragen!

	Durchschnittlicher Werktag Anzahl Stunden
Berufstätigkeit, Lehre (Zeiten einschließlich Arbeitsweg, auch nebenberufliche Tätigkeiten)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Besorgungen (Einkaufen, Beschaffungen, Behördengänge)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Hausarbeit (Waschen, Kochen, Putzen)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Kinderbetreuung	<input type="text"/> <input type="text"/>
Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen	<input type="text"/> <input type="text"/>
Aus- und Weiterbildung, Lernen (auch Schule, Studium, Promotion)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Reparaturen am Haus, in der Wohnung, am Auto, Gartenarbeit	<input type="text"/> <input type="text"/>
Körperliche Aktivitäten (Sport, Fitness, Gymnastik)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sonstige Freizeitbeschäftigungen und Hobbies	<input type="text"/> <input type="text"/>

6 Wie viele Stunden schlafen Sie nachts an einem normalen Werktag? Und wie ist das in einer normalen Nacht am Wochenende?

 Bitte nur ganze Stunden angeben.

Normale Nacht an einem Werktag Stunden

Normale Nacht am Wochenende: Stunden

Ausbildung

7 Sind Sie derzeit in Ausbildung? Das heißt: Besuchen Sie eine Schule oder Hochschule (einschließlich Promotion), machen Sie eine Berufsausbildung oder nehmen Sie an einem Fortbildungslehrgang bzw. an einer beruflichen Rehabilitation teil?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 14



8 Was für eine Ausbildung oder Fortbildung ist das?

Allgemeinbildende Schule ¹ → Bitte weiter mit Frage 9

Hochschule ² → Bitte weiter mit Frage 10

Berufliche Ausbildung ³ → Bitte weiter mit Frage 12

Fortbildung / Umschulung ⁴ → Bitte weiter mit Frage 13

9 Welche Art von allgemeinbildener Schule ist das genau?

Hauptschule ¹

Realschule ²

Gymnasium ³

Gesamtschule ⁴

Abendrealschule, Abendgymnasium ⁵

Fachoberschule ⁶

→ Bitte weiter mit Frage 14

10 Welche Art von Hochschule ist das genau?

Duale Hochschule / Berufsakademie ⁴

Fachhochschule ¹

Sonstige Hochschule (z. B. Kunst- oder Musikhochschule) ⁵

Universität / Technische Hochschule ²

Promotion ³

11 Erhalten Sie für das Studium oder die Promotion ein Stipendium? Falls ja, von welcher Stelle?

Nein ¹

Ja, BAföG

Ja, Sonstiges

↓ und zwar:



→ Bitte weiter mit Frage 14

12 Welche Art von beruflicher Ausbildung ist das genau?

- Berufsgrundbildungsjahr, Berufsvorbereitungsjahr 1
- Berufsschule ohne Lehre 2
- Lehre 3
- Berufsfachschule, Handelsschule 4
- Schule des Gesundheitswesens 5
- Fachschule (z. B. Meister-, Technikerschule) 6
- Beamtenausbildung 7
- Sonstiges 8

↓ und zwar:



→ Bitte weiter mit Frage 14

13 Welche Art von Fortbildung/Umschulung ist das genau?

- Berufliche Umschulung 1
- Berufliche Fortbildung 2
- Berufliche Rehabilitation 3
- Integrationskurs / Sprachkurs 6
- Sonstiges 5

↓ und zwar:



14 Haben Sie seit dem 1. Januar 2021 eine Schule, eine Berufsausbildung oder ein Hochschulstudium beendet?

Gemeint ist auch ein höherer akademischer Abschluss!

- Ja 1 Nein 2 → Bitte weiter mit Frage 23, Seite 9



15 Wann haben Sie diese Schule, diese Berufsausbildung oder dieses Hochschulstudium beendet?

2021, im Monat:

oder

2022, im Monat:

16 Haben Sie diese Ausbildung mit einem Abschluss beendet?

- Ja 1 Nein 2 → Bitte weiter mit Frage 23, Seite 9



17 Haben Sie diesen Abschluss in Deutschland oder in einem anderen Land gemacht?

Deutschland 1 → Bitte weiter mit Frage 19, Seite 8

In einem anderen Land 2 → Bitte weiter mit Frage 18, Seite 8

18 Ist dieser Abschluss in Deutschland anerkannt?

- Ja, von vornherein anerkannt 1
- Ja, nach erfolgreichem Anerkennungsverfahren 2
- Nein 3


19 Um was für einen Bildungsabschluss handelt es sich?

- Allgemeinbildender Schulabschluss 1 → Bitte weiter mit Frage 20
- Hochschulabschluss 2 → Bitte weiter mit Frage 21
- Beruflicher Ausbildungsabschluss 3 → Bitte weiter mit Frage 22

20 Welche Art von allgemeinbildendem Schulabschluss ist das genau?

- Hauptschulabschluss 1
- Mittlerer Schulabschluss (z. B. Realschulabschluss) 2
- Fachhochschulreife (Abschluss Fachoberschule) 3
- Abitur (Hochschulreife) 4
- Anderer Schulabschluss 5

↓ und zwar:



→ Bitte weiter mit Frage 23

21 Welche Art von Hochschulabschluss ist das genau?

- Duale Hochschule / Berufsakademie 1
- Fachhochschule 2
- Sonstige Hochschule (z. B. Kunst oder Musikhochschule) 3
- Universität / Technische Hochschule 4
- Promotion / Habilitation 5

Bitte eintragen: Abschluss



Bitte zusätzlich eintragen: Fachrichtung



→ Bitte weiter mit Frage 23

22 Welche Art von beruflichem Ausbildungsabschluss ist das genau?


- Lehre 1
- Berufsfachschule, Handelsschule 2
- Schule des Gesundheitswesens 3
- Fachschule (z. B. Meister-, Technikerschule) 4
- Beamtenausbildung 5
- Betriebliche Umschulung 6
- Sonstiges, z. B. Fortbildungslehrgang 7

Bitte eintragen: Bezeichnung des Ausbildungsberufs



Erwerbstätigkeit

- 23** Haben Sie während der letzten 7 Tage irgendeine bezahlte Arbeit ausgeübt, auch wenn dies nur für eine Stunde oder für wenige Stunden war?

 Bitte antworten Sie auch mit „Ja“, wenn Sie in den letzten sieben Tagen normalerweise gearbeitet hätten, aber wegen Urlaub, Krankheit, schlechtem Wetter oder anderen Gründen zeitweise abwesend waren.

Ja ₁

Nein ₂

- 24** Sind Sie zurzeit im Mutterschutz oder in der gesetzlich geregelten „Elternzeit“?

Ja, Mutterschutz ₁

Ja, Elternzeit ₂

Nein ₃

- 25** Nehmen Sie zurzeit die gesetzlich geregelte Pflegezeit in Anspruch, um einen Angehörigen zu pflegen?

Ja ₁

Nein ₂

- 26** Sind Sie zurzeit bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet?

Ja ₁

Nein ₂

- 27** Sind Sie seit dem 1. Januar 2021 aus einer beruflichen Tätigkeit bzw. einer Stelle, die Sie vorher gehabt haben, ausgeschieden?

 Hier ist auch Beurlaubung / Mutterschutz / Elternzeit gemeint!

Ja ₁

Nein ₂

→ Bitte weiter mit Frage 33, Seite 10



- 28** Wann haben Sie bei Ihrer letzten Stelle aufgehört zu arbeiten?

2021, im Monat:

oder

2022, im Monat:

- 29** Wie lange waren Sie insgesamt in Ihrer letzten Stelle beschäftigt?

Jahre Monate

30 Auf welche Weise wurde diese Beschäftigung beendet?

 Bitte machen Sie nur eine Angabe.

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| Wegen Betriebsstilllegung / Auflösung der Dienststelle | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Durch eigene Kündigung | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Durch Kündigung von Seiten des Arbeitgebers | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Durch Auflösungsvertrag / im Einvernehmen | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Befristete Beschäftigung oder Ausbildung war beendet | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Erreichen der Altersgrenze / Rente / Pension | 6 | <input type="checkbox"/> |
| Beurlaubung / Mutterschutz / Elternzeit | 7 | <input type="checkbox"/> |
| Aufgabe der selbständigen Tätigkeit / des Geschäfts | 8 | <input type="checkbox"/> |

31 Erhielten Sie vom Betrieb eine Abfindung?


- | | | | | | | | | | | | |
|------|---|--------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------|
| Ja | 1 | <input type="checkbox"/> | → In welcher Höhe insgesamt? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Euro |
| Nein | 2 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |

32 Hatten Sie zum Zeitpunkt des Ausscheidens bereits eine neue Stelle in Aussicht oder bereits einen neuen Arbeitsvertrag?

 Bitte machen Sie nur eine Angabe.

- | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| Ja, neue Stelle in Aussicht | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Ja, bereits neuen Arbeitsvertrag | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Nein, hatte noch nichts | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Habe keine neue Stelle gesucht | 4 | <input type="checkbox"/> |

33 Üben Sie derzeit eine Erwerbstätigkeit aus? Was trifft für Sie zu?

 Rentner oder Personen im Bundesfreiwilligendienst, die zusätzlich eine Erwerbstätigkeit ausüben, geben hier bitte die Erwerbstätigkeit an.

- | | | | |
|--|----|--------------------------|---|
| Voll erwerbstätig | 1 | <input type="checkbox"/> | } → Bitte weiter mit Frage 44, Seite 13 |
| In Teilzeitbeschäftigung | 2 | <input type="checkbox"/> | |
| In Kurzarbeit | 10 | <input type="checkbox"/> | |
| In betrieblicher Ausbildung /
Lehre oder betrieblicher Umschulung | 3 | <input type="checkbox"/> | |
| Geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig | 4 | <input type="checkbox"/> | } → Bitte weiter mit Frage 98, Seite 21 |
| In Altersteilzeit mit Arbeitszeit Null | 5 | <input type="checkbox"/> | |
| Im Freiwilligen Sozialen / Ökologischen Jahr,
im Bundesfreiwilligendienst | 7 | <input type="checkbox"/> | } → Bitte weiter mit Frage 34 |
| Nicht erwerbstätig | 9 | <input type="checkbox"/> | |

34 Beabsichtigen Sie, in der Zukunft (wieder) eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen?

Nein, ganz sicher nicht 1  Bitte weiter mit Frage 103, Seite 22

Eher unwahrscheinlich 2

Wahrscheinlich 3  Bitte weiter mit Frage 35

Ganz sicher 4

35 Wann etwa wollen Sie Ihre Erwerbstätigkeit aufnehmen?

Möglichst sofort 1

Innerhalb des kommenden Jahres 2

In 2 bis 5 Jahren 3

Erst später, in mehr als 5 Jahren 4

36 Sind Sie an einer Vollzeit- oder einer Teilzeitbeschäftigung interessiert, oder ist Ihnen beides recht?

Vollzeitbeschäftigung 1

Teilzeitbeschäftigung 2

Beides recht 3

Weiß noch nicht 4

37 Wie hoch müsste der Nettoverdienst mindestens sein, damit Sie eine angebotene Stelle annehmen würden?

Euro im Monat  Bitte weiter mit Frage 38

Nicht zu sagen, kommt darauf an 1  Bitte weiter mit Frage 39

38 Und was meinen Sie, wie viele Stunden pro Woche müssten Sie für diesen Nettoverdienst arbeiten?

Stunden pro Woche

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

Ja 1

Nein 2

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

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 43



41 Welche der folgenden Möglichkeiten haben Sie bisher genutzt, um eine Stelle zu finden?

- Geben Sie bitte alles Zutreffende an. 1
- | | |
|--|--------------------------|
| Über das Arbeitsamt / Agentur für Arbeit | <input type="checkbox"/> |
| Suche über Job-Center / ARGE / Sozialamt | <input type="checkbox"/> |
| Suche über Personalserviceagentur (PSA) | <input type="checkbox"/> |
| Über eine private Stellenvermittlung | <input type="checkbox"/> |
| Über eine Stellenanzeige in der Zeitung | <input type="checkbox"/> |
| Über eine Stellenanzeige im Internet | <input type="checkbox"/> |
| Über ehemalige Arbeitskollegen | <input type="checkbox"/> |
| Über Freunde, Bekannte und Nachbarn | <input type="checkbox"/> |
| Über Familienangehörige | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges bzw. nicht zutreffend | <input type="checkbox"/> |

42 Und was denken Sie, auf welchem Weg werden Sie am ehesten eine Stelle finden?

- Bitte machen Sie nur eine Angabe.
- | | |
|--|--|
| Über das Arbeitsamt / Agentur für Arbeit | <input type="checkbox"/> ¹ |
| Suche über Job-Center / ARGE / Sozialamt | <input type="checkbox"/> ² |
| Suche über Personalserviceagentur (PSA) | <input type="checkbox"/> ³ |
| Über eine private Stellenvermittlung | <input type="checkbox"/> ⁴ |
| Über eine Stellenanzeige in der Zeitung | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| Über eine Stellenanzeige im Internet | <input type="checkbox"/> ⁶ |
| Über ehemalige Arbeitskollegen | <input type="checkbox"/> ⁷ |
| Über Freunde, Bekannte und Nachbarn | <input type="checkbox"/> ⁸ |
| Über Familienangehörige | <input type="checkbox"/> ⁹ |
| Sonstiges bzw. nicht zutreffend | <input type="checkbox"/> ¹⁰ |

43 Wie wahrscheinlich ist es, dass innerhalb der nächsten 2 Jahre die folgenden beruflichen Veränderungen für Sie eintreten?

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur eine Angabe.

Bitte geben Sie die Wahrscheinlichkeit auf einer Skala von 0 bis 100 in Zehnerschritten an. Der Wert 0 bedeutet: Das wird mit Sicherheit nicht eintreten. Der Wert 100 bedeutet: Das wird mit Sicherheit eintreten. Mit den Werten zwischen 0 und 100 können Sie die Wahrscheinlichkeit abstufen

Dass Sie ...	mit Sicherheit nicht eintreten										mit Sicherheit eintreten
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
... eine bezahlte Beschäftigung aufnehmen?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
... sich selbständig machen bzw. freiberuflich tätig werden?	<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"/>
... sich durch Lehrgänge / Kurse weiterqualifizieren oder fortbilden?	<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"/>

→ Bitte weiter mit Frage 103, Seite 22

44 Haben Sie seit dem 1. Januar 2021 die Stelle gewechselt oder eine Arbeit neu aufgenommen?

Bitte auch angeben, wenn Sie nach einer Unterbrechung wieder angefangen haben zu arbeiten!

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 56, Seite 15



45 Wie oft haben Sie seit dem 1. Januar 2021 die Stelle gewechselt bzw. eine Arbeit neu aufgenommen?

1 mal ¹ Mehrmals ² → und zwar: mal

46 Wann haben Sie Ihre jetzige Stelle angetreten bzw. die Arbeit aufgenommen?

2021, im Monat:

oder
2022, im Monat:

47 Welche Art von beruflicher Veränderung war das?

Falls Sie mehrfach die Stelle gewechselt haben, sagen Sie es bitte für den letzten Wechsel.

Habe erstmals in meinem Leben eine Erwerbstätigkeit aufgenommen ¹ → Bitte weiter mit Frage 50, Seite 14

Bin nach einer Unterbrechung jetzt wieder zum früheren Arbeitgeber zurückgekehrt ² → Bitte weiter mit Frage 48, Seite 14

Habe eine Stelle bei einem neuen Arbeitgeber angetreten (bei Zeitarbeitnehmern: einschl. Tätigkeit in einem Entleihbetrieb) ³

Bin vom Betrieb übernommen worden (war vorher dort in Ausbildung / in ABM / oder als freier Mitarbeiter tätig) ⁴ → Bitte weiter mit Frage 50, Seite 14

Habe innerhalb des Unternehmens die Stelle gewechselt ⁵

Habe eine neue Tätigkeit als Selbständiger aufgenommen ⁶

48 Wurde die Tätigkeit wegen eines oder mehrerer Kinder unterbrochen, z. B. Mutterschutz oder Elternzeit?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 50



49 Wie viele Monate dauerte die Unterbrechung?

Monate

50 Bevor Sie Ihre jetzige Stelle angetreten haben, haben Sie da aktiv nach einer Stelle gesucht oder hat sich das so ergeben?

Aktiv gesucht ¹

Hat sich so ergeben ²

51 Wie haben Sie von dieser Stelle erfahren?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Agentur für Arbeit, Job-Center, ARGE, Sozialamt ¹⁶

Private Stellenvermittlung ¹⁷

Stellenanzeige in der Zeitung ⁵

Stellenanzeige im Internet, soziales Netzwerk
(z. B. Facebook, Twitter, Xing) ¹⁸

Freunde, Bekannte ¹³

Familienangehörige ¹⁴

Arbeitskollegen ¹⁵

Bin zum früheren Arbeitgeber zurückgekehrt ⁸

Sonstiges bzw. nicht zutreffend ⁹

52 Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Bitte geben Sie die genaue Tätigkeitsbezeichnung an, also z. B. nicht „kaufmännische Angestellte“, sondern: „Speditionskauffrau“, nicht „Arbeiter“, sondern: „Maschinenschlosser“. Wenn Sie Beamter sind, geben Sie bitte Ihre Amtsbezeichnung an, z. B. „Polizeimeister“, oder „Studienrat“. Wenn Sie Auszubildender sind, geben Sie bitte Ihren Ausbildungsberuf an.

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

53 Entspricht diese Tätigkeit Ihrem erlernten Beruf?

Ja ¹

Nein ²


Bin noch in Ausbildung ³

Habe keinen Beruf erlernt ⁴

54 Welche Art von Ausbildung ist für diese Tätigkeit in der Regel erforderlich?


- Kein beruflicher Ausbildungsabschluss erforderlich 1
- Eine abgeschlossene Berufsausbildung 2
- Ein abgeschlossenes Fachhochschulstudium 3
- Ein abgeschlossenes Universitäts- oder Hochschulstudium 4

55 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“.




56 Seit wann sind Sie bei Ihrem jetzigen Arbeitgeber beschäftigt?

 Falls Sie Selbständiger sind, geben Sie bitte an, seit wann Sie Ihre jetzige Tätigkeit ausüben. Bei Zeit- bzw. Leiharbeitsverhältnis ist der Arbeitgeber der Entleihbetrieb, also die Leiharbeitsfirma.

Seit
Monat Jahr

57 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.

Berufliche Stellung

- Selbständige (einschl. mithelfende Familienangehörige) 1 → Bitte weiter mit Frage 58
- Arbeiter (auch in der Landwirtschaft) 2 → Bitte weiter mit Frage 59
- Beamte (einschl. Richter und Berufssoldaten) 3 → Bitte weiter mit Frage 60, Seite 16
- Auszubildende und Praktikanten 4 → Bitte weiter mit Frage 61, Seite 16
- Angestellte 5 → Bitte weiter mit Frage 62, Seite 16

58 Zu welcher Art von Selbständigen gehören Sie?

- Selbständige Landwirte 1
 - Freie Berufe, selbständige Akademiker 2
 - Andere Selbständige (z. B. gewerblich) / Unternehmer 3
 - Mithelfende Familienangehörige 4
- } → Bitte weiter mit Frage 63, Seite 16

59 Zu welcher Art von Arbeitern gehören Sie?

- Ungelernte Arbeiter 1
 - Angelernte Arbeiter 2
 - Gelernte und Facharbeiter 3
 - Vorarbeiter, Kolonnenführer 4
 - Meister, Polier 5
- } → Bitte weiter mit Frage 69, Seite 17

60 Zu welcher Art von Beamten gehören Sie?

- Einfacher Dienst 1
- Mittlerer Dienst 2
- Gehobener Dienst 3
- Höherer Dienst 4

→ Bitte weiter mit Frage 69

61 Um welche Art von Ausbildung oder Praktikum handelt es sich genau?

- Gewerblich-technische Ausbildung 1
- Kaufmännische Ausbildung 2
- Volontariat, Praktikum u.Ä. 3

→ Bitte weiter mit Frage 69


62 Zu welcher Art von Angestellten gehören Sie?

- Angestellte mit einfacher Tätigkeit ohne Ausbildungsabschluss 2
- Angestellte mit einfacher Tätigkeit mit Ausbildungsabschluss 3
- Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z. B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner) 4
- Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z. B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Ingenieur, Abteilungsleiter, Industrie- und Werkmeister) 5
- Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben (z. B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände) 6
- Geschäftsführender Gesellschafter und vergleichbare Angestellte im eigenen Betrieb / Unternehmen 7

→ Bitte weiter mit Frage 69

→ Bitte weiter mit Frage 73, Seite 18

63 Welche der folgenden staatlichen Unterstützungsleistungen und Maßnahmen für Selbständige/Unternehmende haben Sie im letzten Kalenderjahr, also in 2021, in Anspruch genommen?

-  Bitte geben Sie alles Zutreffende an. 1
- Kurzarbeit
- Grundsicherung (ALG II)
- Staatliche Überbrückungshilfen
- Staatliche Neustarthilfen
- Erleichterungen bei bzw. Aussetzung von Insolvenzregelungen
- Staatliche Bürgschaften und Garantien
- Steuerliche Hilfsmaßnahmen wie Stundungen von Steuerzahlungen, Anpassungen der Steuervorauszahlungen, steuerlicher Verlustrücktrag als Liquiditätshilfe, etc.
- KfW-Darlehen
- Sonstiges
- ↓ und zwar:
- Nichts davon

→ Bitte weiter mit Frage 64

→ Bitte weiter mit Frage 65

64 Haben Sie erhaltene staatliche Corona-bezogene Unterstützungsleistungen und Maßnahmen rückerstattet?

- Ja, freiwillig ohne Aufforderung 1
- Ja, nach Aufforderung 2
- Nein 3

65 Wie viele Mitarbeitende haben Sie derzeit?

--	--	--	--	--

66 Und wie hoch ist ihr monatlicher Umsatz derzeit?

Derzeitiger Umsatz:

--	--	--	--	--	--	--	--

 Euro im Monat

67 Wie viel beträgt im Durchschnitt Ihre Arbeitszeit pro Woche?

 Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

--	--	--

,

--

 Stunden pro Woche

68 Wenn Sie vorausschauen auf die kommenden 12 Monate:

 Bitte machen Sie in jeder Zeile nur eine Angabe.

Wie hoch schätzen Sie das Risiko ein, ...	Wird mit Sicherheit nicht eintreten										Wird mit Sicherheit eintreten											
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
... dass Sie Mitarbeitende entlassen werden?	<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"/>
... dass Sie den Unternehmensbetrieb einschränken werden?	<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"/>
... dass Sie den Unternehmensbetrieb einstellen werden (auch Insolvenz)?	<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"/>
... dass Sie selbst privat Einkommenseinbußen erfahren werden?	<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"/>

→ Bitte weiter mit Frage 93, Seite 20

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

- Ja 1
- Nein 2

70 Handelt es sich um ein Zeitarbeits- bzw. Leiharbeitsverhältnis?

- Ja 1
- Nein 2

71 Haben Sie einen unbefristeten Arbeitsvertrag oder ein befristetes Arbeitsverhältnis?

- Unbefristeten Arbeitsvertrag 1
- Befristetes Arbeitsverhältnis 2
- Trifft nicht zu / habe keinen Arbeitsvertrag 3

72 Handelt es sich um eine Maßnahme der Agentur für Arbeit oder eines Jobcenters (auch 1-Euro-Job)?

Ja 1

Nein 2

73 Wie viele Beschäftigte hat das Gesamtunternehmen etwa?

 Nicht gemeint ist hierbei gegebenenfalls die lokale Betriebsstätte.

Unter 5 Beschäftigte 1

5 bis 10 Beschäftigte 2

11 bis unter 20 Beschäftigte 3

20 bis unter 100 Beschäftigte 4

100 bis unter 200 Beschäftigte 5

200 bis unter 2000 Beschäftigte 6

2000 und mehr Beschäftigte 7

74 Gibt es in Ihrem Betrieb einen Betriebs- oder Personalrat?

Ja 1

Nein 2

75 Wie viele Wochenstunden beträgt Ihre vereinbarte Arbeitszeit ohne Überstunden?

, Stunden pro Woche

Keine festgelegte Arbeitszeit 1

76 Und wie viel beträgt im Durchschnitt Ihre tatsächliche Arbeitszeit pro Woche einschließlich eventueller Überstunden?

, Stunden pro Woche

Bei 30 Stunden oder weniger → Bitte weiter mit Frage 77

Bei über 30 Stunden → Bitte weiter mit Frage 80

77 Ist das eine geringfügige Beschäftigung nach der Mini- bzw. Midi-Job-Regelung?

Ja, Mini-Job (bis 450 Euro) 1 → Bitte weiter mit Frage 78

Ja, Midi-Job (450,01 bis 1300 Euro) 2 } → Bitte weiter mit Frage 79

Nein 3

78 Leisten Sie für Ihren Mini-Job die freiwillige Beitragsaufstockung zur Rentenversicherung?

Ja 1

Nein 2

79 Ist das eine Teilzeitbeschäftigung nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG)?

Ja 1

Nein 2

80 Ist in Ihrem Arbeitsvertrag oder anderweitig ein Stundenlohn vereinbart?

Ja 1

Nein 2

81 Unabhängig davon, was in Ihrem Arbeitsvertrag vereinbart ist: Lag Ihr tatsächlicher Bruttostundenlohn im letzten Monat unter 12 Euro oder bei 12 Euro und darüber?

12 Euro und darüber ¹ → Bitte weiter mit Frage 83

unter 12 Euro ² → Bitte weiter mit Frage 82

82 Wie hoch war Ihr tatsächlicher Bruttostundenlohn im letzten Monat?

, Euro pro Stunde

83 Kommt es vor, dass Sie Überstunden leisten?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 91, Seite 20



84 Können diese Überstunden auch in ein sogenanntes Arbeitszeitkonto fließen, das Sie innerhalb eines Jahres oder länger mit Freizeit ausgleichen können?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 86



85 Wie ist die Ausgleichsfrist für dieses Arbeitszeitkonto?

Ausgleichsfrist bis zum Jahresende ¹

kürzere Ausgleichsfrist ²

längere Ausgleichsfrist ³

86 Werden die Überstunden in der Regel abgefeiert oder bezahlt oder gar nicht abgegolten?

Abgefeiert ¹

Teils / teils ²

Bezahlt ³

Gar nicht abgegolten ⁴

87 Und haben Sie im letzten Monat Überstunden geleistet?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 89



88 Wie viele Überstunden haben Sie im letzten Monat geleistet?

Stunden

89 Haben Sie im letzten Monat Überstunden abgefeiert? Wenn ja, wie viele?

Ja ¹ → und zwar: Stunden

Nein ²

90 Wurden Ihnen im letzten Monat Überstunden ausbezahlt? Wenn ja, wie viele?

Ja ¹ → und zwar: Stunden
Nein ²

91 Ist in Ihrem Arbeitsvertrag oder anderweitig die Möglichkeit festgehalten, dass Sie Ihre Beschäftigung zu Hause ausüben können?

Nein ² Ja ¹ → Bitte weiter mit Frage 93

92 Wenn es Ihr Betrieb Ihnen freistellen würde, zeitweise auch zu Hause zu arbeiten, würden Sie dann dieses Angebot annehmen?

Ja ¹
Nein ²
Ist bei meiner Arbeit nicht möglich ³ → Bitte weiter mit Frage 96

93 Kam es in den letzten 6 Monaten vor, dass Sie Ihre derzeitige Beschäftigung zu Hause ausgeübt haben?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 96

94 Wie häufig haben Sie Ihre derzeitige Beschäftigung in den letzten 6 Monaten zu Hause ausgeübt?

Täglich ¹ } → Bitte weiter mit Frage 95
Mehrmals in der Woche ² }
Alle 2 bis 4 Wochen ³ } → Bitte weiter mit Frage 96
Seltener, nur bei Bedarf ⁴ }

95 Und wie viel beträgt im Durchschnitt Ihre tatsächliche Arbeitszeit pro Woche, die Sie zuhause arbeiten (einschließlich eventueller Überstunden)?

Stunden pro Woche

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

 Gemeint ist die gesamte Arbeitszeit – egal, ob sie in einer Betriebsstätte, zuhause oder unterwegs arbeiten.

, Stunden pro Woche

97 Wie viele Tage in der Woche arbeiten Sie in der Regel?

Tage pro Woche


Trifft nicht zu, da ...

... die Zahl der Tage nicht festgelegt ist ¹
... wöchentlich wechselnde Zahl der Tage ²

98 Wie hoch war Ihr Arbeitsverdienst im letzten Monat?

Bitte geben Sie nach Möglichkeit beides an:

- den Bruttoverdienst, das heißt Lohn oder Gehalt vor Abzug von Steuern und Sozialversicherung
- und den Nettoverdienst, das heißt den Betrag nach Abzug von Steuern und Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung.

 Wenn Sie im letzten Monat Sonderzahlungen hatten, z. B. Urlaubsgeld oder Nachzahlungen, rechnen Sie diese bitte nicht mit. Entgelt für Überstunden rechnen Sie dagegen mit. Falls Sie selbständig sind: Bitte schätzen Sie Ihren monatlichen Gewinn vor und nach Steuern.

Der Arbeitsverdienst betrug ...

... brutto: Euro im Monat

... netto: Euro im Monat

99 Erhielten Sie im letzten Monat Sonderzahlungen oder Zuschläge der folgenden Art?

 Bitte geben Sie alles Zutreffende an. 1

Schicht-/Spätarbeits-/Wochenendzuschläge

Überstundenzuschläge


Erschwerniszulagen

Funktionszulagen oder persönliche Zulagen

Trinkgelder

Sonstige Sonderzahlungen/Zuschläge

↓ und zwar:



Nichts davon

100 Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber zum Gehalt noch andere Zusatzleistungen?

 Bitte geben Sie alles Zutreffende an. 1

Verbilligtes Essen in Betriebskantine oder Essenszuschuss → Bitte weiter mit Frage 102, Seite 22

Firmenwagen für private Nutzung → Bitte weiter mit Frage 101, Seite 22


Handy für den privaten Gebrauch oder Zahlung von Telefonkosten

Spesen, die über die reine Kostenerstattung hinausgehen

Computer / Laptop zur privaten Nutzung

Andere Formen von Zusatzleistungen


↓ und zwar:



Nichts davon

→ Bitte weiter mit Frage 102, Seite 22

101 Wie hoch ist der durchschnittliche monatliche Bruttobetrag, der durch die Nutzung des Firmenwagens, als geldwerter Vorteil auf Ihr Gehalt angerechnet wird?

 Falls der Betrag nicht auf Ihr Gehalt angerechnet wird oder Sie den Betrag aus anderen Gründen nicht genau kennen, dann schätzen Sie bitte!

Euro im Monat

102 Zu Ihrer Haupttätigkeit bitten wir Sie nun noch, den groben Standort Ihrer lokalen Betriebsstätte zu nennen. Wie lautet die Postleitzahl Ihrer Betriebsstätte?

Postleitzahl:

Weiß nicht genau, kann aber die ersten zwei Stellen angeben:

Weiß nicht genau, kann aber die erste Stelle angeben:

Wechselnder Arbeitsort in unterschiedlichen Regionen ¹

Meine Betriebsstätte befindet sich im Ausland ²

103 Neben der Haupttätigkeit kann man ja noch Nebentätigkeiten oder ehrenamtliche Tätigkeiten ausüben. Üben Sie eine oder mehrere Nebentätigkeiten oder ehrenamtliche Tätigkeiten aus?

 Nicht gemeint ist die schon beschriebene Erwerbstätigkeit!


Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 113, Seite 24



104 Wie viele Nebentätigkeiten inklusive ehrenamtlichen Tätigkeiten üben Sie derzeit insgesamt aus?

Nebentätigkeiten / ehrenamtliche Tätigkeiten:

105 Was für eine Nebentätigkeit / ehrenamtliche Tätigkeit ist das?

 Bitte beantworten Sie die Fragen 105 bis 112 spaltenweise, also zuerst alle diese Fragen für die Erste Nebentätigkeit / ehrenamtliche Tätigkeit, dann für eine evtl. Zweite und zuletzt ggf. für die Dritte.

	Erste Nebentätigkeit / ehrenamtliche Tätigkeit:	Zweite Nebentätigkeit / ehrenamtliche Tätigkeit:	Dritte Nebentätigkeit / ehrenamtliche Tätigkeit:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
106 Ist das eine ehrenamtliche Tätigkeit?			
Ja	1 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 110	1 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 110	1 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 110
Nein	2 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 107	2 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 107	2 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 107
107 In welcher beruflichen Stellung sind Sie bei dieser Tätigkeit beschäftigt?			
Arbeiter / Angestellte (auch Mini-Job)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Selbständige / Freiberufler (auch mit Werkvertrag)	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Mithelfende Familienangehörige	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Andere berufliche Stellung	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
108 Ist das eine geringfügige Beschäftigung nach der 450 Euro-Regelung (Mini-Job)?			
Ja	1 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 109	1 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 109	1 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 109
Nein	2 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 110	2 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 110	2 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 110
109 Leisten Sie für diesen Mini-Job die freiwillige Beitragsaufstockung zur Rentenversicherung?			
Ja	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Nein	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
110 An wie vielen Tagen im Monat üben Sie durchschnittlich Ihre Nebentätigkeit aus?	Tage pro Monat <input type="text"/>	Tage pro Monat <input type="text"/>	Tage pro Monat <input type="text"/>
111 Wie viele Stunden arbeiten Sie für diese Tätigkeit pro Woche?	Stunden pro Woche <input type="text"/>	Stunden pro Woche <input type="text"/>	Stunden pro Woche <input type="text"/>

 *Art der Nebentätigkeit / ehrenamtlichen Tätigkeit bitte zuerst übertragen:*

	Erste Nebentätigkeit / ehrenamtliche Tätigkeit:	Zweite Nebentätigkeit / ehrenamtliche Tätigkeit:	Dritte Nebentätigkeit / ehrenamtliche Tätigkeit:
	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>
112 Wie hoch war Ihr Bruttoverdienst aus dieser Tätigkeit im letzten Monat?	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>
Unentgeltliche Tätigkeit	¹ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>	¹ <input type="checkbox"/>
	↓ <i>Bitte weiter mit Zweiter Nebentätigkeit / ehrenamtlicher Tätigkeit, Frage 105, Seite 23</i>	↓ <i>Bitte weiter mit Dritter Nebentätigkeit / ehrenamtlicher Tätigkeit, Frage 105, Seite 23</i>	↓ <i>Bitte weiter mit Frage 113</i>

113 Welche der im Folgenden aufgeführten Einkünfte haben Sie persönlich im letzten Monat bezogen? Für alle zutreffenden Einkommensarten geben Sie bitte an, wie hoch der **Bruttobetrag** im letzten Monat war.

 *Bruttobetrag heißt: Vor Abzug eventueller Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge.*

 *Sollten Sie keine der genannten Einkünfte haben, geben Sie das bitte am Ende der Frage an!*

	¹ <input type="checkbox"/>	Euro im Monat (Bruttobetrag)
Eigene Rente / Pension	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Witwenrente / -pension / Waisenrente	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Arbeitslosengeld (auch bei Fortbildung / Umschulung oder Übergangsgeld)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Arbeitslosengeld II / Sozialgeld	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Krankengeld von der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Elterngeld / Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
BAföG / Stipendium / Berufsausbildungsbeihilfe	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Unterhalt vom früheren Ehepartner oder Lebenspartner / einschließlich Kindesunterhalt	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Unterhalt von Unterhaltsvorschusskassen	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Sonstige Unterstützung von Personen die nicht im Haushalt leben	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Nein, ich hatte im letzten Monat keine dieser Einkünfte	<input type="checkbox"/>	

114 Welche der im Folgenden aufgeführten Einkünfte hatten Sie im vergangenen Kalenderjahr 2021? Für alle zutreffenden Einkommensarten geben Sie bitte an, wie viele Monate im Jahr 2021 Sie dieses Einkommen bezogen haben und wie hoch im Durchschnitt der monatliche Bruttobetrag war.

 *Bruttobetrag heißt: Vor Abzug eventueller Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge.*

 *Sollten Sie keine der genannten Einkünfte haben, geben Sie das bitte am Ende der Frage an!*

	1	Monate	Euro im Monat (Bruttobetrag)	
Lohn / Gehalt als Arbeitnehmer (einschließlich Ausbildungsvergütung, Altersteilzeitbezüge, Lohnfortzahlung)	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ Bitte weiter mit Frage 115, Seite 26
Einkünfte aus selbständiger / freiberuflicher / gewerblicher Tätigkeit / einschließlich Gewinnentnahme	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ Bitte weiter mit Frage 122, Seite 27
Nebentätigkeit / Nebenverdienst	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	
Eigene Rente / Pension	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ Bitte weiter mit Frage 121, Seite 27	
Witwenrente / -pension / Waisenrente	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		
Arbeitslosengeld (auch bei Fortbildung / Umschulung oder Übergangsgeld)	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ Bitte weiter mit Frage 122, Seite 27
Arbeitslosengeld II / Sozialgeld	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		
Krankengeld von der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	
Elterngeld / Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	
BAföG / Stipendium / Berufsausbildungsbeihilfe	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	
Unterhalt vom früheren Ehepartner oder Lebenspartner / einschließlich Kindesunterhalt	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	
Unterhalt von Unterhaltsvorschusskassen	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	
Sonstige Unterstützung von Personen die nicht im Haushalt leben	<input type="checkbox"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	→ <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	
Nein, ich hatte im letzten Kalenderjahr 2021 keine dieser Einkünfte	<input type="checkbox"/>			

115 Haben Sie letztes Jahr (2021) von Ihrem Arbeitgeber eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten? Wenn ja, geben Sie bitte den Bruttobetrag an.

	1	Brutto
13. Monatsgehalt	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
14. Monatsgehalt	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Zusätzliches Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Urlaubsgeld	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gewinnbeteiligung, Gratifikation, Prämie	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nein, nichts davon	<input type="checkbox"/>	

116 Haben Sie letztes Jahr (2021) Fahrtgeld oder Zuschüsse für den öffentlichen Nahverkehr, z. B. Jobticket, erhalten? Wenn ja, geben Sie bitte den Betrag an.

Ja ¹ → und zwar: Euro

Nein ²

117 Haben Sie letztes Jahr (2021) Kurzarbeitergeld bekommen?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 122

↓

118 Für wie viele Wochen haben Sie 2021 Kurzarbeitergeld bekommen?

Wochen


119 Um wie viele Stunden wurde Ihre vereinbarte Arbeitszeit pro Woche während Ihrer Kurzarbeit durchschnittlich reduziert?

Um Stunden pro Woche

120 Wie hoch war im Durchschnitt Ihr monatlicher Bruttoverdienst während der Kurzarbeit?

Euro → Bitte weiter mit Frage 122

121 Von wem wird die Rente / Pension gezahlt und wie hoch waren die monatlichen Beträge 2021?

 Geben Sie bitte den **Bruttobetrag an, also vor Abzug eventueller Steuern. Falls Sie mehrere Renten beziehen, geben Sie bitte jede Zutreffende an. Wenn Sie den Betrag nicht genau wissen, geben Sie bitte einen Schätzwert an.**

	Eigene Rente / Pension	Witwenrente / -pension / (Halb-)Waisenrente
	Euro im Monat	Euro im Monat
Deutsche Rentenversicherung (ehemals LVA, BfA, Knappschaft)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Beamtenversorgung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes (z. B. VBL)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Betriebliche Altersvorsorge (z. B. Werkspension)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Berufsständische Versorgung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Riesterrente	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rente aus einer privaten Versicherung (ohne Riesterrente, aber einschl. Arbeitgeberdirektversicherung)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Unfallversicherung (z. B. der Berufsgenossenschaft)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rente aus dem Ausland	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sonstige	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

 und zwar:




122 Haben Sie einen Vertrag zur „Riester- oder Rürup-Rente“ abgeschlossen?

 Bitte geben Sie alles Zutreffende an. 1

- Ja, Riester-Rente
- Ja, Rürup-Rente
- Nein

Weiterbildung

123 Haben Sie im Jahr 2021 an einer beruflichen Weiterbildung teilgenommen?


 Damit ist jede Weiterbildungsmaßnahme gemeint, die eine vorhandene berufliche Vorbildung vertieft, erweitert oder bei der, wie bei einer Umschulung, eine berufliche oder akademische Veränderung angestrebt wird. Ebenfalls gemeint sind Maßnahmen der wissenschaftlichen Weiterbildung, wie sie von Hochschulen oder gleichgestellten Institutionen angeboten werden. Der zeitliche Umfang der Weiterbildung kann nur wenige Stunden, aber auch mehrere Monate oder Jahre umfassen. Die Initiative kann durch Sie selbst, durch Ihren Arbeitgeber oder durch eine öffentliche Einrichtung wie der Bundesagentur für Arbeit erfolgen.

Ja ₁ Nein ₂ → Bitte weiter mit Frage 137, Seite 32

124 An wie vielen beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen haben Sie im Jahr 2021 teilgenommen?



An Weiterbildungsmaßnahmen (Lehrgänge oder Kurse)

Wir bitten Sie um nähere Angaben zu den Lehrgängen oder Kursen, an denen Sie 2021 teilgenommen haben. Wenn Sie im Jahr 2021 an mehreren Kursen oder Lehrgängen teilgenommen haben, nennen Sie hier bitte die drei letzten.


 Bitte beantworten Sie die Fragen 125 bis 136 spaltenweise, also zuerst alle diese Fragen für den letzten oder derzeitigen Lehrgang oder Kurs, dann evtl. für den Lehrgang oder Kurs davor und zuletzt ggf. für den Lehrgang oder Kurs vor diesem.

	Letzter oder derzeitiger Lehrgang oder Kurs (1)	Der Lehrgang oder Kurs davor (2)	Der Lehrgang oder Kurs davor (3)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
125 Wie lange dauerte bzw. dauert der Lehrgang oder Kurs insgesamt?	<p>Tage <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Wochen <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Monate <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Tage <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Wochen <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Monate <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Tage <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Wochen <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Monate <input type="text"/> <input type="text"/></p>
126 Wie viele Unterrichtsstunden pro Woche gab bzw. gibt es etwa?	Anzahl Stunden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Anzahl Stunden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Anzahl Stunden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
127 Fand bzw. findet dieser Lehrgang oder Kurs online statt?			
Ja, vollständig	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Ja, teilweise	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Nein	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃

 *Lehrgang oder Kurs bitte zuerst übertragen:*

	Letzter oder derzeitiger Lehrgang oder Kurs (1)	Der Lehrgang oder Kurs davor (2)	Der Lehrgang oder Kurs davor (3)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
128 Was war für Sie das Ziel dieses Lehrgangs oder Kurses? <i> Bitte geben Sie alles Zutreffende an.</i>			
Umschulung auf einen anderen Beruf	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Einarbeitung an einem neuen Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifizierung für den beruflichen Aufstieg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anpassung an neue Anforderungen in meiner bisherigen Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129 Und was war Ihre persönliche Motivation, an diesem Lehrgang oder Kurs teilzunehmen? <i> Bitte geben Sie alles Zutreffende an.</i>			
Meinen Job zu sichern	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Meine Chancen auf Lohnerhöhung zu erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Chancen auf Beförderung zu erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mich für andere Arbeitgeber zu empfehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichts davon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130 Hat Ihr Arbeitgeber Sie zur Teilnahme an diesem Lehrgang oder Kurs angeregt?			
Ja, verpflichtende Teilnahme	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Ja, freiwillige Teilnahme	2 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 131	2 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 131	2 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 131
Nein, eigene Initiative	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, hatte keinen Arbeitgeber zu der Zeit	4 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 133	4 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 133	4 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 133
131 Wurde dieser Lehrgang oder Kurs direkt von Ihrem Arbeitgeber angeboten?			
Ja	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Nein	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

 *Lehrgang oder Kurs bitte zuerst übertragen:*

	Letzter oder derzeitiger Lehrgang oder Kurs (1)	Der Lehrgang oder Kurs davor (2)	Der Lehrgang oder Kurs davor (3)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
132 Wurde der Lehrgang oder Kurs während der Arbeitszeit durchgeführt?			
Ja, während der Arbeitszeit	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Teils / teils	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Nein, außerhalb der Arbeitszeit	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
133 Wer hat den Lehrgang oder Kurs finanziert?			
 <i>Falls die Kosten geteilt wurden, geben Sie bitte alles Zutreffende an.</i>			
Ich selbst	1 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 134	1 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 134	1 <input type="checkbox"/> → Weiter Frage 134
Der Arbeitgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agentur für Arbeit / Jobcenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsgenossenschaft	<input type="checkbox"/> → Weiter Frage 135	<input type="checkbox"/> → Weiter Frage 135	<input type="checkbox"/> → Weiter Frage 135
Anderer Kostenträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für die Weiterbildung sind keine Kosten entstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134 Wie hoch waren die Kosten, die Ihnen selbst durch die Lehrgangs- oder Kursgebühren entstanden sind?			
	Euro	Euro	Euro
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Letzter oder derzeitiger Lehrgang oder Kurs (1)	Der Lehrgang oder Kurs davor (2)	Der Lehrgang oder Kurs davor (3)
135 Inwieweit hat sich für Sie aufgrund des Lehrgangs oder Kurses ...			
... die Wahrscheinlichkeit eines Jobverlusts verringert?			
Sehr	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Ein wenig	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Gar nicht	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Weiß nicht, noch nicht zu sagen	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
... die Wahrscheinlichkeit einer Beförderung erhöht?			
Sehr	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Ein wenig	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Gar nicht	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Weiß nicht, noch nicht zu sagen	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
... die Wahrscheinlichkeit einer Lohnerhöhung erhöht?			
Sehr	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Ein wenig	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Gar nicht	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Weiß nicht, noch nicht zu sagen	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
... die Wahrscheinlichkeit erhöht, ein Jobangebot eines anderen Arbeitgebers zu erhalten?			
Sehr	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Ein wenig	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Gar nicht	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Weiß nicht, noch nicht zu sagen	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
136 Inwieweit könnten Sie die neu erworbenen Kenntnisse im Falle eines Stellenwechsels auch in einem anderen Betrieb anwenden?			
Überhaupt nicht	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Begrenzt, nur einen kleinen Teil	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Weitgehend	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Voll und ganz	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>


Kalenderjahr 2021

137 Zusammenfassend denken Sie bitte nun an das ganze letzte Jahr, also das Jahr 2021. Wir haben hier eine Art Kalender abgebildet. Links steht, was Sie im letzten Jahr gewesen sein können. Bitte gehen Sie die Liste durch und kreuzen Sie alle Monate an, in denen Sie zum Beispiel erwerbstätig waren, arbeitslos waren usw.

 Bitte achten Sie darauf, dass für jeden Monat mindestens ein Kästchen angekreuzt sein muss!

Bei Arbeitslosigkeit: Auch wenn diese kürzer als ein Monat war, bitte im entsprechenden Monat ankreuzen.

2021												
Ich war ...	Jan 1	Feb 2	Mrz 3	Apr 4	Mai 5	Jun 6	Jul 7	Aug 8	Sep 9	Okt 10	Nov 11	Dez 12
... voll erwerbstätig	<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"/>
... teilzeitbeschäftigt	<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"/>
... in Kurzarbeit	<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"/>
... in einem Mini-Job (bis 450€)	<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"/>
... in betrieblicher Erstausbildung / Lehre	<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"/>
... in Fortbildung, Umschulung, beruflicher Weiterbildung oder beruflicher Rehabilitation	<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"/>
... arbeitslos gemeldet	<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"/>
... in Rente / Pension oder Vorruhestand	<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"/>
... im Mutterschutz / Elternzeit	<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"/>
... auf der Schule / Fachschule / Hochschule / Universität	<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"/>
... im Freiwilligen Sozialen / Ökologischen Jahr, im Bundesfreiwilligendienst	<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"/>
... Hausfrau / Hausmann	<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"/>
... Sonstiges	<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"/>

 und zwar:



Gesundheit und Krankheit

138 Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

- Sehr gut 1
- Gut 2
- Zufriedenstellend 3
- Weniger gut 4
- Schlecht 5

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

- Stark 1
- Ein wenig 2
- Gar nicht 3

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

- Stark 1
- Ein wenig 2
- Gar nicht 3

141 Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen.

Wie oft kam es in dieser Zeit vor, ...	Immer 1	Oft 2	Manchmal 3	Fast nie 4	Nie 5
... 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 oder 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 gesundheitlicher Probleme körperlicher Art 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"/>
... dass Sie wegen gesundheitlicher Probleme körperlicher Art in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen 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 seelischer oder emotionaler Probleme 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"/>
... dass Sie wegen seelischer oder emotionaler Probleme in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen 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"/>

142 Sind Sie nach amtlicher Feststellung erwerbsgemindert oder schwerbehindert?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 146



143 Bitte geben Sie den Grad der Behinderung bzw. den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit an:

--	--	--

144 Wann wurde dieser Grad der Behinderung bzw. Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit amtlich festgestellt?

Im Jahr:

--	--	--	--

145 Welche Art von Beeinträchtigung war ausschlaggebend für die amtliche Feststellung Ihrer Erwerbsminderung bzw. Schwerbehinderung?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

Körperlich	<input type="checkbox"/>
Psychisch / seelisch	<input type="checkbox"/>
Geistig / kognitiv	<input type="checkbox"/>
Nichts davon	<input type="checkbox"/>

146 Rauchen Sie gegenwärtig, seien es Zigaretten, Pfeifen oder Zigarren?

Nicht gemeint sind hier E-Zigaretten!

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 148



147 Wie viele Zigaretten, Pfeifen oder Zigarren rauchen Sie pro Tag?

Geben Sie bitte den täglichen Durchschnitt der letzten Woche an.

Zigaretten:

--	--	--

Pfeifen / Zigarren / Zigarillos:

--	--	--

148 Rauchen Sie E-Zigarette?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 150



149 Wie viel Liquid verbrauchen Sie pro Tag?

Geben Sie bitte den täglichen Durchschnitt der letzten Woche an.

Milliliter (ml):

--	--	--

150 Konsumieren Sie Cannabis?

 Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

1

Ja, aus medizinischen Gründen
(z. B. zur Behandlung oder Linderung der Symptome einer Krankheit)

Ja, aus nichtmedizinischen Gründen
(z. B. um Spaß zu haben oder dazuzugehören)

Nein

151 Wie oft essen Sie Fleisch, Fisch oder Geflügel?

	Täglich	An vier bis sechs Tagen in der Woche	An zwei bis drei Tagen in der Woche	An zwei bis vier Tagen im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
	1	2	3	4	5	6
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geflügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

152 Ernähren Sie sich überwiegend oder ausschließlich vegetarisch oder vegan?

Ja, vegetarisch 1

Ja, vegan 2

Nein, nichts davon 3

153 Was ist Ihre Körpergröße in cm?

 Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

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

 cm

154 Wie viel Kilogramm wiegen Sie gegenwärtig?

 Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

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

 kg

155 Leiden Sie seit mindestens einem Jahr oder chronisch an bestimmten Beschwerden oder Krankheiten?

Ja 1

Nein 2

156 Hat ein Arzt / eine Ärztin bei Ihnen jemals eine Coronavirus-Erkrankung (Covid-19) festgestellt?

Ja 1

Nein 2

157 Unabhängig davon, ob Sie bisher eine Coronavirus-Erkrankung hatten: Befanden Sie sich persönlich in den letzten 12 Monaten mindestens einen Tag in Heimquarantäne?

Hier sind sowohl behördlich angeordnete als auch selbstverordnete Heimquarantänen gemeint.

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 159



158 Wie viele Tage befanden Sie sich persönlich in den letzten 12 Monaten in Heimquarantäne?

Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.

Tage

159 Wurden Sie gegen das Coronavirus geimpft?

Antworten Sie auch dann mit „Ja“, wenn Sie bisher nur eine Impfdosis erhalten haben.

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 161



160 Haben Sie darüber hinaus eine Auffrischungsimpfung (auch Boosterimpfung genannt) gegen das Coronavirus erhalten?

Ja ¹ Nein ² } → Bitte weiter mit Frage 162

161 Uns interessiert, was Sie persönlich über die Covid-19-Impfung denken.

	Voll und ganz zutreffend	Eher zutreffend	Teils / teils zutreffend	Eher nicht zutreffend	Gar nicht zutreffend
	1	2	3	4	5
Ich habe Vertrauen in die Sicherheit der Covid-19-Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Covid-19 stellt keine große Bedrohung dar, deshalb sind Impfungen gegen Covid-19 überflüssig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist aufwändig für mich, die Covid-19-Impfung zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

162 Falls Sie Kinder unter 12 Jahren haben: Und was denken Sie persönlich über eine Covid-19-Impfung Ihres Kindes/Ihrer Kinder unter 12 Jahren?

	Voll und ganz zutreffend	Eher zutreffend	Teils / teils zutreffend	Eher nicht zutreffend	Gar nicht zutreffend
	1	2	3	4	5
Ich habe Vertrauen in die Sicherheit des Covid-19-Impfstoffs für Kinder unter 12 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Covid-19 stellt für mein Kind/meine Kinder unter 12 Jahren keine große Bedrohung dar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist aufwändig für mich, die Covid-19-Impfung für mein Kind/meine Kinder unter 12 Jahren zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

163 Denken Sie nun bitte an all Ihre Arztbesuche der letzten 3 Monate. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Ärzte aufgesucht? Wenn ja, geben Sie bitte an wie häufig.

Zahl aller Arztbesuche in den letzten 3 Monaten:

Keinen Arzt in Anspruch genommen ¹

164 Und wie war das mit Krankenhausaufenthalten im letzten Jahr? Wurden Sie 2021 einmal oder mehrmals für mindestens eine Nacht im Krankenhaus aufgenommen?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 167



165 Wie viele Nächte haben Sie alles in allem letztes Jahr, also 2021, im Krankenhaus verbracht?

Nächte

166 Und wie oft mussten Sie dafür im Jahr 2021 ins Krankenhaus?

mal

167 Kam es im letzten Jahr vor, dass Sie länger als 6 Wochen ununterbrochen krankgemeldet waren?

Ja, einmal ¹ } → Bitte weiter mit Frage 168
Ja, mehrmals ² }
Nein ³ → Bitte weiter mit Frage 170

168 Wie viele Tage haben Sie im Jahr 2021 wegen Krankheit nicht gearbeitet?

Geben Sie bitte alle Tage an, nicht nur die, für die Sie eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten haben.

keinen Tag ¹
Insgesamt Tage

169 Einmal abgesehen von eigener Krankheit oder Urlaub: Haben Sie im Jahr 2021 aus anderen, persönlichen Gründen nicht gearbeitet?


Gemeint sind hier zum Beispiel Krankheit des Kindes, Pflege eines Angehörigen, nicht verschiebbare Behördengänge oder wichtige Familienfeiern.

Ja, wegen Krankheit des Kindes ¹ → Tage
Ja, wegen Pflege eines Angehörigen → Tage
Ja, aus anderen Gründen → Tage
Nein

170 Haben Sie seit dem 1. Januar 2021 die Krankenkasse gewechselt?

Ja ¹
Nein ²

171 Wie sind Sie krankenversichert: Sind Sie in einer gesetzlichen Krankenversicherung oder ausschließlich privat versichert?

 Bitte auch angeben, wenn Sie nicht selbst Beiträge zahlen, sondern als Familienmitglied oder sonst wie mitversichert sind. Zur „gesetzlichen Krankenversicherung“ gehören z. B. AOK, Barmer / GEK, DAK-Gesundheit, TK, IKK / BIG, KKH, Knappschaft und LKK.

In einer gesetzlichen Krankenversicherung 1

Ausschließlich privat versichert 2 → Bitte weiter mit Frage 177

172 Welche Krankenversicherung ist das?

AOK 1

Barmer / GEK 2

DAK-Gesundheit 3

TK 4

IKK / BIG 5

KKH 6

Knappschaft 7

LKK 9

Sonstige Betriebskrankenkasse 10

↓ und zwar:



Sonstige 11

↓ und zwar:



173 Sind Sie persönlich in dieser Krankenkasse ...

... beitragszahlendes Pflichtmitglied? 1

... beitragszahlendes freiwilliges Mitglied? 2

... mitversichertes Familienmitglied? 3

... versichert als Rentner / Arbeitsloser / Student / Person, die den freiwilligen Wehrdienst, ein Freiwilliges soziales/ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst leistet? 4

174 Haben Sie eine private Zusatzkrankenversicherung?


Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 182, Seite 40

↓

175 Welchen monatlichen Beitrag zahlen Sie dafür?

Euro pro Monat
Weiß nicht ¹

176 Welche der folgenden Leistungen sind über die Zusatzkrankenversicherung abgedeckt?

-  Bitte geben Sie alles Zutreffende an. ¹
- Krankenhausbehandlung
- Zahnersatz
- Heil- und Hilfsmittel (z. B. Brillen)
- Auslandsaufenthalt
- Sonstiges
- Weiß nicht

→ Bitte weiter mit Frage 182, Seite 40

177 Wer ist in Ihrer privaten Krankenversicherung der Versicherungsnehmer: ein anderes Familienmitglied oder Sie selbst?

Anderes Familienmitglied ¹ → Bitte weiter mit Frage 182, Seite 40
Selbst ² → Bitte weiter mit Frage 178

178 Welchen monatlichen Beitrag zahlen Sie dafür?

Euro pro Monat
Weiß nicht ¹

179 Sind damit nur Sie selbst oder noch weitere Personen versichert?

Nur ich selbst ¹

Außer mir noch weitere Personen: Anzahl

180 Handelt es sich um eine Krankenversicherung mit Selbstbeteiligung?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 182, Seite 40

↓

181 Welche Form der Selbstbeteiligung haben Sie?

Prozentual in Höhe von %
Pauschal in Höhe von Euro

Diskriminierung

182 Nun geht es um das Thema Diskriminierung. Diskriminierung bedeutet, dass eine Person aus bestimmten Gründen schlechter behandelt wird als andere Menschen, zum Beispiel wegen der ethnischen Herkunft, aus rassistischen Gründen, aufgrund des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Lebensalters oder der sexuellen Orientierung.

183 Wie war das in den letzten 12 Monaten mit den folgenden Bereichen hier in Deutschland?

 Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe.

	Ja 1	Nein 2
Hatten Sie in dieser Zeit einen Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in dieser Zeit eine Arbeit oder einen Ausbildungsplatz gesucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in dieser Zeit Friseure, Bars, Restaurants oder ähnliche Orte aufgesucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in dieser Zeit Finanzdienstleistungen (z. B. Banken, Versicherungen) genutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in dieser Zeit eine Wohnung oder ein Haus gesucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in dieser Zeit Kontakt mit Schulen (als Eltern oder als Schüler bzw. Schülerin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in dieser Zeit Kontakt mit dem Gesundheits- oder Pflegebereich (z. B. Arztpraxis, Krankenhaus, Pflegeeinrichtung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in dieser Zeit Kontakt mit der Polizei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in dieser Zeit Kontakt mit Ämtern oder Behörden (z. B. Jobcenter, Bürgeramt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in dieser Zeit öffentliche Verkehrsmittel genutzt, z. B. Bahn oder Bus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

184 Haben Sie sich persönlich in den letzten 12 Monaten in den folgenden Bereichen zum Beispiel wegen der ethnischen Herkunft, aus rassistischen Gründen, aufgrund des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Orientierung diskriminiert gefühlt?

 Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe.

	Ja 1	Nein 2
1 Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Arbeitsplatzsuche oder Ausbildungsplatzsuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Friseure, Bars, Restaurants oder ähnliche Orte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Finanzdienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Wohnungs- oder Haussuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Schulbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Gesundheits- oder Pflegebereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ämter oder Behörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 In Geschäften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie sich in keinem dieser Bereiche in den letzten 12 Monaten diskriminiert gefühlt haben, bitte weiter mit Frage 190, Seite 42 

185 Für bis zu zwei Bereiche möchten wir in der Folge gerne Näheres zu den Diskriminierungsgründen erfahren.

Geben Sie bitte hier die Zahl des für Sie wichtigsten Bereichs aus Frage 184 an, in dem Sie sich in den letzten 12 Monaten diskriminiert gefühlt haben (z. B. 1 für Arbeitsplatz):

186 Aus welchen Gründen haben Sie sich in den letzten 12 Monaten in diesem Bereich diskriminiert gefühlt?

 Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe.

	Ja 1	Nein 2
Ethnische Herkunft (z. B. Sprache, Name, Kultur), rassistische Gründe, oder Herkunft aus einem anderen Land	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Orientierung (z. B. schwul, lesbisch, bisexuell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlecht oder Geschlechtsidentität (z. B. weiblich, männlich, transgeschlechtlich, intergeschlechtlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religion oder Weltanschauung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aussehen (z. B. Körpergewicht, Kleidungsstil, Tätowierungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter (z. B. zu jung oder zu alt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriges Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus einem anderen Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↓ und zwar:



→ Falls Sie sich in nur einem Bereich in den letzten 12 Monaten diskriminiert gefühlt haben, springen Sie bitte zur Frage 189, Seite 42.

187 Falls Sie sich in mindestens zwei Bereichen in den letzten 12 Monaten diskriminiert gefühlt haben, geben Sie bitte die Zahl des für Sie zweitwichtigsten Bereichs aus Frage 184 an:

188 Aus welchen Gründen haben Sie sich in den letzten 12 Monaten in diesem Bereich diskriminiert gefühlt?

 Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe.

	Ja 1	Nein 2
Ethnische Herkunft (z. B. Sprache, Name, Kultur), rassistische Gründe, oder Herkunft aus einem anderen Land	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Orientierung (z. B. schwul, lesbisch, bisexuell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlecht oder Geschlechtsidentität (z. B. weiblich, männlich, transgeschlechtlich, intergeschlechtlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religion oder Weltanschauung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aussehen (z. B. Körpergewicht, Kleidungsstil, Tätowierungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter (z. B. zu jung oder zu alt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriges Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus einem anderen Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↓ und zwar:



189 Sie haben angegeben, dass Sie sich in den letzten 12 Monaten diskriminiert gefühlt haben. Welche(n) der folgenden Schritte haben Sie unternommen, um gegen die Diskriminierung(en) vorzugehen?

 Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

1

Ich habe die Person oder die Stelle, von der die Diskriminierung ausging, darauf angesprochen.

Ich habe mich zu meinen rechtlichen Möglichkeiten beraten lassen.

Ich habe eigenständig nach Informationen zu meinen rechtlichen Möglichkeiten gesucht (z. B. im Internet, in Gesetzestexten).

Ich habe eine offizielle Beschwerde eingereicht (z. B. beim Arbeitgeber, der Schulleitung).

Ich habe rechtliche Schritte eingeleitet (z. B. Klage eingereicht).

Sonstiges,

 und zwar:



Ich habe nichts unternommen

Einstellungen und Meinungen

190 In der Bundesrepublik gibt es die Sozialversicherungen mit ihren unterschiedlichen Zweigen, wie Krankenversicherung, Arbeitslosen-, Renten- und Pflegeversicherung. Sie sollen die Menschen in verschiedenen Notlagen und im Alter absichern.

Wie bewerten Sie persönlich Ihre finanzielle Absicherung in den betreffenden Lebenssituationen?

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Weniger gut	Schlecht	Weiß nicht/ Trifft nicht
	1	2	3	4	5	zu 6
Bei Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für das Alter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für den Fall der Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

191 Zum Thema der sozialen Grundsicherung gehört auch die Frage nach einem Mindesthaushaltseinkommen. Welches Haushaltseinkommen würden Sie persönlich – unter Ihren Lebensumständen – als das notwendige Mindesteinkommen betrachten?

 Gemeint ist der monatliche Nettobetrag, den Ihr Haushalt unbedingt braucht, um zurechtzukommen.

Euro pro Monat

Weiß nicht

192 Wie ist es mit den folgenden Gebieten – machen Sie sich da Sorgen?

	Große Sorgen	Einige Sorgen	Keine Sorgen
Um die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
Um Ihre eigene wirtschaftliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Ihre eigene Altersversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um den Schutz der Umwelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um die Folgen des Klimawandels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um die Erhaltung des Friedens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über die Entwicklung der Kriminalität in Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über die Zuwanderung nach Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über Ausländerfeindlichkeit und Fremdenhass in Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur wenn Sie erwerbstätig sind: Um die Sicherheit Ihres Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

193 Einmal ganz allgemein gesprochen: Wie stark interessieren Sie sich für Politik?

Sehr stark	1	<input type="checkbox"/>
Stark	2	<input type="checkbox"/>
Nicht so stark	3	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht	4	<input type="checkbox"/>

194 Viele Leute in der Bundesrepublik neigen längere Zeit einer bestimmten Partei zu, obwohl sie auch ab und zu eine andere Partei wählen. Wie ist das bei Ihnen: Neigen Sie einer bestimmten Partei in Deutschland zu?

Ja	1	<input type="checkbox"/>	Nein	2	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 197, Seite 44
----	---	--------------------------	------	---	--------------------------	--

195 Welcher Partei neigen Sie zu?

 Bitte machen Sie nur eine Angabe.

SPD	1	<input type="checkbox"/>
CDU	2	<input type="checkbox"/>
CSU	3	<input type="checkbox"/>
FDP	4	<input type="checkbox"/>
Bündnis 90 / Die Grünen	5	<input type="checkbox"/>
Die Linke	6	<input type="checkbox"/>
AfD	27	<input type="checkbox"/>
NPD / Republikaner / Die Rechte	7	<input type="checkbox"/>
Andere	8	<input type="checkbox"/>

196 Und wie stark neigen Sie dieser Partei zu?

- Sehr stark 1
- Ziemlich stark 2
- Mäßig 3
- Ziemlich schwach 4
- Sehr schwach 5

197 Wie war das eigentlich bei der letzten Bundestagswahl am 26. September 2021?
Welche Partei haben Sie da gewählt?

 Gemeint ist Ihre Zweitstimme.

- SPD 1
- CDU 2
- CSU 3
- FDP 4
- Bündnis 90 / Die Grünen 5
- Die Linke 6
- AfD 27
- Eine andere Partei 8

↓ und zwar:



- Habe nicht gewählt 28
- War nicht wahlberechtigt 29

Herkunft

198 Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

- Ja 1
- Nein 2 → Bitte weiter mit Frage 203




199 Haben Sie neben der deutschen eine zweite Staatsangehörigkeit?

- Ja 1
- Nein 2 → Bitte weiter mit Frage 201



200 Welche ist Ihre zweite Staatsangehörigkeit?

 Falls Sie mehr als zwei Staatsangehörigkeiten haben, geben Sie die dritte und weitere bitte im Textfeld darunter an.

Zweite Staatsangehörigkeit:



Weitere Staatsangehörigkeit:



201 Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit seit Geburt oder erst später erworben?


- Seit Geburt 1 → Bitte weiter mit Frage 202
- Erst später 2 → Bitte weiter mit Frage 205


202 Sind Ihre beiden Eltern in Deutschland geboren?

Ja, meine Eltern sind beide in Deutschland geboren 1 → Bitte weiter mit Frage 216, Seite 47

Nein, mindestens ein Elternteil ist außerhalb Deutschlands geboren 2 → Bitte weiter mit Frage 205

203 Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

 Falls Sie mehr als eine Staatsangehörigkeit haben, geben Sie die zweite und weitere bitte im Textfeld darunter an.

Erste Staatsangehörigkeit: 

Zweite Staatsangehörigkeit: 

204 Was für einen Aufenthaltsstatus haben Sie in Deutschland?

Staatsbürgerschaft der EU bzw. des europäischen Wirtschaftsraumes 8

Blaue Karte EU 2

Visum 5


Eine Niederlassungserlaubnis, d. h. ein unbefristetes Daueraufenthaltsrecht in Deutschland 1


Befristete Aufenthaltserlaubnis 3

Aufenthaltsgestattung 7

Duldung 4

205 Welches Land ist Ihr Herkunftsland bzw. das Herkunftsland Ihrer Eltern?

 Wenn Sie selbst nicht in Deutschland geboren wurden, geben Sie bitte Ihr Geburtsland an. Wenn Sie in Deutschland geboren wurden, geben Sie bitte das Geburtsland Ihrer Eltern an, bei welchem es sich nicht um Deutschland handelt. Wurden Ihre beiden Eltern in verschiedenen Ländern außerhalb Deutschlands geboren, nennen Sie bitte das Land, das Ihnen am wichtigsten erscheint.

Herkunftsland: 

206 Würden Sie sich selbst als Migrant/Migrantin bzw. Person mit Migrationshintergrund bezeichnen?

Ja 1

Nein 2

207 Ist die Tatsache, dass Sie Migrant/Migrantin bzw. Person mit Migrationshintergrund sind, aktuell in Ihrem Leben von Bedeutung?

Ja, immer 1

Ja, oft 2

Ja, gelegentlich 3

Ja, selten 4

Nein, nie 5

208 Werden Sie von anderen hier in Deutschland als Migrant/Migrantin bzw. Person mit Migrationshintergrund bezeichnet?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 210

209 Ist die Tatsache, dass Sie von anderen als Migrant/Migrantin bzw. Person mit Migrationshintergrund bezeichnet werden, aktuell in Ihrem Leben von Bedeutung?


Ja, immer ¹
Ja, oft ²
Ja, gelegentlich ³
Ja, selten ⁴
Nein, nie ⁵

210 Manche Menschen sagen, man kann erkennen, ob jemand „deutsch“ ist oder nicht. Wie sehr trifft die folgende Aussage auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu	Weiß nicht
	1	2	3	4	5	6
Ich werde von Personen deutscher Herkunft als „deutsch“ wahrgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte weiter mit Frage 212

211 Was glauben Sie, aufgrund welcher Merkmale werden Sie nicht als „deutsch“ wahrgenommen?

 Bitte geben Sie alles Zutreffende an. 1

Aufgrund meiner Hautfarbe

Aufgrund meiner Kleidung oder anderer Äußerlichkeiten

Aufgrund von Merkmalen meines Körpers oder meines Gesichts

Aufgrund meines Akzents

Aufgrund meines Namens

Weiß nicht

Sonstiges

↓ und zwar:




212 Haben Sie in den letzten zwei Jahren Ihr Herkunftsland besucht?

Ja ¹ Nein ² → Bitte weiter mit Frage 214

213 Wie lange waren Sie insgesamt dort?

Bis zu 1 Monat ¹
1 bis 3 Monate ²
4 bis 6 Monate ³
Länger als 6 Monate ⁴

214 Wie stark fühlen Sie sich diesem Herkunftsland gefühlsmäßig verbunden?


 Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala. Der Wert 0 bedeutet: Gefühlsmäßig überhaupt nicht verbunden. Der Wert 10 bedeutet: Gefühlsmäßig sehr verbunden.

Gefühlsmäßig überhaupt nicht verbunden										Gefühlsmäßig sehr verbunden
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<small>0</small>	<small>1</small>	<small>2</small>	<small>3</small>	<small>4</small>	<small>5</small>	<small>6</small>	<small>7</small>	<small>8</small>	<small>9</small>	<small>10</small>
<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"/>

215 Wenn Sie sich über das Weltgeschehen in Medien (Zeitungen, Fernsehen, Radio, Internet etc.) informieren: Nutzen Sie diese Medien dann ...


... ausschließlich in der Sprache Ihres Herkunftslandes?	1	<input type="checkbox"/>
... überwiegend in der Sprache Ihres Herkunftslandes?	2	<input type="checkbox"/>
... ungefähr gleich häufig in der Sprache Ihres Herkunftslandes wie in deutscher Sprache oder auch weiterer Sprachen?	3	<input type="checkbox"/>
... überwiegend in deutscher Sprache?	4	<input type="checkbox"/>
... ausschließlich in deutscher Sprache?	5	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, nutze keine dieser Medien	6	<input type="checkbox"/>

216 Wie stark fühlen Sie sich Deutschland gefühlsmäßig verbunden?

 Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala. Der Wert 0 bedeutet: Gefühlsmäßig überhaupt nicht verbunden. Der Wert 10 bedeutet: Gefühlsmäßig sehr verbunden.

Gefühlsmäßig überhaupt nicht verbunden										Gefühlsmäßig sehr verbunden
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<small>0</small>	<small>1</small>	<small>2</small>	<small>3</small>	<small>4</small>	<small>5</small>	<small>6</small>	<small>7</small>	<small>8</small>	<small>9</small>	<small>10</small>
<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"/>

217 Wie stark fühlen Sie sich Europa gefühlsmäßig verbunden?

 Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala. Der Wert 0 bedeutet: Gefühlsmäßig überhaupt nicht verbunden. Der Wert 10 bedeutet: Gefühlsmäßig sehr verbunden.

Gefühlsmäßig überhaupt nicht verbunden										Gefühlsmäßig sehr verbunden
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<small>0</small>	<small>1</small>	<small>2</small>	<small>3</small>	<small>4</small>	<small>5</small>	<small>6</small>	<small>7</small>	<small>8</small>	<small>9</small>	<small>10</small>
<input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>

Familie und Freundeskreis

218 Kommen wir nun kurz zu Ihrem Freundeskreis:
Wie viele enge Freunde haben Sie und wie viele davon sind Kollegen?

 Falls nicht zutreffend, bitte „0“ eintragen!

Enge Freunde:

Davon sind Kollegen:

219 Wie setzt sich Ihr Freundeskreis zusammen: Wie viele Ihrer Freunde stammen selbst nicht aus Deutschland oder haben Eltern, die nicht aus Deutschland stammen, haben also einen Migrationshintergrund?

Alle haben einen Migrationshintergrund 1

Die meisten 2

Etwa die Hälfte 3

Etwa ein Viertel 4

Weniger als ein Viertel 5

Keiner hat einen Migrationshintergrund 6

220 Wie ist Ihr Familienstand?

Verheiratet 1

Eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft
(Eintragung war bis September 2017 möglich.
Sie kann weiterhin gültig sein.) 2

Ledig, war nie verheiratet 3

Geschieden 4

Eingetragene gleichgeschlechtliche
Partnerschaft aufgehoben 5

Verwitwet 6

Lebenspartner / -in aus eingetragener
gleichgeschlechtlicher Partnerschaft verstorben 7

→ Bitte weiter mit Frage 221

→ Bitte weiter mit Frage 226

221 Haben Sie einen Ehevertrag bzw. einen Lebenspartnerschaftsvertrag?

Ja 1

Nein 2

222 Leben Sie mit Ihrem (Ehe-)Partner / Ihrer (Ehe-)Partnerin zusammen, in diesem Haushalt?

Ja 1 → Bitte weiter mit Frage 225

Wir sind zusammen, leben aber
in unterschiedlichen Wohnungen 2 → Bitte weiter mit Frage 223

Nein, wir haben uns getrennt 3

Wir haben uns getrennt, wohnen
aber (noch) zusammen 4 → Bitte weiter mit Frage 226

223 Wo lebt Ihr (Ehe-)Partner / Ihre (Ehe-)Partnerin derzeit?

In Deutschland 1 → Bitte weiter mit Frage 225

Im Ausland 2 → Bitte weiter mit Frage 224

224 Planen Sie, Ihren (Ehe-)Partner / Ihre (Ehe-)Partnerin nach Deutschland zu holen?

- Ja 1
- Nein 2
- Weiß nicht 3

225 Wie ist der Vorname Ihres (Ehe-)Partners / Ihrer (Ehe-)Partnerin?



→ Bitte weiter mit Frage 231

226 Haben Sie derzeit eine feste Partnerschaft?

- Ja 1 Nein 2 → Bitte weiter mit Frage 231
- ↓

227 Wohnt Ihr Partner / Ihre Partnerin hier im Haushalt?

- Nein 2 Ja 1 → Bitte weiter mit Frage 230
- ↓

228 Wo lebt dieser Partner / diese Partnerin derzeit?

- In Deutschland 1 → Bitte weiter mit Frage 230
- Im Ausland 2 → Bitte weiter mit Frage 229

229 Planen Sie, diesen Partner / diese Partnerin nach Deutschland zu holen?

- Ja 1
- Nein 2
- Weiß nicht 3

230 Wie ist der Vorname dieses Partners / dieser Partnerin?




231 Haben Sie persönlich im letzten Jahr, also im Jahr 2021, Zahlungen oder finanzielle Unterstützungen an Verwandte oder sonstige Personen außerhalb dieses Haushalts geleistet?
Wenn ja, wie hoch war der Betrag im Jahr 2021 insgesamt etwa? Wo lebt der Empfänger?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

	1	→	Höhe des Betrags	Wohnort Empfänger	
			Euro im Jahr 2021	Deutschland	Ausland
			1	1	
An Ihre Eltern / Schwiegereltern	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Ihre Kinder (auch Schwiegersohn / -tochter)	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Ehepartner / geschiedenen Ehepartner	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An sonstige Verwandte	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An nicht verwandte Personen	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, habe keine Zahlungen dieser Art geleistet	<input type="checkbox"/>				

232 Hat sich an Ihrer familiären Situation seit dem 1. Januar 2021 etwas verändert? Geben Sie bitte an, ob einer der folgenden Punkte zutrifft, und wenn ja, wann das war.

 Wenn ein Punkt seit dem 1. Januar 2021 mehrfach vorgekommen ist, beziehen Sie sich bitte auf die letzte Veränderung.

 Bitte geben Sie alles Zutreffende an. 1 2022 2021
im Monat im Monat

	1	2022 im Monat	2021 im Monat
Habe neuen Partner / neue Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bin mit Partner / Partnerin zusammengezogen	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Habe geheiratet	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bin (erneut) Vater / Mutter geworden	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind kam in den Haushalt	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sohn / Tochter hat den Haushalt verlassen	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Habe mich von Ehepartner / Lebenspartner getrennt	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wurde geschieden / Gleichgeschlechtliche Partnerschaft wurde offiziell aufgelöst	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ehepartner / Lebenspartner ist verstorben	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vater ist verstorben	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mutter ist verstorben	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind ist verstorben	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere Person, die hier im Haushalt lebte, ist verstorben	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstige familiäre Veränderung	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

→ Bitte weiter mit Frage 233

↓ und zwar:



Nein, nichts davon

233 Erkrankte die verstorbene Person unmittelbar vor dem Tod an der Coronavirus-Infektion?

	Ja	Nein	Person nicht verstorben
Ehepartner / Lebenspartner	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Person, die hier im Haushalt lebte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Wenn Sie in Frage 232 und 233 angegeben haben, dass eine oder mehrere Personen aus Ihrem nahen Umfeld verstorben sind, möchten wir Sie bitten, im Anschluss an diesen Fragebogen den kurzen Zusatzfragebogen „Die verstorbene Person“ auszufüllen.



234 Zum Schluss möchten wir Sie nach Ihrer Zufriedenheit mit Ihrem Leben insgesamt fragen. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?

☞ Antworten Sie bitte wieder anhand der folgenden Skala, bei der „0“ ganz und gar unzufrieden, „10“ ganz und gar zufrieden bedeutet.

Ganz und gar unzufrieden										Ganz und gar zufrieden				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
<small>0</small>	<small>1</small>	<small>2</small>	<small>3</small>	<small>4</small>	<small>5</small>	<small>6</small>	<small>7</small>	<small>8</small>	<small>9</small>	<small>10</small>				
<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 Bitte machen Sie zum Abschluss noch die folgenden Angaben.

Wann waren Sie mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens fertig?

Datum: . Uhrzeit: :
Tag Monat Stunde Minute

B Wie lange hat es in etwa gedauert, diesen Fragebogen auszufüllen?

Minuten

C Waren beim Ausfüllen des Fragebogens weitere Personen anwesend?

 Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

Ja, mein Ehepartner / Lebenspartner

Ja, eine andere Person, die hier im Haushalt lebt

Ja, eine andere Person, die nicht hier im Haushalt lebt

Nein

1

→ Bitte weiter mit Frage D

→ Ende

D Hat Sie eine der oben genannten Personen beim Ausfüllen des Fragebogens gestört?

Ja 1

Nein 2

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte übergeben Sie den ausgefüllten Fragebogen an unsere Interviewerin / unseren Interviewer oder schicken Sie ihn im beiliegenden portofreien Rückumschlag an infas:

infas Institut für angewandte
Sozialwissenschaft GmbH
Postfach 24 01 01
53154 Bonn