

ZA4993

Gesundheit und Wohlbefinden in Sachsen-Anhalt

- Fragebogen -



Institut für Soziologie

Gesundheit und Wohlbefinden

**Bevölkerungsbefragung
in Sachsen-Anhalt**



Frühjahr 2003

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Öffentlichkeit wird viel über unser Gesundheitswesen diskutiert. Nur selten aber gerät die Situation der Betroffenen ins Blickfeld; über ihre Erfahrungen und Vorstellungen ist wenig bekannt. Aus diesem Grunde führt das Institut für Soziologie der Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg eine wissenschaftliche Studie durch. Sie wird finanziell unterstützt vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen- Anhalt.

Der Fragebogen erfasst die Einschätzungen und Sichtweisen der Bevölkerung unseres Bundeslandes. Im Vordergrund stehen Fragen der persönlichen Gesundheit und des Wohlbefindens, der medizinischen Vorsorge, der alltäglichen Lebenssituation und der Belastungen. Zur Sprache kommen auch Vorschläge zu Veränderungen im Gesundheitswesen. Der Bereich, den wir mit der Untersuchung aufgreifen, ist sehr vielseitig. Leider können wir nicht auf alle Aspekte eingehen, manches muss ausgeblendet oder verkürzt bleiben. Wir haben deshalb ab und an nach "Sonstigem" gefragt. Zudem haben Sie am Ende des Fragebogens Gelegenheit, weiterführende Gedanken oder Kritik in eigenen Worten wiederzugeben.

Um viele Menschen zu Wort kommen zu lassen, aber auch, um Ihre Zeit nicht zu sehr in Anspruch zu nehmen, haben wir uns für die vorliegende Form der Befragung entschieden: In den meisten Fällen sind die Antwortkategorien vorgegeben. Bitte lesen Sie jede Frage erst einmal durch, folgen Sie dann beim Ausfüllen den Erklärungen und kreuzen Sie das für Sie persönlich Zutreffende an.

Beispiel:

Bei vorgegebenen Bewertungen von z.B. 1= unwichtig bis 5= sehr wichtig kreuzen Sie bitte nur ein Kästchen pro Zeile an:

unwichtig								sehr wichtig
	1	2	3	4	5			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Die Zahlen an den Kästchen und auf der rechten Seite dienen der Verschlüsselung und späteren Auswertung.

Die Erhebung erfolgt absolut *anonym*. Bitte vermerken Sie deshalb nirgends Ihren Namen oder Ihre Anschrift. Die Auswertung dient ausschliesslich *wissenschaftlichen Zwecken*. Selbstverständlich ist Ihre Mitarbeit *freiwillig*.

Der Erfolg der Untersuchung hängt davon ab, dass auch Sie sich beteiligen. Die Ergebnisse werden etwa zu Beginn des nächsten Jahres veröffentlicht, auch mit dem Ziel, Veränderungen im Gesundheitsbereich anzustossen. Falls Sie Interesse an den Befunden haben, nehmen Sie Kontakt mit uns auf. Auf der Rückseite des Fragebogens finden Sie unsere ausführlichen Anschriften.

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahmebereitschaft und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Für das Projektteam
Prof. Dr. Barbara Dippelhofer- Stiem

Unsere Befragung befasst sich mit der Gesundheit der Bevölkerung. Wir wollen Ihnen deshalb zu Beginn einige Fragen über alltägliche Beschwerden, aber auch ernsthafte Erkrankungen stellen. Zudem bitten wir Sie, etwas über Ihre gesundheitliche Vorsorge zu berichten.

01 Ganz allgemein gesprochen: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

schlecht	weniger gut	gut	ausgezeichnet
1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11

02 Auch Menschen, die sich eigentlich ganz wohl fühlen, haben manchmal Beschwerden. Wie ist das bei Ihnen? Denken Sie einmal an das letzte halbe Jahr: Inwieweit sind bei Ihnen folgende Beschwerden aufgetreten?

(bitte nur ein Kreuz pro Zeile)

	überhaupt nicht	selten	hin und wieder	öfter	sehr häufig	
	1	2	3	4	5	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	12				
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	13				
Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	14				
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	15				
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	16				
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	17				
Gedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/>	18				
Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>	19				
Sonstiges (bitte angeben)						20

03 Und wie ist das mit ernsthaften Erkrankungen? Sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung? Oder war dies früher einmal der Fall?

	nein	ja, derzeit	ja, im letzten halben Jahr	ja, das ist schon länger her	
	1	2	3	4	
Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
nervöse oder emotionale Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
Verletzungen / Vergiftungen infolge eines Unfalls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
Rückenleiden bzw. Krankheiten des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
Krankheiten des Atmungssystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
Krankheiten des Verdauungssystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
Blutkrankheiten / Krankheiten des Immunsystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
Sonstiges (bitte angeben)					32

04 Haben Sie ...

	nein 1	ja 2	seit wieviel Jahren	
eine chronische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit Jahr(en)	11
eine körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit Jahr(en)	14
eine anerkannte Berufskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit Jahr(en)	17
eine anerkannte Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit Jahr(en)	20
einen Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit Jahr(en) zu Grad / Prozent der Behinderung	23

05 Waren Sie in den letzten zwölf Monaten zur stationären Behandlung ...

	nein 1	einmal 2	2-3 mal 3	öfter 4	
im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
in einer Reha-Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
im Kuraufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31

06 Wenn Sie einmal ernsthafte Beschwerden haben, wie reagieren Sie in der Regel?

1) ich warte ab und hoffe auf Selbstheilung

2) ich versuche erst einmal, mit Hausmitteln Abhilfe zu schaffen

3) ich lasse mich in der Apotheke beraten und kaufe rezeptfreie Arzneimittel

4) ich gehe sofort zum Arzt und bitte um ein Rezept

(bitte nur ein Kreuz eintragen)

	1)	2)	3)	4)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32

07 Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	nie 1	ja, aber nicht regelmäßig 2	regelmäßig 3	
Ich nehme an Vorsorgeuntersuchungen teil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
Ich nehme Schutzimpfungen wahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
Ich gehe zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
Ich lasse den Blutdruck kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
Ich lasse meine Blutwerte kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
Ich achte auf die Qualität meiner Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
Ich schlafe ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
Ich lese zum Thema Gesundheit und Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
Ich sehe Fernsehsendungen über krankheitsbezogene Themen an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41

08 Bitte denken Sie jetzt an Personen, die Ihnen nahe stehen. Ist oder war jemand aus diesem Personenkreis in den letzten zwölf Monaten ernsthaft erkrankt?

nein 1	ja 2	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42



09 War eine Person, die Ihnen nahe steht, innerhalb der letzten zwölf Monate als Patient in einem Krankenhaus?

nein	ja
1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11

10 Haben Sie in den letzten 5 Jahren eine hilfs- oder pflegebedürftige Person betreut?

nein	ja, mehrmals im Monat	ja, mehrmals wöchentlich	ja, täglich
1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12

11 Wie viele Personen - einschliesslich Ihrer Familie - kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?

(bitte nur ein Kreuz eintragen)

1) keine Person	1)	2)	3)	4)
2) eine Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) zwei bis drei Personen				
4) mehr als drei Personen				

13

12 Waren Sie selbst im Laufe der letzten zwölf Monate beim ...

	überhaupt nicht	einmal	mehrmals
	1	2	3
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einem anderen Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in einer Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte angeben)			

14

15

16

17

18

19

20

Fragen zum Alltag

13 Wie würden Sie Ihre Tätigkeit am Arbeitsplatz, oder wenn Sie nicht berufstätig sind, Ihre alltägliche Arbeit beschreiben?

(bitte nur ein Kreuz eintragen)

1) ich arbeite überwiegend sitzend	1)	2)	3)
2) ich arbeite überwiegend stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ich bin bei der Arbeit überwiegend in Bewegung			

21

14 Wieviel körperliche Anstrengung erfordert diese Tätigkeit?

(bitte nur ein Kreuz eintragen)

1) keine besondere körperliche Anstrengung	1)	2)	3)
2) mäßige körperliche Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) schwere körperliche Anstrengung			

22

15 Wie häufig üben Sie folgende Betätigungen im allgemeinen - also sowohl im Alltags- und Berufsleben als auch in der Freizeit - aus?

(bitte nur ein Kreuz pro Zeile)

	nie 1	1 bis 3 mal im Monat 2	1 mal wöchentlich 3	mehrmals wöchentlich 4	täglich 5	
längere Wege zu Fuss gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
Wandern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
Radfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
Gartenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
Vereinssport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
andere sportliche Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
Verrichtung handwerklicher Aktivitäten ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17

16 Wenn Sie auf die zurückliegenden sechs Monate blicken, inwieweit waren Sie bei der Ausübung folgender Tätigkeiten eingeschränkt?

	überhaupt nicht 1	etwas 2	erheblich 3	trifft nicht zu/ mache ich nicht 4	
schwere Einkaufstaschen tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
Radfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
Spaziergänge unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
mehrere Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
im Haushalt arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
den Hobbies nachgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
die berufliche Tätigkeit ausüben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24

17 Und inwieweit fühlen Sie sich belastet durch ...

(bitte nur ein Kreuz pro Zeile)

	überhaupt nicht					stark belastet	trifft nicht zu	
	1	2	3	4	5	6		
Ihre berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	25						
die unsichere Situation auf dem Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/>	26						
Ihre Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>	27						
Ihre jetzige finanzielle Lage	<input type="checkbox"/>	28						
familiäre Probleme	<input type="checkbox"/>	29						
persönliche Probleme	<input type="checkbox"/>	30						
gesundheitliche Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	31						
steigende Kosten im Gesundheitsbereich	<input type="checkbox"/>	32						



18 Manche Menschen sind lärmempfindlich, andere lassen sich durch Lärm gar nicht stören. Wie ist das bei Ihnen? Inwieweit werden Sie im allgemeinen in Ihrem Schlaf gestört durch ...

	überhaupt nicht 1	etwas 2	mittelmäßig 3	stark 4	sehr stark 5	
Strassenverkehr	<input type="checkbox"/>	11				
Flugzeuge	<input type="checkbox"/>	12				
Schienerverkehr	<input type="checkbox"/>	13				
Baumaßnahmen	<input type="checkbox"/>	14				
Nachbarschaftslärm	<input type="checkbox"/>	15				
Industrie- / Gewerbelärm	<input type="checkbox"/>	16				
Lärm durch Gaststätten oder Discotheken	<input type="checkbox"/>	17				
Naturgeräusche (z. B. Hunde, Vögel)	<input type="checkbox"/>	18				
Geräusche der Hausinstallation (z. B. Wasser- / Heizungsrohre)	<input type="checkbox"/>	19				
Lärm durch Familienmitglieder in der Wohnung	<input type="checkbox"/>	20				
Sonstiges (bitte angeben):						21

19 Rauchen Sie?

	nie 1	gelegentlich 2	täglich 3	
Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
Zigarren / Zigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
Pfeife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24

20 Trinken Sie Alkohol?

	nie 1	gelegentlich 2	täglich 3	
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
Wein, Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
Schnaps, Cognac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
Longdrinks, Mixgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28

Allgemeine Vorstellungen zum Leben

21 Kreuzen Sie bitte an, wie wichtig die einzelnen Lebensbereiche für Sie persönlich sind.

	völlig unwichtig						sehr wichtig	
		1	2	3	4	5		
Politik und öffentliches Leben		<input type="checkbox"/>	29					
Kunst und Kulturelles		<input type="checkbox"/>	30					
Freizeit und Hobbies		<input type="checkbox"/>	31					
Gesundheit und Wohlbefinden		<input type="checkbox"/>	32					
Beruf und Arbeit		<input type="checkbox"/>	33					
Partner / eigene Familie		<input type="checkbox"/>	34					
Geselligkeit und Freundeskreis		<input type="checkbox"/>	35					
Sport und Fitness		<input type="checkbox"/>	36					



22 Was meinen Sie, inwieweit ist Ihr Leben bestimmt ...

	gar nicht		völlig		
		1	2	3	
		4	5		
von dem, was Sie selbst wollen und sich vornehmen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
von den Anforderungen und Zwängen der Gesellschaft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
von den Eigenschaften, die Ihnen durch Geburt und Erziehung mitgegeben sind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
von den Zufälligkeiten und Einflüssen, die kein Mensch kontrollieren kann		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14

23 Alles in allem gesehen, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Leben?

überhaupt nicht		voll und ganz		
	1	2	3	
	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15

24 Wenn Sie einmal in Ihre persönliche Zukunft blicken, sind Sie ...

eher pessimistisch		eher optimistisch	
1		2	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	16

Ihre Meinung zum Gesundheitswesen

Über das Gesundheitswesen wird viel diskutiert. Uns interessiert Ihre ganz persönliche Meinung.

25 Was halten Sie von möglichen Veränderungen des Gesundheitssystems? Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen?

	stimme überhaupt nicht zu		stimme voll und ganz zu		
		1	2	3	
		4	5		
Familienangehörige sollten bei der Krankenversicherung kostenlos versichert sein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
Versicherte, die ungesund leben, sollten höhere Beiträge zahlen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
Versicherte, die häufig krank sind, sollten höhere Beiträge zahlen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
Ärzte sollten enger zusammenarbeiten, um so Kosten zu sparen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Selbsthilfegruppen sollten von den Krankenkassen finanziell unterstützt werden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
Potenzpräparate oder Mittel zum Abnehmen sollten von der Krankenkasse bezahlt werden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
Um Kosten zu sparen, sollten die Versicherten nur noch zu bestimmten Ärzten gehen dürfen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
Patienten sollten Einblicke in Arztrechnungen haben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24

26 Wenn Sie sich zwischen zwei Möglichkeiten entscheiden müssten, um das Finanzdefizit des Gesundheitswesens zu reduzieren, würden Sie selbst dann bereit sein ...

1		2	
<input type="checkbox"/>	bei gleichbleibendem Beitrag auf Leistungen zu verzichten	oder	<input type="checkbox"/>
			bei gleichbleibenden Leistungen höhere Beiträge zu zahlen
			25

27 Insgesamt gesehen, wie zufrieden sind Sie mit den Leistungen des derzeitigen Gesundheitswesens?

überhaupt nicht zufrieden		voll und ganz zufrieden		
	1	2	3	
	4	5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26

Sozialdaten

Abschliessend möchten wir Sie um Angaben zu Ihrem persönlichen Hintergrund bitten.

28 Wären Sie so freundlich, uns Ihr Geburtsjahr zu nennen?

(bitte Jahreszahl eintragen)

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

11

29 Sind Sie ...

weiblich

männlich

1

2

13

30 Was ist Ihr Familienstand?

(bitte nur ein Kreuz eintragen)

1) ledig

2) verheiratet

3) geschieden

4) verwitwet

1)

2)

3)

4)

14

31 Leben Sie derzeit alleine oder in Partnerschaft?

alleine

in Partnerschaft

1

2

15

32 Haben Sie Kinder?

(bitte Anzahl eintragen)

0

nein ja, ich habe Kinder, und zwar

16

33 Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mitgerechnet?

(bitte Anzahl eintragen)

insgesamt Personenunter 6 Jahre alt

18

von 6 bis unter 18 Jahre alt

22

über 18 Jahre alt

24

34 Sind Sie derzeit ...

(bitte ein Kreuz pro Zeile)

nein

ja

1

2

voll berufstätig

26

in Teilzeit beschäftigt

27

arbeitslos

28

in Maßnahmen des Arbeitsamtes

29

in Altersteilzeit

30

im (Vor-) Ruhestand

31

in Ausbildung, Schule oder Studium

32

Sonstiges (bitte angeben):

33

35 Welchen höchstqualifizierenden Bildungsabschluss haben Sie erworben?

- 1) Abschluss 8. Klasse
(Polytechnische Oberschule / Volksschule / Hauptschule)
- 2) Abschluss 10. Klasse (mittlere Reife / Realschulabschluss)
- 3) Abitur (oder sonstige Hochschulreife)
- 4) Wissenschaftliche Hochschule / Universität
- 5) keinen Abschluss / gehe noch zur Schule
- 6) Sonstiges (bitte angeben):

(bitte nur ein Kreuz eintragen)

1)	2)	3)	4)	5)	6)
<input type="checkbox"/>					

11

36 Welche berufliche Stellung haben Sie?

Falls Sie in Ruhestand oder arbeitslos sind, beziehen Sie Ihre Angaben auf den *zuletzt ausgeübten Beruf*.
Tragen Sie bitte die entsprechende Kennnummer aus der nachstehenden Liste ein.

Arbeiter im öffentlichen Dienst

- 10 ungelernt
11 angelernt
12 Facharbeiter (mit Lehre)
13 Meister, Polier

Angestellte im öffentlichen Dienst

- 20 Ausführende Angestellte (z. B. Schreibkraft)
21 Qualifizierte Angestellte (z. B. Sachbearbeiter)
22 Leitende / hochqualifizierte Angestellte
(z. B. Abteilungsleiter, wissenschaftliche
Mitarbeiter)

Arbeiter, nicht im öffentlichen Dienst

- 14 ungelernt
15 angelernt
16 Facharbeiter (mit Lehre)
17 Meister, Polier

Angestellte, nicht im öffentlichen Dienst

- 23 Ausführende Angestellte (z. B. Schreibkraft, Verkäufer)
24 Qualifizierte Angestellte (z. B. Buchhalter)
25 Leitende / hochqualifizierte Angestellte
(z. B. Prokurist, Direktor)

Beamte

- 30 im einfachen / mittleren Dienst
31 im höheren Dienst
32 im gehobenen Dienst

Selbständige

- 40 kleinere Selbständige (z. B. Einzelhändler, Handwerker)
41 mittlere Selbständige (z. B. grosse Einzelhändler, Hauptvertreter)
42 grössere Selbständige (z. B. Fabrikbesitzer)
43 Freie Berufe, selbständige Akademiker (z. B. Rechtsanwalt, niedergelassener Arzt)
44 selbständige Landwirte

Sonstige

- 50 in Ausbildung befindlich / im Studium
51 nie berufstätig gewesen, Hausfrau
52 Sonstiges

Tragen Sie hier bitte die Kennnummer ein

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

12

37 Und ganz zum Schluss: Falls Sie in Magdeburg wohnen, in welchem Stadtteil?

.....

14

Unsere Anschriften

Wenn Sie mit uns Kontakt aufnehmen möchten, finden Sie hier unsere Anschrift, die Namen der Mitarbeiter/-innen unseres Teams sowie Telefonnummern und die e-mail-Adresse. Zögern Sie nicht, uns anzurufen oder zu schreiben.

Prof. Dr. Barbara Dippelhofer-Stiem
- Projektleitung -

Tel.: 0391 - 67 - 16537
16610

Georg Köhler, M. A.
- wissenschaftlicher Mitarbeiter -

Tel.: 0391 - 67 - 16692
e-mail: georg.koehler@gse-w.uni-magdeburg.de

Patricia Döll, M. A.
- wissenschaftliche Mitarbeiterin -

Tel.: 0391 - 67 - 16692

Marcel Kabel
- studentischer Mitarbeiter -

Jens Potter
- studentischer Mitarbeiter -

Postanschrift: Otto-von-Guericke-Universität
Institut für Soziologie
Postfach 4120
39016 Magdeburg

Nochmals herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit