

Germany  
ISSP 2021 – Health and Health Care II  
Questionnaire



**Internationale  
Sozialwissenschaftliche Umfrage  
(ISSP)**

**Gesundheit und Gesundheitswesen**

**Ihre Meinung zählt!**

## Erläuterungen zum Ausfüllen des Fragebogens

- ☞ Bitte füllen Sie den Fragebogen alleine aus.
- ☞ Bei unseren Fragen gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Es geht immer um Ihre persönliche Meinung.
- ☞ Beantworten Sie die Fragen der Reihe nach. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich ein entsprechender Hinweis gegeben ist.

Beispiel 1:

<b>F1</b>	<b>Haben Sie Kinder?</b>
Ja .....	<input type="checkbox"/>
Nein .....	<input type="checkbox"/> → <b>Weiter mit F3</b>

**MUSTER**

Hinweise hinter der Antwort informieren darüber, mit welcher Frage es weitergeht. Hier z.B.: wenn Sie mit „Nein“ antworten, geht es danach direkt weiter zu Frage F3. Wenn es keinen Hinweis hinter der Antwort gibt (hier z.B. bei „Ja“), geht es weiter mit der nächsten Frage.

Beispiel 2:

☞ <i>nur für Erwerbstätige</i>	
<b>F3</b>	<b>Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie in Ihrem Hauptberuf?</b>
<input type="text"/> <input type="text"/>	Stunden pro Woche

Kursive Hinweise über dem Fragetext informieren darüber, wer die Frage beantworten soll. Diese Frage beantworten beispielsweise nur Erwerbstätige.

- ☞ Weitere Hinweise zum Ausfüllen sind mit Pfeil ☞ eingeführt und in *kursiver Schrift*.

Beispiel:

<b>F4</b>	<b>Hier geht es um den Zuzug verschiedener Personengruppen nach Deutschland.</b>
	<b>Wie ist Ihre Einstellung dazu?</b>
☞ <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>	

- ☞ Falls Sie ein falsches Kästchen ankreuzen sollten, malen Sie bitte das ganze Kästchen aus und machen Sie ein neues Kreuz im entsprechenden Kästchen der gewünschten Antwort.
- ☞ Falls Sie eine Zahl oder einen Buchstaben korrigieren wollen, streichen Sie diese/n bitte durch und schreiben Sie den richtigen Wert daneben.

Nun geht es los! Vielen Dank für das Beantworten der Fragen!

Wir versichern Ihnen, dass die Angaben vertraulich behandelt werden.

⇒ Bitte tragen Sie zu Beginn das heutige Datum und die Uhrzeit ein!

.  . 2021    Uhrzeit  :

**F1    Wenn Sie einmal Ihr heutiges Leben betrachten: Wie glücklich oder unglücklich sind Sie alles in allem?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Völlig glücklich ..... ☐  
Sehr glücklich ..... ☐  
Ziemlich glücklich ..... ☐  
Weder glücklich noch unglücklich ..... ☐  
Ziemlich unglücklich ..... ☐  
Sehr unglücklich ..... ☐  
Völlig unglücklich ..... ☐  
*Kann ich nicht sagen* ..... ☐

**F2    Wie viel Vertrauen haben Sie allgemein in das Gesundheitssystem in Deutschland?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Volles Vertrauen ..... ☐  
Viel Vertrauen ..... ☐  
Etwas Vertrauen ..... ☐  
Sehr wenig Vertrauen ..... ☐  
Überhaupt kein Vertrauen ..... ☐  
*Kann ich nicht sagen* ..... ☐

**F3    Ist es gerecht oder ungerecht, dass sich Menschen mit höherem Einkommen eine bessere Gesundheitsversorgung leisten können als Menschen mit geringerem Einkommen?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Sehr gerecht ..... ☐  
Eher gerecht ..... ☐  
Weder gerecht noch ungerecht ..... ☐  
Eher ungerecht ..... ☐  
Sehr ungerecht ..... ☐  
*Kann ich nicht sagen* ..... ☐

**F4    Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Kann ich nicht sagen
Die Menschen nehmen das Gesundheitswesen mehr als nötig in Anspruch. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Der Staat sollte nur eine medizinische Grundversorgung anbieten. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Ganz allgemein: Das Gesundheitssystem in Deutschland funktioniert nicht gut. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F5 Inwieweit wären Sie bereit, höhere Steuern zu zahlen, um die Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Deutschland zu verbessern?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Auf jeden Fall bereit .....	<input type="checkbox"/>
Eher bereit .....	<input type="checkbox"/>
Weder noch .....	<input type="checkbox"/>
Eher nicht bereit .....	<input type="checkbox"/>
Auf keinen Fall bereit .....	<input type="checkbox"/>
Kann ich nicht sagen .....	<input type="radio"/>

**F6 Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?  
Die Menschen sollten auch dann Zugang zu öffentlich finanzierter Gesundheitsversorgung haben, wenn ...**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Kann ich nicht sagen
sie nicht die deutsche Staatsbürgerschaft haben. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
sie sich gesundheitsschädigend verhalten. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F7 Was denken Sie: Ist es in Deutschland leichter oder schwieriger, Zugang zu Gesundheitsversorgung zu erhalten für...**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Viel leichter	Etwas leichter	Ungefähr gleich	Etwas schwieriger	Viel schwieriger	Kann ich nicht sagen
Reiche verglichen mit Armen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Ältere verglichen mit jungen Menschen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Frauen verglichen mit Männern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Deutsche Staatsbürger verglichen mit Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F8 Ernsthafte Gesundheitsprobleme können viele Ursachen haben.  
Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?  
Die Menschen haben ernsthafte Gesundheitsprobleme...**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Kann ich nicht sagen
weil sie sich gesundheits-schädigend verhalten haben. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
wegen der Einflüsse, denen sie zuhause oder am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
wegen ihrer Erbanlagen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
weil sie arm sind. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F9 Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu oder nicht zu?  
Alternative Heilmethoden helfen besser bei Gesundheitsproblemen als die klassische Schulmedizin.**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Stimme voll und ganz zu .....	<input type="checkbox"/>
Stimme zu .....	<input type="checkbox"/>
Weder noch .....	<input type="checkbox"/>
Stimme nicht zu .....	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu .....	<input type="checkbox"/>
Kann ich nicht sagen .....	<input type="radio"/>

**F10 Denken Sie bitte an Ärzte in Deutschland im Allgemeinen.  
Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Kann ich nicht sagen
Alles in allem: Ärzten kann man vertrauen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die medizinischen Fähigkeiten und Kenntnisse von Ärzten sind nicht so gut wie sie sein sollten. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Ärzte interessieren sich mehr fürs Geldverdienen als für ihre Patienten. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F11 Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten das Internet genutzt (zum Beispiel auf einem Computer, Tablet oder Smartphone), um für sich selbst oder jemand anderen nach Informationen zu Gesundheit oder Medizin zu suchen?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Mehrmals am Tag .....	<input type="checkbox"/>	} Weiter mit F12
Einmal am Tag .....	<input type="checkbox"/>	
Mehrmals in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	
Mehrmals im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
Mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
Nie oder fast nie .....	<input type="checkbox"/>	
Kann ich nicht sagen .....	<input type="radio"/>	
Ich habe keinen Zugang zum Internet .....	<input type="radio"/>	→ Weiter mit F14

**F12 Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten das Internet genutzt, um Informationen zu folgenden Themen zu suchen?**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Kann ich nicht sagen
Informationen zu ...						
einer gesunden Lebensweise .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Ängsten, Stress oder ähnlichen Problemen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Impfungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F13 Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?  
In den letzten 12 Monaten haben Informationen aus dem Internet...**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Kann ich nicht sagen
zu einem besseren Gesund- heitsverhalten bei mir geführt. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
mir geholfen zu verstehen, was ein Arzt oder eine Ärztin mir zu erklären versuchte. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F14 Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Kann ich nicht sagen
Das Internet kann Menschen bei der Entscheidung helfen, ob ihre Symptome ernst genug sind, um zum Arzt zu gehen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Das Internet kann Menschen dabei helfen zu überprüfen, ob der Arzt sie angemessen berät. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Es ist <b>nicht</b> einfach zu unterscheiden, ob Informationen aus dem Internet zu Gesundheit verlässlich sind oder nicht. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F15 Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen über Impfungen zu oder nicht zu?**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Kann ich nicht sagen
Insgesamt schaden Impfungen mehr als sie nutzen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Es ist besser, Immunität durch eine Krankheit zu erwerben, als durch eine Impfung. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F16 Bitte denken Sie an die letzten vier Wochen. Wie häufig...**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Kann ich nicht sagen
ist Ihnen wegen gesundheitlicher Probleme Ihre Arbeit oder Hausarbeit schwer gefallen? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
hatten Sie körperliche Beschwerden oder Schmerzen? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
haben Sie sich unglücklich und niedergeschlagen gefühlt? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
haben Sie an Selbstvertrauen verloren? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
haben Sie das Gefühl gehabt, mit Ihren Problemen <b>nicht</b> fertig zu werden? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>



**F17 Bitte denken Sie an die letzten 12 Monate.  
Wie häufig haben Sie folgende Personen aufgesucht bzw. wurden von ihnen besucht...**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Kann ich nicht sagen
Arzt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Jemand, der alternative Heilmethoden anbietet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F18 Ist es in den letzten 12 Monaten jemals vorgekommen, dass Sie eine erforderliche medizinische Behandlung nicht bekommen haben, weil...**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Habe keine medizinische Behandlung gebraucht
Sie diese nicht bezahlen konnten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sie sich nicht von der Arbeit frei nehmen konnten oder andere Verpflichtungen hatten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Warteliste zu lang war? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F19 Stellen Sie sich vor, Sie werden ernsthaft krank:  
Wie wahrscheinlich oder unwahrscheinlich ist es, dass Sie die beste Behandlung bekommen,  
die es in Deutschland gibt?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Werde ich <b>sicher</b> bekommen .....	<input type="checkbox"/>
Werde ich <b>wahrscheinlich</b> bekommen .....	<input type="checkbox"/>
Die Chancen stehen <b>50 zu 50</b> .....	<input type="checkbox"/>
Werde ich <b>wahrscheinlich nicht</b> bekommen .....	<input type="checkbox"/>
Werde ich <b>sicher nicht</b> bekommen .....	<input type="checkbox"/>
Kann ich nicht sagen .....	<input type="radio"/>

**F20 Ganz allgemein, wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit dem Gesundheitssystem in  
Deutschland?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Völlig zufrieden .....	<input type="checkbox"/>
Sehr zufrieden .....	<input type="checkbox"/>
Ziemlich zufrieden .....	<input type="checkbox"/>
Weder zufrieden noch unzufrieden .....	<input type="checkbox"/>
Ziemlich unzufrieden .....	<input type="checkbox"/>
Sehr unzufrieden .....	<input type="checkbox"/>
Völlig unzufrieden .....	<input type="checkbox"/>
Kann ich nicht sagen .....	<input type="radio"/>

## F21 Wie zufrieden oder unzufrieden waren Sie mit Ihrer Behandlung ...

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Völlig zufrieden	Sehr zufrieden	Ziemlich zufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Ziemlich unzufrieden	Sehr unzufrieden	Völlig unzufrieden	Kann ich nicht sagen	Ich war noch nie in dieser Behandlung
als Sie das letzte Mal beim Arzt waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
als Sie das letzte Mal bei jemandem waren, der alternative Heilmethoden anbietet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## F22 Rauchen Sie Zigaretten? Wenn ja, wie viele ungefähr am Tag?

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Ich rauche nicht und habe noch nie geraucht.	<input type="checkbox"/>
Ich rauche nicht, habe aber früher geraucht.	<input type="checkbox"/>
1-5 Zigaretten am Tag	<input type="checkbox"/>
6-10 Zigaretten am Tag	<input type="checkbox"/>
11-20 Zigaretten am Tag	<input type="checkbox"/>
21-40 Zigaretten am Tag	<input type="checkbox"/>
Über 40 Zigaretten am Tag	<input type="checkbox"/>
Kann ich nicht sagen	<input type="radio"/>

## F23 Wie häufig ...

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Nie	Einmal im Monat oder seltener	Mehrmals im Monat	Mehrmals in der Woche	Täglich	Kann ich nicht sagen
trinken Sie 4 oder mehr alkoholische Getränke am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
betätigen Sie sich körperlich für mindestens 20 Minuten so, dass Sie ins Schwitzen geraten oder stärker atmen müssen als gewöhnlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
essen Sie frisches Obst oder Gemüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F24 Alles in allem betrachtet, würden Sie sagen, Ihre Gesundheit ist...**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

ausgezeichnet .....	<input type="checkbox"/>
sehr gut .....	<input type="checkbox"/>
gut .....	<input type="checkbox"/>
mittelmäßig .....	<input type="checkbox"/>
schlecht .....	<input type="checkbox"/>
<i>Kann ich nicht sagen</i> .....	<input checked="" type="radio"/>

**F25 Haben Sie eine langwierige Krankheit, ein andauerndes Gesundheitsproblem oder eine Behinderung?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

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

**F26 Können Sie bitte folgende Angaben machen:**

⇒ Bitte tragen Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht ein!

Ihre Größe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	<i>Ich weiß nicht</i> .....	<input checked="" type="radio"/>
Ihr Gewicht	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	<i>Ich weiß nicht</i> .....	<input checked="" type="radio"/>

**F27 Was denken Sie: Sollte in Deutschland in Zeiten schwerer Epidemien der Staat das Recht haben, Folgendes zu tun?**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Auf jeden Fall	Eher Ja	Eher nein	Auf keinen Fall	<i>Kann ich nicht sagen</i>
Geschäfte und Betriebe schließen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Anordnen, dass die Menschen zu Hause bleiben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Digitale Überwachung (per Smartphone) nutzen, um Infizierte ausfindig zu machen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Das Tragen von Mund- und Nasenschutz vorschreiben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
Öffentliche Versammlungen verbieten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>

**F28 Und was denken Sie über folgende Maßnahmen: Sollte in Deutschland in Zeiten schwerer Epidemien der Staat das Recht haben, Folgendes zu tun?**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

	Auf jeden Fall	Eher ja	Eher nein	Auf keinen Fall	Kann ich nicht sagen
Nachweislich infizierte Personen isolieren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Schulpflicht aussetzen; Schulen und Kindertagesstätten schließen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Grenzen zu anderen Ländern schließen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F29 Hat der Umgang mit der Corona-Pandemie in Deutschland Ihr Vertrauen in folgende Institutionen gestärkt oder geschwächt?**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

Vertrauen in...	Sehr gestärkt	Etwas gestärkt	Weder noch	Etwas geschwächt	Sehr geschwächt	Kann ich nicht sagen
das Gesundheitssystem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
den Staat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**F30 Denken Sie an Ihre berufliche Tätigkeit vor der Corona-Pandemie im Vergleich zu heute: Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihre Situation am besten?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Ich hatte vor der Pandemie keine Arbeit und habe auch jetzt keine Arbeit. .... ☐

Ich habe dieselbe Arbeit wie vor der Pandemie. .... ☐

Ich habe meine Arbeit aufgrund der Pandemie verloren und habe jetzt eine neue Arbeit. .... ☐

Ich habe meine Arbeit aufgrund der Pandemie verloren und konnte keine neue Arbeit finden. .... ☐

Ich hatte vor der Pandemie keine Arbeit, aber jetzt habe ich Arbeit. .... ☐

Ich habe meine Arbeit gewechselt oder aufgegeben, aus Gründen, die nichts mit der Pandemie zu tun haben. .... ☐

Kann ich nicht sagen ..... ☐

**F31 Denken Sie an Ihr Haushaltseinkommen vor der Corona-Pandemie im Vergleich zu heute: Würden Sie sagen, es ist heute höher, niedriger oder ungefähr gleich geblieben?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Viel höher ..... ☐

Etwas höher ..... ☐

Ungefähr gleich geblieben ..... ☐

Etwas niedriger ..... ☐

Viel niedriger ..... ☐

Kann ich nicht sagen ..... ☐

**F32 Denken Sie nun daran, wie häufig Sie sich mit Familie, Verwandten und Freunden vor der Corona-Pandemie persönlich getroffen haben. Würden Sie sagen, Sie treffen sich jetzt persönlich öfter, seltener oder ungefähr genauso oft?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

- Viel seltener ..... ☐
- Etwas seltener ..... ☐
- Ungefähr genauso oft ..... ☐
- Etwas öfter ..... ☐
- Viel öfter ..... ☐
- Kann ich nicht sagen* ..... ☐

**F33 Es gibt verschiedene Ansichten zu Menschen in einem bestimmten gesundheitlichen Zustand. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?**

⇒ Bitte machen Sie in JEDER Zeile ein Kreuz!

- |   | Stimme voll und ganz zu  | Stimme zu                | Weder noch               | Stimme nicht zu          | Stimme überhaupt nicht zu | Kann ich nicht sagen  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Die meisten Menschen mit starkem Übergewicht sind so, weil sie faul sind. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="radio"/> |
| Die meisten Menschen, die positiv auf Corona getestet wurden, haben sich mit dem Virus infiziert, weil sie nachlässig waren. .... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="radio"/> |

**F34 In welcher Krankenversicherung/-kasse sind Sie versichert? Bitte denken Sie dabei auch an Zusatzversicherungen und Beihilfe.**

⇒ Mehrere Nennungen sind möglich: Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- |  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| Gesetzliche Krankenversicherung              | Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) .....   | <input type="checkbox"/> |
|  | Ersatzkasse, wie Barmer, DAK-Gesundheit, Techniker Krankenkasse usw. ....   | <input type="checkbox"/> |
|  | Betriebskrankenkasse .....  | <input type="checkbox"/> |
|  | Innungskrankenkasse .....   | <input type="checkbox"/> |
|  | Andere gesetzliche Krankenkasse, wie z.B. Landwirtschaftliche Krankenkasse, Knappschaft .....   | <input type="checkbox"/> |
| Private Krankenversicherung                  | Als Vollversicherung .....  | <input type="checkbox"/> |
|  | Als Zusatzversicherung .....  | <input type="checkbox"/> |
| Andere Krankenversorgung                     | Beihilfe .....  | <input type="checkbox"/> |
|  | Ausländische Krankenkasse .....   | <input type="checkbox"/> |
|  | Sonstiger Anspruch auf Krankenversorgung (z.B. Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner, Lastenausgleich, freie Heilfürsorge) ..... | <input type="checkbox"/> |
|  | Anderes, bitte eintragen .....  | <input type="checkbox"/> |
|  | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 500px;"></div>  | <input type="radio"/>    |
| <i>Ich bin nicht krankenversichert</i> ..... |   | <input type="radio"/>    |

## Und nun noch ein paar Fragen zu Ihrer Person

### S1 Sie sind ...

männlich ..... ☐

weiblich ..... ☐

divers ..... ☐

### S2 Bitte geben Sie Ihren Geburtsmonat und Ihr Geburtsjahr an.

Monat  Jahr

### S3 Wie viele Jahre waren Sie **INSGESAMT** in Schule, Hochschule, Universität oder anderer schulischer Ausbildung?

Wenn Sie noch Schüler/in oder Student/in sind, zählen Sie bitte die Jahre, die Sie bereits in Schule, Hochschule oder Universität usw. verbracht haben mit.

**Bitte NICHT mitzählen: Kindergartenzeit, wiederholtes Schuljahr oder betriebliche Ausbildung.**

⇒ Bitte tragen Sie die Anzahl der Jahre ein! Runden Sie auf volle Jahre auf.

⇒ Bitte machen Sie **KEINE** Altersangabe.

Jahre

### S4a Geben Sie bitte Ihren **HÖCHSTEN** allgemeinbildenden Schulabschluss an.

⇒ Bitte nur **EIN** Kästchen ankreuzen!

Bin noch Schüler/in ..... ☐

Schule beendet ohne Abschluss ..... ☐

Volks- / Hauptschulabschluss bzw.  
Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Klasse ..... ☐

Mittlere Reife, Realschulabschluss bzw.  
Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse ..... ☐

Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.) ..... ☐

Abitur bzw. Erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife) ..... ☐

Anderer Schulabschluss, *bitte eintragen* ..... ☐

**S4b Bitte geben Sie an, welchen beruflichen Abschluss oder Hochschulabschluss Sie haben.**

⇒ Kreuzen Sie bitte ALLE Abschlüsse an, die zutreffen.

Kein (oder noch kein) Abschluss ..... ☐

Beruflich-betriebliche Anlernzeit, berufliches Praktikum  
oder Berufsvorbereitungsjahr ..... ☐

Abgeschlossene Lehre oder Berufsfachschulabschluss ..... ☐

Abschluss einer Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Sozialberufe oder Erziehungswesen mit:

1-jährigem Abschluss in einem Gesundheits- oder Sozialberuf ..... ☐

2 bis 3-jährigem Abschluss in einem Gesundheits- oder Sozialberuf ..... ☐

Abschluss als staatlich anerkannte/r Erzieher/in ..... ☐

Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss  
(auch der DDR) und Fachakademien (Bayern) ..... ☐

Abschluss einer (Fach-)Hochschule – FH, Verwaltungsfachhochschule,  
Berufsakademie, DHBW oder Ingenieurschule ..... ☐

Universitätsabschluss (auch Kunst-, Musik-, technische, theologische  
oder pädagogische Hochschule) ..... ☐

} Weiter mit S4c

Laufbahnprüfung für Beamte oder für Verwaltungsangestellte im öffentlichen Dienst im:

einfachen Dienst ..... ☐

mittleren Dienst ..... ☐

gehobenen Dienst ..... ☐

höheren Dienst ..... ☐

Anderer beruflicher Abschluss, bitte eintragen ..... ☐

⇒ Wenn Sie einen Fachhochschulabschluss, Hochschulabschluss oder Universitätsabschluss haben.

**S4c Um welche Art Abschluss handelt es sich dabei?**

⇒ Bitte nur den HÖCHSTEN Abschluss ankreuzen!

Bachelor ..... ☐

Master ..... ☐

Diplom ..... ☐

Magister ..... ☐

Staatsexamen oder Lehramtsprüfung ..... ☐

Promotion ..... ☐

Sonstiger Abschluss ..... ☐

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Erwerbstätigkeit.

Gemeint ist jede bezahlte Arbeit als Arbeitnehmer/in, als Selbständige/r oder im eigenen Familienbetrieb, mit mindestens 1 Stunde Arbeitszeit pro Woche.

Wenn Sie zurzeit wegen Krankheit, Elternzeit, Urlaub, Streik usw. **VORÜBERGEHEND NICHT** arbeiten, beziehen Sie die Fragen bitte auf Ihre normale Arbeitssituation.

Wenn Sie im Ruhestand sind, antworten Sie bitte „Zurzeit nicht erwerbstätig, aber in der Vergangenheit“.

**S5** Sind Sie zurzeit erwerbstätig, waren Sie in der Vergangenheit erwerbstätig oder waren Sie nie erwerbstätig?

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Zurzeit erwerbstätig ..... ☐ → Weiter mit S6

Zurzeit nicht erwerbstätig, aber in der Vergangenheit ..... ☐ → Weiter mit S7

Nie erwerbstätig ..... ☐ → Weiter mit S13

⇒ Wenn Sie zurzeit erwerbstätig sind.

**S6** Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche in Ihrem Beruf (einschließlich Überstunden)?

Wenn Sie für mehr als einen Arbeitgeber arbeiten oder sowohl angestellt als auch selbständig sind, zählen Sie bitte **ALLE** Arbeitsstunden zusammen.

⇒ Bitte tragen Sie die Anzahl der Stunden ein!

Stunden pro Woche

Wenn Sie für mehr als einen Arbeitgeber arbeiten oder sowohl angestellt als auch selbständig sind, beziehen Sie sich bitte in den Fragen S7-S12 auf Ihre Haupttätigkeit.

Wenn Sie zurzeit **NICHT** erwerbstätig sind, es aber in der Vergangenheit waren, beziehen Sie sich bitte in den Fragen S7-S12 auf Ihre **LETZTE** Haupttätigkeit.

⇒ Wenn Sie zurzeit erwerbstätig sind ODER in der Vergangenheit erwerbstätig waren.

**S7** Sind / waren Sie Arbeitnehmer/in, selbständig oder arbeiten / arbeiteten Sie im Familienbetrieb?  
Ich bin / war...

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Arbeitnehmer/in ..... ☐

Selbständig ohne Mitarbeitende ..... ☐

Selbständig mit 1-9 Mitarbeitenden ..... ☐

Selbständig mit 10 oder mehr Mitarbeitenden ..... ☐

Mitarbeit im eigenen Familienbetrieb ..... ☐

Kann ich nicht sagen ..... ☐



⇒ Wenn Sie zurzeit erwerbstätig sind ODER in der Vergangenheit erwerbstätig waren.

**S8 Sind / Waren Sie für die Arbeit anderer Mitarbeiter verantwortlich?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Ja ..... ☐ → Weiter mit S9

Nein ..... ☐ → Weiter mit S10

⇒ Wenn Sie für die Arbeit anderer Mitarbeiter verantwortlich sind / waren.

**S9 Für wie viele Mitarbeiter sind / waren Sie verantwortlich?**

⇒ Bitte tragen Sie die Anzahl ein.

--	--	--	--

⇒ Wenn Sie zurzeit erwerbstätig sind ODER in der Vergangenheit erwerbstätig waren.

**S10 Arbeiten / Arbeiteten Sie für ein gewinnorientiertes Unternehmen oder für eine gemeinnützige Organisation?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Ich arbeite / arbeitete für ein gewinnorientiertes Unternehmen ..... ☐

Ich arbeite / arbeitete für eine gemeinnützige Organisation ..... ☐

⇒ Wenn Sie zurzeit erwerbstätig sind ODER in der Vergangenheit erwerbstätig waren.

**S11 Arbeiten / Arbeiteten Sie im öffentlichen Dienst bzw. in einem Unternehmen / einer Organisation in überwiegend staatlicher Hand oder in einem Privatunternehmen?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Ich arbeite / arbeitete im ÖFFENTLICHEN DIENST bzw. in einem Unternehmen / einer Organisation in überwiegend staatlicher Hand ..... ☐

Ich arbeite / arbeitete in einem PRIVATUNTERNEHMEN ..... ☐

⇒ Wenn Sie zurzeit erwerbstätig sind ODER in der Vergangenheit erwerbstätig waren.

**S12 Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit in Ihrem Hauptberuf aus?**

Wenn Sie zurzeit NICHT erwerbstätig sind, es aber in der Vergangenheit waren, beziehen Sie sich bitte auf Ihren LETZTEN Hauptberuf.

Bitte beschreiben Sie diese berufliche Tätigkeit möglichst genau. Hat dieser Beruf, diese Tätigkeit noch einen besonderen Namen?

⇒ Bitte tragen Sie die genaue Tätigkeitsbezeichnung ein! Z.B. „Speditionskauffrau“ (und nicht nur „kaufmännische Angestellte“) oder „Maschinenschlosser“ (und nicht nur „Arbeiter“).

⇒ Wenn Sie im Ruhestand sind, tragen Sie die genaue Tätigkeitsbezeichnung bitte für Ihre LETZTE berufliche Tätigkeit ein.




⇒ Folgende Fragen richten sich wieder an ALLE Befragten!

**S13 Welche der folgenden Beschreibungen trifft AM BESTEN auf Sie zu?**

**Wenn Sie zurzeit wegen Krankheit, Elternzeit, Urlaub, Streik usw. VORÜBERGEHEND NICHT arbeiten, beziehen Sie die Frage bitte auf Ihre normale Arbeitssituation.**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Ich bin ...

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Erwerbstätig als Arbeitnehmer/in, Selbständige/r oder im eigenen Familienbetrieb ..... | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitslos und auf Arbeitssuche .....  | <input type="checkbox"/> |
| Schüler/in oder Student/in .....   | <input type="checkbox"/> |
| Auszubildende/r, Trainee oder Volontär/in .....  | <input type="checkbox"/> |
| Dauerhaft krank oder erwerbsunfähig .....  | <input type="checkbox"/> |
| Im Ruhestand .....   | <input type="checkbox"/> |
| Hausfrau bzw. Hausmann .....   | <input type="checkbox"/> |
| Anderes, <i>bitte eintragen</i> .....  | <input type="checkbox"/> |

**S14 Wie hoch ist Ihr EIGENES monatliches Netto-Einkommen ungefähr (nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge)?**

**Wenn Sie selbständig sind, dann geben Sie bitte Ihr durchschnittliches monatliches Netto-Einkommen an, abzüglich der Betriebsausgaben.**

**Falls Sie das nicht genau wissen, genügt uns auch Ihre Schätzung.**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

- |                                       |                          |   |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Ich habe kein eigenes Einkommen ..... | <input type="checkbox"/> | 1.750 bis 1.999 Euro .....              | <input type="checkbox"/> |
| Bis 199 Euro .....                    | <input type="checkbox"/> | 2.000 bis 2.249 Euro .....              | <input type="checkbox"/> |
| 200 bis 299 Euro .....                | <input type="checkbox"/> | 2.250 bis 2.499 Euro .....              | <input type="checkbox"/> |
| 300 bis 399 Euro .....                | <input type="checkbox"/> | 2.500 bis 2.749 Euro .....              | <input type="checkbox"/> |
| 400 bis 499 Euro .....                | <input type="checkbox"/> | 2.750 bis 2.999 Euro .....              | <input type="checkbox"/> |
| 500 bis 624 Euro .....                | <input type="checkbox"/> | 3.000 bis 3.499 Euro .....              | <input type="checkbox"/> |
| 625 bis 749 Euro .....                | <input type="checkbox"/> | 3.500 bis 3.999 Euro .....              | <input type="checkbox"/> |
| 750 bis 874 Euro .....                | <input type="checkbox"/> | 4.000 bis 4.499 Euro .....              | <input type="checkbox"/> |
| 875 bis 999 Euro .....                | <input type="checkbox"/> | 4.500 bis 4.999 Euro .....              | <input type="checkbox"/> |
| 1.000 bis 1.124 Euro .....            | <input type="checkbox"/> | 5.000 bis 5.999 Euro .....              | <input type="checkbox"/> |
| 1.125 bis 1.249 Euro .....            | <input type="checkbox"/> | 6.000 bis 7.499 Euro .....              | <input type="checkbox"/> |
| 1.250 bis 1.374 Euro .....            | <input type="checkbox"/> | 7.500 bis 9.999 Euro .....              | <input type="checkbox"/> |
| 1.375 bis 1.499 Euro .....            | <input type="checkbox"/> | 10.000 Euro und mehr .....              | <input type="checkbox"/> |
| 1.500 bis 1.749 Euro .....            | <input type="checkbox"/> | <i>Das möchte ich nicht sagen</i> ..... | <input type="radio"/>    |

**S15 Sind oder waren Sie Mitglied einer Gewerkschaft?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Ja, bin derzeit Mitglied ..... ☐

Ja, war früher einmal Mitglied ..... ☐

Nein ..... ☐

Das möchte ich nicht sagen ..... ☒

**S16 Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Der römisch-katholischen Kirche ..... ☐

Der evangelischen Kirche (ohne Freikirchen) ..... ☐

Einer evangelischen Freikirche ..... ☐

Einer christlich-orthodoxen Religionsgemeinschaft ..... ☐

Einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft ..... ☐

Einer islamischen Religionsgemeinschaft ..... ☐

Einer jüdischen Religionsgemeinschaft ..... ☐

Einer buddhistischen Religionsgemeinschaft ..... ☐

Einer hinduistischen Religionsgemeinschaft ..... ☐

Einer anderen nicht-christlichen Religionsgemeinschaft ..... ☐

Keiner Religionsgemeinschaft ..... ☐

Das möchte ich nicht sagen ..... ☒

**S17 Wie oft gehen Sie im Allgemeinen in die Kirche?**

**Bitte zählen Sie besondere Anlässe wie Hochzeiten oder Beerdigungen NICHT mit.**

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Mehrmals in der Woche ..... ☐

Einmal in der Woche ..... ☐

Zwei- bis dreimal im Monat ..... ☐

Einmal im Monat ..... ☐

Mehrmals im Jahr ..... ☐

Einmal im Jahr ..... ☐

Seltener ..... ☐

Nie ..... ☐

**S18** In unserer Gesellschaft gibt es Bevölkerungsgruppen, die eher oben stehen, und solche, die eher unten stehen. Wir haben hier eine Skala, die von oben nach unten verläuft. Wenn Sie an sich selbst denken: Wo würden Sie sich auf dieser Skala einordnen?

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Oben

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

Unten

**Und nun noch einige Fragen zu Ihrem Wahlverhalten.**

**S19** Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Ja ..... ☐ → Weiter mit S20  
 Nein ..... ☐ → Weiter mit S22

**S20** Die letzte Bundestagswahl war im September 2017. Haben Sie da gewählt?

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Ja ..... ☐ → Weiter mit S21  
 Nein ..... ☐  
 Nein, ich war nicht wahlberechtigt ..... ☐ } Weiter mit S22  
 Ich weiß es nicht mehr ..... ☐

**S21** Und welche Partei haben Sie mit Ihrer ZWEITSTIMME gewählt?

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

CDU bzw. CSU ..... ☐  
 SPD ..... ☐  
 AfD ..... ☐  
 FDP ..... ☐  
 Die Linke ..... ☐  
 Bündnis 90 / Die Grünen ..... ☐  
 Freie Wähler ..... ☐  
 Die Partei ..... ☐  
 Andere Partei, bitte eintragen ..... ☐

Ich habe keine Zweitstimme abgegeben ..... ☐  
 Das möchte ich nicht sagen ..... ☐

**S22 Bitte geben Sie an, zu welcher Bevölkerungsgruppe Sie sich zugehörig fühlen. Sie können auch zwei Gruppen angeben.**

☞ Wenn Sie sich zu mehr als ZWEI Gruppen zugehörig fühlen, dann kreuzen Sie bitte die beiden wichtigsten an.

- Deutschen ..... ☐
- Griechen ..... ☐
- Italienern ..... ☐
- Kroaten ..... ☐
- Niederländern ..... ☐
- Österreichern ..... ☐
- Polen ..... ☐
- Russen ..... ☐
- Spaniern ..... ☐
- Syrern ..... ☐
- Türken ..... ☐
- Andere Bevölkerungsgruppe, bitte eintragen ..... ☐
- 
- Keine ..... ☐

**S23 Welche der folgenden Kategorien beschreibt am besten, wo Sie wohnen?**

☞ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

- Großstadt ..... ☐
- Rand oder Vorort einer Großstadt ..... ☐
- Mittel- oder Kleinstadt ..... ☐
- Ländliches Dorf ..... ☐
- Einzelgehöft oder alleinstehendes Haus auf dem Land ..... ☐

**S24 Haben Sie eine/n Ehepartner/in oder eine/n feste/n Lebenspartner/in und wenn ja, leben Sie im selben Haushalt zusammen?**

☞ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

- Ja, und wir leben im selben Haushalt zusammen ..... ☐ } Weiter mit S25
- Ja, aber wir leben nicht im selben Haushalt zusammen ..... ☐ }
- Nein ..... ☐ → Weiter mit S31

**Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Erwerbstätigkeit Ihres (Ehe-) Partners bzw. Ihrer (Ehe-) Partnerin.**

**Gemeint ist jede bezahlte Arbeit als Arbeitnehmer/in, als Selbständige/r oder im eigenen Familienbetrieb, mit mindestens 1 Stunde Arbeitszeit pro Woche.**

**Wenn er / sie zurzeit wegen Krankheit, Elternzeit, Urlaub, Streik usw. VORÜBERGEHEND NICHT arbeitet, beziehen Sie die Fragen bitte auf seine / ihre normale Arbeitssituation.**

**Wenn er / sie im Ruhestand ist, antworten Sie bitte „Zurzeit nicht erwerbstätig, aber in der Vergangenheit“.**

**S25** Ist Ihr (Ehe-) Partner bzw. Ihre (Ehe-) Partnerin zurzeit erwerbstätig, war er / sie in der Vergangenheit erwerbstätig oder war er / sie nie erwerbstätig?

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Zurzeit erwerbstätig ..... ☐ → Weiter mit S26

Zurzeit nicht erwerbstätig, aber in der Vergangenheit ..... ☐ → Weiter mit S27

Nie erwerbstätig ..... ☐ → Weiter mit S30

⇒ Wenn Ihr (Ehe-) Partner bzw. Ihre (Ehe-) Partnerin zurzeit erwerbstätig ist.

**S26** Wie viele Stunden arbeitet Ihr (Ehe-) Partner bzw. Ihre (Ehe-) Partnerin normalerweise pro Woche in ihrem bzw. seinem Beruf (einschließlich Überstunden)?

Wenn er / sie für mehr als einen Arbeitgeber arbeitet oder sowohl angestellt als auch selbständig ist, zählen Sie bitte ALLE Arbeitsstunden zusammen.

⇒ Bitte tragen Sie die Anzahl der Stunden ein!

Stunden pro Woche

Wenn Ihr (Ehe-) Partner bzw. Ihre (Ehe-) Partnerin für mehr als einen Arbeitgeber arbeitet oder sowohl angestellt als auch selbständig ist, beziehen Sie sich bitte in den Fragen S27-S29 auf seine / ihre HAUPTTÄTIGKEIT.

Wenn Ihr (Ehe-) Partner bzw. Ihre (Ehe-) Partnerin zurzeit NICHT erwerbstätig ist, es aber in der Vergangenheit war, beziehen Sie sich bitte in den Fragen S27-S29 auf seine / ihre LETZTE HAUPTTÄTIGKEIT.

⇒ Wenn Ihr (Ehe-) Partner bzw. Ihre (Ehe-) Partnerin zurzeit erwerbstätig ist ODER in der Vergangenheit erwerbstätig war.

**S27** Ist / War Ihr (Ehe-) Partner bzw. Ihre (Ehe-) Partnerin Arbeitnehmer/in, selbständig oder arbeitet / arbeitete er / sie im eigenen Familienbetrieb?

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Er / sie ist bzw. war ...

Arbeitnehmer/in ..... ☐

Selbständig ohne Mitarbeitende ..... ☐

Selbständig mit 1-9 Mitarbeitenden ..... ☐

Selbständig mit 10 Mitarbeitenden und mehr ..... ☐

Im eigenen Familienbetrieb ..... ☐

⇒ Wenn Ihr (Ehe-) Partner bzw. Ihre (Ehe-) Partnerin zurzeit erwerbstätig ist ODER in der Vergangenheit erwerbstätig war.

**S28** Ist / War Ihr (Ehe-) Partner bzw. Ihre (Ehe-) Partnerin für die Arbeit anderer Mitarbeiter verantwortlich?

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

⇒ Wenn Ihr (Ehe-) Partner bzw. Ihre (Ehe-) Partnerin zurzeit erwerbstätig ist ODER in der Vergangenheit erwerbstätig war.

**S29 Welche berufliche Tätigkeit übt Ihr (Ehe-) Partner bzw. Ihre (Ehe-) Partnerin derzeit in seinem bzw. ihrem Hauptberuf aus?**

Wenn er / sie zurzeit **NICHT** erwerbstätig ist, es aber in der Vergangenheit war, beziehen Sie sich bitte auf seinen / ihren **LETZTEN** Hauptberuf.

Bitte beschreiben Sie diese berufliche Tätigkeit möglichst genau. Hat dieser Beruf, diese Tätigkeit noch einen besonderen Namen?

- ⇒ Bitte tragen Sie die **genaue Tätigkeitsbezeichnung** ein! Z.B. „Speditionskauffrau“ (und nicht nur „kaufmännische Angestellte“) oder „Maschinenschlosser“ (und nicht nur „Arbeiter“).  
⇒ Wenn er / sie im Ruhestand ist, tragen Sie bitte die **genaue Tätigkeitsbezeichnung** für seine / ihre **LETZTE** berufliche Tätigkeit ein.



⇒ Wenn Sie eine/n Ehepartner/in oder eine/n feste/n Lebenspartner/in haben.

**S30 Welche der folgenden Beschreibungen trifft AM BESTEN auf Ihren (Ehe-) Partner bzw. Ihre (Ehe-) Partnerin zu?**

Wenn er / sie zurzeit wegen Krankheit, Elternzeit, Urlaub, Streik usw. **VORÜBERGEHEND NICHT** arbeitet, beziehen Sie die Frage bitte auf seine / ihre normale Arbeitssituation.

⇒ Bitte nur **EIN** Kästchen ankreuzen!

Er / Sie ist ...

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Erwerbstätig als Arbeitnehmer/in, Selbständige/r oder im eigenen Familienbetrieb ..... | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitslos und auf Arbeitssuche .....  | <input type="checkbox"/> |
| Schüler/in oder Student/in .....   | <input type="checkbox"/> |
| Auszubildende/r, Trainee oder Volontär/in .....  | <input type="checkbox"/> |
| Dauerhaft krank oder erwerbsunfähig .....  | <input type="checkbox"/> |
| Im Ruhestand .....   | <input type="checkbox"/> |
| Hausfrau bzw. Hausmann .....   | <input type="checkbox"/> |
| Anderes, <i>bitte eintragen</i> .....  | <input type="checkbox"/> |

**Nun wieder zu Ihnen und Ihrem Haushalt.**

**S31 Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?**

⇒ Bitte nur **EIN** Kästchen ankreuzen!

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Verheiratet .....  | <input type="checkbox"/> |
| Verheiratet und getrennt lebend .....                      | <input type="checkbox"/> |
| Geschieden .....   | <input type="checkbox"/> |
| Verwitwet .....  | <input type="checkbox"/> |
| Ledig .....  | <input type="checkbox"/> |
| Eingetragene Lebenspartnerschaft .....                     | <input type="checkbox"/> |
| Eingetragene Lebenspartnerschaft und getrennt lebend ..... | <input type="checkbox"/> |
| Eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben .....          | <input type="checkbox"/> |
| Eingetragene/r Lebenspartner/in verstorben .....           | <input type="checkbox"/> |

**S32 Wie viele Personen wohnen in Ihrem Haushalt, Sie selbst mitgerechnet?**

Bitte zählen Sie dabei auch Kleinkinder bzw. Personen mit, die **NORMALERWEISE** hier wohnen, aber zurzeit abwesend sind, z.B. im Krankenhaus oder in Ferien.

⇒ Bitte ankreuzen oder die Anzahl der Personen eintragen!

Nur ich selbst ..... ☐ → **Weiter mit S34**

Insgesamt  Personen → **Weiter mit S33**

⇒ Wenn Sie mit weiteren Personen in Ihrem Haushalt zusammenleben.

**S33 Wie alt sind die Personen, mit denen Sie zusammenleben?**

⇒ Bitte für jede dieser Personen im Haushalt das Alter eintragen!

Person 1 Alter

Person 6 Alter

Person 2 Alter

Person 7 Alter

Person 3 Alter

Person 8 Alter

Person 4 Alter

Person 9 Alter

Person 5 Alter

Person 10 Alter

**S34 Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres HAUSHALTS INSGESAMT (nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge)?**

Falls Sie das nicht genau wissen, genügt uns auch Ihre Schätzung.

⇒ Bitte nur EIN Kästchen ankreuzen!

Ich lebe allein, mein Nettoeinkommen ist wie oben angegeben ..... ☐

1.750 bis 1.999 Euro ..... ☐

Bis 199 Euro ..... ☐

2.000 bis 2.249 Euro ..... ☐

200 bis 299 Euro ..... ☐

2.250 bis 2.499 Euro ..... ☐

300 bis 399 Euro ..... ☐

2.500 bis 2.749 Euro ..... ☐

400 bis 499 Euro ..... ☐

2.750 bis 2.999 Euro ..... ☐

500 bis 624 Euro ..... ☐

3.000 bis 3.499 Euro ..... ☐

625 bis 749 Euro ..... ☐

3.500 bis 3.999 Euro ..... ☐

750 bis 874 Euro ..... ☐

4.000 bis 4.499 Euro ..... ☐

875 bis 999 Euro ..... ☐

4.500 bis 4.999 Euro ..... ☐

1.000 bis 1.124 Euro ..... ☐

5.000 bis 5.999 Euro ..... ☐

1.125 bis 1.249 Euro ..... ☐

6.000 bis 7.499 Euro ..... ☐

1.250 bis 1.374 Euro ..... ☐

7.500 bis 9.999 Euro ..... ☐

1.375 bis 1.499 Euro ..... ☐

10.000 Euro und mehr ..... ☐

1.500 bis 1.749 Euro ..... ☐

Das möchte ich nicht sagen ..... ☐



**Abschließend noch eine Frage zu Ihren Eltern.**

**S35 In welchem Land ist Ihr Vater bzw. ist Ihre Mutter geboren?**

⇒ Bitte in JEDER Spalte EIN Kästchen ankreuzen, also ein Kreuz für Vater und ein Kreuz für Mutter!

	Vater	Mutter
Gebiet des heutigen Deutschlands .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere deutsche Ostgebiete (z.B. Schlesien, Ostpreußen) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Griechenland .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehemaliges Jugoslawien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rumänien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehemalige Sowjetunion (UdSSR) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehemalige Tschechoslowakei .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Türkei .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Land, bitte eintragen .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ich weiß es nicht .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

⇒ Bitte tragen Sie zum Schluss das heutige Datum und die Uhrzeit ein!

.  . 2021    Uhrzeit  :

**Haben Sie Anmerkungen oder Kommentare für uns? Ihre Kommentare tragen dazu bei, unsere Umfragen zu verbessern.**




**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Bitte vergessen Sie nicht, den Fragebogen im portofreien Rückantwortkuvert möglichst gleich zur Post zu bringen. Vielen Dank.**