

Namens- und Betriebslasche
bitte zum Ausfüllen des Fragebogens nach links aufklappen!

Namenslasche

Beschriften Sie bitte die Namenslasche in folgender Reihenfolge:

1. Erwachsene Person im Haushalt, die sich am besten mit den finanziellen Belangen des Haushalts auskennt
2. Ehe- bzw. Lebenspartner/-in der 1. Person
3. Kinder der ersten und/oder zweiten Person
4. Verwandte der ersten oder zweiten Person
5. Weitere Personen des Haushalts

(Behalten Sie diese Reihenfolge für den gesamten Bogen bei.)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5

Telefonnummer für Rückfragen

(Angabe erfolgt auf freiwilliger Basis)

Bitte tragen Sie die Berichtswoche vom Deckblatt ein:

Montag, den bis Sonntag, den
TT MM JJ TT MM JJ

Betriebslasche

96 Name und Anschrift des Betriebs, in dem Sie tätig sind.

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
.....
.....
.....
.....

Mikrozensus 2020



3

Kernprogramm und erweiterter Erhebungsteil zur Arbeitsmarktbeteiligung

Berichtswoche:

Rechtsgrundlagen und weitere rechtliche Hinweise entnehmen Sie den Seiten 79 bis 81 dieses Fragebogens. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen die Erläuterungen zu **1** bis **18** auf den Seiten 77 und 78 dieses Fragebogens.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

So geht's leichter !

- Einige Fragen beziehen sich auf die Berichtswoche. Die Berichtswoche finden Sie auf dem Deckblatt. Bitte übertragen Sie diese in die Namenslasche.
- Lassen Sie die Namenslasche während des Ausfüllens ausgeklappt. Die Reihenfolge in der Namenslasche ist für die Personenspalten einzuhalten.
- Die Betriebslasche füllen Sie bitte erst aus, wenn Sie im Laufe des Fragebogens (Frage 96 auf Seite 30) hierzu aufgefordert werden.

Wir führen Sie durch den Fragebogen

- Jede Person antwortet nach Möglichkeit für sich. Für Kinder (unter 15 Jahren), Pflegebedürftige oder Menschen mit Behinderung, die nicht selbst antworten können, kann stellvertretend ausgefüllt werden.
- Nicht alle Fragen müssen von allen Personen beantwortet werden. Bei Antwortkästchen mit Pfeil (Sprunghinweis) benennt die Ziffer hinter dem Pfeil die nächste für diese Person zu beantwortende Frage.

Beispiel:	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input checked="" type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10
Nein	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Beispiel antwortet Person 1 mit „Ja“ und geht weiter zu Frage 10. Person 2 antwortet mit „Nein“ und geht weiter zur nächsten Frage.

- Personen haben ggf. verschiedene Sprunghinweise. Deshalb sollten Sie nicht gleichzeitig für mehrere Personen den Fragebogen ausfüllen, da man schnell einen Sprunghinweis übersieht.
- Bitte tragen Sie Zahlen rechtsbündig ein.

Beispiel: | Wochenstunden

- Korrekturen nehmen Sie bitte wie folgt vor.

Beispiel: | Ja
 | Nein

- Fragen, die freiwillig beantwortet werden können, sind mit dem Hinweis „freiwillig“ und einem farbigen Balken gekennzeichnet.

Haushalt und Wohnung

1 Gibt es in Ihrer Wohnung neben Ihrem Haushalt weitere Haushalte, z. B. Untermieter/-innen?

! Weitere Haushalte in Ihrer Wohnung bestehen aus Personen, die nicht gemeinsam mit Ihnen leben und wirtschaften. WG-Mitbewohner/-innen sind in der Regel als eigener Haushalt zu betrachten.

Ja, Anzahl der weiteren Haushalte

Nein, keine weiteren Haushalte 8

2 Wie viele Personen haben am Donnerstag in der Berichtswoche insgesamt in Ihrem Haushalt gelebt?

! Zeitweise abwesende Personen gehören zum Haushalt, wenn sie z. B. aus beruflichen oder gesundheitlichen Gründen abwesend sind, aber normalerweise hier wohnen.

Keine Haushaltsmitglieder sind Untermieter/-innen, Personen, die zu Besuch anwesend sind, und Hausangestellte.

Anzahl der Personen in Ihrem Haushalt (Sie selbst mit einbezogen)

Hinweis!
Die Berichtswoche finden Sie auf dem Deckblatt.

3 Beschriften Sie bitte die Namensflasche.

! Bitte halten Sie die Reihenfolge in der Namensflasche für die Personenspalten ein.
Falls mehr als **5 Personen** im Haushalt leben, fordern Sie bitte einen zusätzlichen Fragebogen beim statistischen Amt an.
Die Kontaktdaten finden Sie auf dem Deckblatt.

4 Welches Geschlecht haben Sie?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Männlich 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiblich 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divers 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Eintrag im Personenstandsregister 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Wann sind Sie geboren?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Monat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

freiwillig

6 Liegt Ihr Geburtstag vor dem letzten Tag der Berichtswoche?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Welchen Familienstand haben Sie?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ledig	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verheiratet	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwitwet	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschieden	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingetragene Lebenspartnerschaft	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingetragene Lebenspartnerin/eingetragener Lebenspartner verstorben	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis!

→ 10 Der Pfeil mit Ziffer 10 bedeutet, dass als nächstes die Frage 10 zu beantworten ist.

8 Bewohnen Sie noch mindestens eine weitere Wohnung (auch Zimmer, Unterkunft oder Heim)?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, ich habe noch eine weitere Wohnung in Deutschland.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, ich habe noch eine weitere Wohnung im Ausland.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich habe keine weitere Wohnung.	8 <input type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10

9 Ist diese Wohnung hier Ihr Hauptwohnsitz?

Hauptwohnsitz ist bei **mehreren Wohnungen** die überwiegend genutzte Wohnung (Lebensmittelpunkt, Familienwohnsitz).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Wurde Ihr Haushalt innerhalb der letzten 12 Monate in dieser Wohnung schon einmal im Mikrozensus befragt?

Ja

Nein → Weiter mit Frage 14.

11 Sind seit der letzten Befragung Mitglieder Ihres Haushalts ausgezogen?

Ja, Anzahl der ausgezogenen Personen

Nein 8

12 Sind seit der letzten Befragung Mitglieder Ihres Haushalts verstorben?

Ja, Anzahl der verstorbenen Personen

Nein 8

13 Sind Sie seit der letzten Befragung in diesen Haushalt eingezogen?

i Bei Kindern, die in den letzten 12 Monaten geboren wurden, kreuzen Sie bitte „Ja“ an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personen und Haushalt

14 Leben Sie in einem Ein-Personen-Haushalt?

Ja → Weiter mit Frage 20.

Nein

15 Lebt Ihre Mutter in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, meine Mutter hat die Nummer (siehe Namenslasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Lebt Ihr Vater in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, mein Vater hat die Nummer (siehe Namenslasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Lebt Ihr/-e Ehepartner/-in in diesem Haushalt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, mein/-e Ehepartner/-in hat die Nummer (siehe Namenslasche)	<input type="checkbox"/> → 19	<input type="checkbox"/> → 19	<input type="checkbox"/> → 19	<input type="checkbox"/> → 19	<input type="checkbox"/> → 19
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Lebt Ihr/-e Lebenspartner/-in in diesem Haushalt?

i Auch eingetragene Lebenspartnerschaften.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, mein/-e Lebenspartner/-in hat die Nummer (siehe Namenslasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 In welcher Beziehung stehen Sie zur Person 1?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ich bin die Person 1.	1 <input type="checkbox"/>				
Ich bin ...					
die Ehefrau, der Ehemann.	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Lebenspartnerin, der Lebenspartner.	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Tochter, der Sohn (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind).	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Schwiegertochter, der Schwiegersohn.	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Enkelin, der Enkel.	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Urenkelin, der Urenkel.	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Mutter, der Vater (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter/-vater).	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Schwiegermutter, der Schwiegervater.	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Großmutter, der Großvater.	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Urgroßmutter, der Urgroßvater.	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Schwester, der Bruder.	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Schwägerin, der Schwager.	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine sonstige verwandte/verschwägerte Person. ...	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine nicht verwandte/nicht verschwägerte Person.	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informations- und Kommunikationstechnologien im Haushalt

20 Hat Ihr Haushalt einen Internetzugang?

i Gemeint ist hier, dass jede Person im Haushalt von zu Hause aus ins Internet gelangen kann. Der Zugang zum Internet kann auch über mobile Endgeräte (z. B. Smartphone) erfolgen.

Ja 1

Nein 8

Kindertagesbetreuung

21 Lebt in Ihrem Haushalt mindestens ein Kind im Alter von 14 Jahren oder jünger?

Ja

Nein → Weiter mit Frage 24.

22 Bitte geben Sie bei jedem Kind im Alter von 14 Jahren oder jünger die Art der Betreuung in den 12 Monaten vor der Berichtswoche an.

Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Arten an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Kindertagesstätte (Kindergarten, Kinderkrippe) 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesmutter/Tagesvater 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au-Pair, Babysitter 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorschulische Einrichtung (z. B. Vorklassen, Schulkindergarten, Vorschulklassen) 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung für Schulkinder vor/nach dem Unterricht (z. B. Hort, betreute Grundschule) 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwandte, Freunde, Nachbarn 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine der genannten Kategorien trifft zu. 7	<input type="checkbox"/> → 24	<input type="checkbox"/> → 24	<input type="checkbox"/> → 24	<input type="checkbox"/> → 24	<input type="checkbox"/> → 24

23 Bitte geben Sie nun bei jedem Kind im Alter von 14 Jahren oder jünger die Art der Betreuung in den 4 Wochen vor der Berichtswoche an.

Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Arten an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Kindertagesstätte (Kindergarten, Kinderkrippe) 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesmutter/Tagesvater 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au-Pair, Babysitter 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorschulische Einrichtung (z. B. Vorklassen, Schulkindergarten, Vorschulklassen) 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung für Schulkinder vor/nach dem Unterricht (z. B. Hort, betreute Grundschule) 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwandte, Freunde, Nachbarn 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine der genannten Kategorien trifft zu. 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsdauer

24 Sind Sie in Deutschland geboren?

i Siehe auch S. 77: **■** „Geburtsort“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 28	<input type="checkbox"/> → 28	<input type="checkbox"/> → 28	<input type="checkbox"/> → 28	<input type="checkbox"/> → 28
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25 In welchem heutigen Land sind Sie geboren?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

26 Wann sind Sie (erstmal) nach Deutschland zugezogen?

Jahr

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

27 Was war der wichtigste Grund für Ihren Zuzug nach Deutschland?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

Arbeit/Beschäftigung: Arbeitsstelle bereits vor der Einreise gefunden

Arbeit/Beschäftigung: keine Arbeitsstelle vor der Einreise gefunden

Studium bzw. andere Aus- und Weiterbildung

Mit einem Familienmitglied eingereist oder einem Familienmitglied gefolgt (Familienzusammenführung)

Heirat/Partnerschaft mit einer in Deutschland lebenden Person (Familiengründung)

Flucht, Verfolgung, Vertreibung, Asyl

EU-Freizügigkeit: Wunsch nach Niederlassung in Deutschland

Anderer Hauptgrund

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/> → 29	<input type="checkbox"/> → 30	<input type="checkbox"/> → 30	<input type="checkbox"/> → 30	<input type="checkbox"/> → 30
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis!

Gilt für mehrere Antwortfelder der gleiche Verweis auf die nächste zu beantwortende Frage, so sind diese Antwortfelder durch eine eckige Klammer und die entsprechende Fragenummer gekennzeichnet.

28 Liegt Ihr Geburtsort auf dem heutigen Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → 30	<input type="checkbox"/> → 30	<input type="checkbox"/> → 30	<input type="checkbox"/> → 30
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 Welche Sprache wird in Ihrem Haushalt vorwiegend gesprochen?

Deutsch	1 <input type="checkbox"/>
Arabisch	2 <input type="checkbox"/>
Englisch	3 <input type="checkbox"/>
Französisch	4 <input type="checkbox"/>
Italienisch	5 <input type="checkbox"/>
Polnisch	6 <input type="checkbox"/>
Rumänisch	7 <input type="checkbox"/>
Russisch	8 <input type="checkbox"/>
Spanisch	9 <input type="checkbox"/>
Türkisch	10 <input type="checkbox"/>
Eine sonstige europäische Sprache	11 <input type="checkbox"/>
Eine sonstige afrikanische Sprache	12 <input type="checkbox"/>
Eine sonstige asiatische Sprache	13 <input type="checkbox"/>
Eine sonstige Sprache	14 <input type="checkbox"/>

30 Haben Sie Ihren Aufenthalt in Deutschland schon einmal unterbrochen und mindestens ein Jahr im Ausland gelebt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 32	<input type="checkbox"/> → 32	<input type="checkbox"/> → 32	<input type="checkbox"/> → 32	<input type="checkbox"/> → 32

31 In welchem Jahr sind Sie nach der letzten mindestens einjährigen Unterbrechung nach Deutschland zurückgekehrt?

Jahr	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

32 Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, nur die deutsche Staatsangehörigkeit	1 <input type="checkbox"/> → 37	<input type="checkbox"/> → 37	<input type="checkbox"/> → 37	<input type="checkbox"/> → 37	<input type="checkbox"/> → 37
Ja, die deutsche Staatsangehörigkeit und mindestens eine weitere (ausländische) Staatsangehörigkeit	2 <input type="checkbox"/> → 36	<input type="checkbox"/> → 36	<input type="checkbox"/> → 36	<input type="checkbox"/> → 36	<input type="checkbox"/> → 36
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33 Welche ausländische Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

i Besitzen Sie keine Staatsangehörigkeit, geben Sie bitte „staatenlos“ an.

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

34 Besitzen Sie eine weitere ausländische Staatsangehörigkeit?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein 8	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46

35 Welche 2. ausländische Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

Person 1

Person 2

Person 3 → 46

Person 4

Person 5

36 Welche weitere Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

37 Wie haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit erlangt?

i Siehe auch S. 77: **2** „Staatsangehörigkeit“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Durch Geburt	1 <input type="checkbox"/> → 40	<input type="checkbox"/> → 40	<input type="checkbox"/> → 40	<input type="checkbox"/> → 40	<input type="checkbox"/> → 40
Als (Spät-)Aussiedler/-in ohne Einbürgerung	2 <input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46
Als (Spät-)Aussiedler/-in mit Einbürgerung	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch Einbürgerung	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch Adoption durch deutsche Eltern/einen deutschen Elternteil	5 <input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46

38 Wann wurden Sie eingebürgert?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

39 Welche Staatsangehörigkeit besaßen Sie vor der Einbürgerung?

i Möglich sind auch Staatsangehörigkeiten der ehemaligen Staaten:
Jugoslawien, Serbien und Montenegro,
Sowjetunion, Tschechoslowakei.

Waren Sie vor der Einbürgerung staatenlos, geben Sie bitte „staatenlos“ an

Person 1	<input type="text"/>	} → 46
Person 2	<input type="text"/>	
Person 3	<input type="text"/>	
Person 4	<input type="text"/>	
Person 5	<input type="text"/>	

40 Lebt Ihre Mutter in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/> → 43	<input type="checkbox"/> → 43	<input type="checkbox"/> → 43	<input type="checkbox"/> → 43	<input type="checkbox"/> → 43
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41 Ist Ihre Mutter nach Deutschland zugezogen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, im Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ja, aber ich weiß das Zuzugsjahr nicht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß es nicht.	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42 Besitzt bzw. besaß Ihre Mutter die deutsche Staatsangehörigkeit?

i Siehe auch S. 77: **☑** „Staatsangehörigkeit“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, durch Geburt	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, als (Spät-)Aussiedlerin ohne Einbürgerung	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, als (Spät-)Aussiedlerin mit Einbürgerung	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, durch Einbürgerung	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, durch Adoption durch deutsche Eltern/einen deutschen Elternteil	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß es nicht.	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43 Lebt Ihr Vater in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46	<input type="checkbox"/> → 46
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44 Ist Ihr Vater nach Deutschland zugezogen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, im Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ja, aber ich weiß das Zuzugsjahr nicht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß es nicht.	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45 Besitzt bzw. besaß Ihr Vater die deutsche Staatsangehörigkeit?

i Siehe auch S. 77: **☑** „Staatsangehörigkeit“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, durch Geburt	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, als (Spät-)Aussiedler ohne Einbürgerung	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, als (Spät-)Aussiedler mit Einbürgerung	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, durch Einbürgerung	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, durch Adoption durch deutsche Eltern/einen deutschen Elternteil	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß es nicht.	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46 Wurde Ihr Vater in Deutschland geboren?

i Siehe auch S. 77: **1** „Geburtsort“.

Ja
 Nein
 Ich weiß es nicht

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/> → 48	<input type="checkbox"/> → 48	<input type="checkbox"/> → 48	<input type="checkbox"/> → 48	<input type="checkbox"/> → 48
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/> → 48	<input type="checkbox"/> → 48	<input type="checkbox"/> → 48	<input type="checkbox"/> → 48	<input type="checkbox"/> → 48

47 In welchem heutigen Staat liegt der Geburtsort Ihres Vaters?

Person 1
 Person 2
 Person 3
 Person 4
 Person 5

48 Wurde Ihre Mutter in Deutschland geboren?

i Siehe auch S. 77: **1** „Geburtsort“.

Ja
 Nein
 Ich weiß es nicht

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/> → 50	<input type="checkbox"/> → 50	<input type="checkbox"/> → 50	<input type="checkbox"/> → 50	<input type="checkbox"/> → 50
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/> → 50	<input type="checkbox"/> → 50	<input type="checkbox"/> → 50	<input type="checkbox"/> → 50	<input type="checkbox"/> → 50

49 In welchem heutigen Staat liegt der Geburtsort Ihrer Mutter?

Person 1
 Person 2
 Person 3
 Person 4
 Person 5

Besuch von Schule oder Hochschule

50 Waren Sie in den 12 Monaten vor der Berichtswoche Schüler/-in, Auszubildende/-r oder Student/-in?

i Wenn es nur für einen Teil des Zeitraums zutrif, kreuzen Sie bitte trotzdem „Ja“ an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 64	<input type="checkbox"/> → 64	<input type="checkbox"/> → 64	<input type="checkbox"/> → 64	<input type="checkbox"/> → 64

51 Waren Sie in den 4 Wochen vor der Berichtswoche Schüler/-in, Auszubildende/-r oder Student/-in?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, wegen Übergangs in eine andere Schule, Hochschule bzw. Ausbildung, (Semester-) Ferien, Praxisphase im Betrieb, Studium oder Schulbesuch im Ausland, Krankheit, Mutterschutz	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, aus anderen Gründen	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52 Welche Schule/Hochschule haben Sie in den 12 Monaten vor der Berichtswoche zuletzt besucht?

Allgemeinbildende Schulen

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Grundschule	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierungsstufe 5./6. Klasse (z. B. an Grund- oder weiterführenden Schulen, Förderstufe)	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderschule, Sonderschule, Sonderpädagogische Förderung	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule mit mehreren Bildungsgängen (z. B. Mittel-, Ober-, Regel-, Sekundarschule, Regionale Schule, Gemeinschaftsschule)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschule, Abendhauptschule	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschule, Abendrealschule	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtschule	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waldorfschule	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliches, auch Wirtschafts- oder technisches Gymnasium	10 <input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56
Abendgymnasium, Kolleg	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Schulen finden Sie auf der nächsten Seite

Noch:

Frage 52 Berufliche Schulen

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Berufliche Schule, die zur mittleren Reife führt (z. B. Berufsfachschule) 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Schule, die zur Hochschul-/Fachhochschulreife führt:					
Fachoberschule 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsfachschule 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsoberschule, Technische Oberschule 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsvorbereitungsjahr 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsgrundbildungsjahr 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsschule 18	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56
Berufsfachschule, die einen Berufsabschluss vermittelt 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildungsstätte/Schule für Gesundheits- und Sozialberufe:					
einjährig (z. B. Altenpflegehelfer/-in) 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zweijährig (z. B. Masseur/-in, PTA) 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dreijährig (z. B. Physiotherapie, MTA, Altenpflege) 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildungsstätte/Schule für Erzieher/-innen 23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meisterausbildung an Fachschulen 24	<input type="checkbox"/> → 54	<input type="checkbox"/> → 54	<input type="checkbox"/> → 54	<input type="checkbox"/> → 54	<input type="checkbox"/> → 54
Fachschule unter anderem für Techniker/-innen, Betriebswirtinnen/Betriebswirte 25	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56
Fachakademie (nur in Bayern) 26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschulen					
Berufsakademie 27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwaltungsfachhochschule 28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule (auch Hochschule [FH] für angewandte Wissenschaften), Duale Hochschule (in Baden-Württemberg und Thüringen) 29	<input type="checkbox"/> → 55	<input type="checkbox"/> → 55	<input type="checkbox"/> → 55	<input type="checkbox"/> → 55	<input type="checkbox"/> → 55
Universität (wissenschaftliche Hochschule, auch Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule, Theologische Hochschule) 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promotionsstudium 31	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56

53 Welche Klasse einer allgemeinbildenden Schule haben Sie besucht?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Klassenstufe 1 bis 4 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klassenstufe 5 bis 9/10 2	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56	<input type="checkbox"/> → 56
Gymnasiale Oberstufe 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54 Wie ist die Bezeichnung der Fachrichtung Ihrer Meisterausbildung?

i Gemeint sind hier Ausbildungen zum **Meister an Fachschulen**, wie z. B. Tischlermeister/-in, Friseurmeister/-in, Elektrotechnikermeister/-in, Meister/-in in Hauswirtschaft, Installateur- und Heizungsbauermeister/-in oder Ähnliches.

Person 1	<input type="text"/>	} → 56
Person 2	<input type="text"/>	
Person 3	<input type="text"/>	
Person 4	<input type="text"/>	
Person 5	<input type="text"/>	

55 Wie ist die Bezeichnung Ihres Studienganges?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bachelor	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Master	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplom und vergleichbare Studiengänge	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweg zur Schule/Hochschule

56 Liegt die (zuletzt) besuchte Schule/Hochschule in der Gemeinde, in der Sie wohnen?

i Mit Schule sind sowohl allgemeinbildende als auch berufliche Schulen gemeint; Hochschulen umfassen auch Fachhochschulen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 58	<input type="checkbox"/> → 58	<input type="checkbox"/> → 58	<input type="checkbox"/> → 58	<input type="checkbox"/> → 58
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57 Liegt Ihre Schule/Hochschule in Deutschland?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, im Bundesland Ziffer aus der Liste 57	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nein, Schule/Hochschule liegt nicht in Deutschland.	88 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liste 57

Baden-Württemberg	8	Niedersachsen	3
Bayern	9	Nordrhein-Westfalen	5
Berlin	11	Rheinland-Pfalz	7
Brandenburg	12	Saarland	10
Bremen	4	Sachsen	14
Hamburg	2	Sachsen-Anhalt	15
Hessen	6	Schleswig-Holstein	1
Mecklenburg-Vorpommern	13	Thüringen	16

58 Gehen oder fahren Sie üblicherweise von dieser Wohnung zu Ihrer Schule/Hochschule?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59 Wie weit ist der Hinweg zu Ihrer Schule/Hochschule?

I Wenn Sie **verschiedene Wege** benutzen, beziehen sich Ihre folgenden Antworten auf den Weg, den Sie am häufigsten benutzen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Unter 5 km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 bis unter 10 km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 bis unter 25 km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 bis unter 50 km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 km oder mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule/Hochschule liegt auf demselben Grundstück.	<input type="checkbox"/> → 64	<input type="checkbox"/> → 64	<input type="checkbox"/> → 64	<input type="checkbox"/> → 64	<input type="checkbox"/> → 64

60 Wie lange brauchen Sie normalerweise für den Hinweg zu Ihrer Schule/Hochschule?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Unter 10 Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 bis unter 30 Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 bis unter 60 Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 Minuten oder mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61 Welches Verkehrsmittel benutzen Sie normalerweise auf dem Hinweg zu Ihrer Schule/Hochschule?

I Werden **mehrere Verkehrsmittel** auf einer Strecke genutzt, kreuzen Sie das Verkehrsmittel an, mit dem Sie die größte Teilstrecke zurücklegen.

Wird **nicht immer das gleiche Verkehrsmittel** genutzt, kreuzen Sie das Verkehrsmittel an, das Sie am häufigsten nutzen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-Bahn, Straßenbahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eisenbahn/S-Bahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PKW (Selbstfahrer/-in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PKW (Mitfahrer/-in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorrad, Moped, Mofa, Motorroller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrofahrrad (Pedelec, E-Bike)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Verkehrsmittel (z. B. zu Fuß)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62 Nutzen Sie ein weiteres Verkehrsmittel, mit dem Sie eine wesentliche Strecke auf dem Hinweg zu Ihrer Schule/Hochschule zurücklegen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 64	<input type="checkbox"/> → 64	<input type="checkbox"/> → 64	<input type="checkbox"/> → 64	<input type="checkbox"/> → 64

63 Welches weitere Verkehrsmittel nutzen Sie?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bus	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-Bahn, Straßenbahn	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eisenbahn/S-Bahn	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PKW (Selbstfahrer/-in)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PKW (Mitfahrer/-in)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorrad, Moped, Mofa, Motorroller	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrrad	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrofahrrad (Pedelec, E-Bike)	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Verkehrsmittel	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Verkehrsmittel (z. B. zu Fuß)	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Beeinträchtigungen

64 Ist für Sie eine Behinderung durch amtlichen Bescheid festgestellt worden?

i Z. B. durch einen Schwerbehindertenausweis, Schwer- oder Kriegsbeschädigtenausweis, Rentenbescheid, Verwaltungs- oder Gerichtsentscheid oder Bescheid eines Versorgungsamtes.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> } → 66	<input type="checkbox"/> } → 66	<input type="checkbox"/> } → 66	<input type="checkbox"/> } → 66	<input type="checkbox"/> } → 66
Keine Angabe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65 Wie hoch ist der amtlich festgestellte Grad der Behinderung?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Unter 30	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 bis unter 40	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 bis unter 50	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 bis unter 60	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 bis unter 70	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70 bis unter 80	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80 bis unter 90	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90 bis unter 100	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht bekannt	88 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	99 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

freiwillig

Aktuelle Einkommenssituation

66 Woraus beziehen Sie überwiegend die Mittel für Ihren Lebensunterhalt?

i Siehe auch S. 77:
E „Überwiegender Lebensunterhalt“.

Für jede Person:
 Ziffer aus der Liste 66

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Liste 66

Eigene Erwerbstätigkeit, Berufstätigkeit	1	Unterhaltszahlungen oder sonstige regelmäßige Zahlungen von Privathaushalten außerhalb des Haushalts	9
Arbeitslosengeld I (ALG I)	2	BAföG, Stipendium	10
Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Sozialgeld	3	Asylbewerberleistungen	11
Sozialhilfe, z. B. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zur Pflege, Hilfe zum Lebensunterhalt	4	Zahlungen aus eigener Pflegeversicherung (Pflegegeld)	12
Rente, Pension	5	Sonstige Unterstützungen, z. B. Vorruhestandsgeld, Pflegegeld für Pflegekinder, Krankengeld, Darlehen nach dem Pflegezeit- oder Familienpflegezeitgesetz	13
Eigenes Vermögen, Ersparnisse, Zinsen, Vermietung, Verpachtung, Altenteil, Lebensversicherung, Versorgungswerk	6		
Elterngeld	7		
Einkünfte der Eltern, auch Einkünfte von dem/ von der Lebens- oder Ehepartner/-in oder von anderen Angehörigen	8		

67 Wie hoch war Ihr persönliches Nettoeinkommen (Summe aller Einkünfte) im Monat vor der Berichtswoche insgesamt?

i Das persönliche Nettoeinkommen errechnet sich aus den Bruttoeinkünften abzüglich Steuern und Beiträgen zur Kranken-, Pflege-, Arbeitslosen- und gesetzlichen Rentenversicherung.

Dazu zählen:

- Verdienste aus Haupt- und Nebentätigkeit/-en, Sonderzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld, Abfindungen, Bonuszahlungen)
- Renten, Pensionen
- Arbeitslosengeld I, ALG II (Hartz IV)/Sozialgeld
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zum Lebensunterhalt
- Leistungen für Unterkunft und Heizung, Wohngeld, Kindergeld, Pflegegeld, Elterngeld, BAföG und sonstige öffentliche Zahlungen
- Unterhaltszahlungen oder sonstige regelmäßige Zahlungen von anderen Privathaushalten
- weitere Einkünfte und Einnahmen (z. B. aus unternehmerischer Tätigkeit, aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen, Dividenden).

Siehe auch S. 77: **4** „Nettoeinkommen“.

Für jede Person:

Ziffer aus der Liste 67

Ich hatte kein Einkommen 90

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liste 67

Unter 250 Euro	1	3 000 bis unter 3 250 Euro	13
250 bis unter 500 Euro	2	3 250 bis unter 3 500 Euro	14
500 bis unter 750 Euro	3	3 500 bis unter 4 000 Euro	15
750 bis unter 1 000 Euro	4	4 000 bis unter 4 500 Euro	16
1 000 bis unter 1 250 Euro	5	4 500 bis unter 5 000 Euro	17
1 250 bis unter 1 500 Euro	6	5 000 bis unter 6 000 Euro	18
1 500 bis unter 1 750 Euro	7	6 000 bis unter 7 000 Euro	19
1 750 bis unter 2 000 Euro	8	7 000 bis unter 8 000 Euro	20
2 000 bis unter 2 250 Euro	9	8 000 bis unter 10 000 Euro	21
2 250 bis unter 2 500 Euro	10	10 000 bis unter 15 000 Euro	22
2 500 bis unter 2 750 Euro	11	15 000 bis unter 25 000 Euro	23
2 750 bis unter 3 000 Euro	12	25 000 Euro oder mehr	24

68 Wie hoch war das Nettoeinkommen Ihres Haushalts im Monat vor der Berichtswoche insgesamt?

i Das Haushaltsnettoeinkommen ist die Summe der Nettoeinkommen aller Personen im Haushalt.

Haushaltsnettoeinkommen:

Ziffer aus der Liste 67

Internetzugang und Internetnutzung

69 Verfügen Sie über einen Internetzugang?

i Der Zugang zum Internet kann auch über mobile Endgeräte (z.B. Smartphone) erfolgen.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70 Haben Sie in den letzten 3 Monaten vor der Berichtswoche das Internet genutzt?

i Zur Festlegung der **Berichtswoche** siehe die Angaben in der Namenslasche.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erwerbsbeteiligung vor 12 Monaten

71 Wenn Sie Ihre Situation 12 Monate vor der Berichtswoche betrachten: Was traf damals überwiegend auf Sie zu?

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter, Auszubildende/-r	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in:						
ohne Beschäftigte	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Beschäftigten	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im freiwilligen Wehrdienst	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr)	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüler/-in, Student/-in	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerhaft erwerbsunfähig	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Ruhestand oder im Vorruhestand	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslos	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausfrau/Hausmann	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine der genannten Situationen traf auf mich zu.	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, Person ist jünger als 12 Monate.	99	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende

72 Zu welchem Wirtschaftszweig oder zu welcher Branche gehört der Betrieb, in dem Sie vor 12 Monaten tätig waren.

i Wenn der Betrieb **mehrere Niederlassungen** hat, nennen Sie den wirtschaftlichen Schwerpunkt der örtlichen Niederlassung und nicht des gesamten Unternehmens.

Wenn Sie in **Zeit- oder Leiharbeit** tätig waren, tragen Sie bitte den Wirtschaftszweig/ die Branche ein, in dem/der Sie Ihre Tätigkeit vor 12 Monaten ausübten.

Bitte geben Sie den **Wirtschaftszweig/ die Branche** so genau wie möglich an, z. B.:

- Lebensmitteleinzelhandel (nicht: Handel)
- Werkzeugmaschinenbau (nicht: Fabrik)
- Gebäudeverwaltung, Hausmeisterdienste, Unternehmensberatung (nicht: Dienstleistung)
- Softwareentwicklung (nicht: IT)

Siehe auch S. 78:

9 „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>
Person 3	<input type="text"/>
Person 4	<input type="text"/>
Person 5	<input type="text"/>

Wohnsitz vor 12 Monaten

73 War Ihr Wohnsitz 12 Monate vor der Berichtswoche derselbe wie heute?

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/> → 78	<input type="checkbox"/> → 78	<input type="checkbox"/> → 78	<input type="checkbox"/> → 78	<input type="checkbox"/> → 78
Nein	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74 Lag Ihr Wohnsitz damals in Deutschland?

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8	<input type="checkbox"/> → 77	<input type="checkbox"/> → 77	<input type="checkbox"/> → 77	<input type="checkbox"/> → 77	<input type="checkbox"/> → 77

75 In welchem Bundesland lag damals Ihr Wohnsitz?

Für jede Person:
Ziffer aus der Liste 75

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Liste 75			
Baden-Württemberg	8	Niedersachsen	3
Bayern	9	Nordrhein-Westfalen	5
Berlin	11	Rheinland-Pfalz	7
Brandenburg	12	Saarland	10
Bremen	4	Sachsen	14
Hamburg	2	Sachsen-Anhalt	15
Hessen	6	Schleswig-Holstein	1
Mecklenburg-Vorpommern	13	Thüringen	16

76 In welcher Gemeinde und in welchem Kreis lag damals Ihr Wohnsitz?

Person 1
Person 2
Person 3
Person 4
Person 5

<input type="text"/>	} → 78
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

77 In welchem Land lag damals Ihr Wohnsitz?

Person 1
Person 2
Person 3
Person 4
Person 5

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

78 Sind Sie 15 Jahre oder älter?

Ja 1
Nein 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende

Hier endet der Fragebogen für Personen unter 15 Jahren!

Beschäftigungssituation in der Berichtswoche

79 Wenn Sie Ihre Situation in der Berichtswoche betrachten: Was traf überwiegend auf Sie zu?

i Siehe auch S. 77: **5** „Altersteilzeit“ und **6** „Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz“.

Angestellte/-r, Arbeiter/-in, Beamtin/Beamter
(auch Zeit-, Berufssoldat/-in) und derzeit in

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Elternzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersteilzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/-r, Arbeiter/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) nicht in Elternzeit/Altersteilzeit/Freistellung	<input type="checkbox"/> → 82	<input type="checkbox"/> → 82	<input type="checkbox"/> → 82	<input type="checkbox"/> → 82	<input type="checkbox"/> → 82
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geringfügig erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im freiwilligen Wehrdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüler/-in, Student/-in, Person in Berufsausbildung ohne Vergütung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentner/-in, Pensionär/-in, einschließlich Vorruhestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslos	<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"/>
Dauerhaft erwerbsunfähig	<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"/>

80 Hatten Sie in der Berichtswoche irgendeinen Nebenjob oder eine Tätigkeit, mit der Sie Geld verdient haben?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, einen 450-Euro-Job, Mini-Job (Verdienst durchschnittlich höchstens 450 Euro pro Monat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, einen Ein-Euro-Job, (Job von Personen mit ALG II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, eine kurzfristige Beschäftigung, (höchstens 3 Monate oder 70 Arbeitstage im Jahr)	<input type="checkbox"/> → 82	<input type="checkbox"/> → 82	<input type="checkbox"/> → 82	<input type="checkbox"/> → 82	<input type="checkbox"/> → 82
Ja, eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, eine sonstige bezahlte oder mit Sachleistungen vergütete Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81 Arbeiteten Sie in der Berichtswoche unbezahlt als mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich gehe einer bezahlten Erwerbstätigkeit nach (einschl. Nebenjob, Minijob usw.)	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich bin nicht erwerbstätig.	8 <input type="checkbox"/> → 172	<input type="checkbox"/> → 172	<input type="checkbox"/> → 172	<input type="checkbox"/> → 172	<input type="checkbox"/> → 172

82 Arbeiteten Sie in Ihrer Tätigkeit in Voll- oder Teilzeit?

i Wenn Sie **mehrere Tätigkeiten** ausüben, berücksichtigen Sie nur die Tätigkeit mit der längsten Arbeitszeit (Haupttätigkeit).

Personen in **Altersteilzeit** geben bitte die zutreffende Arbeitszeit vor dem Beginn ihrer Altersteilzeit an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Vollzeit	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeit	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83 Haben Sie Ihre Erwerbstätigkeit/Ihren Nebenjob in der Berichtswoche mindestens 1 Stunde ausgeübt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 87	<input type="checkbox"/> → 87	<input type="checkbox"/> → 87	<input type="checkbox"/> → 87	<input type="checkbox"/> → 87
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84 Aus welchem Grund haben Sie in der Berichtswoche nicht gearbeitet?

i Siehe auch S.77: **5** „Altersteilzeit“ und **6** „Pflegerzeitgesetz/Familienpflegerzeitgesetz“.

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Krankheit, Unfall (auch Kur, Reha-Maßnahmen)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutterschutz	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elternzeit	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersteilzeit	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freistellung nach dem Pflegerzeitgesetz	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urlaub, Sonderurlaub	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streik, Aussperrung	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechtwetterlage	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzarbeit aus technischen oder wirtschaftlichen Gründen	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgleichsurlaub (im Rahmen eines Arbeitszeitkontos oder einer vertraglichen Jahresarbeitszeit)	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine, berufliche Aus-/Fortbildung oder Schulbesuch	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiger Hauptgrund oder persönliche, familiäre Verpflichtungen (einschließlich Freistellung nach Familienpflegerzeitgesetz)	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85 Wie lange dauert die Unterbrechung Ihrer Arbeit insgesamt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
3 Monate oder weniger	1 <input type="checkbox"/> → 87	<input type="checkbox"/> → 87	<input type="checkbox"/> → 87	<input type="checkbox"/> → 87	<input type="checkbox"/> → 87
Länger als 3 Monate	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86 Erhalten Sie während der Unterbrechung weiterhin mindestens die Hälfte Ihres bisherigen Einkommens (Lohn-, Gehaltsfortzahlung, staatliche Leistungen)?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, da Selbstständige/-r, Freiberufler/-in ...	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, da unbezahlt mithelfend im familieneigenen Betrieb	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 172	<input type="checkbox"/> → 172	<input type="checkbox"/> → 172	<input type="checkbox"/> → 172	<input type="checkbox"/> → 172

87 Ist Ihre Tätigkeit eine geringfügige Beschäftigung?

i Wenn Sie **mehrere Tätigkeiten** ausüben, berücksichtigen Sie nur die Tätigkeit mit der längsten Arbeitszeit (Haupttätigkeit).
 Hierbei ist es nicht von Bedeutung, ob Sie die Haupttätigkeit gerade aktiv ausüben oder z. B. wegen Elternzeit, Krankheit oder Urlaub unterbrochen haben.

Siehe auch S. 77: **7** „Geringfügige Beschäftigung“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, ein 450-Euro-Job, Mini-Job (Verdienst durchschnittlich höchstens 450 Euro pro Monat)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, eine kurzfristige Beschäftigung, (höchstens 3 Monate oder 70 Arbeitstage im Jahr)	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, ein Ein-Euro-Job, (im Rahmen von ALG II-Bezug)	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88 Wie häufig üben Sie Ihre Tätigkeit aus?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Regelmäßig	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßig, gelegentlich	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saisonal begrenzt	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89 Welche berufliche Stellung hatten Sie in der Berichtswoche?

i Wenn Sie **mehrere Tätigkeiten** ausüben, berücksichtigen Sie nur die Tätigkeit mit der längsten Arbeitszeit (Haupttätigkeit).

Hierbei ist es nicht von Bedeutung, ob Sie die Haupttätigkeit gerade aktiv ausüben oder z. B. wegen Elternzeit, Krankheit oder Urlaub unterbrochen haben.

Siehe auch S. 77: **8** „Zuordnung der Tätigkeit“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in:					
ohne Beschäftigte	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Beschäftigten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb	3 <input type="checkbox"/> → 91	<input type="checkbox"/> → 91	<input type="checkbox"/> → 91	<input type="checkbox"/> → 91	<input type="checkbox"/> → 91
Beamtin/Beamter (ohne Anwärter/-in), Richter/-in	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/-r (ohne Auszubildende)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiter/-in (ohne Auszubildende), Heimarbeiter/-in	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ausbildung mit Ausbildungsvergütung	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamtenanwärter/-in	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volontär/-in, Trainee, Person im bezahlten Praktikum	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit-, Berufssoldat/-in	10 <input type="checkbox"/> → 91	<input type="checkbox"/> → 91	<input type="checkbox"/> → 91	<input type="checkbox"/> → 91	<input type="checkbox"/> → 91
Im freiwilligen Wehrdienst	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr)	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige/-r Beschäftigte/-r mit kleinem Job	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90 Mit wem haben Sie Ihren Ausbildungsvertrag abgeschlossen?

i Gemeint sind hier Auszubildende mit **Ausbildungsvergütung**.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Mit einem Betrieb (Firma, Geschäft, Praxis, Krankenhaus, Behörde)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit einer über- oder außerbetrieblichen Einrichtung, z. B. Berufsbildungswerk, Bildungszentrum als Ausbildungsträger	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gegenwärtige Tätigkeit in der Berichtswoche

freiwillig

91 Bitte beschreiben Sie Ihre gegenwärtige Tätigkeit in Stichworten.

- i** Z. B.
- Verkauf von Kleidung
 - Kinder an der Grundschule unterrichten
 - Kundinnen und Kunden über Reiseangebote beraten und informieren
 - Bauwerke im Hochbau entwerfen oder planen
 - Elektronische Schaltungen aufbauen und prüfen
 - Beton, Gips und Mörtel mischen
 - Patientinnen und Patienten (vor, während und nach Operationen) betreuen und versorgen

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

92 Welche Berufsbezeichnung hat Ihre gegenwärtige Tätigkeit?

- i** Z. B. Modeverkäufer/-in, Grundschullehrer/-in, Reiseverkehrskauffrau/-kaufmann, Bauingenieur/-in, Elektronikmechaniker/-in, Bauhilfsarbeiter/-in, Krankenpfleger/-in

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

93 Sind Sie in Ihrer gegenwärtigen Tätigkeit in der Berichtswoche überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft tätig?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit)	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

94 Welche Aufgabenbereiche gehören üblicherweise zu Ihrer gegenwärtigen Tätigkeit?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Beschäftigte anleiten	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigte beaufsichtigen	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit verteilen	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsergebnisse kontrollieren	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keiner der genannten Aufgabenbereiche	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95 Tragen Sie den Wirtschaftszweig/die Branche des Betriebs (örtliche Niederlassung) ein, in dem/der Sie Ihre Tätigkeit ausüben.

i Wenn der Betrieb **mehrere Niederlassungen** hat, nennen Sie den wirtschaftlichen Schwerpunkt der örtlichen Niederlassung und nicht des gesamten Unternehmens.

Wenn Sie in **Zeit- oder Leiharbeit** tätig sind, tragen Sie bitte den Wirtschaftszweig/ die Branche ein, in dem/der Sie Ihre Tätigkeit ausüben.

Bitte geben Sie den **Wirtschaftszweig/ die Branche** so genau wie möglich an, z. B.:

- Lebensmitteleinzelhandel (nicht: Handel)
- Werkzeugmaschinenbau (nicht: Fabrik)
- Gebäudeverwaltung, Hausmeisterdienste, Unternehmensberatung (nicht: Dienstleistung)
- Softwareentwicklung (nicht: IT)

Siehe auch S. 78:

9 „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>
Person 3	<input type="text"/>
Person 4	<input type="text"/>
Person 5	<input type="text"/>

96 Schreiben Sie bitte den Betriebsnamen sowie die Anschrift des Betriebs in die ausgeklappte Lasche neben der Seite 2.

i Name und Anschrift des Betriebs dienen ausschließlich der Zuordnung Ihres Betriebs zu einem Wirtschaftszweig und werden nicht gespeichert.

97 Sind Sie im öffentlichen Dienst beschäftigt?

i Zum öffentlichen Dienst gehören Behörden von Gemeinden, Ländern und Bund, öffentliche Schulen, die Agentur für Arbeit, Sozialversicherungsträger, Polizei, Bundeswehr.

Nicht zum öffentlichen Dienst gehören

Beschäftigte und Beamtinnen/Beamte der Deutschen Post, der Deutschen Bahn und der Kirchen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

98 Wie viele Personen arbeiten in dem Betrieb (örtliche Niederlassung), in dem Sie tätig sind?

i Wenn Sie selbstständig sind und **mehrere Betriebe/Niederlassungen** haben, beziehen Sie Ihre Angaben zur Betriebsgröße auf den Betrieb mit den meisten Beschäftigten.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bis 10 Personen	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 bis 19 Personen	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 bis 49 Personen	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 bis 249 Personen	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
250 bis 499 Personen	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
500 Personen oder mehr	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ 100
→ 100
→ 100
→ 100
→ 100

99 Bitte geben Sie die genaue Anzahl an Personen an, die in dem Betrieb arbeiten.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Personen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Arbeitsplatz- oder Berufswechsel

100 Haben Sie in der Berichtswoche oder den 12 Monaten davor Ihren Arbeitsplatz/ Ihr Geschäftsfeld gewechselt?

i Wenn Sie **Selbstständige/-r** oder **Freiberufler/-in** sind und ihr Geschäftsfeld gewechselt haben, kreuzen Sie bitte „Ja“ an.

Wenn Sie als Arbeitnehmer/-in ein **neues Arbeitsverhältnis** beim jetzigen oder einem neuen Arbeitgeber eingegangen sind, kreuzen Sie bitte „Ja“ an.

Ein **Arbeitsplatzwechsel** liegt auch dann vor, wenn Sie von einer abhängigen Beschäftigung in eine selbstständige Tätigkeit oder freiberufliche Tätigkeit wechseln und umgekehrt.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

101 Haben Sie in der Berichtswoche oder den 12 Monaten davor Ihren Beruf gewechselt?

i Hierzu zählt auch ein Berufswechsel ohne Umschulung.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort der Arbeitsstätte

102 Liegt Ihre Arbeitsstätte in der Gemeinde, in der Sie hier wohnen?

i Sollten Sie **wechselnde Arbeitsorte** haben, ist die Arbeitsstätte dort, von wo aus Ihre Arbeit organisiert wird.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

103 Liegt Ihre Arbeitsstätte in Deutschland?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, im Bundesland Ziffer aus der Liste 103	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nein, Arbeitsstätte liegt nicht in Deutschland.	88 <input type="checkbox"/> → 105	<input type="checkbox"/> → 105	<input type="checkbox"/> → 105	<input type="checkbox"/> → 105	<input type="checkbox"/> → 105

Liste 103

Baden-Württemberg	8	Niedersachsen	3
Bayern	9	Nordrhein-Westfalen	5
Berlin	11	Rheinland-Pfalz	7
Brandenburg	12	Saarland	10
Bremen	4	Sachsen	14
Hamburg	2	Sachsen-Anhalt	15
Hessen	6	Schleswig-Holstein	1
Mecklenburg-Vorpommern	13	Thüringen	16

104 In welcher Gemeinde und in welchem Kreis liegt Ihre Arbeitsstätte?

Person 1	<input type="text"/>	} → 114
Person 2	<input type="text"/>	
Person 3	<input type="text"/>	
Person 4	<input type="text"/>	
Person 5	<input type="text"/>	

105 In welchem Land arbeiten Sie?

i Sollten Sie **wechselnde Arbeitsorte** haben, ist Ihre Arbeitsstätte dort, von wo aus Ihre Arbeit organisiert wird.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Belgien	1 <input type="checkbox"/> → 106	<input type="checkbox"/> → 106	<input type="checkbox"/> → 106	<input type="checkbox"/> → 106	<input type="checkbox"/> → 106
Dänemark	2 <input type="checkbox"/> → 107	<input type="checkbox"/> → 107	<input type="checkbox"/> → 107	<input type="checkbox"/> → 107	<input type="checkbox"/> → 107
Frankreich	3 <input type="checkbox"/> → 108	<input type="checkbox"/> → 108	<input type="checkbox"/> → 108	<input type="checkbox"/> → 108	<input type="checkbox"/> → 108
Niederlande	5 <input type="checkbox"/> → 109	<input type="checkbox"/> → 109	<input type="checkbox"/> → 109	<input type="checkbox"/> → 109	<input type="checkbox"/> → 109
Österreich	6 <input type="checkbox"/> → 110	<input type="checkbox"/> → 110	<input type="checkbox"/> → 110	<input type="checkbox"/> → 110	<input type="checkbox"/> → 110
Polen	7 <input type="checkbox"/> → 111	<input type="checkbox"/> → 111	<input type="checkbox"/> → 111	<input type="checkbox"/> → 111	<input type="checkbox"/> → 111
Schweiz	9 <input type="checkbox"/> → 112	<input type="checkbox"/> → 112	<input type="checkbox"/> → 112	<input type="checkbox"/> → 112	<input type="checkbox"/> → 112
Tschechische Republik	10 <input type="checkbox"/> → 113	<input type="checkbox"/> → 113	<input type="checkbox"/> → 113	<input type="checkbox"/> → 113	<input type="checkbox"/> → 113
Luxemburg	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Russische Föderation	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereinigtes Königreich	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereinigte Staaten	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Land, und zwar:					
Person 1	<input type="text"/>				
Person 2	<input type="text"/>				
Person 3	<input type="text"/>				
Person 4	<input type="text"/>				
Person 5	<input type="text"/>				

106 In welcher Provinz/Region von Belgien liegt Ihre Arbeitsstätte?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Antwerpen	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brüssel	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flämisch-Brabant	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hennegau	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limburg	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lüttich	6 <input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114
Luxemburg	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Namur	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostflandern	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wallonisch-Brabant	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Westflandern	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

107 In welcher Region von Dänemark liegt Ihre Arbeitsstätte?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Hovedstaden	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteljütland	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nordjütland	3 <input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114
Seeland	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süddänemark	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

108 In welcher Region von Frankreich liegt Ihre Arbeitsstätte?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Burgund	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champagne-Ardenne	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elsass	3 <input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114
Franche-Comté	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lothringen	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Region	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

109 In welcher Provinz der Niederlande liegt Ihre Arbeitsstätte?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Drenthe	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flevoland	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friesland	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelderland	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groningen	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limburg	6 <input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114
Nordbrabant	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nordholland	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overijssel	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seeland	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Südholland	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utrecht	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

110 In welchem Bundesland von Österreich liegt Ihre Arbeitsstätte?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Burgenland	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärnten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niederösterreich	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberösterreich	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salzburg	5 <input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114
Steiermark	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tirol	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorarlberg	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wien	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

111 In welcher Region/Woiwodschaft von Polen liegt Ihre Arbeitsstätte?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Dolnośląskie (Niederschlesien)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lubuskie (Lebus)	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wielkopolskie (Großpolen)	3 <input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114
Zachodniopomorskie (Westpommern)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Region/Woiwodschaft	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

112 In welcher Großregion der Schweiz liegt Ihre Arbeitsstätte?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Genferseeregion	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espace Mittelland	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nordwestschweiz	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zürich	4 <input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114	<input type="checkbox"/> → 114
Ostschweiz	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zentralschweiz	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tessin	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

113 In welcher Region/Oblasti der Tschechischen Republik liegt Ihre Arbeitsstätte?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Jihozápad (Südwesten)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prag	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Severovýchod (Nordosten)	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Severozápad (Nordwesten)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Střední Čechy (Mittelböhmen)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Region/Oblasti	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweg zur Arbeitsstätte

114 Gehen bzw. fahren Sie üblicherweise von dieser Wohnung zu Ihrer Arbeitsstätte?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 120	<input type="checkbox"/> → 120	<input type="checkbox"/> → 120	<input type="checkbox"/> → 120	<input type="checkbox"/> → 120

115 Wie weit ist der Hinweg zu Ihrer Arbeitsstätte, z. B. zum Betriebsgelände, Dienstgebäude?

i Wenn Sie **verschiedene Wege** benutzen, beziehen sich Ihre folgenden Antworten auf den Weg, den Sie am häufigsten benutzen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Unter 5 km	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 bis unter 10 km	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 bis unter 25 km	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 bis unter 50 km	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 km oder mehr	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsstätte liegt auf demselben Grundstück	6 <input type="checkbox"/> → 120	<input type="checkbox"/> → 120	<input type="checkbox"/> → 120	<input type="checkbox"/> → 120	<input type="checkbox"/> → 120
Ständig wechselnde Arbeitsstätte	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

116 Wie lange brauchen Sie normalerweise für den Hinweg zu Ihrer Arbeitsstätte?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Unter 10 Minuten	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 bis unter 30 Minuten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 bis unter 60 Minuten	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 Minuten oder mehr	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig wechselnde Arbeitsstätte	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

117 Welches Verkehrsmittel benutzen Sie normalerweise auf dem Hinweg zu Ihrer Arbeitsstätte?

i Werden **mehrere Verkehrsmittel** auf einer Strecke genutzt, kreuzen Sie das Verkehrsmittel an, mit dem Sie die größte Teilstrecke zurücklegen.

Wird **nicht immer das gleiche Verkehrsmittel** genutzt, kreuzen Sie das Verkehrsmittel an, das Sie am häufigsten nutzen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bus	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-Bahn, Straßenbahn	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eisenbahn/S-Bahn	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PKW (Selbstfahrer/-in)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PKW (Mitfahrer/-in)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorrad, Moped, Mofa, Motorroller	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrrad	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrofahrrad (Pedelec, E-Bike)	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Verkehrsmittel	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Verkehrsmittel (z. B. zu Fuß)	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

118 Nutzen Sie ein weiteres Verkehrsmittel, mit dem Sie eine wesentliche Strecke für den Hinweg zu Ihrer Arbeitsstätte zurücklegen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 120	<input type="checkbox"/> → 120	<input type="checkbox"/> → 120	<input type="checkbox"/> → 120	<input type="checkbox"/> → 120

119 Welches weitere Verkehrsmittel nutzen Sie?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bus	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-Bahn, Straßenbahn	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eisenbahn/S-Bahn	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PKW (Selbstfahrer/-in)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PKW (Mitfahrer/-in)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorrad, Moped, Mofa, Motorroller	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrrad	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrofahrrad (Pedelec, E-Bike)	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Verkehrsmittel	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Verkehrsmittel (z. B. zu Fuß)	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dauer und Umfang der gegenwärtigen Tätigkeit

120 Ist Ihre Tätigkeit eine Vollzeit- oder eine Teilzeittätigkeit?

i Wenn Sie **mehrere Tätigkeiten** ausüben, berücksichtigen Sie nur die Tätigkeit mit der längsten Arbeitszeit (Haupttätigkeit).

Wenn Sie in **Altersteilzeit** sind, kreuzen Sie bitte die zutreffende Arbeitszeit vor dem Beginn Ihrer Altersteilzeit an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Vollzeittätigkeit	1 <input type="checkbox"/> → 125	<input type="checkbox"/> → 125	<input type="checkbox"/> → 125	<input type="checkbox"/> → 125	<input type="checkbox"/> → 125
Teilzeittätigkeit	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

121 Aus welchem Grund gehen Sie einer Teilzeittätigkeit nach?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Vollzeittätigkeit nicht zu finden	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulausbildung, Studium, sonstige Aus- bzw. Fortbildung	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheit, Unfallfolgen, Behinderungen	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Kindern	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Menschen mit Behinderung	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von pflegebedürftigen Personen	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige persönliche oder familiäre Verpflichtungen	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte Teilzeit arbeiten.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Hauptgrund	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

122 Hatte das Betreuungsangebot für Kinder Einfluss auf Ihre Entscheidung für eine Teilzeitbeschäftigung?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für Kinder hatte keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine Kinder.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

123 Hat das Betreuungsangebot für Menschen mit Behinderung Einfluss auf Ihre Entscheidung für eine Teilzeitbeschäftigung?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für Menschen mit Behinderung hatte keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine Menschen mit Behinderung.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

124 Hat das Betreuungsangebot für pflegebedürftige Personen Einfluss auf Ihre Entscheidung für eine Teilzeitbeschäftigung?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für pflegebedürftige Personen hatte keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine pflegebedürftigen Personen.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

125 Sind Sie selbstständig/freiberuflich tätig oder arbeiten Sie als unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 129	<input type="checkbox"/> → 129	<input type="checkbox"/> → 129	<input type="checkbox"/> → 129	<input type="checkbox"/> → 129

126 Wann haben Sie die Tätigkeit als Selbstständige/-r, Freiberufler/-in oder unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r aufgenommen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Monat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

127 Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche?

Bitte auf halbe Stunden auf- bzw. abrunden (z. B. 38,5).

Anzahl der Stunden

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

128 Wie viele Stunden haben Sie in der Berichtswoche tatsächlich gearbeitet?

i Die **tatsächliche Arbeitszeit** kann von der normalerweise geleisteten Arbeitszeit abweichen, z. B. wegen Urlaubstagen, Feiertagen, Krankheit oder Ähnlichem.

Wenn Sie in der Berichtswoche nicht gearbeitet haben, tragen Sie bitte eine „0“ ein.

Bitte auf halbe Stunden auf- bzw. abrunden (z. B. 30,5).

Anzahl der Stunden

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
↳ 141	↳ 141	↳ 141	↳ 141	↳ 141

129 Haben Sie für Ihre Tätigkeit einen Arbeitsvertrag mit einer Firma abgeschlossen, die Sie in Leiharbeit vermittelt hat?

Ja

Nein

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<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"/>

130 Ist Ihr Arbeitsvertrag, Ihre Tätigkeit befristet?

i Ein **Ausbildungsvertrag** gilt als befristet.

Ja, befristet

Nein, unbefristet

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> → 133	<input type="checkbox"/> → 133	<input type="checkbox"/> → 133	<input type="checkbox"/> → 133	<input type="checkbox"/> → 133

131 Aus welchem Grund haben Sie eine befristete Tätigkeit?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

Dauerstelle nicht zu finden

Dauerstelle nicht gewünscht

Probezeit-Arbeitsvertrag

Tätigkeit als Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung

Anderer Art der Ausbildung (z. B. Volontariat, Referendariat, Praktikum, Praktisches Jahr)

Stelle war nur als befristete Tätigkeit ausgeschrieben.

Vertrete eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter

Anderer Hauptgrund

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

132 Welche Gesamtdauer hat die befristete Tätigkeit?

i Bei einem Arbeitsvertrag mit einer Dauer von nur 1, 2 oder 3 Wochen bitte auf einen Monat aufrunden.

Anzahl der Monate

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

133 Seit wann sind Sie beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt?

i Wenn Sie in **Zeit- oder Leiharbeit** tätig sind, tragen Sie den Zeitpunkt ein, zu dem Sie bei der Zeitarbeitsfirma eingestellt wurden.

Wenn Ihr Betrieb Sie **entsendet oder ausgeliehen** hat, beginnt die Tätigkeit mit der Einstellung bei dem Betrieb, der Sie entsendet oder ausleiht.

Monat

Jahr

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<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"/>

134 Haben Sie Ihre aktuelle Tätigkeit in der Berichtswoche oder in den 12 Monaten davor aufgenommen?

Ja

Nein

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/> → 136	<input type="checkbox"/> → 136	<input type="checkbox"/> → 136	<input type="checkbox"/> → 136	<input type="checkbox"/> → 136

135 War die Agentur für Arbeit zu irgendeinem Zeitpunkt an Ihrer Arbeitsuche beteiligt?

Ja

Nein

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

136 Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche, einschließlich regelmäßiger Mehrstunden und Bereitschaftszeiten?

i Siehe auch S. 78:  „Bereitschaftszeiten“.

Bitte auf halbe Stunden auf- bzw. abrunden (z. B. 40,5).

Anzahl der Stunden

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<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"/>

137 Wie viele Stunden haben Sie in der Berichtswoche tatsächlich gearbeitet?

i Die tatsächliche Arbeitszeit

kann von der normalerweise geleisteten Arbeitszeit abweichen, z. B. wegen Überstunden, Urlaubstagen, Sonderschichten, Feiertagen, Krankheit oder Ähnlichem.

Zur tatsächlichen Arbeitszeit gehören auch Weiter- und Fortbildungen, Bereitschaftszeiten, Arbeiten von zu Hause, sofern sie Bestandteil Ihrer Erwerbstätigkeit sind, z. B. bei Lehrkräften.

Wenn Sie in der Berichtswoche nicht gearbeitet haben, tragen Sie bei der Stundenzahl bitte eine „0“ ein.

Bitte auf halbe Stunden auf- bzw. abrunden (z. B. 28,5).

Anzahl der Stunden

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<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"/>

138 Haben Sie in der Berichtswoche mehr Stunden als normalerweise gearbeitet?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 141	<input type="checkbox"/> → 141	<input type="checkbox"/> → 141	<input type="checkbox"/> → 141	<input type="checkbox"/> → 141

139 Wie werden die mehr geleisteten Stunden (Überstunden) vergütet?

Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an. Geben Sie bei den bezahlten und unbezahlten Überstunden zusätzlich die in der Berichtswoche entstandene Stundenzahl an.

Ja, und zwar ...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Stunden, die durch flexible Arbeitszeiten oder Freizeit ausgeglichen werden (Arbeitszeitkonto). ...	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stunden, die zusätzlich zu Ihrem Gehalt/Lohn (bezahlte Überstunden) vergütet werden.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stunden, die nicht bezahlt und nicht anderweitig ausgeglichen (unbezahlte Überstunden) werden.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

140 Welche Aussage trifft im Hinblick auf die mehr geleisteten Stunden überwiegend zu?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Es handelt sich um Stunden zum Aufbau eines Zeitguthabens oder zum Abbau von Zeitschulden.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es handelt sich um bezahlte oder unbezahlte Überstunden.	2 <input type="checkbox"/> → 143	<input type="checkbox"/> → 143	<input type="checkbox"/> → 143	<input type="checkbox"/> → 143	<input type="checkbox"/> → 143
Es handelt sich um sonstige Stunden.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

141 Haben Sie in der Berichtswoche weniger Stunden als normalerweise oder nicht gearbeitet?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 143	<input type="checkbox"/> → 143	<input type="checkbox"/> → 143	<input type="checkbox"/> → 143	<input type="checkbox"/> → 143

142 Aus welchem Grund haben Sie weniger oder nicht gearbeitet?

i Siehe auch S. 77:
6 „Pflegerzeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz“.

Für jede Person:
 Ziffer aus der Liste 142

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Liste 142	
Krankheit, Unfall	1
Kur, Reha-Maßnahmen	2
Arbeitsschutzbestimmungen, auch Mutterschutz	3
Elternzeit	4
Vollständige oder teilweise Freistellung nach dem Pflegerzeitgesetz	5
Teilweise Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz	6
Urlaub, Sonderurlaub	7
Dienstbefreiung	8
Streik, Aussperrung	9
Schlechtwetterlage	10
Kurzarbeit	11
Gesetzlicher Feiertag	12
Aufnahme einer Tätigkeit in der Berichtswoche	13
Beendigung einer Tätigkeit in der Berichtswoche	14
Ausgleich für mehr geleistete Arbeitsstunden (z. B. gleitende, flexible Arbeitszeit)	15
Teilnahme an Schulausbildung, Aus- oder Fortbildung außerhalb des Betriebs	16
Persönliche, familiäre Verpflichtungen oder sonstige persönliche Gründe	17
Wegen Altersteilzeit nicht (mehr) am Arbeitsplatz	18
Anderer Hauptgrund	19

Arbeitszeit in der Berichtswoche und den 3 Wochen davor

143 Haben Sie in der Berichtswoche und den 3 Wochen davor an mindestens einem Samstag gearbeitet?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, und zwar ...					
an jedem Samstag	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an mindestens zwei Samstagen	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an einem Samstag	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

144 Haben Sie in der Berichtswoche und den 3 Wochen davor an mindestens einem Sonntag gearbeitet?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, und zwar ...					
an jedem Sonntag	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an mindestens zwei Sonntagen	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an einem Sonntag	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

145 Haben Sie in der Berichtswoche und den 3 Wochen davor an mindestens einem Feiertag gearbeitet?

Ja, und zwar ...	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
an jedem Feiertag	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an mindestens zwei Feiertagen	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an einem Feiertag	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, in dem Zeitraum lag kein Feiertag.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

146 Haben Sie in der Berichtswoche und den 3 Wochen davor an mindestens einem Arbeitstag zwischen 18 und 23 Uhr gearbeitet?

Ja, und zwar ...	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
an jedem Arbeitstag	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an mindestens der Hälfte der Arbeitstage	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an weniger als der Hälfte der Arbeitstage	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

147 Haben Sie in der Berichtswoche und den 3 Wochen davor an mindestens einem Arbeitstag zwischen 23 und 6 Uhr gearbeitet?

Ja, und zwar ...	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
an jedem Arbeitstag	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an mindestens der Hälfte der Arbeitstage	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an weniger als der Hälfte der Arbeitstage	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

148 Haben Sie in der Berichtswoche und den 3 Wochen davor im Schichtdienst gearbeitet?

Ja, und zwar ...	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
an jedem Arbeitstag	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an mindestens der Hälfte der Arbeitstage	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an weniger als der Hälfte der Arbeitstage	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

149 Haben Sie in der Berichtswoche und den 3 Wochen davor Ihre Tätigkeit von zu Hause ausgeübt?

i Siehe auch S. 78: **12** „Erwerbstätigkeit zu Hause“.

Ja, und zwar ...	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
an jedem Arbeitstag	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an mindestens der Hälfte der Arbeitstage	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an weniger als der Hälfte der Arbeitstage	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Erwerbstätigkeit/Nebenjob

150 Hatten Sie in der Berichtswoche mindestens eine weitere Erwerbstätigkeit oder einen Nebenjob?

i Hierzu zählt auch eine Tätigkeit als unbezahlt mithelfende Familienangehörige/mithelfender Familienangehöriger im familieneigenen Betrieb.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8	<input type="checkbox"/> → 160	<input type="checkbox"/> → 160	<input type="checkbox"/> → 160	<input type="checkbox"/> → 160	<input type="checkbox"/> → 160

151 Ist Ihre weitere Tätigkeit eine geringfügige Beschäftigung?

i Sollten Sie **mehrere weitere Tätigkeiten** haben, berücksichtigen Sie bei den folgenden Fragen die Tätigkeit mit der längsten Arbeitszeit.

Siehe auch S. 77: **2** „Geringfügige Beschäftigung“.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, ein 450-Euro-Job, Mini-Job (Verdienst durchschnittlich höchstens 450 Euro pro Monat)	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, eine kurzfristige Beschäftigung (höchstens 3 Monate oder 70 Arbeitstage im Jahr)	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

152 Wie häufig üben Sie Ihre weitere Tätigkeit aus?

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Regelmäßig	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßig, gelegentlich	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saisonal begrenzt	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

153 Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer weiteren Tätigkeit?

i Siehe auch S. 77: **3** „Zuordnung der Tätigkeit“.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in:						
ohne Beschäftigte	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Beschäftigten	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamtin/Beamter, Richter/-in	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/-r	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiter/-in, Heimarbeiter/-in	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

154 Bitte beschreiben Sie Ihre weitere Tätigkeit in Stichworten.

- i** Z.B.
- Verkauf von Kleidung
 - Kinder an der Grundschule unterrichten
 - Kundinnen und Kunden über Reiseangebote beraten und informieren
 - Bauwerke im Hochbau entwerfen oder planen
 - Elektronische Schaltungen aufbauen und prüfen
 - Beton, Gips und Mörtel mischen
 - Patientinnen und Patienten (vor, während und nach Operationen) betreuen und versorgen

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

155 Welche Berufsbezeichnung hat die weitere Tätigkeit?

- i** Z.B. Modeverkäufer/-in, Grundschullehrer/-in, Reiseverkehrskauffrau/-kaufmann, Bauingenieur/-in, Elektronikmechaniker/-in, Bauhilfsarbeiter/-in, Krankenpfleger/-in

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

156 Sind Sie in Ihrer weiteren Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft tätig?

Ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie)

Ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit)

Nein

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

157 Tragen Sie den Wirtschaftszweig/die Branche des Betriebs (örtliche Niederlassung) ein, in dem/der Sie Ihre weitere Tätigkeit ausüben.

i Wenn der Betrieb **mehrere Niederlassungen** hat, nennen Sie den wirtschaftlichen Schwerpunkt der örtlichen Niederlassung und nicht des gesamten Unternehmens.

Wenn Sie in **Zeit- oder Leiharbeit** tätig sind, tragen Sie bitte den Wirtschaftszweig/die Branche ein, in dem/der Sie Ihre weitere Tätigkeit ausüben.

Bitte geben Sie den **Wirtschaftszweig/** die **Branche** so genau wie möglich an, z. B.:
 – Lebensmitteleinzelhandel (nicht: Handel)
 – Werkzeugmaschinenbau (nicht: Fabrik)
 – Gebäudeverwaltung, Hausmeisterdienste, Unternehmensberatung (nicht: Dienstleistung)
 – Softwareentwicklung (nicht: IT)

Siehe auch S. 78:

9 „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1
 Person 2
 Person 3
 Person 4
 Person 5

158 Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise in Ihrer weiteren Tätigkeit pro Woche?

Bitte auf halbe Stunden auf- bzw. abrunden (z. B. 10,5).

Anzahl der Stunden

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _

159 Wie viele Stunden haben Sie in Ihrer weiteren Tätigkeit in der Berichtswoche tatsächlich gearbeitet?

Wenn Sie in der Berichtswoche nicht gearbeitet haben, tragen Sie bitte eine „0“ ein.

Bitte auf halbe Stunden auf- bzw. abrunden (z. B. 9,5).

Anzahl der Stunden

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _

Gewünschter Umfang an Arbeitsstunden

160 Würden Sie gerne mit entsprechend höherem Verdienst Ihre normale Wochenarbeitszeit erhöhen?

i Zur Wochenarbeitszeit zählen sowohl Haupt- als auch Nebentätigkeiten.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, und zwar ausschließlich durch mehr Stunden in der/den derzeitigen Tätigkeit/-en	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, und zwar ausschließlich durch Aufnahme einer zusätzlichen Tätigkeit	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, und zwar ausschließlich durch Wechsel zu einer Tätigkeit mit mehr Stunden	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, aber ohne Festlegung auf eine der genannten Möglichkeiten	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 167	<input type="checkbox"/> → 167	<input type="checkbox"/> → 167	<input type="checkbox"/> → 167	<input type="checkbox"/> → 167

161 Bitte denken Sie an die 2 Wochen nach der Berichtswoche: Könnten Sie in diesen 2 Wochen beginnen, mehr Stunden als bisher zu arbeiten?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 166	<input type="checkbox"/> → 166	<input type="checkbox"/> → 166	<input type="checkbox"/> → 166	<input type="checkbox"/> → 166
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

162 Aus welchem Grund könnten Sie in diesen 2 Wochen nicht mehr Stunden als bisher arbeiten?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus- oder Fortbildung	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kündigungsfristen im bestehenden Job	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine geeignete Betreuung von Kindern	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine geeignete Betreuung von Menschen mit Behinderung	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine geeignete Betreuung von pflegebedürftigen Personen	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche oder familiäre Gründe	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Hauptgrund	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

163 Hat das Betreuungsangebot für Kinder Einfluss darauf, dass Sie nicht in diesen 2 Wochen beginnen könnten, mehr Stunden als bisher zu arbeiten?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für Kinder hatte keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine Kinder.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

164 Hat das Betreuungsangebot für Menschen mit Behinderung Einfluss darauf, dass Sie nicht in diesen 2 Wochen beginnen könnten, mehr Stunden als bisher zu arbeiten?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für Menschen mit Behinderung hatte keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine Menschen mit Behinderung.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

165 Hat das Betreuungsangebot für pflegebedürftige Personen Einfluss darauf, dass Sie nicht in diesen 2 Wochen beginnen könnten, mehr Stunden als bisher zu arbeiten?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für Pflegebedürftige hatte keinen Einfluss auf meine Entscheidung. .	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine pflegebedürftigen Personen.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

166 Wie viele Stunden pro Woche möchten Sie insgesamt arbeiten?

i Zur Wochenarbeitszeit zählen sowohl Haupt- als auch Nebentätigkeiten.

Bitte auf volle Stunden auf- bzw. abrunden.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Stunden	<input type="text"/> ↪ 169	<input type="text"/> ↪ 169	<input type="text"/> ↪ 169	<input type="text"/> ↪ 169	<input type="text"/> ↪ 169

167 Würden Sie gerne mit entsprechend niedrigerem Verdienst Ihre normale Wochenarbeitszeit verringern?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 169	<input type="checkbox"/> → 169	<input type="checkbox"/> → 169	<input type="checkbox"/> → 169	<input type="checkbox"/> → 169

168 Wie viele Stunden pro Woche möchten Sie insgesamt arbeiten?

i Zur Wochenarbeitszeit zählen sowohl Haupt- als auch Nebentätigkeiten.

Bitte auf volle Stunden auf- bzw. abrunden.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Stunden	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

169 Wie hoch ist Ihr monatliches Nettogehalt/monatlicher Nettolohn im Durchschnitt?

i Zusätzliche Verdienste

z. B. Urlaubsgeld, 13. Monatsgehalt oder Leistungsprämien sind anteilig (Summe geteilt durch 12) zu berücksichtigen.

Personen in Elternzeit

beziehen sich auf die Zeit vor Erhalt ihres Elterngeldes.

Sollten Sie **mehrere Tätigkeiten** ausüben, beziehen Sie Ihre Antwort auf die Tätigkeit mit der längsten Arbeitszeit.

Siehe auch S. 78: **11** „Nettogehalt, -lohn“.

Für jede Person:

Ziffer aus der Liste 169

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Liste 169				
unter 250 Euro	1	3 000 bis unter 3 250 Euro	13	
250 bis unter 500 Euro	2	3 250 bis unter 3 500 Euro	14	
500 bis unter 750 Euro	3	3 500 bis unter 4 000 Euro	15	
750 bis unter 1 000 Euro	4	4 000 bis unter 4 500 Euro	16	
1 000 bis unter 1 250 Euro	5	4 500 bis unter 5 000 Euro	17	
1 250 bis unter 1 500 Euro	6	5 000 bis unter 6 000 Euro	18	
1 500 bis unter 1 750 Euro	7	6 000 bis unter 7 000 Euro	19	
1 750 bis unter 2 000 Euro	8	7 000 bis unter 8 000 Euro	20	
2 000 bis unter 2 250 Euro	9	8 000 bis unter 10 000 Euro	21	
2 250 bis unter 2 500 Euro	10	10 000 bis unter 15 000 Euro	22	
2 500 bis unter 2 750 Euro	11	15 000 bis unter 25 000 Euro	23	
2 750 bis unter 3 000 Euro	12	25 000 Euro oder mehr	24	

170 Haben Sie in der Berichtswoche oder den 3 Wochen davor eine andere oder zusätzliche Tätigkeit gesucht?

i Die Suche nach Tätigkeiten umfasst jede Suche nach einer bezahlten Arbeit, einschl. Neben- und Mini-Jobs, selbstständige/freiberufliche Tätigkeiten oder Tätigkeiten in geringem Umfang.

Formen der Suche sind

z. B. das Durchsehen von Stellenanzeigen in der Zeitung oder im Internet, das gezielte Achten auf Aushänge, die Nachfrage bei Bekannten und Verwandten.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 182	<input type="checkbox"/> → 182	<input type="checkbox"/> → 182	<input type="checkbox"/> → 182	<input type="checkbox"/> → 182

171 Aus welchem Grund haben Sie eine Arbeit gesucht?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bevorstehende Beendigung der gegenwärtigen Tätigkeit	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suche nach einer unbefristeten Tätigkeit	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jetzige Tätigkeit ist nur Übergangstätigkeit	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suche nach zusätzlicher Tätigkeit	4 <input type="checkbox"/> → 182	<input type="checkbox"/> → 182	<input type="checkbox"/> → 182	<input type="checkbox"/> → 182	<input type="checkbox"/> → 182
Suche nach Tätigkeit mit längerer Arbeitszeit	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suche nach Tätigkeit mit kürzerer Arbeitszeit	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suche nach besseren Arbeitsbedingungen	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Hauptgrund	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

172 Haben Sie schon einmal gegen Bezahlung gearbeitet?

i Nicht zu berücksichtigen sind Gelegenheitsarbeiten oder Ferienjobs.

Ehemalige mithelfende Familienangehörige kreuzen bitte „Ja“ an.

Wurde die Erwerbstätigkeit nur unterbrochen, kreuzen Sie hier bitte „Ja“ an und beziehen sich bei den Folgefragen auf die unterbrochene Erwerbstätigkeit.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 199	<input type="checkbox"/> → 199	<input type="checkbox"/> → 199	<input type="checkbox"/> → 199	<input type="checkbox"/> → 199

173 Aus welchem Grund haben Sie Ihre letzte Tätigkeit beendet bzw. die gegenwärtige Tätigkeit unterbrochen?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Entlassung (auch Betriebsauflösung)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beendigung eines befristeten Arbeitsvertrags	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Kündigung	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkauf oder Schließung des eigenen Unternehmens	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsitzwechsel bedingt durch die Erwerbstätigkeit der Partnerin/des Partners oder Heirat	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhestand nach Vorruhestandsregelung, nach Arbeitslosigkeit	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhestand aus Alters- oder sonstigen Gründen	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundwehr-, Zivildienst	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Kindern	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Menschen mit Behinderung	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von pflegebedürftigen Personen	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere persönliche oder familiäre Verpflichtungen ...	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildung (auch Studium)	14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Hauptgrund	15 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

174 Wann haben Sie Ihre letzte Tätigkeit beendet?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Monat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

175 Welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten Tätigkeit?

i Nicht zu berücksichtigen sind Gelegenheitsarbeiten oder Ferienjobs.

Siehe auch S. 77: **8** „Zuordnung der Tätigkeit“.

Selbstständige/-r, Freiberufler/-in:

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
ohne Beschäftigte	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Beschäftigten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb	3 <input type="checkbox"/> → 177	<input type="checkbox"/> → 177	<input type="checkbox"/> → 177	<input type="checkbox"/> → 177	<input type="checkbox"/> → 177
Beamtin/Beamter (ohne Anwärter/-in), Richter/-in	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/-r (ohne Auszubildende)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiter/-in (ohne Auszubildende), Heimarbeiter/-in	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ausbildung mit Ausbildungsvergütung	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamtenanwärter/-in	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volontär/-in, Trainee, Person im bezahlten Praktikum	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit-, Berufssoldat/-in	10 <input type="checkbox"/> → 177	<input type="checkbox"/> → 177	<input type="checkbox"/> → 177	<input type="checkbox"/> → 177	<input type="checkbox"/> → 177
Grundwehr-, Zivildienstleistender	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im freiwilligen Wehrdienst	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr)	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

176 Mit wem hatten Sie Ihren Ausbildungsvertrag abgeschlossen?

i Gemeint sind hier Auszubildende mit Ausbildungsvergütung.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Mit einem Betrieb (Firma, Geschäft, Praxis, Krankenhaus, Behörde)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit einer über- oder außerbetrieblichen Einrichtung, z. B. Berufsbildungswerk, Bildungszentrum als Ausbildungsträger	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

177

Bitte beschreiben Sie Ihre letzte Tätigkeit in Stichworten.

- i** Z. B.
- Verkauf von Kleidung
 - Kinder an der Grundschule unterrichten
 - Kundinnen und Kunden über Reiseangebote beraten und informieren
 - Bauwerke im Hochbau entwerfen oder planen
 - Elektronische Schaltungen aufbauen und prüfen
 - Beton, Gips und Mörtel mischen
 - Patientinnen und Patienten (vor, während und nach Operationen) betreuen und versorgen

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

178

Welche Berufsbezeichnung hatte Ihre Tätigkeit?

- i** Z. B. Modeverkäufer/-in, Grundschullehrer/-in, Reiseverkehrskauffrau/-kaufmann, Bauingenieur/-in, Elektronikmechaniker/-in, Bauhilfsarbeiter/-in, Krankenpfleger/-in

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

179

Waren Sie in der letzten Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft tätig?

Ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) 1

Ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) 2

Nein 8

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

180 Tragen Sie den Wirtschaftszweig/die Branche des Betriebs (örtliche Niederlassung) ein, in dem/der Sie zuletzt tätig waren.

i Wenn der Betrieb **mehrere Niederlassungen** hat, nennen Sie den wirtschaftlichen Schwerpunkt der örtlichen Niederlassung und nicht des gesamten Unternehmens.

Wenn Sie in **Zeit- oder Leiharbeit** tätig waren, tragen Sie bitte den Wirtschaftszweig/ die Branche ein, in dem/der Sie Ihre letzte Tätigkeit ausgeübt haben.

Bitte geben Sie den **Wirtschaftszweig/** die **Branche** so genau wie möglich an, z. B.:
 – Lebensmitteleinzelhandel (nicht: Handel)
 – Werkzeugmaschinenbau (nicht: Fabrik)
 – Gebäudeverwaltung, Hausmeisterdienste, Unternehmensberatung (nicht: Dienstleistung)
 – Softwareentwicklung (nicht: IT)

Siehe auch S.78:

9 „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>
Person 3	<input type="text"/>
Person 4	<input type="text"/>
Person 5	<input type="text"/>

181 Waren Sie in Ihrer letzten Tätigkeit im öffentlichen Dienst beschäftigt?

i **Zum öffentlichen Dienst gehören** Behörden von Gemeinden, Ländern und Bund, öffentliche Schulen, die Agentur für Arbeit, Sozialversicherungsträger, Polizei, Bundeswehr.

Nicht zum öffentlichen Dienst gehören Beschäftigte und Beamtinnen/Beamte der Deutschen Post, der Deutschen Bahn und der Kirchen.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Arbeitsunfällen

182 Was trifft auf Ihre gegenwärtige Situation zu?

i Mit Erwerbstätigkeiten sind auch geringfügige Beschäftigungen, Nebenjobs und zeitweise Beschäftigungen gemeint.

Ich bin erwerbstätig oder in den letzten 12 Monaten erwerbstätig gewesen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189

Ich habe meine letzte Erwerbstätigkeit vor mehr als 12 Monaten beendet.

183 Bitte denken Sie an die letzten 12 Monate vor der Berichtswoche:

Hatten Sie in dieser Zeit einen Arbeitsunfall, bei dem Sie sich verletzt haben?

i Unfälle außerhalb der Arbeitszeit zählen nicht dazu.

Ja, einen Unfall

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja, mehrere Unfälle

Nein, keinen Unfall

Keine Angabe

184 Handelte es sich bei Ihrem letzten Arbeitsunfall um einen Unfall im Straßenverkehr?

i Unfälle im Straßenverkehr sind Unfälle die auf öffentlichen Straßen passiert sind und die sich während Geschäfts- oder Dienstreisen ereignen haben.

Sogenannte Wegeunfälle sind Unfälle, die auf dem Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstelle erfolgt sind.

Ja, um einen Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeitsstelle (Wegeunfall)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja, um einen Unfall auf einem Geschäfts- oder Dienstweg

Nein

Keine Angabe

185 Bei welcher Tätigkeit hat sich der letzte Arbeitsunfall ereignet?

Der Arbeitsunfall passierte bei der ...

gegenwärtigen Haupttätigkeit.

gegenwärtigen Nebentätigkeit.

Tätigkeit, die ich vor 12 Monaten ausgeübt habe (bin zurzeit erwerbstätig, habe die Tätigkeit gewechselt).

letzten Tätigkeit (bin zurzeit nicht erwerbstätig).

Bei einer anderen/weiteren Tätigkeit.

Keine Angabe

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

186 Mussten Sie Ihre Erwerbstätigkeit wegen des letzten Arbeitsunfalls zeitweise unterbrechen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189	<input type="checkbox"/> → 189
Keine Angabe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

187 Konnten Sie Ihre Arbeit nach dem letzten Arbeitsunfall mittlerweile wieder aufnehmen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich konnte die Arbeit noch nicht wieder aufnehmen.	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich werde voraussichtlich keine Arbeit mehr aufnehmen.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**188 Bitte denken Sie an die 12 Monate vor der Berichtswoche:
Wie lange konnten Sie wegen Ihres Arbeitsunfalls nicht arbeiten?**

i Der Tag, an dem der Arbeitsunfall passiert ist, ist nicht mitzurechnen.

Bitte zählen Sie alle Tage zusammen, an denen Sie wegen Ihres letzten Arbeitsunfalls nicht gearbeitet haben.

Bei mehreren Unfällen beziehen Sie sich bitte auf den letzten Arbeitsunfall.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Kein Ausfall oder weniger als 1 Tag	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Tag bis 3 Tage	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tage bis unter 2 Wochen	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Wochen bis unter 1 Monat	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Monat bis unter 3 Monate	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Monate bis unter 6 Monate	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Monate bis unter 9 Monate	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Monate oder mehr	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**189 Bitte denken Sie an die letzten 12 Monate vor der Berichtswoche:
Hatten oder haben Sie körperliche oder psychische Gesundheitsprobleme, die durch Ihre Arbeit verursacht oder verschlimmert wurden?**

i Nicht anzugeben sind Gesundheitsbeschwerden, die als Folge von Arbeitsunfällen aufgetreten sind.

Bei arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen handelt es sich um chronische oder permanente Einschränkungen/Belastungen, die im Zusammenhang mit der ausgeübten Erwerbstätigkeit stehen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, mehrere arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme...	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 196	<input type="checkbox"/> → 196	<input type="checkbox"/> → 196	<input type="checkbox"/> → 196	<input type="checkbox"/> → 196
Keine Angabe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

190 Welche der folgenden arbeitsbedingten Beschwerden beeinträchtigt bzw. beeinträchtigen Sie am meisten?

Knochen-, Gelenk- oder Muskelbeschwerden im Bereich:

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nacken, Schultern, Arme, Hände	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte, Beine, Knie, Füße	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücken	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden/Lungenerkrankung	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigungen des Gehörs	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress, Depressionen, Beklemmungen/Ängste	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen, Überanstrengungen der Augen	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung, Herzinfarkte und Kreislaufbeschwerden	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (durch Viren, Bakterien oder andere Erreger)	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme der inneren Organe (z. B. Leber, Niere, Magen, Darm), Verdauungsbeschwerden	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Beschwerden	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	99 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

freiwillig

191 Bei welcher Tätigkeit wurde das Gesundheitsproblem, das Ihre Gesundheit am meisten beeinträchtigt bzw. beeinträchtigte, verursacht oder verschlimmert?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bei der gegenwärtigen Haupttätigkeit	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der gegenwärtigen Nebentätigkeit	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Tätigkeit, die ich vor 12 Monaten ausgeübt habe (bin zurzeit erwerbstätig, habe die Tätigkeit gewechselt)	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der letzten Tätigkeit (bin gegenwärtig nicht erwerbstätig)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei einer anderen/weiteren Tätigkeit	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

192 Sind Sie durch das arbeitsbedingte Gesundheitsproblem, das Ihre Gesundheit am meisten beeinträchtigt bzw. beeinträchtigte, bei der Arbeit oder im Privatleben eingeschränkt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, teilweise eingeschränkt	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, erheblich eingeschränkt	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

193 Mussten Sie wegen des arbeitsbedingten Gesundheitsproblems, das Ihre Gesundheit am meisten beeinträchtigt bzw. beeinträchtigte, Ihre Erwerbstätigkeit zeitweise unterbrechen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 196	<input type="checkbox"/> → 196	<input type="checkbox"/> → 196	<input type="checkbox"/> → 196	<input type="checkbox"/> → 196
Keine Angabe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

194 Konnten Sie Ihre Arbeit mittlerweile wieder aufnehmen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich konnte die Arbeit noch nicht wieder aufnehmen.	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich werde voraussichtlich keine Arbeit mehr aufnehmen.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

} → 196

**195 Bitte denken Sie an die letzten 12 Monate vor der Berichtswoche:
Wie lange konnten Sie wegen Ihres arbeitsbedingten Gesundheitsproblems, das Ihre Gesundheit am meisten beeinträchtigt bzw. beeinträchtigte, nicht arbeiten?**

i Zählen Sie bitte alle Tage zusammen, an denen Sie wegen Ihres arbeitsbedingten Gesundheitsproblems nicht arbeiteten.

freiwillig

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Kein Ausfall oder weniger als 1 Tag	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Tag bis 3 Tage	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tage bis unter 2 Wochen	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Wochen bis unter 1 Monat	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Monat bis unter 3 Monate	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Monate bis unter 6 Monate	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Monate bis unter 9 Monate	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Monate oder mehr	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitliche Belastungen

196 Sind Sie gegenwärtig erwerbstätig?

i Mit Erwerbstätigkeit sind auch geringfügige Beschäftigungen, Nebenjobs und zeitweise Beschäftigungen gemeint.

freiwillig

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8	<input type="checkbox"/> → 199	<input type="checkbox"/> → 199	<input type="checkbox"/> → 199	<input type="checkbox"/> → 199	<input type="checkbox"/> → 199

197 Sind Sie bei Ihrer Arbeit körperlichen Belastungen ausgesetzt, die Ihre Gesundheit schädigen könnten?

Wenn mehrere Antwortmöglichkeiten zutreffen, kreuzen Sie bitte die Belastung mit den stärksten Auswirkungen an.

Ja, durch ...	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
ermüdende und schmerzhafte Körperhaltungen ... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich wiederholende Hand- oder Armbewegungen 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Umgang mit schweren Lasten 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrationen 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemikalien, Staub, Dämpfe, Rauch oder Gase 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeiten, die starke visuelle Konzentration erfordern 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausrutschen, Stolpern, Stürze 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Einsatz von Maschinen und Handwerkzeugen 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Einsatz von Fahrzeugen 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere erhebliche Risiken 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein 88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe 99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

198 Sind Sie bei Ihrer Arbeit seelischen Belastungen ausgesetzt, die Ihr Wohlbefinden beeinträchtigen?

Wenn mehrere Antwortmöglichkeiten zutreffen, kreuzen Sie bitte die Belastung mit den stärksten Auswirkungen an.

Ja, durch ...	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Zeitdruck und Arbeitsüberlastung 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewalt und Gewaltandrohung 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobbing und Belästigungen 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlechte Kommunikation und Zusammenarbeit innerhalb der Organisation 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Umgang mit schwierigen Kundinnen/Kunden, Patientinnen/Patienten, Schülerinnen/Schülern usw. 5	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224
ein unsicheres Beschäftigungsverhältnis 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fehlende Selbstbestimmung und fehlenden Einfluss auf Arbeitstempo und Arbeitsprozesse 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere erhebliche Risiken für das psychische Wohlbefinden 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein 88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe 99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeitsuche von Nichterwerbstätigen

199 Haben Sie in der Berichtswoche oder in den 3 Wochen davor etwas unternommen, um eine Arbeit zu finden?

i Dazu gehört auch die Suche nach einer Arbeit von nur ein paar Stunden oder auch Aktivitäten, um eine selbstständige Tätigkeit aufzunehmen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 210	<input type="checkbox"/> → 210	<input type="checkbox"/> → 210	<input type="checkbox"/> → 210	<input type="checkbox"/> → 210
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

200 Aus welchem Grund haben Sie keine Arbeit gesucht?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

Weil ich ...	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
die Arbeitsuche erfolgreich abgeschlossen habe.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Wiedereinstellung (nach vorübergehender Entlassung) erwarte.	2 <input type="checkbox"/> → 214	<input type="checkbox"/> → 214	<input type="checkbox"/> → 214	<input type="checkbox"/> → 214	<input type="checkbox"/> → 214
auf das Ergebnis von Suchbemühungen warte.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
noch keine Suchbemühungen aufgenommen habe.	4 <input type="checkbox"/> → 218	<input type="checkbox"/> → 218	<input type="checkbox"/> → 218	<input type="checkbox"/> → 218	<input type="checkbox"/> → 218
Wegen ...					
fehlender Beschäftigungsmöglichkeiten am Arbeitsmarkt	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schulischer Ausbildung oder Studiums	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheit, Unfallverletzung oder einer vorübergehenden Behinderung	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einer dauerhaft verminderten Erwerbsfähigkeit, Behinderung	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Kindern	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Menschen mit Behinderung	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von pflegebedürftigen Personen	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderer persönlicher oder familiärer Verpflichtungen	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhestandes	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Hauptgrund	14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

201 Hat das Betreuungsangebot für Kinder Einfluss auf Ihre Entscheidung, keine Arbeit zu suchen?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für Kinder hat keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine Kinder.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

202 Hat das Betreuungsangebot für Menschen mit Behinderung Einfluss auf Ihre Entscheidung, keine Arbeit zu suchen?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für Menschen mit Behinderung hat keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine Menschen mit Behinderung.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

203 Hat das Betreuungsangebot für pflegebedürftige Personen Einfluss auf Ihre Entscheidung, keine Arbeit zu suchen?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für pflegebedürftige Personen hat keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine pflegebedürftigen Personen.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

204 Auch wenn Sie keine Arbeit suchen, würden Sie dennoch gerne arbeiten?

i Gemeint sind hier auch Tätigkeiten, die nur wenige Stunden umfassen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224

205 Angenommen, Ihnen wäre in der Berichtswoche eine bezahlte Tätigkeit angeboten worden, könnten Sie diese innerhalb der darauffolgenden 2 Wochen aufnehmen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

206 Aus welchem Grund könnten Sie eine neue Tätigkeit nicht in den darauffolgenden 2 Wochen aufnehmen?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

Wegen ...	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
schulischer Ausbildung/Studiums	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheit, Unfallverletzung oder einer vorübergehenden Behinderung	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einer dauerhaft verminderten Erwerbsfähigkeit, Behinderung	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Betreuung von Kindern	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Betreuung von Menschen mit Behinderung ...	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Betreuung von pflegebedürftigen Personen ...	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderer persönlicher oder familiärer Verpflichtungen	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhestandes	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Hauptgrund	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

207 Hat das Betreuungsangebot für Kinder Einfluss auf Ihre Entscheidung, keine neue Tätigkeit in den darauffolgenden 2 Wochen aufnehmen zu können?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für Kinder hat keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine Kinder.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

freiwillig

208 Hat das Betreuungsangebot für Menschen mit Behinderung Einfluss auf Ihre Entscheidung, keine neue Tätigkeit in den darauffolgenden 2 Wochen aufnehmen zu können? Bitte beziehen Sie sich auf die 2 Wochen nach der Berichtswoche.

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für Menschen mit Behinderung hat keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine Menschen mit Behinderung.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

209 Hat das Betreuungsangebot für pflegebedürftige Personen Einfluss auf Ihre Entscheidung, keine neue Tätigkeit in den darauffolgenden 2 Wochen aufnehmen zu können? Bitte beziehen Sie sich auf die 2 Wochen nach der Berichtswoche.

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224
Nein, das Betreuungsangebot für pflegebedürftige Personen hat keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine pflegebedürftigen Personen.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

210 Was ist der Grund für Ihre Arbeitsuche?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Entlassung	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Kündigung	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiwillige Unterbrechung	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergang in den Ruhestand	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Erstmaliger) Einstieg in den Arbeitsmarkt	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suche aus anderen Gründen	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

211 Für welche berufliche Stellung suchen Sie eine Tätigkeit?

Ich suche überwiegend eine Tätigkeit als ...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in. 1	<input type="checkbox"/> → 213	<input type="checkbox"/> → 213	<input type="checkbox"/> → 213	<input type="checkbox"/> → 213	<input type="checkbox"/> → 213
Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

212 Suchen Sie eine Vollzeit- oder Teilzeittätigkeit?

Ich suche ...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
ausschließlich eine Vollzeittätigkeit. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eher eine Vollzeittätigkeit, würde aber auch eine Teilzeittätigkeit annehmen. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausschließlich eine Teilzeittätigkeit. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eher eine Teilzeittätigkeit, würde aber auch eine Vollzeittätigkeit annehmen. 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sowohl nach einer Vollzeit- als auch nach einer Teilzeittätigkeit. 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

213 Was haben Sie in der Berichtswoche oder in den 3 Wochen davor unternommen, um eine neue/ andere oder zusätzliche Tätigkeit zu finden?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Suche über Agentur für Arbeit oder andere Behörden der Arbeitsvermittlung 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suche über private Arbeitsvermittlungen 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellenanzeigen aufgegeben 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewerbung auf Stellenanzeigen 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewerbung auf nicht ausgeschriebene Stellen 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachfrage bei Freunden, Verwandten, Bekannten 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchsehen von Stellenanzeigen 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tests, Vorstellungsgespräche, Prüfungen 8	<input type="checkbox"/> → 217	<input type="checkbox"/> → 217	<input type="checkbox"/> → 217	<input type="checkbox"/> → 217	<input type="checkbox"/> → 217
Suche nach Grundstücken, Geschäftsräumen, Ausrüstungsgegenständen für eine selbstständige/ freiberufliche Tätigkeit 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemühungen um Genehmigungen, Konzessionen oder Geldmittel für eine selbstständige/ freiberufliche Tätigkeit 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bemühungen um eine selbstständige/ freiberufliche Tätigkeit 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bemühungen 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

214 Nehmen Sie die Tätigkeit innerhalb der nächsten 3 Monate auf?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein 8	<input type="checkbox"/> → 216	<input type="checkbox"/> → 216	<input type="checkbox"/> → 216	<input type="checkbox"/> → 216	<input type="checkbox"/> → 216

215 In welcher beruflichen Stellung werden Sie tätig sein?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitnehmer/-in in Vollzeit	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitnehmer/-in in Teilzeit	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

216 Was trifft auf Ihre Suchbemühungen zu?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

Ich warte derzeit auf ...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
die Antwort der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Behörde der Arbeitsvermittlung.....	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Ergebnis eines Auswahlverfahrens im öffentlichen Dienst.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Antwort von einer Bewerbung.....	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Ergebnis von anderen Bemühungen.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

217 Wie lange suchen oder suchten Sie eine (andere) Tätigkeit?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Weniger als 1 Monat	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Monat bis unter 3 Monate	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Monate bis unter 6 Monate	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Monate bis unter 12 Monate	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Jahr bis unter 1½ Jahre	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1½ Jahre bis unter 2 Jahre	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Jahre bis unter 4 Jahre	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Jahre oder mehr	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

218 Was waren Sie unmittelbar vor Beginn der Arbeitssuche?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Erwerbstätige/-r, Berufstätige/-r (auch Auszubildende/-r)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person in Vollzeitausbildung oder -fortbildung, (z. B. Student/-in, Schüler/-in)	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausfrau/Hausmann	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundwehr-, Bundesfreiwilligen-, Zivildienstleistende/-r	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Person (z. B. Ruheständler/-in)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

219 Angenommen, Ihnen wäre in der Berichtswoche eine bezahlte Tätigkeit angeboten worden, könnten Sie diese innerhalb der darauffolgenden 2 Wochen aufnehmen? Bitte beziehen Sie sich auf die 2 Wochen nach der Berichtswoche.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224	<input type="checkbox"/> → 224
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

220 Aus welchem Grund könnten Sie die Tätigkeit in den darauffolgenden 2 Wochen nicht aufnehmen?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

Wegen ...	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
schulischer Ausbildung oder Studiums	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheit, Unfallverletzung oder einer Behinderung	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Betreuung von Kindern	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Betreuung von Menschen mit Behinderung ...	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Betreuung von pflegebedürftigen Personen ...	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderer persönlicher oder familiärer Verpflichtungen	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kündigungsfristen in der gegenwärtigen Tätigkeit	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhestandes.....	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Hauptgrund	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

221 Hat das Betreuungsangebot für Kinder Einfluss auf Ihre Entscheidung, keine neue Tätigkeit in den darauffolgenden 2 Wochen aufnehmen zu können? Bitte beziehen Sie sich auf die 2 Wochen nach der Berichtswoche.

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für Kinder hatte keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine Kinder.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

222 Hat das Betreuungsangebot für Menschen mit Behinderung Einfluss auf Ihre Entscheidung, keine neue Tätigkeit in den darauffolgenden 2 Wochen aufnehmen zu können? Bitte beziehen Sie sich auf die 2 Wochen nach der Berichtswoche.

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für Menschen mit Behinderung hatte keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine Menschen mit Behinderung.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

223 Hat das Betreuungsangebot für pflegebedürftige Personen Einfluss auf Ihre Entscheidung, keine neue Tätigkeit in den darauffolgenden 2 Wochen aufnehmen zu können? Bitte beziehen Sie sich auf die 2 Wochen nach der Berichtswoche.

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, weil es in der Nähe kein geeignetes Betreuungsangebot gibt.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil zu den benötigten Tageszeiten kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung steht.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, weil das geeignete Betreuungsangebot nicht bezahlbar ist.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, das Betreuungsangebot für pflegebedürftige Personen hatte keinen Einfluss auf meine Entscheidung.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich betreue keine pflegebedürftigen Personen.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

224 Waren Sie in der Berichtswoche bei der Agentur für Arbeit oder anderen Behörden der Arbeitsvermittlung gemeldet?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, arbeitslos	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, aber nur arbeitsuchend	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse

225 Haben Sie einen allgemeinen Schulabschluss?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein/Noch nicht	8 <input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229

226 Welchen höchsten Abschluss haben Sie?

Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polytechnische Oberschule der DDR					
mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Abschluss der 10. Klasse	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss, Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur (allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife)	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderschulabschluss	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

227 Haben Sie Ihren Schulabschluss im Inland oder im Ausland erworben?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Inland	1 <input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229
Ausland	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

228 Wie lange dauerte der Schulbesuch?

Bitte auf volle Jahre auf- bzw. abrunden.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Schuljahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

229 Haben Sie einen beruflichen Ausbildungsabschluss oder einen Hochschulabschluss?

i Als berufliche Ausbildung gilt auch eine Anlernausbildung oder ein Praktikum von mindestens 12 Monaten.

Zu einem Hochschulabschluss zählt auch ein Fachhochschulabschluss.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein/Noch nicht	8 <input type="checkbox"/> → 236	<input type="checkbox"/> → 236	<input type="checkbox"/> → 236	<input type="checkbox"/> → 236	<input type="checkbox"/> → 236

230 In welchem Jahr haben Sie Ihren höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss bzw. Hochschulabschluss erworben?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

231 Haben Sie Ihren höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss oder Hochschulabschluss im Inland oder im Ausland erworben?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Inland	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausland	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

232 Welchen höchsten Abschluss haben Sie?

Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu.

Beruflicher Ausbildungsabschluss

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anlernausbildung	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliches Praktikum	2 <input type="checkbox"/> } → 236	<input type="checkbox"/> } → 236	<input type="checkbox"/> } → 236	<input type="checkbox"/> } → 236	<input type="checkbox"/> } → 236
Berufsvorbereitungsjahr	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehre, Berufsausbildung im dualen System	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsqualifizierender Abschluss an einer Berufsfachschule, Kollegschule	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildungsstätten/Schulen für Gesundheits- und Sozialberufe:					
einjährig (z. B. Altenpflegehelfer/-in)	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zweijährig (z. B. Masseur/-in, PTA)	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dreijährig (z. B. Physiotherapie, MTA, Altenpflege)	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erzieher/-in	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meister/-in	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Techniker/-in oder gleichwertiger Fachschulabschluss	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachschule der DDR	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachakademie (nur in Bayern)	14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hochschulen

Diplom, Bachelor, Master, Magister, Staatsprüfung, Lehramtsprüfung:

Berufsakademie	15 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwaltungsfachhochschule	16 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule (auch Ingenieurschule, Hochschule [FH] für angewandte Wissenschaften), Duale Hochschule (in Baden-Württemberg und Thüringen)	17 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universität (wissenschaftliche Hochschule, auch Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule, Theologische Hochschule)	18 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promotion	19 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

233 Wie ist die Bezeichnung Ihres höchsten Abschlusses an einer Hochschule?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bachelor	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Master	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplom, Lehramtsprüfung, Staatsprüfung, Magister, künstlerischer Abschluss und vergleichbare Abschlüsse	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, habe keinen Abschluss an einer Hochschule/Fachhochschule erworben.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

234 Haben Sie in der Berichtswoche oder den 12 Monaten davor an Ihrer Promotion gearbeitet?

i Es sind nur Promotionen gemeint, die durch eine Doktormutter oder einen Doktorvater betreut werden.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

235 Wie heißt die (Haupt-)Fachrichtung Ihres höchsten beruflichen Ausbildungsabschlusses bzw. Hochschulabschlusses?

i **Berufliche Fachrichtungen sind**
z. B. Altenpflege, Floristik, Maurer/-in, Mechatroniker/-in, Betreuungsassistent/-in, Industriekauffrau/-kaufmann.

Studien-Fachrichtungen sind
z. B. Maschinenbau, Produktionstechnik, Agrarwissenschaften, Lehramt für das Gymnasium.

Person 1	<input type="text"/>	} → 237
Person 2	<input type="text"/>	
Person 3	<input type="text"/>	
Person 4	<input type="text"/>	
Person 5	<input type="text"/>	

236 In welchem Jahr haben Sie Ihren höchsten allgemeinen Schulabschluss erworben?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trifft nicht zu, habe keinen/noch keinen allgemeinen Schulabschluss.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

237 Haben Sie in den 12 Monaten vor der Berichtswoche an Kursen oder Seminaren zur beruflichen Weiterbildung oder zu Freizeit-, Sport- oder Hobbythemen teilgenommen?

i Formen der Weiterbildung sind
z. B. Kurse, Seminare, Lehrgänge, Tagungen, Privatunterricht, Studienzirkel, E-Learning-Fortbildungen.

Berufliche Weiterbildungen sind
Umschulungen, Lehrgänge oder Kurse für einen beruflichen Aufstieg bzw. für neue berufliche Aufgaben, Fortbildungen (z. B. Computer, Management, Rhetorik).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 245	<input type="checkbox"/> → 245	<input type="checkbox"/> → 245	<input type="checkbox"/> → 245	<input type="checkbox"/> → 245

238 Was war der Zweck der Kurse oder Seminare?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Beruflich	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privat	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sowohl beruflich als auch privat	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

239 Wie viele Stunden haben Sie in den 12 Monaten vor der Berichtswoche insgesamt mit Kursen oder Seminaren verbracht (ohne Vor- und Nachbereitung)?

i Stunden von 60 Minuten, keine Unterrichtsstunden.

Bitte auf volle Stunden auf- bzw. abrunden.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Stunden	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

240 Was war der Inhalt Ihres letzten Kurses oder Seminars?

i Inhalte von Weiterbildungen sind
z. B. Textverarbeitung, Töpfern, Insolvenzrecht, Deutsch für Ausländer/-innen, Rhetorik, Steuerrecht, privater Musikunterricht, Segelschein, Geldanlagen.

Person 1	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>
Person 3	<input type="text"/>
Person 4	<input type="text"/>
Person 5	<input type="text"/>

241 Haben Sie in den 4 Wochen vor der Berichtswoche an Kursen oder Seminaren zur beruflichen Weiterbildung oder zu Freizeit-, Sport- oder Hobbythemen teilgenommen?

i Formen der Weiterbildung sind
z. B. Kurse, Seminare, Lehrgänge, Tagungen, Privatunterricht, Studienzirkel, E-Learning-Fortbildungen.

Berufliche Weiterbildungen sind
Umschulungen, Lehrgänge oder Kurse für einen beruflichen Aufstieg bzw. für neue berufliche Aufgaben, Fortbildungen (z. B. Computer, Management, Rhetorik).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 245	<input type="checkbox"/> → 245	<input type="checkbox"/> → 245	<input type="checkbox"/> → 245	<input type="checkbox"/> → 245

242 Was war der Zweck der Kurse oder Seminare?

Überwiegend beruflich

Überwiegend privat

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Überwiegend beruflich	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überwiegend privat	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

243 Wie viele Stunden haben Sie in den 4 Wochen vor der Berichtswoche insgesamt mit Kursen oder Seminaren verbracht (ohne Vor- und Nachbereitung)?

i Stunden von 60 Minuten, keine Unterrichtsstunden.

Bitte auf volle Stunden auf- bzw. abrunden.

Anzahl der Stunden

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

244 Was war der Inhalt Ihres letzten Kurses oder Seminars?

i Inhalte von Weiterbildungen sind
z. B. Textverarbeitung, Töpfern, Insolvenzrecht, Deutsch für Ausländer/-innen, Rhetorik, Steuerrecht, privater Musikunterricht, Segelschein, Geldanlagen.

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

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

Rentenversicherung

245 Beziehen Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung aus Altersgründen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 247	<input type="checkbox"/> → 247	<input type="checkbox"/> → 247	<input type="checkbox"/> → 247	<input type="checkbox"/> → 247
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

246 Waren Sie in der Berichtswoche in einer gesetzlichen Rentenversicherung versichert?

i Siehe auch S. 78:
13 „Gesetzliche Rentenversicherung“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, pflichtversichert	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, freiwillig versichert	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beteiligung an der Erhebung

247 Haben Sie die Fragen selbst beantwortet?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende
Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, eine nicht im Haushalt lebende Person hat die Fragen beantwortet.	3 <input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende

248 Welches Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

freiwillig

1 Geburtsort

Der Geburtsort ist auch dann Deutschland, wenn

- der Geburtsort zum Zeitpunkt der Geburt zu Deutschland gehörte, heute aber nicht (z. B. Breslau vor 1945).
- der Geburtsort zum heutigen Staatsgebiet von Deutschland gehört, zum Zeitpunkt der Geburt aber nicht (z. B. wenn die Person von 1949 bis 1990 in Dresden – damals DDR – oder von 1947 bis 1956 in Saarbrücken – damals Frankreich – geboren wurde).

2 Staatsangehörigkeit

Kreuzen Sie „Durch Geburt“ auch dann an, wenn die deutsche Staatsangehörigkeit zwar durch Geburt erworben wurde, diese später aber zwischenzeitlich entzogen wurde.

Personen, die als (Spät-)Aussiedler/innen von 1993 bis 2000 nach Deutschland kamen, erhielten eine offizielle Einbürgerungs-urkunde (und keine Bescheinigung nach § 7 Staatsangehörig-keitsgesetz): Bitte kreuzen Sie hier „Als (Spät-)Aussiedlerin, (Spät-)Aussiedler mit Einbürgerung“ an.

Personen, die aufgrund einer Anspruchseinbürgerung die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten haben: Bitte kreuzen Sie hier „(Spät-)Aussiedler/-in mit Einbürgerung“ an.

Personen mit einer Bescheinigung nach § 7 Staatsangehörig-keitsgesetz: Bitte kreuzen Sie hier „Als (Spät-)Aussiedler/-in ohne Einbürgerung“ an.

3 Überwiegender Lebensunterhalt

Auch wenn Sie Erwerbstätige/-r sind, muss die Erwerbstätigkeit nicht die überwiegende Unterhaltsquelle sein (z. B. Auszu-bildende beziehen oft ihren Lebensunterhalt von den Eltern). Wenn Sie Ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus einer geringfügigen Beschäftigung bestreiten, geben Sie bitte Erwerbstätigkeit an. Rentner/-innen, die noch erwerbstätig sind, können je nach Umfang der Leistungen überwiegend von ihrer Erwerbstätigkeit oder ihrer Rente leben.

Regelmäßige Leistungen aus Lebensversicherungen (einschließ-lich der Leistungen aus den Versorgungswerken für bestimmte freie Berufe wie z. B. Ärztinnen/Ärzte, Apotheker/-innen) sind als Unterhalt aus eigenem Vermögen einzuordnen.

4 Nettoeinkommen

Zu berücksichtigen sind ebenfalls:

- Zuschüsse zum vermögenswirksamen Sparen,
- Vorschüsse,
- Werkwohnungsmieten,
- Zinseinnahmen, Dividendenzahlungen, andere Kapitalerträge,
- Sachbezüge (Naturalbezüge, Deputate).

Nicht zu berücksichtigen sind Pflegesachleistungen (Leistungen von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten).

5 Altersteilzeit

Das Gesetz zur Förderung eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand regelt für Arbeitgeber/-innen und Arbeitnehmer/-innen die Rahmenbedingungen über Vereinbarungen zur Altersteilzeitarbeit. Die Agentur für Arbeit fördert die Teilzeitarbeit von Arbeitnehmerinnen/Arbeit-nehmern, die ihre Arbeitszeit nach Vollendung des 55. Lebens-jahres auf die Hälfte vermindern.

6 Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz

Beschäftigte haben das Recht, eine Freistellung auf Zeit zu bekommen, um nahe Angehörige zu Hause pflegen zu können. Hierbei können Beschäftigte zwischen zwei unterschiedlichen Arten der Freistellung wählen: Bei der Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz haben Beschäftigte einen Anspruch, sich für maximal sechs Monate vollständig von der Arbeit freistellen zu lassen oder in Teilzeit zu arbeiten, um pflegebedürftige nahe Angehörige zu betreuen.

Seit 2015 gibt es einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit. Damit können Beschäftigte ihre wöchentliche Arbeitszeit reduzieren, wenn sie pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung pflegen.

7 Geringfügige Beschäftigung

Bei einer geringfügigen Beschäftigung, einem 450-Euro-Job (so genanntem Mini-Job bis 450 Euro pro Monat im Jahres-durchschnitt) bezahlt der Arbeitgeber pauschale Beiträge an die Renten- und Krankenversicherung sowie einen pauschalen Steuersatz. Wenn ein/-e Arbeitnehmer/-in mehrere geringfügige Beschäftigungen ausübt oder das Arbeitsentgelt insgesamt die 450-Euro-Grenze pro Monat im Jahresdurchschnitt über-schreitet, unterliegt das gesamte Arbeitsentgelt einer an-steigenden Beitragspflicht zur Sozialversicherung und muss regulär versteuert werden.

Eine Beschäftigung gilt auch als geringfügig, wenn sie auf höchstens drei Monate oder 70 Arbeitstage während eines Jahres begrenzt ist.

Bei einem Ein-Euro-Job erhalten die Betroffenen weiterhin Arbeitslosengeld II sowie eine Mehraufwandsentschädigung, zumeist in Höhe von 1 bis 2 Euro je gearbeiteter Stunde.

8 Zuordnung der Tätigkeit

Beschäftigen Sie als Selbstständige/-r nur mithelfende Familien-angehörige (ohne Lohn/Gehalt), tragen Sie sich bitte als Selbst-ständige/-r ohne Beschäftigte ein. Freiberufler/-innen und Personen, die auf Basis eines Werkvertrages arbeiten, gelten als selbstständig, auch Personen, die Nachhilfe oder privaten Unterricht geben oder babysitten. Wenn Sie im Betrieb einer/ eines Verwandten ohne Lohn oder Gehalt mithelfen, sind Sie unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r. Erhalten Sie eine Bezahlung, stufen Sie sich bitte als Arbeiter/-in oder Angestellte/-r ein.

Als Beamtin/Beamter zählen auch Beamtinnen/Beamte der Evangelischen Kirche und der Römisch-Katholischen Kirche. „Versicherungsbeamtinnen/-beamte“, „Bankbeamtinnen/Bank-beamte“ usw. tragen sich bitte als Angestellte/-r ein.

Arbeiter/-innen sind sowohl Facharbeiter/-innen als auch angelernte Arbeiter/-innen und Hilfsarbeiter/-innen.

Wenn Sie in Ihrer weiteren Tätigkeit Volontär/-in, Trainee, Person im bezahlten Praktikum oder im Bundesfreiwilligendienst sind, tragen Sie bitte Angestellte/-r ein.

9 Betrieb (örtliche Niederlassung)

Ein Betrieb ist die örtliche Niederlassung, in der Sie tätig sind (z. B. ein Geschäft, eine freiberufliche Praxis, ein landwirtschaftlicher Betrieb, die örtliche Niederlassung eines Unternehmens, eine öffentlich-rechtliche Körperschaft usw.). Eine örtliche Niederlassung (z. B. ein bestimmter Betrieb eines Unternehmens) kann aus mehreren voneinander abgegrenzten Arbeitsstätten bestehen (wie z. B. einer Produktionsstätte, einer Lagerhalle und dem Verwaltungsgebäude auf dem Betriebsgelände einer Firma). Die in diesen Arbeitsstätten tätigen Personen sind einem einzigen Betrieb zuzuordnen.

Den Personen, die in einem Betrieb arbeiten, sind auch Teilzeitbeschäftigte, Auszubildende, tätige Firmeninhaber/-innen und unbezahlt mithelfende Familienangehörige zuzurechnen.

10 Bereitschaftszeiten

Die gesamte Bereitschaftszeit zählt zu den Wochenarbeitsstunden. Es sind Zeiten, in denen sich die Beschäftigten an einer vom Arbeitgeber bestimmten Stelle zur Verfügung halten müssen, um im Bedarfsfall die Arbeit aufnehmen zu können.

Davon zu unterscheiden ist die Rufbereitschaft. Hier können die Arbeitnehmer/-innen frei über ihren Aufenthaltsort entscheiden. Sie müssen bei Bedarf innerhalb einer angemessenen Zeit ihre Arbeit aufnehmen. Nur die Zeit, in der gearbeitet wird und die Wegezeit zählen als Arbeitszeit.

11 Nettogehalt, -lohn

Geben Sie den (Netto-) Betrag an, der Ihnen durchschnittlich monatlich ohne Lohnsteuer, Kirchensteuer, Sozialversicherungsbeiträge, Grundbeiträge für private Krankenversicherung u. Ä. für Ihre Erwerbstätigkeit (bei mehreren Tätigkeiten für die Haupttätigkeit mit der längsten Arbeitszeit) ausgezahlt wird. Berücksichtigen Sie dabei auch Zuschläge für Überstunden, Schichtarbeit, Dienstreisen und Zuschüsse vom Arbeitgeber zu Mahlzeiten u. Ä.

Jährliche Zahlungen (z. B. Urlaubsgeld, 13. Monatsgehalt, Leistungsprämien, Bonuszahlungen, Erfolgsbeteiligungen) rechnen Sie anteilig dem monatlichen Einkommen zu. Personen in Arbeitsgelegenheiten (Ein-Euro-Jobs) nennen bitte den Betrag, der ihnen zusätzlich zum Arbeitslosengeld ausgezahlt wird.

Bei Aufnahme einer neuen Tätigkeit bzw. Reduzierung oder Aufstockung der Arbeitszeit im letzten Jahr, berücksichtigen Sie bitte den Nettoverdienst, der Ihnen im letzten Monat ausgezahlt wurde.

12 Erwerbstätigkeit zu Hause

„Arbeit zu Hause“ liegt z. B. bei Selbstständigen in künstlerischen und freien Berufen vor, die ganz oder teilweise in einem für die beruflichen Zwecke eingerichteten Teil ihrer Wohnung (z. B. Künstleratelier) tätig sind.

Arbeitnehmer/-innen arbeiten zu Hause, wenn sie ihren Beruf ausschließlich oder teilweise zu Hause ausüben, wie etwa

- Beschäftigte, die zu Hause mit einem vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellten Computer (PC) arbeiten,
- in Heimarbeit Beschäftigte,
- Handelsreisende, die ein auswärtiges Kundengespräch vorbereiten, und
- Lehrer/-innen, die zu Hause im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit Unterrichtsstunden vorbereiten und Klassenarbeiten korrigieren.

Arbeit zu Hause liegt nicht vor, wenn Beschäftigte unter Zeitdruck oder aus persönlichem Interesse in ihrer Freizeit unentgeltlich zu Hause arbeiten.

Ärztinnen/Ärzte oder Steuerberater/-innen sind nicht zu Hause tätig, wenn deren Praxis bzw. Büro an den Wohnbereich angrenzt und mit einem separaten Eingang versehen ist. Gleiches gilt auch für Landwirtinnen/Landwirte, die auf ihren Feldern, in Stallungen oder sonstigen – nicht zum Wohnbereich gehörenden – Gebäuden tätig sind.

13 Gesetzliche Rentenversicherung

Gesetzlich rentenversichert ist man in der Deutschen Rentenversicherung Bund (früher BfA, LVA), Knappschaft-Bahn-See. Dazu zählt auch eine gesetzliche Rentenversicherung im Ausland (z. B. Personen, die in Deutschland leben, aber in einem Nachbarland sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind).

Gesetzlich rentenversichert sind Sie auch, wenn Sie

- Beiträge in die landwirtschaftliche Alterskasse einzahlen,
- in einem Bundesfreiwilligendienst tätig sind,
- sich in einem freiwilligen sozialen, kulturellen oder ökologischen Jahr befinden,
- in einem freiwilligen Wehrdienst tätig sind oder
- Soldat auf einer Wehrübung sind.

Pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung sind hauptsächlich Arbeiter/-innen und Angestellte, bestimmte Selbstständige (z. B. Hausgewerbetreibende). Von der Versicherungspflicht befreit sind Beamtinnen/Beamte und vergleichbare Angestellte (sogenannte Dienstordnungsangestellte), Selbstständige (mit wenigen Ausnahmen) und unbezahlt mithelfende Familienangehörige ohne Arbeitsvertrag.

Für Arbeitslose mit Arbeitslosengeld I werden Beiträge entrichtet. Sie gelten daher als pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung. Für Arbeitslose mit Arbeitslosengeld II (Hartz IV) werden seit 01.01.2011 keine Beiträge mehr entrichtet. Sie sind nicht pflichtversichert.

Nicht gemeint sind hier die betriebliche Altersvorsorge, die Beamtenversorgung, berufsständische Versorgung sowie die private Altersvorsorge (z. B. „Riester-Rente“, Lebensversicherung o. Ä.).

Zweck, Art und Umfang der Erhebung

Mit dem Mikrozensus werden auf repräsentativer Grundlage statistische Daten über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie das Einkommen, die Lebensbedingungen und die Wohnsituation der Haushalte erhoben. Dabei erfolgt die Erhebung dieser Daten auf der Grundlage verschiedener Erhebungsteile. Erhebungseinheiten sind Personen, Haushalte und Wohnungen.

Der Mikrozensus dient dem Zweck, statistische Angaben in tiefer fachlicher Gliederung über die Bevölkerungsstruktur, die wirtschaftliche und soziale Lage der Bevölkerung, der Familien und der Haushalte, den Arbeitsmarkt, die berufliche Gliederung und die Ausbildung der Erwerbsbevölkerung und die Wohnverhältnisse bereitzustellen sowie europäische Verpflichtungen zu erfüllen. Jährlich dürfen bis zu 1 Prozent der Bevölkerung befragt werden. Die Erhebung wird in jedem Auswahlbezirk höchstens viermal innerhalb von fünf aufeinanderfolgenden Kalenderjahren durchgeführt. Der zusätzliche Erhebungsteil zur Arbeitsmarktbeteiligung wird bei höchstens 45 Prozent der Mikrozensusbefragten erhoben.

Rechtsgrundlagen, Auskunftspflicht

Rechtsgrundlagen für den vorliegenden Erhebungsteil sind das Mikrozensusgesetz (MZG), die Verordnung (EG) Nr. 577/98 zur Durchführung einer Stichprobenerhebung über Arbeitskräfte in der Gemeinschaft sowie die Durchführungsverordnung (EU) 2018/1709 zur Festlegung der technischen Merkmale des Ad-hoc-Moduls 2020 über Arbeitsunfälle und andere arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme in Verbindung mit dem BStatG.

Erhoben werden die Angaben zu

§ 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 4, Nummer 5 Buchstabe a und b, Nummer 6 bis 10 sowie § 7 Absatz 1, 4 und 5 MZG.

Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 13 MZG in Verbindung mit § 15 BStatG.

Die Angaben zum Erhebungsmerkmal Behinderung und zu den Merkmalen nach § 7 Absatz 5 MZG sowie dem Hilfsmerkmal Telefonnummer sind freiwillig.

Im Fragebogen sind diese Fragen als „freiwillig“ besonders gekennzeichnet.

Soweit Auskunftspflicht nach dem MZG besteht, sind alle Volljährigen oder einen eigenen Haushalt führenden Minderjährigen, jeweils auch für minderjährige Haushaltsmitglieder, auskunftspflichtig.

Für volljährige Haushaltsmitglieder, die nicht selbst Auskunft geben können, ist jedes andere auskunftspflichtige Haushaltsmitglied auskunftspflichtig. Gibt es kein anderes auskunftspflichtiges Haushaltsmitglied und ist für die nicht auskunftsfähige Person ein Betreuer oder eine Betreuerin bestellt, so ist dieser oder diese auskunftspflichtig, soweit die Auskunftserteilung in seinen oder ihren Aufgabenkreis fällt. Benennt eine nicht auskunftsfähige Person eine Vertrauensperson, die für sie die erforderliche Auskunft erteilt, erlischt die Auskunftspflicht der volljährigen Haushaltsmitglieder oder des Betreuers oder der Betreuerin.

Soweit Anhaltspunkte nicht entgegenstehen, wird nach § 13 Absatz 8 MZG vermutet, dass alle auskunftspflichtigen Personen eines Haushalts befugt sind, Auskünfte auch für die jeweils anderen Personen des Haushalts zu erteilen. Dies gilt entsprechend für die Bestätigung der im Vorjahr erhobenen Angaben. Der gesetzlichen Vermutung der Befugnis kann jederzeit widersprochen werden.

Zu dem Hilfsmerkmal Vor- und Familienname des Wohnungsinhabers oder der Wohnungsinhaberin sind diese auskunftspflichtig, ersatzweise die oben genannten Personen.

Erteilen Auskunftspflichtige keine, keine vollständige, keine richtige oder nicht rechtzeitig Auskunft, können sie zur Erteilung der Auskunft mit einem Zwangsgeld nach den Verwaltungsvollstreckungsgesetzen des Bundes und der Länder angehalten werden.

Nach § 23 BStatG handelt darüber hinaus ordnungswidrig, wer

- vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 15 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 und 5 Satz 1 BStatG eine Auskunft nicht, nicht rechtzeitig, nicht vollständig oder nicht wahrheitsgemäß erteilt,
- entgegen § 15 Absatz 3 BStatG eine Antwort nicht in der vorgeschriebenen Form erteilt.

1 Den Wortlaut der Rechtsvorschriften in der jeweils geltenden Fassung finden Sie unter <https://www.gesetze-im-internet.de>.

2 Die Rechtsakte der EU in der jeweils geltenden Fassung und in deutscher Sprache finden Sie auf der Internetseite des Amtes für Veröffentlichungen der Europäischen Union unter <http://eur-lex.europa.eu/>.

Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Euro geahndet werden.

Nach § 15 Absatz 7 BStatG haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen die Aufforderung zur Auskunftserteilung keine aufschiebende Wirkung.

Soweit die Erteilung der Auskunft freiwillig ist, kann die Einwilligung in die Verarbeitung der freiwillig bereit gestellten Angaben jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf wirkt erst für die Zukunft. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

Geheimhaltung

Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 BStatG grundsätzlich geheim gehalten. Nur in ausdrücklich gesetzlich geregelten Ausnahmefällen oder wenn die Auskunftgebenden eingewilligt haben, dürfen Einzelangaben übermittelt werden.

Eine Übermittlung von Einzelangaben ist grundsätzlich zulässig an:

- öffentliche Stellen und Institutionen innerhalb des statistischen Verbunds, die mit der Durchführung einer Bundes- oder europäischen Statistik betraut sind (z. B. die statistischen Ämter der Länder, die Deutsche Bundesbank, das statistische Amt der Europäischen Union [Eurostat]),
- Dienstleister, zu denen ein Auftragsverhältnis besteht (z. B. ITZBund, Rechenzentren der Länder).

Nach § 16 Absatz 6 BStatG ist es zulässig, den Hochschulen oder sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung für die Durchführung wissenschaftlicher Vorhaben

1. Einzelangaben zu übermitteln, wenn die Einzelangaben so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft den Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können (faktisch anonymisierte Einzelangaben),
2. innerhalb speziell abgesicherter Bereiche des Statistischen Bundesamtes und der statistischen Ämter der Länder Zugang zu Einzelangaben ohne Name und Anschrift (formal anonymisierte Einzelangaben) zu gewähren, wenn wirksame Vorkehrungen zur Wahrung der Geheimhaltung getroffen werden.

Nach Artikel 6 der Verordnung (EG) Nr. 577/98 ist eine Übermittlung von erhobenen Einzelangaben an die Kommission (Eurostat) vorgesehen. Nach Artikel 7 Absatz 1 der Verordnung (EU) Nr. 557/2013 über den Zugang zu vertraulichen Daten für wissenschaftliche Zwecke darf Eurostat in seinen Räumen oder in den Räumen einer von Eurostat anerkannten Zugangseinrichtung für wissenschaftliche Zwecke Einzelangaben ohne Name und Anschrift zugänglich machen. Nach Artikel 7 Absatz 2 der Verordnung darf Eurostat darüber hinaus Einzelangaben für wissenschaftliche Zwecke weitergeben, wenn diese so verändert wurden, dass die Gefahr einer Identifizierung der statistischen Einheit auf ein angemessenes Maß verringert wurde. Der Zugang nach Absatz 2 kann gewährt werden, sofern in der den Zugang beantragenden Forschungseinrichtung geeignete Sicherheitsmaßnahmen getroffen wurden.

Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht auch für Personen, die Einzelangaben erhalten.

Hilfsmerkmale, Ordnungsnummern, Trennung und Löschung

Vor- und Familiennamen der Haushaltsmitglieder, Telefonnummer der Haushaltsmitglieder, Wohnanschrift, Lage der Wohnung im Gebäude, Vor- und Familienname des Wohnungsinhabers oder der Wohnungsinhaberin, Name und Anschrift der Arbeitsstätten der Haushaltsmitglieder sowie die Baualtersgruppe des Gebäudes sind Hilfsmerkmale, die lediglich der technischen Durchführung der Erhebung dienen. Sie werden von den Angaben zu den Erhebungsmerkmalen unverzüglich nach Abschluss der Überprüfung der Erhebungs- und Hilfsmerkmale auf ihre Schlüssigkeit und Vollständigkeit getrennt und gesondert aufbewahrt oder gesondert gespeichert.

Vor- und Familienname sowie Gemeinde, Straße, Hausnummer und Telefonnummer der befragten Personen dürfen auch im Haushaltszusammenhang für die Durchführung von Folgebefragungen sowie als Grundlage für die Gewinnung geeigneter Personen und Haushalte zur Durchführung der Statistik der Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte und anderer Erhebungen auf freiwilliger Basis verwendet werden.

Angaben zu den Erhebungsmerkmalen werden solange verarbeitet und gespeichert, wie dies für die Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen erforderlich ist.

Die verwendeten Ordnungsnummern sind die Auswahlbezirksnummer, die Gebäudenummer, die Wohnungsnummer, die Haushaltsnummer und die Personennummer. Sie dienen der Herstellung des Haushalts-, Wohnungs- und Gebäudezusammenhangs und enthalten keine über die Erhebungs- und Hilfsmerkmale hinausgehenden Angaben. Diese Nummern werden durch neue Ordnungsnummern ersetzt, welche über diese statistischen Zusammenhänge hinaus keine weitergehenden Angaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse enthalten.

Alle Erhebungsunterlagen sowie die Hilfsmerkmale und die ursprünglich vergebenen Ordnungsnummern werden nach Abschluss der Aufbereitung der letzten Folgerhebung vernichtet bzw. gelöscht.

Rechte und Pflichten der Erhebungsbeauftragten, Möglichkeiten der Auskunftserteilung

Zur Entlastung der zu Befragenden werden ehrenamtliche Erhebungsbeauftragte eingesetzt, die Erhebung kann aber auch schriftlich durchgeführt werden. Die Erhebungsbeauftragten haben ihre Berechtigung nachzuweisen. Sie müssen die Gewähr für Zuverlässigkeit und Verschwiegenheit bieten und sind zur Geheimhaltung besonders verpflichtet worden. Die aus ihrer Tätigkeit gewonnenen Erkenntnisse dürfen sie nicht in anderen Verfahren oder für andere Zwecke verwenden. Diese Verpflichtung gilt auch nach Beendigung der Tätigkeit.

Die Erhebungsbeauftragten sollen den Befragten bei der Beantwortung der Fragen behilflich sein.

Die in den Fragebogen enthaltenen Fragen können mündlich gegenüber den Erhebungsbeauftragten oder elektronisch oder schriftlich beantwortet werden.

Im Zuge der schriftlichen Befragung erhalten die zu Befragenden die Fragebogen mit entsprechenden Hinweisen zum Ausfüllen direkt von der/dem Erhebungsbeauftragten bzw. von der für sie zuständigen Erhebungsstelle. Bei schriftlicher Auskunftserteilung können die ausgefüllten Fragebogen den Erhebungsbeauftragten übergeben oder bei der Erhebungsstelle abgegeben oder dorthin übersandt werden. Von einer elektronischen Übermittlung der schriftlichen Erhebungsunterlagen bitten wir abzusehen, da dies kein gesicherter Übermittlungsweg ist.

Rechte der Betroffenen, Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten, Recht auf Beschwerde

Die Auskunftgebenden, deren personenbezogene Angaben verarbeitet werden, können

- eine Auskunft nach Artikel 15 DS-GVO ,
- die Berichtigung nach Artikel 16 DS-GVO ,
- die Löschung nach Artikel 17 DS-GVO sowie
- die Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DS-GVO

der jeweils sie betreffenden personenbezogenen Angaben beantragen oder der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Angaben nach Artikel 21 DS-GVO widersprechen. Sollte von den oben genannten Rechten Gebrauch gemacht werden, prüft die zuständige öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Die antragstellende Person wird gegebenenfalls aufgefordert ihre Identität nachzuweisen bevor weitere Maßnahmen ergriffen werden.

Fragen und Beschwerden über die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen können jederzeit an die behördlichen Datenschutzbeauftragten der statistischen Ämter des Bundes und der Länder oder an die jeweils zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden gerichtet werden. Deren Kontaktdaten finden Sie unter <https://www.statistikportal.de/de/datenschutz>.

