

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 155 auf Seite 44) hierzu aufgefordert werden.
- Achten Sie bitte auf die Uhrzeit, bevor Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens beginnen. Im Rahmen der Beantwortung des Fragebogens werden Sie gefragt, wie viel Zeit Sie für das Ausfüllen benötigt haben.

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"/> → 11	<input type="checkbox"/> → 11	<input type="checkbox"/> → 11	<input type="checkbox"/> → 11	<input type="checkbox"/> → 11
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 11.
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

Muster

Haushalt und Wohnung

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

i 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?

i 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 Welche Personen gehören zu Ihrem Haushalt? Beschriften Sie bitte die ausgeklappte Namenslasche neben Seite 2.

i 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.

Hinweis!

Bitte halten Sie die Reihenfolge für die Personenspalten ein.

4 Welches Geschlecht (nach Geburtenregister) haben Sie?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Männlich 1	<input type="checkbox"/>				
Weiblich 2	<input type="checkbox"/>				
Divers 3	<input type="checkbox"/>				
Ohne Angabe nach Geburtenregister 4	<input type="checkbox"/>				

5 Wann sind Sie geboren?

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

6 Liegt Ihr Geburtstag vor dem letzten Tag der Berichtswoche 2022?

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

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

Hinweis!
 → 11 Der Pfeil mit Ziffer 11 bedeutet, dass als nächstes die Frage 11 zu beantworten ist.

8 Sind Sie weiblich und im Alter von 15 bis einschließlich 75 Jahren?		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja		<input type="checkbox"/>				
Nein		<input type="checkbox"/> → 13				

9 Haben Sie Kinder geboren?		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/>				
Nein	8	<input type="checkbox"/> → 11				

10 Wie viele Kinder haben Sie insgesamt geboren?		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
i Geben Sie bitte die Zahl der lebend geborenen Kinder an. Dazu gehören auch Kinder, die nach der Geburt verstorben sind.						
Anzahl der Kinder		<input type="text"/>				

11 Bewohnen Sie noch mindestens eine weitere Wohnung (auch Zimmer, Unterkunft oder Heim)?		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<i>Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.</i>						
Ja, ich habe noch eine weitere Wohnung in Deutschland.	1	<input type="checkbox"/>				
Ja, ich habe noch eine weitere Wohnung im Ausland.	2	<input type="checkbox"/>				
Nein, ich habe keine weitere Wohnung.	8	<input type="checkbox"/> → 14				

12 Ist diese Wohnung hier Ihr Hauptwohnsitz?		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
i Hauptwohnsitz ist bei mehreren Wohnungen die überwiegend genutzte Wohnung (Lebensmittelpunkt, Familienwohnsitz).						
Ja	1	<input type="checkbox"/>				
Nein	8	<input type="checkbox"/>				

13 Sind die Personen im Haushalt anwesend oder zurzeit abwesend, d. h. sie sind vorübergehend abwesend, leben aber normalerweise im Haushalt?

i „Zurzeit abwesend“ sind z. B. Berufspendler/-innen, die nur am Wochenende nach Hause fahren, Studentinnen/Studenten, Personen im Krankenhaus/Urlaub.

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

14 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"/>				
Nein		<input type="checkbox"/>				

15 Wann sind Sie seit der letzten Befragung in diesen Haushalt eingezogen?

i Bei Kindern, die in den letzten 12 Monaten geboren wurden, geben Sie bitte Geburtsmonat und -jahr an.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Monat		<input type="text"/>				
Jahr		<input type="text"/>				
Trifft nicht zu, lebte schon vor der letzten Befragung im Haushalt.		<input type="checkbox"/> → 17				

16 Welche Lebenssituation traf zum Zeitpunkt des Einzugs auf Sie zu?

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

17 Sind seit der letzten Befragung Mitglieder Ihres Haushalts ausgezogen?

Ja, Anzahl der ausgezogenen Personen

Nein 8 → 19

Muster

18 Tragen Sie bitte für jede ausgezogene Person den Vornamen und die nachfolgenden Angaben ein:

Vorname der ausgezogenen Person

Auszugsmonat

Auszugsjahr

Wohin ist die Person gezogen?

In einen anderen Privathaushalt 1

In einen Gemeinschaftshaushalt (z. B. Wohnheim, Altenheim) 2

Ins Ausland 3

An einen unbekanntem Ort 4

1. ausgezogene Person	2. ausgezogene Person	3. ausgezogene Person															
.....															
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					
<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"/>															

19 Sind seit der letzten Befragung Mitglieder Ihres Haushalts verstorben?

Ja, Anzahl der verstorbenen Personen

Nein 8 → 21

20 Tragen Sie bitte den Vornamen für jede verstorbene Person ein:

Vorname der verstorbenen Person

1. verstorbene Person	2. verstorbene Person	3. verstorbene Person
.....

Personen und Haushalt

21 Leben Sie in einem Ein-Personen-Haushalt?

Ja → 27

Nein

22 Lebt Ihre Mutter in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter.

Ja, meine Mutter hat die Nummer (siehe Namenslasche)

Nein 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5										
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

23 Lebt Ihr Vater in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater.

Ja, mein Vater hat die Nummer (siehe Namenslasche)

Nein 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5										
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

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

Ja, mein/-e Ehepartner/-in hat die Nummer (siehe Namenslasche)

Nein 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5										
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> → 26			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> → 26			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> → 26			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> → 26			<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> → 26		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

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

i Auch eingetragene Lebenspartnerschaften.

Ja, mein/-e Lebenspartner/-in hat die Nummer
(siehe Namenslasche)

Nein

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

26 In welcher Beziehung stehen Sie zur Person 1?

Ich bin die Person 1.

Ich bin ...

die Ehefrau, der Ehemann.

die Lebenspartnerin, der Lebenspartner.

die Tochter, der Sohn
(auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind).

die Schwiegertochter, der Schwiegersohn.

die Enkelin, der Enkel.

die Urenkelin, der Urenkel.

die Mutter, der Vater
(auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter/-vater).

die Schwiegermutter, der Schwiegervater.

die Großmutter, der Großvater.

die Urgroßmutter, der Urgroßvater.

die Schwester, der Bruder.

die Schwägerin, der Schwager.

eine sonstige verwandte/verschwägerte Person.

eine nicht verwandte/nicht verschwägerte Person.

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"/>	<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"/>

Muster

Wohnsituation

i Bitte nutzen Sie zur Beantwortung der Fragen Ihre Nebenkostenabrechnung sowie eventuell abgeschlossene Versorgungsverträge und, falls zutreffend, Ihren Mietvertrag.

27 In welcher Art von Gebäude wohnen Sie?

- Reines Wohngebäude (kein Wohnheim) 1
- Gebäude mit Wohnraum und Gewerbeflächen
(kein Wohnheim) und ...
- mindestens die Hälfte der Gesamtnutzfläche wird
 für Wohnzwecke genutzt 2
- weniger als die Hälfte der Gesamtnutzfläche wird
 für Wohnzwecke genutzt 3
- Wohnheim 4 → 29
- Bewohnte Unterkunft (z. B. dauerhaft aufgestellter
Wohn- oder Bauwagen, Gartenlaube, Wohn-
container) 5

28 In was für einem Wohngebäudetyp wohnen Sie?

i Siehe auch S. 119: **1** „Wohngebäudetyp“.

- Einfamilienhaus ...
- freistehend 1
- als Doppelhaushälfte 2
- als Reihenhaushälfte 3
- Mehrfamilienhaus ...
- freistehend 4
- gereiht (einseitig oder beidseitig angebaut) 5

29 Wie viele Wohnungen, einschließlich der leer stehenden Wohnungen, gibt es in dem Gebäude, in dem Sie wohnen?

i Bewohnen Sie ein Einfamilienhaus, ein Reihenhaushälfte oder eine Doppelhaushälfte, geben Sie bitte „1 Wohnung“ an. Verfügt Ihr Haus zusätzlich über eine Einliegerwohnung, geben Sie bitte „2 Wohnungen“ an.

Siehe auch S. 119: **2** „Wohnung“.

- 1 Wohnung 1
- 2 Wohnungen 2
- 3 oder 4 Wohnungen 3
- 5 oder 6 Wohnungen 4
- 7 bis 9 Wohnungen 5
- 10 bis 20 Wohnungen 6
- 21 Wohnungen oder mehr 7

30 In welchem Jahr wurde das Gebäude gebaut, in dem Sie wohnen?

i Es gilt das **Jahr der Baufertigstellung**.
Bei Um-, An- und Erweiterungsbauten am Haus gilt das ursprüngliche Baujahr des Gebäudes.

- Vor 1919 1
- Von 1919 bis 1948 2
- Von 1949 bis 1978 3
- Von 1979 bis 1990 4
- Von 1991 bis 2000 5
- Von 2001 bis 2010 6
- Von 2011 bis 2019 7
- 2020 oder später 10

31 Wie groß ist die Wohnfläche der gesamten Wohnung/des Einfamilienhauses?

i **Zur Wohnfläche gehören auch** Küche, Bad, Toilette, Flur, Mansarde, anrechenbare Balkonfläche, untervermietete Räume.
Nicht dazu gehören gewerblich genutzte Flächen.
Wenn Sie in einem Einfamilienhaus mit einer Einliegerwohnung wohnen, berücksichtigen Sie bitte nur die selbst genutzte Fläche.
Siehe auch S. 119: **B** „Wohnfläche“.

Fläche in vollen Quadratmetern

32 Wie viele Wohnräume hat die Wohnung/das Einfamilienhaus, in der/dem Sie leben?

i **Nicht** zu den Wohnräumen gehören Küche, Bad, Toilette, Flur, Abstellräume, Balkone sowie gewerblich genutzte Räume.
Wenn Sie in einem Einfamilienhaus mit einer Einliegerwohnung wohnen, zählen Sie bitte nur die selbst genutzten Wohnräume.

Anzahl der Räume

33 Wann ist Ihr Haushalt in die Wohnung/das Einfamilienhaus eingezogen?

i Anzugeben ist das Einzugsjahr der Person, die am längsten in der Wohnung/in dem Einfamilienhaus wohnt.
Wenn Sie in einer Wohngemeinschaft leben, geben Sie bitte Ihr persönliches Einzugsjahr an.

Jahr des Einzugs

MUSTER

34 Welche der folgenden Merkmale treffen auf das Gebäude zu, in dem Sie wohnen?

i Der **Zugang zur Wohnung** ist die Strecke von der Straße bis zu Ihrer Wohnungstür. Dieser gilt auch als **stufen- bzw. schwellenlos**, wenn zur Überwindung von Stufen oder Schwellen Fahrstühle, Lifte, Rampen o.Ä. zur Verfügung stehen.

Ausreichend durchgangsbreit ist eine Tür bzw. ein Flur, wenn diese/-r auch mit einer Gehhilfe (z. B. Rollator), einem Rollstuhl oder einem Kinderwagen problemlos zu passieren ist bzw. eine Durchgangsbreite bei Türen von mindestens 90 cm bzw. bei Fluren von 120 cm vorliegt.

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

- Der Zugang zur Wohnung ist stufen- und schwellenlos möglich. 1
- Die Hauseingangstür hat eine ausreichende Durchgangsbreite. 2
- Die Flure innerhalb des Gebäudes haben eine ausreichende Durchgangsbreite. 3
- Keines der genannten Merkmale trifft auf das Gebäude zu. 8

35 Über welche der folgenden Merkmale verfügt Ihre Wohnung/Ihr Einfamilienhaus?

i Die **Durchgangsbreite oder der Bewegungsraum** ist **ausreichend**, wenn die Durchgänge oder Räume auch mit einer Gehhilfe (z. B. Rollator) oder in einem Rollstuhl genutzt werden können bzw. eine Durchgangsbreite bei Türen von mindestens 90 cm bzw. bei Fluren von 120 cm vorliegt. Beziehen Sie sich dafür auf Ihre Wohnung/Ihr Einfamilienhaus im leergeräumten Zustand. In mehrgeschossigen Wohnungen/Häusern gelten Wohnräume als stufenlos zu erreichen, wenn ein Treppenlift, Senkrechtlift, Aufzug o. Ä. existiert.

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

- Es existieren keine Schwellen oder Bodenunebenheiten, die höher als 2 cm sind (auch nicht beim Zugang zu Balkon, Terrasse o. Ä.). 1
- Alle Räume sind stufenlos erreichbar. 2
- Die Wohnungstür hat eine ausreichende Durchgangsbreite. 3
- Alle Raamtüren haben eine ausreichende Durchgangsbreite. 4
- Alle Flure sind ausreichend breit. 5
- Der Bewegungsraum entlang der Küchenzeile ist ausreichend. 6
- Es gibt ausreichend Bewegungsraum im Bad bzw. Sanitärbereich. 10
- Der Einstieg zur Dusche ist ebenerdig. 12
- Keines der genannten Merkmale trifft auf meine Wohnung zu. 8

36 Wie werden die Wohnräume beheizt?

i Siehe auch S. 119: **4** „Beheizung der Wohnräume“.

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

- Fernheizung 1
- Zentralheizung (Blockheizung) 2
- Etagenheizung (z. B. Gastherme) 3
- Einzel- oder Mehrraumöfen, Elektrospeicher bzw. Nachtspeicheröfen 4

37 Welche Energieart wird für die Beheizung Ihrer Wohnräume genutzt?

- Überwiegend genutzte Energieart
Ziffer aus der Liste 37
- Weitere genutzte Energiearten
Ziffer aus der Liste 37
- Keine weiteren genutzten Energiearten 8

38 Welche Energieart wird für Ihre Warmwasserversorgung genutzt?

- Überwiegend genutzte Energieart
Ziffer aus der Liste 37
- Weitere genutzte Energiearten
Ziffer aus der Liste 37
- Keine weiteren genutzten Energiearten

Liste 37			
Fernwärme (bei Fernheizung)	1	Holz, Holzpellets	10
Gas	2	Biomasse (außer Holz), Biogas	12
Elektrizität, Strom (ohne Wärmepumpe)	3	Sonnenenergie (Solarkollektoren)	13
Heizöl	4	Erd- oder andere Umweltwärme, Abwärme (z. B. Wärmepumpe, -tauscher)	14
Briketts, Braunkohle	5		
Koks, Steinkohle	6		

MUSTER

39 Bewohnen Sie die Wohnung/das Einfamilienhaus als ...?

i **Eigentümer/-innen eines Mehrfamilienhauses**, die eine Wohnung des Gebäudes selbst bewohnen und den Rest vermieten, kreuzen bitte „(Mit-)Eigentümer/-in des Gebäudes“ an.

Bewohner/-innen einer Genossenschaftswohnung kreuzen bitte Haupt- bzw. Untermieter/-in an.

Besitzen Sie ein **Wohnungsrecht**, dann kreuzen Sie bitte „Sonstiges (z. B. mietfreie Überlassung o. Ä.)“ an.

Eine **mietfreie Überlassung** liegt vor, wenn an den/die Eigentümer/-in keine Zahlungen geleistet werden müssen, bis auf Nebenkosten (z. B. Strom, Wasser, Heizung, Müllabfuhr).

Eine **mietfreie Überlassung trifft nicht zu**, wenn die Miete von Dritten (z. B. Arbeitsagentur, Sozialamt, Eltern für Kinder) gezahlt wird.

- (Mit-)Eigentümer/-in des Gebäudes 1
- (Mit-)Eigentümer/-in der Wohnung 2
- Hauptmieter/-in 3
- Untermieter/-in 4
- Sonstiges (z. B. mietfreie Überlassung o. Ä.) 5
- } → 45

40 Zahlte Ihr Haushalt im letzten Monat noch Kredite für die selbst bewohnte Eigentumswohnung/das selbst bewohnte Einfamilienhaus zurück?

i Hierzu zählen die Abzahlung von Hypotheken und die Rückzahlung von Bauspardarlehen für die selbst bewohnte Wohnung/die selbst bewohnte Fläche in Ihrem Haus. Nicht darunter fallen Kredite zur Instandhaltung der Immobilie.

- Ja, und zwar Anzahl Kredite
- Nein → 42

41 In welcher Höhe zahlte Ihr Haushalt im letzten Monat Kredite für die Wohnung/das Einfamilienhaus zurück?

i Entnehmen Sie die Beträge dem Kreditlaufplan oder dem Kontoauszug. Wenn Sie keinen monatlichen Rhythmus für die Rückzahlung haben, geben Sie den durchschnittlichen Monatsbetrag an. Wenn Sie einen Kredit für mehrere Wohnungen im Haus zurückzahlen, geben Sie nur für die selbst bewohnte Wohnung den Anteil am Gesamtkredit an.

	1. Kredit	2. Kredit	3. Kredit	4. Kredit
Monatsbetrag Zinsen und Tilgung (Volle Euro)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monatsbetrag Zinsen (Volle Euro)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

42 Bitte geben Sie ein Haushaltsmitglied an, das Eigentümer/-in der selbst bewohnten Wohnung/ des selbst bewohnten Einfamilienhauses ist.

i Sind zwei oder mehr Haushaltsmitglieder Eigentümer/-innen der Wohnung/des Einfamilienhauses, tragen Sie bitte die Personnummer des ältesten Haushaltsmitgliedes ein.

Person hat die Nummer (siehe Namenslasche)

43 Wie hoch sind die Wohnkosten für die selbst bewohnte Wohnung/das selbst bewohnte Einfamilienhaus?

i Für Haushalte mit **Eigentümergeinschaft:** Bitte geben Sie bei den aufgeführten Nebenkosten nur Kosten an, die **zusätzlich** zu Ihrem Hausgeld anfallen.

Monatliches Hausgeld

i Eigentümer ohne Eigentümergeinschaft kreuzen bitte „Nein“ an.

	Nein	Ja	Monatsbetrag (Volle Euro)
Hausgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text" value=""/>

Monatliche Energiekosten

Strom	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text" value=""/>
Heizung und Gas	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text" value=""/>

	Nein	Ja	Jahresbetrag (Volle Euro)
Jährliche Grundsteuer	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text" value=""/>

Jährliche Nebenkosten

Schadens- oder Wohngebäudeversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text" value=""/>
Müllabfuhr	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text" value=""/>
Wasserkosten (Wasserverbrauch, Abwasser)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text" value=""/>
Schornsteinfeger	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text" value=""/>
Straßenreinigung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text" value=""/>

Jährliche Instandhaltungskosten/Reparaturen

i Zu berücksichtigen sind die **werterhaltenden Instandhaltungskosten** bzw. Reparaturen der letzten 12 Monate. Wertsteigernde Kosten sind nicht zu berücksichtigen.

	Nein	Ja	Jahresbetrag (Volle Euro)
Instandhaltungskosten bzw. Reparaturen	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text" value=""/>

44 Wie hoch sind die monatlichen Wohnkosten (einschließlich Zinsen für Kredite und Ausgaben für Instandhaltung bzw. Reparaturen) für die selbst bewohnte Wohnung/das selbst bewohnte Einfamilienhaus insgesamt?

i Bitte berücksichtigen Sie alle in Frage 43 genannten Betriebs- und Nebenkosten sowie Kreditzinsen und Ausgaben für werterhaltende Instandhaltungen bzw. Reparaturen.

Rechnen Sie bitte alle Wohnkosten in monatliche Beträge um und summieren Sie anschließend die Monatsbeträge.

Monatliche Wohnkosten → 54

45 Bitte geben Sie ein Haushaltsmitglied an, das den Mietvertrag unterschrieben hat.

i Lebt die Person, die den Mietvertrag unterschrieben hat, nicht in Ihrem Haushalt, tragen Sie bitte die Personnummer des ältesten Haushaltsmitgliedes ein.

Person hat die Nummer (siehe Namenslasche)

46 Welche Aussage trifft auf Ihren Haushalt bezüglich der Mietsituation zu?

i Mietfreies Wohnen trifft **nicht** zu, wenn die Miete von Dritten (z. B. Arbeitsagentur, Sozialamt, Eltern für Kinder) gezahlt wird.

Vergünstigt wohnt der Haushalt z. B. mit einem Wohnberechtigungsschein in einer Sozialwohnung. Auch aus privaten und anderen Gründen (z. B. Firmenwohnung, Studentenwohnheim) kann die Miete vergünstigt sein.

Der Haushalt wohnt mietfrei (bis auf evtl. Nebenkosten). 1

Der Haushalt wohnt vergünstigt (z. B. mit Wohnberechtigungsschein). 2

Der Haushalt wohnt zur Miete auf dem freien Wohnungsmarkt. 3

47 Wer ist Eigentümer/-in der Wohnung/des Hauses, in der/dem Sie wohnen?

i **Erb- und Wohnungseigentümergeinschaften** sind als Privatpersonen einzutragen.

Zu den **privatwirtschaftlichen Unternehmen** zählen z. B. Immobilienunternehmen, privatwirtschaftliche Wohnungsbaugesellschaften oder andere Unternehmen (Firmenwohnungen).

Die Kommune, Bund, Land, Kirche oder andere öffentliche Institutionen sind als Eigentümer anzugeben, wenn sie mehr als 50% der Wohnung/des Hauses bzw. des im Mietvertrag als Eigentümer genannten Unternehmens halten.

Eine oder mehrere Privatpersonen 1

Ein privatwirtschaftliches Unternehmen 2

Die Kommune, Bund, Land, Kirche oder andere öffentliche Institutionen 3

Eine Wohnungsgenossenschaft, Baugenossenschaft, ein Bauverein 4

MUSTER

48 Welchen Gesamtbetrag zahlen Sie monatlich an Ihre Vermieterin/Ihren Vermieter/Ihre Hausverwaltung?

i Verwenden Sie bitte zur Beantwortung dieser und der folgenden Fragen Ihren Mietvertrag und Ihre Nebenkostenabrechnung.

In Wohngemeinschaften (WG) gibt jedes WG-Mitglied den Betrag an, den sie/er selbst anteilig bezahlt.

Siehe auch S. 119:

- 5** „Hauptmieter/-in mit Untervermietung“ und
- 6** „Übernahme der Miete bei Hartz IV-Empfängerinnen/Hartz IV-Empfängern“.

Monatlicher Gesamtbetrag

Volle Euro

--	--	--	--	--

49 Enthält dieser monatliche Gesamtbetrag an Ihre Vermieterin/Ihren Vermieter/Ihre Hausverwaltung Nebenkosten?

i Zu den Nebenkosten zählen umgelegte Kosten für die Heizung, (Warm-)Wasserversorgung, Müllabfuhr, Straßenreinigung, Haus- und Hausmeisterservice, Hausverwaltung, Gartenpflege, Treppenhausbeleuchtung/-reinigung, Aufzug, Kabelanschluss, Grundsteuer, Gebäudeversicherung.

Hierzu zählen **nicht** Telefon- und Rundfunkgebühren sowie Mieten für Garagen oder Einstellplätze.

Ja

Ja, aber die Nebenkosten sind nicht ausgewiesen.

Nein

→ 53

8

50 Wie hoch sind diese monatlichen Nebenkosten?

Monatsbetrag

Volle Euro

--	--	--	--	--

51 Wie hoch sind davon die monatlichen Betriebskosten (Nebenkosten ohne Heizung und Warmwasser)?

Monatsbetrag

Volle Euro

--	--	--	--	--

52 Wie hoch sind davon die monatlichen Nebenkosten für Heizung und Warmwasser?

Monatsbetrag

Volle Euro

--	--	--	--	--

MUSTER

53 Haben Sie zusätzliche Wohnkosten, die nicht an Ihre Vermieterin/Ihren Vermieter/Ihre Hausverwaltung gezahlt werden?

i Dies umfasst direkt an Versorger gezahlte Kosten für Strom, Gas und Wasser sowie werterhaltende Instandhaltungskosten bzw. (kleinere) Reparaturen, die nicht durch den Vermieter übernommen wurden.

Rechnen Sie bitte alle Ausgaben in monatliche Beträge um und summieren Sie anschließend die Monatsbeträge.

Ja, und zwar in Höhe eines durchschnittlichen Monatsbetrages von

Volle Euro

Nein

8

54 Erhält Ihr Haushalt derzeit staatliche Leistungen für die Wohnkosten?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

Ja, Wohngeld in Form von Miet- oder Lastenzuschuss

1

Ja, Kosten der Unterkunft im Rahmen des ALG II-Bezugs (Hartz IV)

2

Ja, Kosten der Unterkunft im Rahmen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

3

Nein, der Haushalt bezieht derzeit keine staatlichen Leistungen für die Wohnkosten.

8

Muster

55 War Ihr Haushalt in den letzten 12 Monaten bei folgenden Ausgaben im Zahlungsrückstand?

Kreuzen Sie bitte je Ausgabenart nur eine Antwort an.

Miete für die selbst bewohnte Wohnung oder das selbst bewohnte Haus

- Ja, einmal 1
- Ja, mehrmals 2
- Nein 8
- Trifft nicht zu, Haushalt hat keine Ausgaben dieser Art. 9

Zinsen und/oder Tilgung von Hypotheken für die selbst bewohnte Wohnung oder das selbst bewohnte Haus

- Ja, einmal 1
- Ja, mehrmals 2
- Nein 8
- Trifft nicht zu, Haushalt hat keine Ausgaben dieser Art. 9

Zinsen und/oder Tilgung von Konsum- oder Verbraucherkrediten für z. B. Auto oder Möbel (ohne Überziehungskredit für das Girokonto)

- Ja, einmal 1
- Ja, mehrmals 2
- Nein 8
- Trifft nicht zu, Haushalt hat keine Ausgaben dieser Art. 9

Rechnungen für Strom, Heizkosten oder Wasser

- Ja, einmal 1
- Ja, mehrmals 2
- Nein 8
- Trifft nicht zu, Haushalt hat keine Ausgaben dieser Art. 9

56 Gibt es folgende Dinge in Ihrem Haushalt?

Einen Computer (auch Laptop, Notebook, Tablet-PC oder Ähnliches)

- Ja 1
- Nein, der Haushalt kann es sich nicht leisten. 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

Ein Auto (kein Firmen-/Dienstwagen)

- Ja 1
- Nein, der Haushalt kann es sich nicht leisten. 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

MUSTER

57 Was kann sich Ihr Haushalt finanziell leisten?

Mindestens eine Woche pro Jahr Urlaub woanders als zu Hause zu verbringen (auch Urlaub bei Freunden/Verwandten oder in der eigenen Ferienunterkunft).

Ja 1

Nein 8

Jeden zweiten Tag eine Mahlzeit mit Fleisch, Geflügel oder Fisch oder eine entsprechende vegetarische Mahlzeit zu essen.

Ja 1

Nein 8

Unerwartet anfallende Ausgaben in Höhe von mindestens 1 150 Euro aus eigenen Finanzmitteln zu bestreiten.

Ja 1

Nein 8

Die Wohnung angemessen warm zu halten.

Ja 1

Nein 8

58 Können Sie in Ihrem Haushalt Möbel (Bett, Sofa, Kommode, Schrank) ersetzen, wenn diese abgenutzt oder beschädigt sind?

Ja 1

Nein, der Haushalt kann es sich nicht leisten 2

Nein, aus anderen Gründen 3

59 Wie kommt Ihr Haushalt mit dem monatlichen Einkommen zurecht?

i Beziehen Sie die Einkommen aller Haushaltsmitglieder mit ein.

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

Sehr schlecht 1

Schlecht 2

Relativ schlecht 3

Relativ gut 4

Gut 5

Sehr gut 6

MUSTER

60 Zahlt Ihr Haushalt Konsum- oder Verbraucher-
kredite zurück, die nicht der Finanzierung von
selbst genutztem Wohneigentum dienen?

Ja 1
Nein 8 → 62

61 Wenn Sie die Rückzahlung dieser Kredite
einschließlich Zinsen betrachten, welche der
folgenden Aussagen trifft zu?

Die Rückzahlung ist eine große Belastung. 1
Die Rückzahlung ist eine gewisse Belastung. 2
Die Rückzahlung ist keine Belastung. 3

Einkommenssituation des Haushalts im Jahr 2021

Erhaltene Leistungen für Kinder im Jahr 2021

62 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 Kindergeld für
Kinder erhalten, die im Haushalt lebten?

Ja 1
Nein 8 → 64
Trifft nicht zu, Haushaltsmitglieder haben keine
Kinder. → 73

63 Für wie viele Kinder, die im Haushalt lebten, hat
Ihr Haushalt im Jahr 2021 Kindergeld erhalten?

Anzahl Kinder

64 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 Kindergeld für
Kinder erhalten, die nicht im Haushalt lebten?

Ja 1
Nein 8 → 66

65 Für wie viele Kinder, die nicht im Haushalt
lebten, hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 Kindergeld
erhalten?

Anzahl Kinder

66 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 für im Haushalt
lebende Kinder einen Kinderzuschlag von der
Familienkasse der Agentur für Arbeit erhalten?

Ja 1
Nein 8 → 68

67 Für welche der Kinder hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 einen Kinderzuschlag erhalten?

Bitte tragen Sie bei jedem Kind ein, für wie viele Monate der Kinderzuschlag bezogen wurde und wie hoch der Monatsbetrag war.

Anzahl der Monate
 Betrag pro Monat (Volle Euro)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5

68 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 einen Unterhaltsvorschuss für Kinder, die im Haushalt leben, erhalten?

Ja 1
 Nein 8 → 70

69 Für welche der Kinder hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 einen Unterhaltsvorschuss erhalten?

Bitte tragen Sie bei jedem Kind ein, für wie viele Monate Unterhaltsvorschuss bezogen wurde.

Anzahl der Monate

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5

70 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 Pflegegeld für Pflegekinder oder für pflegebedürftige Kinder nach SGB XI, die im Haushalt leben, erhalten?

Ja 1
 Nein 8 → 70

71 Für welche der Kinder hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 Pflegegeld erhalten?

Bitte tragen Sie bei jedem Kind ein, für wie viele Monate Pflegegeld bezogen wurde und wie hoch der Monatsbetrag war.

Anzahl der Monate
 Betrag pro Monat (Volle Euro)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5

72 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 Leistungen für Bildung und Teilhabe, Zuschüsse zum Schulbedarf und zu Schulausflügen erhalten?

Ja, einen Jahresbetrag von Volle Euro
 Nein 8

Muster

Einkommen aus öffentlichen Leistungen im Jahr 2021

73 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 folgende öffentliche Leistungen erhalten?

i Geben Sie bitte bei den erhaltenen Leistungen die Anzahl der Monate und den durchschnittlichen Monats- oder den Jahresbetrag an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Monatsbetrag (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Sozialgeld, Kosten der Unterkunft	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
darunter: Kosten der Unterkunft	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Sozialhilfe oder laufende Hilfe zum Lebensunterhalt	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Wohngeld als Miet- und Lastenausgleich (nicht Kosten der Unterkunft)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Weitere Einkommen des Haushalts im Jahr 2021

74 Hat Ihr Haushalt oder ein Haushaltsmitglied im Jahr 2021 folgende Einkommen erhalten?

i Geben Sie bitte bei den erhaltenen Leistungen die Anzahl der Monate und den durchschnittlichen Monats- oder Jahresbetrag an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Monatsbetrag (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Unterhaltszahlungen von Personen, die im Jahr 2021 nicht im Haushalt lebten.	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Sonstige regelmäßige Zahlungen von Personen, die im Jahr 2021 nicht im Haushalt lebten.	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

75 Hat Ihr Haushalt Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung (Einnahmen abzüglich Ausgaben für Instandhaltung oder evtl. Kreditzinsen)?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Bruttobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbruttobetrag (Volle Euro)
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

76 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 Einkommen aus Wert- oder Sparanlagen (Kapitalvermögen) erhalten?

i Gemeint sind z. B. Zinsen von Sparkonten, Bausparverträgen sowie Dividenden und Gewinne von Wertpapieren, Aktien, Fonds oder von Betriebsvermögen (Unternehmensbeteiligungen).

Ja	1 <input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 78

77 Wie hoch waren die Einkommen aus diesen Wert- oder Sparanlagen (Kapitalvermögen) im Jahr 2021?

Summieren Sie bitte alle Einkommensbeträge (nach eventuellen von den Kreditinstitutionen abgeführten Steuern) der einzelnen Haushaltsmitglieder auf und ordnen Sie die Summe einer der folgenden Klassen zu.

- Unter 250 Euro 1
- 250 bis unter 1 000 Euro 2
- 1 000 bis unter 2 500 Euro 3
- 2 500 bis unter 5 000 Euro 4
- 5 000 bis unter 10 000 Euro 5
- 10 000 Euro oder mehr 6

78 Haben in Ihrem Haushalt Kinder, die am 31.12.2021 15 Jahre oder jünger waren, im Jahr 2021 ein Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit erhalten?

- Ja 1
- Nein 8 → 80

79 Welches Kind hat im Jahr 2021 Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit erzielt?

i Bitte geben Sie bei jedem Kind mit Einkommen aus Erwerbstätigkeit die Anzahl der Monate und den Betrag pro Monat oder den Jahresbetrag an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Monate	<input type="text"/>				
Monatsbetrag (Volle Euro)	<input type="text"/>				
oder					
Jahresbetrag (Volle Euro)	<input type="text"/>				

MUSTER

80 Haben Kinder, die am 31.12.2021 15 Jahre oder jünger waren und im Haushalt lebten, Waisenrente/-geld erhalten?

- Ja 1
- Nein 8 → 82

81 Welches Kind hat im Jahr 2021 eine Waisenrente oder Waisengeld erhalten?

i Bitte geben Sie bei jedem Kind mit Waisenrente/-geld die Anzahl der Monate und den Betrag pro Monat oder den Jahresbetrag an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Monate	<input type="text"/>				
Monatsbetrag (Volle Euro)	<input type="text"/>				
oder					
Jahresbetrag (Volle Euro)	<input type="text"/>				

82 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 Nahrungsmittel im eigenen Garten oder mit eigener Kleintierhaltung für den Eigenbedarf produziert?

Ja 1
Nein 8 → 84

83 Schätzen Sie bitte den Jahresbetrag, den Sie bezahlt hätten, wenn Sie diese Nahrungsmittel hätten kaufen müssen.

Unter 50 Euro 1
50 bis unter 100 Euro 2
100 bis unter 200 Euro 3
200 bis unter 300 Euro 4
300 Euro oder mehr 5

Geleistete Zahlungen im Jahr 2021

84 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 Grundsteuer für Grundbesitz bezahlt?

i Zum Grundbesitz gehören alle selbst genutzten und vermieteten/verpachteten Wohnungen, Häuser oder Grundstücke für die private Nutzung.

Ja
Nein → 87

85 Wie hoch war die im Jahr 2021 gezahlte Grundsteuer für Ihre selbst genutzte Hauptwohnung?

Jahresbetrag Volle Euro
Trifft nicht zu, Haushalt ist nicht Eigentümer der Hauptwohnung. 8

86 Wie hoch war die im Jahr 2021 gezahlte Grundsteuer für Ihren weiteren Grundbesitz (z. B. Zweitwohnungen, Ferienwohnungen und vermieteter/verpachteter Grundbesitz)?

Jahresbetrag Volle Euro
Trifft nicht zu, Haushalt hat keinen weiteren Grundbesitz. 8

87 Zahlte Ihr Haushalt im Jahr 2021 Kredite (Abzahlung von Hypotheken und Bauspardarlehen) für die selbst bewohnte Wohnung/ das selbst bewohnte Einfamilienhaus zurück?

Ja 1
Nein 8 → 89

MUSTER

88 In welcher Höhe zahlte Ihr Haushalt im Jahr 2021 Kredite (Abzahlung von Hypotheken und Bauspardarlehen) für die selbst bewohnte Wohnung/ das selbst bewohnte Einfamilienhaus zurück?

i Entnehmen Sie die Beträge dem Kreditlaufplan oder dem Kontoauszug. Wenn Sie einen Kredit für mehrere Wohnungen im Haus zurückzahlen, geben Sie bitte nur für die selbst bewohnte Wohnung den Anteil am Gesamtkredit an. Geben Sie bitte den durchschnittlichen Monatsbetrag an.

Monatsbetrag Zinsen und Tilgung
 darunter: Monatsbetrag Zinsen

Volle Euro

89 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2021 eine der folgenden genannten Zahlungen geleistet?

i Sollten mehrere Personen aus Ihrem Haushalt Zahlungen an Personen geleistet haben, die außerhalb Ihres Haushalts lebten, rechnen Sie bitte alle Beträge zusammen.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Monatsbetrag (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Unterhaltszahlungen an Personen, die nicht im Haushalt lebten	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	oder <input type="text" value=""/>
Sonstige regelmäßige Zahlungen an Personen, die nicht im Haushalt lebten	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	oder <input type="text" value=""/>

Gesundheitsausgaben

90 Denken Sie bitte an die Ausgaben oder Zuzahlungen, die Ihr Haushalt in den letzten 12 Monaten für medizinische Untersuchungen und Behandlungen hatte. Nicht gemeint sind die Beiträge zur Krankenversicherung, Ausgaben für zahntechnische Leistungen oder Kosten für Arzneimittel.

Welche der folgenden Aussagen für die ärztliche Versorgung trifft zu?

Die Kosten für ärztliche Versorgung sind für den Haushalt ...

- eine große Belastung. 1
- eine gewisse Belastung. 2
- keine Belastung. 3

Trifft nicht zu, kein Bedarf an medizinischen Untersuchungen oder Behandlungen. 9

91 Denken Sie bitte an die Ausgaben oder Zuzahlungen, die Ihr Haushalt in den letzten 12 Monaten für zahnärztliche/kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen hatte. Nicht gemeint sind die Beiträge zur Krankenversicherung.

Welche der folgenden Aussagen für die zahnärztliche/kieferorthopädische Versorgung trifft zu?

Die Kosten für zahnärztliche/kieferorthopädische Versorgung sind für den Haushalt ...

eine große Belastung. 1

eine gewisse Belastung. 2

keine Belastung. 3

Trifft nicht zu, kein Bedarf an zahnärztlichen/kieferorthopädischen Untersuchungen oder Behandlungen. 9

92 Denken Sie bitte an die Ausgaben oder Zuzahlungen, die Ihr Haushalt in den letzten 12 Monaten für Arzneimittel (verschreibungspflichtige und nicht-verschreibungspflichtige) hatte. Nicht gemeint sind die Beiträge zur Krankenversicherung und Ausgaben für Empfängnisverhütung.

Welche der folgenden Aussagen für Arzneimittel trifft zu?

Die Kosten für Arzneimittel sind für den Haushalt ...

eine große Belastung. 1

eine gewisse Belastung. 2

keine Belastung. 3

Trifft nicht zu, kein Bedarf an Arzneimitteln. 9

MUSTER

Informations- und Kommunikationstechnologie im Haushalt

93 Hat Ihr Haushalt einen Internetzugang?

i Gemeint ist die Möglichkeit, **zu Hause** ins Internet zu gelangen. Der Zugang zum Internet kann dabei sowohl über stationäre (z. B. Desktop-Computer) als auch über mobile Endgeräte (z. B. Smartphone) erfolgen.

Ja 1

Nein 8

Ich weiß es nicht. 7

} → 95

94 Welche Datenübertragungsrate (Verbindungsgeschwindigkeit) hat Ihr Haushalt für den Internetanschluss vertraglich vereinbart?

i Wenn Ihr Haushalt über mehrere Internetanschlüsse verfügt, beziehen Sie bitte Ihre Angabe auf den Internetanschluss mit der höchsten Datenübertragungsrate.

- 1 bis 6 Mbit/s 1
- Über 6 bis 16 Mbit/s 2
- Über 16 bis 30 Mbit/s 3
- Über 30 bis 50 Mbit/s 4
- Über 50 bis 100 Mbit/s 5
- Über 100 bis 200 Mbit/s 6
- Über 200 bis 400 Mbit/s 10
- Über 400 bis 1000 Mbit/s 11
- Über 1000 Mbit/s 12

Kindertagesbetreuung

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

- Ja
- Nein

96 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"/>				
Tagesmutter/Tagesvater 2	<input type="checkbox"/>				
Au-Pair, Babysitter/-in 3	<input type="checkbox"/>				
Vorschulische Einrichtung (z. B. Vorklassen, Schulkindergarten, Vorschulklassen) 4	<input type="checkbox"/>				
Betreuung für Schulkinder vor/nach dem Unterricht (z. B. Hort, betreute Grundschule) 5	<input type="checkbox"/>				
Verwandte, Freunde, Nachbarn 6	<input type="checkbox"/>				
Keine der genannten Kategorien trifft zu. 7	<input type="checkbox"/> → 100				

MUSTER

97 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"/>				
Tagesmutter/Tagesvater 2	<input type="checkbox"/>				
Au-Pair, Babysitter/-in 3	<input type="checkbox"/>				
Vorschulische Einrichtung (z. B. Vorklassen, Schulkindergarten, Vorschulklassen) 4	<input type="checkbox"/>				
Betreuung für Schulkinder vor/nach dem Unterricht (z. B. Hort, betreute Grundschule) 5	<input type="checkbox"/>				
Verwandte, Freunde, Nachbarn 6	<input type="checkbox"/>				
Keine der genannten Kategorien trifft zu. 7	<input type="checkbox"/>				

98 Lebt in Ihrem Haushalt mindestens ein Kind im Alter von 12 Jahren oder jünger?

- Ja
- Nein → 100

99 Wie viele Stunden wird das Kind in einer üblichen Woche betreut?

Bitte geben Sie für jedes Kind im Alter von 12 Jahren oder jünger und für jede zutreffende Betreuungsform die volle Stundenzahl an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Kindertagesstätte (Kindergarten, Kinderkrippe)	<input type="text"/>				
Tagesmutter/Tagesvater	<input type="text"/>				
Au-Pair, Babysitter/-in	<input type="text"/>				
Vorschulische Einrichtung (z. B. Vorklassen, Schulkindergarten, Vorschulklassen)	<input type="text"/>				
Betreuung für Schulkinder vor/nach dem Unterricht (z. B. Hort, betreute Grundschule)	<input type="text"/>				
Verwandte, Freunde, Nachbarn	<input type="text"/>				
Trifft nicht zu, Kind wird nur durch Eltern betreut. 8	<input type="checkbox"/>				

MUSTER

Beteiligung an der Erhebung

100 Hat ein Haushaltsmitglied die Fragen 1 bis 99 beantwortet?

Ja, und zwar die Person mit der Nummer
(siehe Namenslasche)

Nein 8

101 Wie viele Minuten wurden benötigt, diesen Teil des Fragebogens zu beantworten?

Anzahl der Minuten

Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsdauer

102 Sind Sie in Deutschland geboren?

i Der Geburtsort ist auch dann Deutschland, wenn
– der Geburtsort zum Zeitpunkt der Geburt zu Deutschland gehörte, heute aber nicht mehr zum Staatsgebiet von Deutschland gehört (z. B. Breslau vor 1945);
– der Geburtsort zum heutigen Staatsgebiet von Deutschland gehört, zum Zeitpunkt der Geburt aber nicht (z. B., wenn die Person im Zeitraum von 1949 bis 1990 in Dresden – damals DDR – oder von 1947 bis 1956 im Saarland geboren wurde).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/> → 104				

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

i Der Begriff „heutiges Staatsgebiet“ meint die heutigen Staatsgrenzen der Bundesrepublik Deutschland (Gebietsstand seit dem 03.10.1990).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/> → 107				
Nein 8	<input type="checkbox"/>				

104 In welchem heutigen Staat liegt Ihr Geburtsort?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

105 Wann sind Sie (erstmal) auf das heutige Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen?

i Siehe auch S. 119: „Heutiges Staatsgebiet“.

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

106 Was war der wichtigste Grund für Ihren Zuzug auf das heutige Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland?

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

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Arbeit/Beschäftigung: Arbeitsstelle bereits vor der Einreise gefunden 1	<input type="checkbox"/>				
Arbeit/Beschäftigung: keine Arbeitsstelle vor der Einreise gefunden 2	<input type="checkbox"/>				
Studium bzw. andere Aus- und Weiterbildung 3	<input type="checkbox"/>				
Mit einem Familienmitglied eingereist oder einem Familienmitglied gefolgt (Familienzusammenführung) 4	<input type="checkbox"/>				
Heirat/Partnerschaft mit einer in Deutschland lebenden Person (Familiengründung) 5	<input type="checkbox"/>				
Flucht, Verfolgung, Vertreibung, Asyl 6	<input type="checkbox"/>				
EU-Freizügigkeit: Wunsch nach Niederlassung in Deutschland 7	<input type="checkbox"/>				
Ruhestand 8	<input type="checkbox"/>				
Anderer Hauptgrund 9	<input type="checkbox"/>				

107 Welche Sprache bzw. welche Sprachen sprechen Sie zu Hause?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ich spreche zu Hause nur Deutsch. 1	<input type="checkbox"/> → 109				
Ich spreche zu Hause Deutsch und mindestens eine andere Sprache. 2	<input type="checkbox"/>				
Ich spreche zu Hause nicht Deutsch, sondern eine andere Sprache bzw. andere Sprachen. 3	<input type="checkbox"/>				

MUSTER

108 Welche Sprache sprechen Sie vorwiegend zu Hause?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Albanisch	<input type="checkbox"/>				
Arabisch	<input type="checkbox"/>				
Bosnisch	<input type="checkbox"/>				
Bulgarisch	<input type="checkbox"/>				
Chinesisch	<input type="checkbox"/>				
Dänisch	<input type="checkbox"/>				
Deutsch	<input type="checkbox"/>				
Englisch	<input type="checkbox"/>				
Französisch	<input type="checkbox"/>				
Griechisch	<input type="checkbox"/>				
Italienisch	<input type="checkbox"/>				
Kroatisch	<input type="checkbox"/>				
Kurdisch	<input type="checkbox"/>				
Mazedonisch	<input type="checkbox"/>				
Niederländisch	<input type="checkbox"/>				
Paschtu	<input type="checkbox"/>				
Persisch	<input type="checkbox"/>				
Polnisch	<input type="checkbox"/>				
Portugiesisch	<input type="checkbox"/>				
Rumänisch	<input type="checkbox"/>				
Russisch	<input type="checkbox"/>				
Serbisch	<input type="checkbox"/>				
Spanisch	<input type="checkbox"/>				
Türkisch	<input type="checkbox"/>				
Ungarisch	<input type="checkbox"/>				
Vietnamesisch	<input type="checkbox"/>				
Eine andere in Europa gesprochene Sprache	<input type="checkbox"/>				
Eine andere in Afrika gesprochene Sprache	<input type="checkbox"/>				
Eine andere in Asien gesprochene Sprache	<input type="checkbox"/>				
Eine sonstige Sprache	<input type="checkbox"/>				

MUSTER

109 Haben Sie Ihren Aufenthalt auf dem heutigen Staatsgebiet der Bundesrepublik 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"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/> → 111				

110 In welchem Jahr sind Sie nach der letzten mindestens einjährigen Unterbrechung auf das heutige Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland zurückgekehrt?

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

111 Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, nur die deutsche Staatsangehörigkeit 1	<input type="checkbox"/> → 116				
Ja, die deutsche Staatsangehörigkeit und mindestens eine weitere (ausländische) Staatsangehörigkeit 2	<input type="checkbox"/> → 115				
Nein 8	<input type="checkbox"/>				

112 Welche ausländische Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

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

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

MUSTER

113 Besitzen Sie eine weitere ausländische Staatsangehörigkeit?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/> → 125				

114 Welche 2. ausländische Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

} → 125

115 Welche weitere Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

116 Wie haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit erlangt?

i Siehe auch S. 120: **8** „Staatsangehörigkeit“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Durch Geburt	1 <input type="checkbox"/> → 119	<input type="checkbox"/> → 119			
Als (Spät-)Aussiedler/-in ohne Einbürgerung	2 <input type="checkbox"/> → 125	<input type="checkbox"/> → 125			
Als (Spät-)Aussiedler/-in mit Einbürgerung	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch Einbürgerung (nicht [Spät-]Aussiedler/-in)	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"/> → 125	<input type="checkbox"/> → 125			

117 Wann wurden Sie eingebürgert?

Jahr

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

118 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

Person 2

Person 3 → 125

Person 4

Person 5

119 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"/> → 122				
Nein	<input type="checkbox"/>				

120 Ist Ihre Mutter nach Deutschland (heutiges Staatsgebiet) zugezogen?

i Siehe auch S. 119: **7** „Heutiges Staatsgebiet“.

	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"/>

121 Besitzt bzw. besaß Ihre Mutter die deutsche Staatsangehörigkeit?

i Siehe auch S. 120: **3** „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 (nicht [Spät-]Aussiedlerin)	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"/>
Ja, aber ich weiß nicht, wie diese erlangt wurde.	6 <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"/>

122 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"/> → 125				
Nein	<input type="checkbox"/>				

123 Ist Ihr Vater nach Deutschland (heutiges Staatsgebiet) zugezogen?

i Siehe auch S. 119: **7** „Heutiges Staatsgebiet“.

	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"/>

Muster

124 Besitzt bzw. besaß Ihr Vater die deutsche Staatsangehörigkeit?

i Siehe auch S. 120: **8** „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 (nicht [Spät-]Aussiedler)	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"/>
Ja, aber ich weiß nicht, wie diese erlangt wurde.	6 <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"/>

125 Wurde Ihr Vater in Deutschland (heutiges Staatsgebiet) geboren?

i Siehe auch S. 119: **7** „Heutiges Staatsgebiet“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 127	<input type="checkbox"/> → 127			
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"/> → 127	<input type="checkbox"/> → 127			

126 In welchem heutigen Staat liegt der Geburtsort Ihres Vaters?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

MUSTER

127 Wurde Ihre Mutter in Deutschland (heutiges Staatsgebiet) geboren?

i Siehe auch S. 119: **7** „Heutiges Staatsgebiet“.

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

128 In welchem heutigen Staat liegt der Geburtsort Ihrer Mutter?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

Besuch von Schule oder Hochschule

129 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 zutraf, 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"/> → 137	<input type="checkbox"/> → 137			

130 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"/> → 133	<input type="checkbox"/> → 133			

131 Waren Sie am 31.12.2021 16 Jahre oder älter?

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

132 Welchen Abschluss streben Sie mit der Ausbildung an?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Hauptschulabschluss	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur (Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehre oder vergleichbarer Berufsfachschulabschluss	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meisterabschluss	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachschul- oder gleichwertiger Abschluss	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschul- oder Hochschulabschluss	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiger Abschluss	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte benennen Sie den angestrebten sonstigen Abschluss.

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

133 Welche Schule/Hochschule haben Sie 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"/> → 137	<input type="checkbox"/> → 137			
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.

Muster

noch:

133 Berufliche Schulen, die einen allgemeinen Schulabschluss vermitteln

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Berufliche Schule, die zur mittleren Reife führt (z. B. Berufsfachschule) 12	<input type="checkbox"/>				
Berufliche Schule, die zur Hochschul-/Fachhochschulreife führt					
Fachoberschule 13	<input type="checkbox"/>				
Berufsfachschule 14	<input type="checkbox"/>				
Berufsoberschule, Technische Oberschule 15	<input type="checkbox"/>				
Berufliche Schulen					
Berufsvorbereitungsjahr 16	<input type="checkbox"/>				
Berufsgrundbildungsjahr 17	<input type="checkbox"/> → 137				
Berufsschule 18	<input type="checkbox"/>				
Berufsfachschule, die einen Berufsabschluss vermittelt 19	<input type="checkbox"/>				
Ausbildungsstätte/Schule für Gesundheits- und Sozialberufe					
einjährig (z. B. Altenpflegehelfer/-in) 20	<input type="checkbox"/>				
zweijährig (z. B. Masseur/-in, PTA) 21	<input type="checkbox"/>				
dreijährig (z. B. Physiotherapie, MTA, Altenpflege) 22	<input type="checkbox"/>				
Ausbildungsstätte/Schule für Erzieher/-innen 23	<input type="checkbox"/>				
Meisterausbildung an Fachschulen 24	<input type="checkbox"/> → 135				
Fachschule unter anderem für Techniker/-innen, Betriebswirtinnen/Betriebswirte 25	<input type="checkbox"/> → 137				
Fachakademie (nur in Bayern) 26	<input type="checkbox"/>				
Hochschulen					
Berufsakademie 27	<input type="checkbox"/>				
Verwaltungsfachhochschule 28	<input type="checkbox"/>				
Fachhochschule (auch Hochschule [FH] für angewandte Wissenschaften), Duale Hochschule (in Baden-Württemberg und Thüringen) 29	<input type="checkbox"/> → 136				
Universität (wissenschaftliche Hochschule, auch: Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule, Theologische Hochschule) 30	<input type="checkbox"/>				
Promotionsstudium 31	<input type="checkbox"/> → 137				

MUSTER

134 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"/>				
Klassenstufe 5 bis 9/10 2	<input type="checkbox"/> → 137				
Gymnasiale Oberstufe 3	<input type="checkbox"/>				

135 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 der Hauswirtschaft, Installateur- und Heizungsbauermeister/-in oder Ähnliches.

Person 1	<input type="text"/>	} → 137
Person 2	<input type="text"/>	
Person 3	<input type="text"/>	
Person 4	<input type="text"/>	
Person 5	<input type="text"/>	

136 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"/>

137 Sind Sie 15 Jahre oder älter?

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

Beschäftigungssituation in der Berichtswoche

138 Haben Sie in der Berichtswoche mindestens 1 Stunde gegen Bezahlung gearbeitet? Bitte berücksichtigen Sie auch selbstständige und kleine Tätigkeiten.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 146	<input type="checkbox"/> → 146			
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

139 Haben Sie in der Berichtswoche mindestens 1 Stunde als unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb gearbeitet?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 146	<input type="checkbox"/> → 146			
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

140 Haben Sie normalerweise eine Arbeit oder einen Job, den Sie aber in der Berichtswoche nicht ausgeübt haben?

Mögliche Gründe sind z. B. Urlaub, Krankheit oder Elternzeit.

Ja 1

Nein 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/> → 142				
<input type="checkbox"/>				

141 Haben Sie in der Berichtswoche irgendeine Gelegenheitsarbeit oder einen Nebenjob gegen Bezahlung ausgeübt, wie zum Beispiel in der Liste genannt? Es geht um Tätigkeiten, die nicht für die eigene Familie ausgeübt werden.

i Es geht um Tätigkeiten, wie ...

- Bedienung, Servicekraft oder Aushilfe in einer Bar, einem Restaurant oder Hotel
- Haushaltshilfe oder Reinigungskraft
- Fahrer/-in bei einem Lieferservice für Restaurants, Onlineshops oder als Paketbotin/ Paketbote
- Babysitter/-in
- Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Personen
- Verteilen von Werbung oder kostenlosen Zeitungen
- Hostess/Gentleman Host
- Nachhilfestunden
- Helfer/-in im Renovierungs- oder Baubereich (mit Tätigkeiten wie z. B. Streichen, Tapezieren, Verputzen, Elektrik, Sanitär)
- Gartenarbeiten (Rasenmähen, Hecken- und Baumpflege, etc.)
- Erntehelfer/-in
- Analysen oder Berichte erstellen, wissenschaftliche Arbeiten
- Wissenschaftliche Hilfskraft
- Buchhalterische Tätigkeiten
- Übersetzer/-in
- Trainer/-in in Sportvereinen
- Aushilfe im Bereich „Security“ oder im Sicherheitsdienst
- Freiberufler/-in über Online-Plattformen
- Artist/-in oder Künstler/-in
- Blogger/-in, Influencer/-in oder Erstellen sonstiger Online-Inhalte gegen Bezahlung
- Betreuung von Haustieren
- Vorbereitung von Veranstaltungen
- Sonstiges

Ja 1

Nein 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/> → 146				
<input type="checkbox"/> → 194				

Muster

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

i Siehe auch S. 120:
9 „Altersteilzeit“ und
10 „Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz“.

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)	<input type="checkbox"/>				
Urlaub, Sonderurlaub	<input type="checkbox"/>				
Ausgleichsurlaub (im Rahmen eines Arbeitszeitkontos oder einer vertraglichen Jahresarbeitszeit)	<input type="checkbox"/> → 146				
Mutterschutz	<input type="checkbox"/>				
Altersteilzeit	<input type="checkbox"/>				
Berufliche Aus- und Weiterbildung	<input type="checkbox"/>				
Elternzeit	<input type="checkbox"/>				
Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz	<input type="checkbox"/>				
Nebensaison	<input type="checkbox"/> → 145				
Streik, Aussperrung	<input type="checkbox"/>				
Schlechtwetterlage	<input type="checkbox"/>				
Kurzarbeit aus technischen oder wirtschaftlichen Gründen	<input type="checkbox"/> → 144				
Allgemeine Aus- und Fortbildung, Schulbesuch	<input type="checkbox"/>				
Persönliche oder familiäre Verpflichtungen	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Gründe	<input type="checkbox"/>				
Ich habe bereits eine Arbeitsstelle gefunden, aber in der Berichtswoche noch nicht gearbeitet.	<input type="checkbox"/> → 194				

143 Erhalten Sie weiterhin Lohn- oder Gehaltsfortzahlung, staatliche oder soziale Leistungen, die Ihr Gehalt ganz oder teilweise ersetzen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/> → 146				
Nein	<input type="checkbox"/>				
Trifft nicht zu, da Selbstständige/-r, Freiberufler/-in ...	<input type="checkbox"/>				

144 Wie lange dauert die Unterbrechung Ihrer Arbeit insgesamt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
3 Monate oder weniger	<input type="checkbox"/> → 146				
Länger als 3 Monate	<input type="checkbox"/> → 195				

145 Üben Sie in der Nebensaison irgendwelche Aufgaben oder Tätigkeiten für diese Arbeit aus?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/>				
Nein	<input type="checkbox"/> → 195				

Gegenwärtige Tätigkeit in der Berichtswoche

146 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. 120: **iii** „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"/> → 148	<input type="checkbox"/> → 148	<input type="checkbox"/> → 148	<input type="checkbox"/> → 148	<input type="checkbox"/> → 148
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"/> → 148	<input type="checkbox"/> → 148			
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"/>

147 Mit wem haben Sie Ihren Ausbildungsvertrag abgeschlossen?

i Gemeint sind hier Ausbildungen 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"/>

148 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. 120:  „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 (Arbeitsgelegenheit von Personen mit ALG II)	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 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"/>

Gegenwärtige Tätigkeit in der Berichtswoche

150 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	<input style="width: 400px; height: 25px;" type="text"/>
Person 2	<input style="width: 400px; height: 25px;" type="text"/>
Person 3	<input style="width: 400px; height: 25px;" type="text"/>
Person 4	<input style="width: 400px; height: 25px;" type="text"/>
Person 5	<input style="width: 400px; height: 25px;" type="text"/>

Muster

151 Welche Berufsbezeichnung hat Ihre gegenwärtige Tätigkeit?



Z. B.

- Modeverkäufer/-in
- Grundschullehrer/-in
- Reiseverkehrskaufmann/-frau
- Bauingenieur/-in
- Elektronikmechaniker/-in
- Bauhilfsarbeiter/-in
- Krankenpfleger/-in

Person 1	
Person 2	
Person 3	
Person 4	
Person 5	

152 Arbeiten Sie in Ihrer Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft?

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

153 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"/>				
Beschäftigte beaufsichtigen 2	<input type="checkbox"/>				
Arbeit verteilen 3	<input type="checkbox"/>				
Arbeitsergebnisse kontrollieren 4	<input type="checkbox"/>				
Keiner der genannten Aufgabenbereiche 8	<input type="checkbox"/>				

MUSTER

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

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

Bei **Zeit- oder Leiharbeit** tragen Sie bitte den Wirtschaftszweig/die Branche ein, in dem/der Sie Ihre gegenwärtige 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. 121:

15 „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1	
Person 2	
Person 3	
Person 4	
Person 5	

155 Schreiben Sie bitte den Betriebsnamen sowie die Anschrift des Betriebes in die ausgeklappte Lasche auf Seite 2.

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

156 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.

Wenn Sie in einem privatisierten Nachfolgeunternehmen der Deutschen Post/der Bundesbahn arbeiten oder in einer Kirche beschäftigt sind, geben Sie hier bitte „Nein“ 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

157 Wie viele Personen arbeiten in dem Betrieb (örtliche Niederlassung), in dem Sie gegenwärtig 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.

Bis 10 Personen	1	<input type="checkbox"/>	Person 1	<input type="checkbox"/>	Person 2	<input type="checkbox"/>	Person 3	<input type="checkbox"/>	Person 4	<input type="checkbox"/>	Person 5
11 bis 19 Personen	2	<input type="checkbox"/>	}								
20 bis 49 Personen	3	<input type="checkbox"/>									
50 bis 249 Personen	4	<input type="checkbox"/>	→ 159								
250 bis 499 Personen	5	<input type="checkbox"/>	}								
500 Personen oder mehr	6	<input type="checkbox"/>									

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

Anzahl der Personen	<input type="text"/>	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"/>
---------------------------	----------------------	----------	----------------------	----------	----------------------	----------	----------------------	----------	----------------------	----------	----------------------

Arbeitsplatz- oder Berufswechsel

159 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.

Ja	1	<input type="checkbox"/>	Person 1	<input type="checkbox"/>	Person 2	<input type="checkbox"/>	Person 3	<input type="checkbox"/>	Person 4	<input type="checkbox"/>	Person 5
Nein	8	<input type="checkbox"/>	→ 161								

160 Aus welchem Grund haben Sie Ihren Arbeitsplatz/ Ihr Geschäftsfeld gewechselt?

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

Antritt oder Suche nach einer besseren Arbeit	1	<input type="checkbox"/>	Person 1	<input type="checkbox"/>	Person 2	<input type="checkbox"/>	Person 3	<input type="checkbox"/>	Person 4	<input type="checkbox"/>	Person 5
Sonstige Gründe	2	<input type="checkbox"/>									



161 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"/>

Dauer und Umfang der gegenwärtigen Tätigkeit

162 Arbeiten Sie in Ihrer gegenwärtigen Tätigkeit in Vollzeit oder in Teilzeit?

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"/> → 165	<input type="checkbox"/> → 165			
Teilzeittätigkeit	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

163 Aus welchem Grund arbeiten Sie in Teilzeit?

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"/> → 165	<input type="checkbox"/> → 165	<input type="checkbox"/> → 165	<input type="checkbox"/> → 165	<input type="checkbox"/> → 165
Eigene Krankheit, Unfallfolgen	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit, Behinderung	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Kindern	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Menschen mit Behinderung	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von pflegebedürftigen Personen	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere familiäre Gründe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere persönliche Gründe	10 <input type="checkbox"/> → 165	<input type="checkbox"/> → 165			
Ich möchte Teilzeit arbeiten.	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Hauptgrund	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

164 Aus welchem Grund betreuen Sie Kinder, Menschen mit Behinderung oder pflegebedürftige Personen selbst?

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

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
In der Nähe gibt es kein geeignetes Betreuungsangebot. 1	<input type="checkbox"/>				
Zu den benötigten Tageszeiten steht kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung. 2	<input type="checkbox"/>				
Das geeignete Betreuungsangebot ist nicht bezahlbar. 3	<input type="checkbox"/>				
Ich möchte die Betreuung selbst übernehmen. 4	<input type="checkbox"/>				
Andere Gründe sind ausschlaggebend. 9	<input type="checkbox"/>				

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

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/> → 167				

166 Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche?

i Wenn Ihre Arbeitszeiten stark variieren, schätzen Sie bitte die durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden auf Basis der letzten 4 bis 12 Wochen.

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

	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"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
	↳ 172	↳ 172	↳ 172	↳ 172	↳ 172

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

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

168 Ist Ihr Arbeitsvertrag, Ihre Tätigkeit befristet?

i Ein Ausbildungsvertrag gilt als befristet.

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

169 Haben Sie einen schriftlichen Arbeitsvertrag oder eine mündliche Vereinbarung?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Schriftlicher Arbeitsvertrag 1	<input type="checkbox"/>				
Mündliche Arbeitsvereinbarung 2	<input type="checkbox"/>				

MUSTER

170 Arbeiten Sie normalerweise so viele Stunden pro Woche wie vertraglich vereinbart?

	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"/>

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

i Wenn Ihre Arbeitszeiten stark variieren, schätzen Sie bitte die durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden auf Basis der letzten 4 bis 12 Wochen.
 Siehe auch S. 121: **14** „Bereitschaftszeiten“.

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

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

172 Gab es in der Berichtswoche einen Tag oder mehrere Tage, an dem/denen Sie aufgrund von Urlaub oder Feiertagen nicht gearbeitet haben?

	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"/> → 174	<input type="checkbox"/> → 174			

173 Wie viele Tage haben Sie insgesamt in der Berichtswoche aufgrund von Urlaub oder Feiertagen nicht gearbeitet?

i Bitte berücksichtigen Sie auch halbe Tage und zählen Sie diese als 0,5.

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

174 Gab es in der Berichtswoche (weitere) Tage, an denen Sie aufgrund von Krankheit, Verletzungen oder vorübergehender Einschränkung nicht gearbeitet haben?

	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"/> → 176	<input type="checkbox"/> → 176			

175 Wie viele Tage haben Sie insgesamt in der Berichtswoche aufgrund von Krankheit nicht gearbeitet?

i Bitte berücksichtigen Sie auch halbe Tage und zählen Sie diese als 0,5.

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

176 Gab es in der Berichtswoche (weitere) Tage, an denen Sie aus anderen Gründen nicht gearbeitet haben?

	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"/> → 178	<input type="checkbox"/> → 178			

177 Wie viele Tage haben Sie insgesamt in der Berichtswoche aus anderen Gründen nicht gearbeitet?

i Bitte berücksichtigen Sie auch halbe Tage und zählen Sie diese als 0,5.

Anzahl der Tage

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

178 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, Schichtarbeiten, Feiertagen, Krankheit oder Ähnlichem.

Zur **tatsächlichen Arbeitszeit** gehören auch Weiter- und Fortbildungen, Bereitschaftszeiten, mobile Arbeitszeiten oder Arbeiten von zu Hause, sofern sie Bestandteil Ihrer Erwerbstätigkeit sind.

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

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

Anzahl der Stunden

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

Weitere Erwerbstätigkeiten/Nebenjobs

179 Hatten Sie in der Berichtswoche mehr als eine bezahlte Tätigkeit oder mehr als einen Job?

i Auch eine weitere Tätigkeit als Selbstständige/-r oder unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r zählt als solche.

Ja, ich hatte 2 Arbeitsstellen bzw. Jobs. 1

Ja, ich hatte mehr als 2 Arbeitsstellen bzw. Jobs. 2

Nein 8

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

180 Ist Ihre weitere Tätigkeit eine geringfügige Beschäftigung?

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

Siehe auch S. 120: **12** „Geringfügige Beschäftigung“.

Ja, ein 450-Euro-Job, Mini-Job (Verdienst durchschnittlich höchstens 450 Euro pro Monat) 1

Ja, eine kurzfristige Beschäftigung (höchstens 3 Monate oder 70 Arbeitstage im Jahr) ... 2

Ja, ein Ein-Euro-Job (Arbeitsgelegenheit von Personen mit ALG II) 3

Nein 8

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

181 Wie häufig üben Sie Ihre weitere Tätigkeit aus?

Regelmäßig 1

Unregelmäßig, gelegentlich 2

Saisonal begrenzt 3

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

182 Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer weiteren Tätigkeit?

i Siehe auch S. 120: **ii** „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"/>

183 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

MUSTER

184 Welche Berufsbezeichnung hat Ihre weitere Tätigkeit?

i Z. B.

- Modeverkäufer/-in
- Grundschullehrer/-in
- Reiseverkehrskaufmann/-frau
- Bauingenieur/-in
- Elektronikmechaniker/-in
- Bauhilfsarbeiter/-in
- Krankenpfleger/-in

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

185 Arbeiten Sie in Ihrer weiteren Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft?

	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"/>

186 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.

Bei **Zeit- oder Leiharbeit** 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. 121:

☒ „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

MUSTER

187 Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise in Ihrer weiteren Tätigkeit pro Woche, einschließlich regelmäßiger Mehrstunden und Bereitschaftszeiten?

i Wenn Ihre Arbeitszeiten stark variieren, schätzen Sie bitte die durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden auf Basis der letzten 4 bis 12 Wochen.

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

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

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

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

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

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

Gewünschter Umfang an Arbeitsstunden

189 Würden Sie gerne Ihre normale Wochenarbeitszeit beibehalten oder mit entsprechender Anpassung des Verdienstes verändern?

i Zur **Wochenarbeitszeit** zählen sowohl Haupt- als auch Nebentätigkeiten.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Beibehalten	1 <input type="checkbox"/> → 193	<input type="checkbox"/> → 193			
Erhöhen	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verringern	3 <input type="checkbox"/> → 192	<input type="checkbox"/> → 192			

190 Auf welche Art und Weise möchten Sie Ihre Arbeitszeit erhöhen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
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"/>
Ausschließlich durch Aufnahme einer oder mehrerer zusätzlichen Tätigkeit/-en	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Ohne Festlegung auf eine der genannten Möglichkeiten	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch eine Kombination der oben genannten Möglichkeiten	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**191 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"/>	<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"/>

192 Wie viele Stunden pro Woche möchten Sie insgesamt arbeiten?

i Zur **Wochenarbeitszeit** zählen sowohl Haupt- als auch Nebentätigkeiten.

Bitte auf halbe Stunden auf- oder abrunden (z. B. 32,5).

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

193 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 einschließlich 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"/>				
Nein	8	<input type="checkbox"/>				
		} → 220	} → 220	} → 220	} → 220	} → 220

Muster

Letzte oder unterbrochene Erwerbstätigkeit

194 Haben Sie jemals gegen Bezahlung als Arbeitnehmer/-in oder als Selbstständige/-r gearbeitet?

i Personen im Ruhestand und ehemalige Auszubildende kreuzen bitte „Ja“ an, wenn Sie insgesamt **länger als 3 Monate** gearbeitet haben.

Ehemalige mithelfende Familienangehörige kreuzen bitte „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"/> → 206	<input type="checkbox"/> → 206			

195 Haben Sie in dieser Tätigkeit länger als 3 Monate gearbeitet?

i Falls Sie mehrmals für einen kürzeren Zeitraum gegen Bezahlung gearbeitet haben (z. B. Saisonarbeit oder als studentische Hilfskraft), geben Sie bitte „Ja“ an, wenn Sie insgesamt länger als 3 Monate tätig waren.

	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"/>

196 Aus welchem Grund haben Sie Ihre letzte bezahlte Tätigkeit beendet oder unterbrochen?

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

Arbeitsmarktbezogene Gründe

	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"/>
Verkauf oder Schließung des eigenen Unternehmens	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familiäre Gründe

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"/>
Andere familiäre Gründe	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Gründe

Eigene Kündigung	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulische oder berufliche Ausbildung, Studium	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Krankheit, Unfallfolgen	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit, Behinderung	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhestand	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere persönliche Gründe	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Gründe

Anderer Hauptgrund	14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

197 Wann haben Sie Ihre letzte bezahlte Tätigkeit beendet/unterbrochen?

Monat
 Jahr

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

198 Welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten Tätigkeit/in Ihrer unterbrochenen Tätigkeit?

i Siehe auch S. 120: **ii** „Zuordnung der Tätigkeit“.

Selbstständige/-r, Freiberufler/-in

ohne Beschäftigte 1
 mit Beschäftigten 2

Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im
 familieneigenen Betrieb 3

Beamtin/Beamter (ohne Anwärter/-in), Richter/-in 4

Angestellte/-r (ohne Auszubildende) 5

Arbeiter/-in (ohne Auszubildende), Heimarbeiter/-in 6

In Ausbildung mit Ausbildungsvergütung 7

Beamtenanwärter/-in 8

Volontär/-in, Trainee, Person im bezahlten
 Praktikum 9

Zeit-, Berufssoldat/-in 10

Grundwehr-, Zivildienstleistender 11

Im freiwilligen Wehrdienst 12

Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziale,
 ökologisches oder kulturelles Jahr) 13

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> → 200				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> → 200				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

MUSTER

199 Mit wem hatten Sie Ihren Ausbildungsvertrag abgeschlossen?

i Gemeint sind hier Ausbildungen mit
 Ausbildungsvergütung.

Mit einem Betrieb (Firma, Geschäft, Praxis,
 Krankenhaus, Behörde) 1

Mit einer über- oder außerbetrieblichen Einrichtung,
 z. B. Berufsbildungswerk, Bildungszentrum als
 Ausbildungsträger 2

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

200 Bitte beschreiben Sie Ihre letzte/unterbrochene 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	

201 Welche Berufsbezeichnung hatte Ihre letzte Tätigkeit/hat Ihre unterbrochene Tätigkeit?

- i** Z.B.
- Modeverkäufer/-in
 - Grundschullehrer/-in
 - Reiseverkehrskaufmann/-frau
 - Bauingenieur/-in
 - Elektronikmechaniker/-in
 - Bauhilfsarbeiter/-in
 - Krankenpfleger/-in

Muster

Person 1	
Person 2	
Person 3	
Person 4	
Person 5	

202 Haben Sie in der letzten/unterbrochenen Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft gearbeitet?

	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"/>

203 Tragen Sie den Wirtschaftszweig/die Branche des Betriebs (örtliche Niederlassung) ein, in dem/der Sie zuletzt gearbeitet haben bzw. den Wirtschaftszweig/die Branche der unterbrochenen Tätigkeit.

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

Bei **Zeit- oder Leiharbeit** tragen Sie bitte den Wirtschaftszweig/die Branche ein, in dem/der Sie Ihre letzte/unterbrochene 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. 121:

IB „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1
 Person 2
 Person 3
 Person 4
 Person 5

204 Waren Sie in der letzten/unterbrochenen 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.

Wenn Sie zuletzt in einem privatisierten Nachfolgeunternehmen der Deutschen Post/der Bundesbahn oder in der Kirche beschäftigt waren, geben Sie hier bitte „Nein“ an.

Ja 1
 Nein 8

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

205 Welche Art von Beschäftigungsverhältnis hatten Sie in Ihrer letzten Haupttätigkeit?

Ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis 1
 Ein befristetes Beschäftigungsverhältnis 8

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

206 Haben Sie in der Berichtswoche oder den 3 Wochen davor etwas unternommen, um eine (neue) Arbeit zu finden? Dazu gehört auch die Suche nach einer Arbeit mit wenigen Stunden oder Aktivitäten zur Gründung einer Firma.

	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"/> → 208	<input type="checkbox"/> → 208			

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

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Suche über die Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) 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"/>
Bewerbungen auf nicht ausgeschriebene Stellen (Initiativbewerbung)	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"/> → 218	<input type="checkbox"/> → 218			
Online-Lebensläufe einstellen oder aktualisieren	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 für 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"/>

208 Haben Sie in der Berichtswoche bereits eine Arbeit gefunden?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, ich habe in der Berichtswoche eine Arbeit gefunden und diese bereits begonnen.	1 <input type="checkbox"/> → 218	<input type="checkbox"/> → 218			
Ja, ich habe in der Berichtswoche eine Arbeit gefunden, aber diese noch nicht begonnen.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich habe in der Berichtswoche weder Arbeit gesucht noch gefunden.	8 <input type="checkbox"/> → 210	<input type="checkbox"/> → 210			

209 Wann nehmen Sie Ihre neue Arbeit auf?

Innerhalb der nächsten 3 Monate nach der Berichts-
woche.
Erst später, also nach mehr als 3 Monaten nach der
Berichtswoche.

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

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

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

Ja
Nein

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

**211 Aus welchem Grund haben Sie in der Berichts-
woche und den 3 Wochen davor keine Arbeit
gesucht?**

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

Keine passende Tätigkeit verfügbar
Wiedereinstellung (nach vorübergehender
Entlassung) erwartet
Eigene Krankheit, Unfallfolgen
Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit,
Behinderung
Betreuung von Kindern
Betreuung von Menschen mit Behinderung
Betreuung von pflegebedürftigen Personen
Andere familiäre Verpflichtungen
Andere persönliche Verpflichtungen
Schulische oder berufliche Ausbildung, Studium
Ruhestand
Anderer Hauptgrund

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

MUSTER

**212 Aus welchem Grund betreuen Sie Kinder,
Menschen mit Behinderung oder pflege-
bedürftige Personen selbst?**

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

In der Nähe gibt es kein geeignetes Betreuungs-
angebot.
Zu den benötigten Tageszeiten steht kein
geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung.
Das geeignete Betreuungsangebot ist nicht
bezahlbar.
Ich möchte die Betreuung selbst übernehmen.
Andere Gründe sind ausschlaggebend.

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

213 Angenommen, Ihnen wäre in der Berichtswoche eine bezahlte Arbeit 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"/> → 220	<input type="checkbox"/> → 220			
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

214 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.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Schulische oder berufliche Ausbildung, Studium	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Krankheit, Unfallfolgen	2 <input type="checkbox"/> → 220	<input type="checkbox"/> → 220			
Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit, Behinderung	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"/>
Andere familiäre Verpflichtungen	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere persönliche Verpflichtungen	8 <input type="checkbox"/> → 220	<input type="checkbox"/> → 220			
Ruhestand	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Hauptgrund	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

215 Aus welchem Grund betreuen Sie Kinder, Menschen mit Behinderung oder pflegebedürftige Personen selbst?

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

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
In der Nähe gibt es kein geeignetes Betreuungsangebot.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu den benötigten Tageszeiten steht kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das geeignete Betreuungsangebot ist nicht bezahlbar.	3 <input type="checkbox"/> → 220	<input type="checkbox"/> → 220			
Ich möchte die Betreuung selbst übernehmen.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gründe sind ausschlaggebend.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muster

216 Aus welchem Grund möchten oder können Sie nicht arbeiten?

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

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Schulische oder berufliche Ausbildung, Studium	<input type="checkbox"/>				
Eigene Krankheit, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/>				
Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit, Behinderung	<input type="checkbox"/>				
Betreuung von Kindern	<input type="checkbox"/>				
Betreuung von Menschen mit Behinderung	<input type="checkbox"/>				
Betreuung von pflegebedürftigen Personen	<input type="checkbox"/>				
Andere familiäre Verpflichtungen	<input type="checkbox"/>				
Andere persönliche Verpflichtungen	<input type="checkbox"/>				
Ruhestand	<input type="checkbox"/>				
Anderer Hauptgrund	<input type="checkbox"/>				

217 Aus welchem Grund betreuen Sie Kinder, Menschen mit Behinderung oder pflegebedürftige Personen selbst?

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

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
In der Nähe gibt es kein geeignetes Betreuungsangebot.	<input type="checkbox"/>				
Zu den benötigten Tageszeiten steht kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>				
Das geeignete Betreuungsangebot ist nicht bezahlbar.	<input type="checkbox"/>				
Ich möchte die Betreuung selbst übernehmen.	<input type="checkbox"/>				
Andere Gründe sind ausschlaggebend.	<input type="checkbox"/>				

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

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

219 Angenommen, Ihnen wäre in der Berichtswoche eine bezahlte Arbeit 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"/>	<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"/>

Selbsteinschätzung zur Lebenssituation in der Berichtswoche

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

i Siehe auch S. 120:
9 „Altersteilzeit“ und
10 „Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz“.

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

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Elternzeit	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersteilzeit	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz	4 <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, Auszubildende/-r) nicht in Elternzeit/Altersteilzeit/Freistellung	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in					
ohne Beschäftigte	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Beschäftigten	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr), im freiwilligen Wehrdienst	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüler/-in, Student/-in	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Ruhestand oder im Vorruhestand	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslos	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausfrau/Hausmann, Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Personen	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerhaft erwerbsunfähig	14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	15 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

221 In welchem Jahr waren Sie erstmals erwerbstätig?

i **Dazu zählt auch** die Lehre/betriebliche Berufsausbildung und die Ausbildung an einer Berufsakademie/Dualen Hochschule.

Kreuzen Sie „**Trifft nicht zu**“ auch dann an, wenn Sie bislang ausschließlich als Schüler/-in, Student/-in eine (Neben-)Tätigkeit ausgeübt haben.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Jahr der Arbeitsaufnahme	<input type="text"/>				
Trifft nicht zu ⁹⁹⁹⁹	<input type="checkbox"/> → 229				

222 Wie viele Jahre waren Sie seitdem in Erwerbstätigkeit?

i Zählen Sie nur die Jahre, die Sie tatsächlich in Erwerbstätigkeit verbracht haben.

Dazu zählt auch die Lehre/betriebliche Berufsausbildung und die Ausbildung an einer Berufsakademie/Dualen Hochschule.

Runden Sie bitte auf volle Jahre auf.

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

223 Sind Sie überwiegend nicht erwerbstätig (siehe Frage 220, Antwort 10-15), aber arbeiten in einer üblichen Woche mindestens 1 Stunde gegen Bezahlung (Nebenjob)?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/>				
Nein	<input type="checkbox"/> → 228				

Muster

224 Welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten Haupttätigkeit?

i Siehe auch S. 120: **ii** „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 (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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Trifft nicht zu	99 <input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229			

225 Bitte beschreiben Sie Ihre letzte Haupttätigkeit 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	

226 Welche Berufsbezeichnung hatte Ihre letzte Haupttätigkeit?

- i** Z. B.
- Modeverkäufer/-in
 - Grundschullehrer/-in
 - Reiseverkehrskaufmann/-frau
 - Bauingenieur/-in
 - Elektronikmechaniker/-in
 - Bauhilfsarbeiter/-in
 - Krankenpfleger/-in

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"/>

227 Tragen Sie den Wirtschaftszweig/die Branche des Betriebs (örtliche Niederlassung) ein, in dem/der Sie zuletzt in Ihrer Haupttätigkeit gearbeitet haben.

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 Haupttätigkeit 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. 121:

IB „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"/>

228 Bitte betrachten Sie die letzten 5 Jahre. Wie lange war die Dauer der letzten Arbeitslosigkeit?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Keine Arbeitslosigkeit in den letzten 5 Jahren	<input type="checkbox"/>				
Dauer der letzten Arbeitslosigkeit in Monaten	<input type="text"/>				

229 Woraus beziehen Sie überwiegend die Mittel für Ihren Lebensunterhalt?

i Siehe auch S. 121:
15 „Überwiegender Lebensunterhalt“.

Überwiegender Lebensunterhalt:
 Ziffer aus der Liste 229

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

Liste 229

Eigene Erwerbstätigkeit, Berufstätigkeit	1	Einkünfte von dem/von der Lebens- oder Ehepartner/-in oder von anderen Angehörigen	14
Arbeitslosengeld I (ALG I)	2	Unterhaltszahlungen oder sonstige regelmäßige Zahlungen von anderen Privathaushalten	9
Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Sozialgeld	3	BAföG, Stipendium	10
Sozialhilfe, z. B. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zur Pflege, Hilfe zum Lebensunterhalt	4	Asylbewerberleistungen	11
Rente, Pension	5	Zahlungen aus der eigenen Pflegeversicherung (Pflegegeld)	12
Eigenes Vermögen, Ersparnisse, Zinsen, Vermietung, Verpachtung, Altenteil, Lebensversicherung, Versorgungswerk	6	Sonstige Unterstützungen, z. B. Vorruhestandsgeld, Pflegegeld für Pflegekinder, Krankengeld, Darlehen nach dem Pflegezeit- oder Familienpflegezeitgesetz, Corona-Hilfen	13
Elterngeld	7		
Einkünfte der Eltern	8		

Muster

230 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, Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Sozialgeld
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zur Pflege, Hilfe zum Lebensunterhalt und andere Sozialhilfeleistungen
- Leistungen für Unterkunft und Heizung, Wohngeld, Kindergeld, Pflegegeld, Elterngeld, BAföG, Kinderbonus, Corona-Hilfen 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. 121:  „Nettoeinkommen“.

Persönliches Nettoeinkommen:

Ziffer aus der Liste 230

Ich hatte kein Einkommen. ⁹⁰

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

Liste 230			
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

231 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

Monatsbetrag
(Volle Euro)

Falls Sie keinen genauen Betrag angeben können, ordnen Sie bitte die Höhe Ihres monatlichen Haushaltsnettoeinkommens einer der in der Liste 230 stehenden Größenklassen zu.

Ziffer aus der Liste 230

232 Wie hat sich das Haushaltsnettoeinkommen gegenüber dem Vorjahr geändert?

i Bitte berücksichtigen Sie das Einkommen aller Haushaltsmitglieder.

- Das Haushaltsnettoeinkommen ist gestiegen. 1
- Das Haushaltsnettoeinkommen ist mehr oder weniger unverändert. 2 → 235
- Das Haushaltsnettoeinkommen ist gesunken. 3 → 234

233 Was ist der Hauptgrund für den Anstieg des Haushaltsnettoeinkommens?

- Gehaltserhöhung oder Erhöhung der Arbeitszeit 1
- Wiederaufnahme der Arbeit nach Krankheit, Elternzeit, Elternurlaub, Kinderbetreuung oder Betreuung einer kranken oder pflegebedürftigen Person 2
- Arbeitsplatzwechsel oder neue Arbeitsstelle 3
- Änderungen in der Haushaltszusammensetzung 4 → 235
- Anstieg von Sozial- oder Transferleistungen 5
- Indexbindung oder Neubewertung des Gehalts (nur für Arbeitnehmer in Belgien oder Luxemburg) 6
- Sonstige Gründe 7

234 Was ist der Hauptgrund für den Rückgang des Haushaltsnettoeinkommens?

- Weniger Lohn/Gehalt oder Reduzierung der Arbeitszeit (umfasst auch unfreiwilligen Wechsel in Selbstständigkeit) 1
- Elternzeit, Elternurlaub, Kinderbetreuung oder Betreuung einer kranken oder pflegebedürftigen Person 2
- Neue Arbeitsstelle 3
- Verlust der Arbeitsstelle, Arbeitslosigkeit (auch Aufgabe des eigenen Unternehmens bei Selbstständigkeit) 4
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung 5
- Scheidung, Auflösung der Partnerschaft oder andere Änderungen in der Haushaltszusammensetzung 6
- Eintritt in den Ruhestand 7
- Kürzung von Sozial- oder Transferleistungen 8
- Sonstige Gründe 9

MUSTER

235 Wie schätzen Sie die Entwicklung Ihres Haushaltsnettoeinkommens für die nächsten 12 Monate ein?

Das künftige Haushaltseinkommen ...

- wird sich verbessern. 1
- bleibt unverändert. 2
- wird sich verschlechtern. 3

236 Sind Sie 15 Jahre oder älter?

- Ja
- Nein

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

Hier endet der Fragebogen für Personen unter 15 Jahren!

Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse

237 Haben Sie einen allgemeinen Schulabschluss?

- Ja 1
- Nein/Noch nicht 2 → 241

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> → 241				

238 Welchen höchsten Abschluss haben Sie?

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

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

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

- Inland 1 → 241
- Ausland 2

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/> → 241				
<input type="checkbox"/>				

240 Wie lange dauerte der Schulbesuch?

Auf volle Jahre aufrunden.

Anzahl der Schuljahre

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

241 Haben Sie einen beruflichen Ausbildungsabschluss oder einen Hochschulabschluss?

i Als berufliche Ausbildung gilt auch das Berufsvorbereitungsjahr, eine Anlernausbildung oder ein Praktikum von mindestens 12 Monaten. Zu einem Hochschulabschluss zählt auch ein Fachhochschulabschluss.

Ja 1

Nein/Noch nicht 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/> → 243				
<input type="checkbox"/>				

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

Jahr

Trifft nicht zu, habe keinen/noch keinen allgemeinen Schulabschluss.

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>				
↳ 249	↳ 249	↳ 249	↳ 249	↳ 249
<input type="checkbox"/> → 249				

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

Jahr

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

244 Haben Sie Ihren höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss bzw. Hochschulabschluss im Inland oder im Ausland erworben?

Inland 1

Ausland 2

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

MUSTER

245 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	<input type="checkbox"/>				
Berufliches Praktikum	<input type="checkbox"/> → 249				
Berufsvorbereitungsjahr	<input type="checkbox"/>				
Lehre, Berufsausbildung im dualen System	<input type="checkbox"/>				
Berufsqualifizierender Abschluss an einer Berufsfachschule, Kollegschule	<input type="checkbox"/>				
Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung	<input type="checkbox"/>				
Ausbildungsstätte/Schule für Gesundheits- und Sozialberufe					
einjährig (z. B. Altenpflegehelfer/-in)	<input type="checkbox"/>				
zweijährig (z. B. Masseur/-in, PTA)	<input type="checkbox"/> → 248				
dreijährig (z. B. Physiotherapie, MTA, Altenpflege)	<input type="checkbox"/>				
Erzieher/-in	<input type="checkbox"/>				
Meister/-in	<input type="checkbox"/>				
Techniker/-in oder gleichwertiger Fachschulabschluss	<input type="checkbox"/>				
Fachschule der DDR	<input type="checkbox"/>				
Fachakademie (nur in Bayern)	<input type="checkbox"/>				

MUSTER

Hochschulen

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

Berufsakademie	<input type="checkbox"/>				
Verwaltungsfachhochschule	<input type="checkbox"/>				
Fachhochschule (auch Ingenieurschule, Hochschule [FH] für angewandte Wissenschaften), Duale Hochschule (in Baden-Württemberg und Thüringen)	<input type="checkbox"/>				
Universität (wissenschaftliche Hochschule, auch: Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule, Theologische Hochschule)	<input type="checkbox"/>				
Promotion	<input type="checkbox"/> → 247				

246 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"/>

247 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"/>

248 Wie heißt die (Haupt-)Fachrichtung Ihres höchsten beruflichen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschlusses?

i Berufliche Fachrichtungen sind
z. B. Altenpflege, Floristik, Maurer/-in, Mechatroniker/-in, Betreuungsassistent/-in, Industriekaufmann/-frau.

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

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

MUSTER

Allgemeine und berufliche Weiterbildung

249 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rentenversicherung

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

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/> → 252				
Nein	<input type="checkbox"/>				

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

i Siehe auch S. 121:

17 „Gesetzliche Rentenversicherung“.

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

Internetzugang und Internetnutzung

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

i Die Nutzung des Internets kann an beliebigen Orten erfolgt sein (zu Hause, am Arbeitsplatz oder an anderen Orten) und mit beliebigen internetfähigen Geräten (z. B. mit Desktop-PC, Laptop, Tablet, Smartphone, Spielekonsole, E-Book-Reader).

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

253 Waren Sie am 31.12.2021 16 Jahre oder älter?

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

MUSTER

254 In welcher Art waren Sie im Jahr 2021 krankenversichert?

Bitte geben Sie bei der entsprechenden Versicherungsart die Anzahl der Monate an, in der das jeweilige Versicherungsverhältnis bestand.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
In einer gesetzlichen Krankenversicherung ...					
selbst pflichtversichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
selbst freiwillig versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
als Familienangehörige/-r versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
als Student/-in in der Krankenversicherung der Studenten versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
als Student/-in freiwillig versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
In einer privaten Krankenversicherung ...					
selbst versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
als Familienangehörige/-r versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
als Student/-in versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
Ich hatte Anspruch auf Krankenversorgung im Rahmen der Heilfürsorge (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
Ich war nicht versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				

Ihre Gesundheit

255 Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Sehr gut	<input type="checkbox"/>				
Gut	<input type="checkbox"/>				
Mittelmäßig	<input type="checkbox"/>				
Schlecht	<input type="checkbox"/>				
Sehr schlecht	<input type="checkbox"/>				

256 Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem?

i Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.

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

257 Sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

Würden Sie sagen, Sie sind ...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Stark eingeschränkt	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mäßig eingeschränkt	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht eingeschränkt	8 <input type="checkbox"/> → 259	<input type="checkbox"/> → 259			

258 Wie lange dauert Ihre Einschränkung bereits an?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Weniger als 6 Monate	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Monate oder länger	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

259 Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selbst ein- oder mehrmals eine zahnärztliche/kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung unbedingt benötigt?

	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, kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung.	8 <input type="checkbox"/> → 262	<input type="checkbox"/> → 262			

260 Haben Sie die benötigte Untersuchung oder Behandlung auch in Anspruch genommen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 262	<input type="checkbox"/> → 262			
Nein, mindestens einmal eine benötigte Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

261 Was war für Sie der wichtigste Grund, die zahnärztliche/kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ich konnte sie mir nicht leisten (zu teuer).	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten.	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Weg war mir zu weit./Ich hatte keine Fahrgelegenheit.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst vor Zahnärzten/Kieferorthopäden, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen.	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern.	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne keine gute Zahnärztin/keinen guten Zahnarzt oder Kieferorthopädin/Kieferorthopäden.	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte sonstige Gründe.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muster

262 Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selbst ein- oder mehrmals eine andere ärztliche Untersuchung oder Behandlung unbedingt benötigt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung. 8	<input type="checkbox"/> → 265				

263 Haben Sie die benötigte Untersuchung oder Behandlung auch in Anspruch genommen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/> → 265				
Nein, mindestens einmal eine benötigte Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch genommen. 8	<input type="checkbox"/>				

264 Was war für Sie der wichtigste Grund, die ärztliche Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ich konnte sie mir nicht leisten (zu teuer). 1	<input type="checkbox"/>				
Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang. 2	<input type="checkbox"/>				
Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten. 3	<input type="checkbox"/>				
Der Weg war mir zu weit./Ich hatte keine Fahrgelegenheit. 4	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Angst vor Ärzten, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen. 5	<input type="checkbox"/>				
Ich wollte abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern. 6	<input type="checkbox"/>				
Ich kenne keine gute Ärztin/keinen guten Arzt. 7	<input type="checkbox"/>				
Ich hatte sonstige Gründe. 8	<input type="checkbox"/>				

Medizinische Versorgung und Gesundheitsfaktoren

265 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Zahnarzt, Kieferorthopäden oder einen anderen Zahnpflegeexperten aufgesucht, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Gar nicht 1	<input type="checkbox"/>				
1- bis 2-mal 2	<input type="checkbox"/>				
3- bis 5-mal 3	<input type="checkbox"/>				
6- bis 9-mal 4	<input type="checkbox"/>				
10-mal oder mehr 5	<input type="checkbox"/>				

266 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Hausarzt oder Allgemeinmediziner aufgesucht, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

i Beziehen Sie Besuche in der Praxis, Hausbesuche und ärztliche Beratungen am Telefon mit ein.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Gar nicht	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1- bis 2-mal	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- bis 5-mal	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- bis 9-mal	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-mal oder mehr	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

267 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Facharzt (z. B. Augenarzt, Hautarzt, Orthopäden, Frauenarzt, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten) aufgesucht, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

i Beziehen Sie auch Rettungsstellen/Notaufnahme aufgrund eines medizinischen Notfalls mit ein.

Nicht gemeint sind Besuche beim Zahnarzt, beim Allgemeinmediziner/Hausarzt oder Arztkontakte als stationärer Patient/Tagespatient in einem Krankenhaus.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Gar nicht	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1- bis 2-mal	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- bis 5-mal	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- bis 9-mal	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-mal oder mehr	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

268 Wie viel wiegen Sie, wenn Sie keine Kleidung und Schuhe tragen?

i Schwangere Frauen geben bitte ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an.

Geben Sie bitte Ihr Körpergewicht in kg an.

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

269 Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen?

Geben Sie bitte Ihre Körpergröße in cm an.

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

270 Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Aussagen beschreibt am besten, was Sie in einer typischen Arbeitswoche tun?

Würden Sie sagen ...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Vorwiegend sitzen	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorwiegend stehen	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

271 Denken Sie an Sport, Fitness und körperliche Aktivität in der Freizeit, z. B. (Nordic-)Walking, Ballsport, Joggen, Fahrradfahren, Schwimmen, Aerobic, Rudern oder Badminton.

Wie oft üben Sie in einer typischen Woche mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Mehrmals täglich	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal täglich	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- bis 6-mal pro Woche	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1- bis 3-mal pro Woche	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger als einmal pro Woche	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

272 Wie oft essen Sie Obst?

i Mit einzubeziehen ist getrocknetes, Tiefkühl- und Dosenobst.

Nicht gemeint sind hier Obstsäfte.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Mehrmals täglich	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal täglich	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- bis 6-mal pro Woche	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1- bis 3-mal pro Woche	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger als einmal pro Woche	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

273 Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat?

i Mit einzubeziehen ist getrocknetes, Tiefkühl- und Dosengemüse.
Nicht gemeint sind hier Kartoffeln oder Gemüsesäfte.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Mehrmals täglich	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal täglich	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- bis 6-mal pro Woche	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1- bis 3-mal pro Woche	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger als einmal pro Woche	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

274 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Tabakprodukte (z. B. Zigaretten, Pfeifentabak, Wasserpfeife) geraucht?

Dazu zählen auch elektronische Zigaretten oder ähnliche elektronische Produkte, z. B. E-Shisha, E-Pfeife.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Täglich	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein paar Mal in der Woche	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein paar Mal im Monat	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein paar Mal im Jahr	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

275 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol gleich welcher Art getrunken (z. B. Bier, Wein, Sekt, Spirituosen, Schnaps, Cocktails, alkoholische Mischgetränke, Liköre, hausgemachter oder selbstgebrannter Alkohol)?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Täglich	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein paar Mal in der Woche	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein paar Mal im Monat	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein paar Mal im Jahr	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Fähigkeit, verschiedene grundlegende Aktivitäten auszuführen. Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

276 Haben Sie Schwierigkeiten beim Sehen, selbst wenn Sie Ihre Brille oder Kontaktlinsen tragen? Würden Sie sagen ...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Keine Schwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einige Schwierigkeiten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Große Schwierigkeiten	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist mir gar nicht möglich./Ich bin dazu nicht in der Lage.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

277 Haben Sie Schwierigkeiten zu hören, selbst wenn Sie ein Hörgerät tragen?

Würden Sie sagen ...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Keine Schwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einige Schwierigkeiten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Große Schwierigkeiten	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist mir gar nicht möglich./Ich bin dazu nicht in der Lage.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

278 Haben Sie Schwierigkeiten beim Gehen oder beim Treppensteigen?

Würden Sie sagen ...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Keine Schwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einige Schwierigkeiten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Große Schwierigkeiten	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist mir gar nicht möglich./Ich bin dazu nicht in der Lage.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

279 Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu erinnern oder zu konzentrieren?

Würden Sie sagen ...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Keine Schwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einige Schwierigkeiten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Große Schwierigkeiten	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist mir gar nicht möglich./Ich bin dazu nicht in der Lage.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

280 Haben Sie Schwierigkeiten bei der Selbstpflege, z. B. beim Waschen, Duschen oder Ankleiden?

Würden Sie sagen ...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Keine Schwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einige Schwierigkeiten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Große Schwierigkeiten	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist mir gar nicht möglich./Ich bin dazu nicht in der Lage.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

281 Bei Nutzung Ihrer üblichen Sprache, haben Sie Schwierigkeiten sich zu verständigen oder mitzuteilen, z. B. Schwierigkeiten, andere zu verstehen oder selbst verstanden zu werden?

Würden Sie sagen ...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Keine Schwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einige Schwierigkeiten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Große Schwierigkeiten	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist mir gar nicht möglich./Ich bin dazu nicht in der Lage.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einschätzung zur persönlichen Lebenssituation

282 Welche Aussagen treffen auf Ihre persönliche Lebenssituation zu?

Ich kann abgetragene Kleidungsstücke durch neue (nicht Second-Hand-Kleidung) ersetzen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

Ich besitze mindestens zwei Paar passende Schuhe für den täglichen Bedarf, die in gutem Zustand sind.

Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

Ich treffe mich wenigstens einmal im Monat mit Freunden oder Verwandten, um gemeinsam etwas zu trinken oder zu essen.

Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

Ich gehe regelmäßig Freizeitbeschäftigungen nach, auch wenn diese Geld kosten (z. B. Sport treiben, Sportveranstaltungen, Kino, Konzerte).

Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

Ich gebe in der Woche ein bisschen Geld für mich selbst aus (z. B. für Zeitschriften, kleine Geschenkartikel oder zum Eis essen gehen).

Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

Ich habe einen Internetzugang für den persönlichen Bedarf, wenn ich ihn benötige (z. B. über Smartphone, Computer, Laptop oder Tablet).

Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

Muster

283 Ganz allgemein gefragt, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?

i Antworten Sie auf einer Skala von 0 bis 10, wobei „0“ für „Überhaupt nicht zufrieden“ und „10“ für „Vollkommen zufrieden“ steht.

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Überhaupt nicht zufrieden										Vollkommen zufrieden		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Person 1	<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"/>
Person 2	<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"/>
Person 3	<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"/>
Person 4	<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"/>
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"/>

284 Manche Leute sagen, dass man den meisten Menschen vertrauen kann. Andere meinen, dass man nicht vorsichtig genug sein kann im Umgang mit anderen Menschen. Glauben Sie, dass man den meisten Menschen vertrauen kann?

i Antworten Sie auf einer Skala von 0 bis 10, wobei „0“ für „Man kann keinem vertrauen“ und „10“ für „Man kann den meisten vertrauen“ steht.

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Man kann keinem vertrauen										Man kann den meisten vertrauen		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Person 1	<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"/>
Person 2	<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"/>
Person 3	<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"/>
Person 4	<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"/>
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"/>

Muster

285 Inwieweit stimmen Sie der Aussage zu: „Ich fühle mich von der Gesellschaft ausgeschlossen“?

i Antworten Sie auf einer Skala von „Stimme voll und ganz zu“ bis „Stimme überhaupt nicht zu“.

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Weder Zustimmung noch Ablehnung	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Weiß nicht
Person 1	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
Person 2	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
Person 3	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
Person 4	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉
Person 5	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉₉

286 Wie zufrieden sind Sie mit ...?

i Antworten Sie auf einer Skala von 0 bis 10, wobei „0“ für „Überhaupt nicht zufrieden“ und „10“ für „Vollkommen zufrieden“ steht.

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

... der finanziellen Situation Ihres Haushalts?	Überhaupt nicht zufrieden										Vollkommen zufrieden		Weiß nicht
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
Person 1	<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"/>
Person 2	<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"/>
Person 3	<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"/>
Person 4	<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"/>
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"/>

... Ihren persönlichen Beziehungen (z. B. zu Ihrer Familie, Freunden, Kolleginnen/Kollegen)?	Überhaupt nicht zufrieden										Vollkommen zufrieden		Weiß nicht
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
Person 1	<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"/>
Person 2	<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"/>
Person 3	<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"/>
Person 4	<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"/>
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"/>

... Ihrer verfügbaren Zeit für Dinge, die Sie gerne machen?	Überhaupt nicht zufrieden										Vollkommen zufrieden		Weiß nicht
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
Person 1	<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"/>
Person 2	<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"/>
Person 3	<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"/>
Person 4	<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"/>
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"/>

Muster

287 Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen einsam?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Immer	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meistens	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selten	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

288 Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen glücklich?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Immer	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meistens	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selten	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soziale und kulturelle Teilhabe

289 Haben Sie in den letzten 12 Monaten das Kino besucht?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, höchstens 3-mal	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, mehr als 3-mal	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, aus finanziellen Gründen	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, kein Interesse	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, weil kein Kino in der Nähe	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, keine Zeit	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich sehe Filme auf anderem Wege (Fernsehen, Internet) an.	7 <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"/>

290 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Live-Aufführungen (Konzerte, Schauspiel, Oper, Ballett oder Tanz) besucht?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, höchstens 3-mal	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, mehr als 3-mal	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, aus finanziellen Gründen	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, kein Interesse	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, weil keine Live-Aufführungen in der Nähe	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, keine Zeit	6 <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"/>

MUSTER

291 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Museen oder Kulturstätten (z. B. Denkmäler oder archäologische Orte) besucht?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, höchstens 3-mal	<input type="checkbox"/>				
Ja, mehr als 3-mal	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen	<input type="checkbox"/>				
Nein, kein Interesse	<input type="checkbox"/>				
Nein, weil keine Museen oder Kulturstätten in der Nähe	<input type="checkbox"/>				
Nein, keine Zeit	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen	<input type="checkbox"/>				

292 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Sportveranstaltungen besucht?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, höchstens 3-mal	<input type="checkbox"/>				
Ja, mehr als 3-mal	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen	<input type="checkbox"/>				
Nein, kein Interesse	<input type="checkbox"/>				
Nein, keine Sportveranstaltungen in der Nähe	<input type="checkbox"/>				
Nein, keine Zeit	<input type="checkbox"/>				
Nein, ich verfolge Sportveranstaltungen auf anderem Wege (Fernsehen, Internet)	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen	<input type="checkbox"/>				

Muster

293 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Bücher gelesen (auch E-Books oder Hörbücher)?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, 1 bis 4 Bücher	<input type="checkbox"/>				
Ja, 5 bis 9 Bücher	<input type="checkbox"/>				
Ja, 10 Bücher oder mehr	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen	<input type="checkbox"/>				
Nein, kein Interesse	<input type="checkbox"/>				
Nein, keine Zeit	<input type="checkbox"/>				
Nein, keine Möglichkeit an Bücher zu gelangen	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen	<input type="checkbox"/>				

294 Wie oft üben Sie in Ihrer Freizeit Tätigkeiten wie zum Beispiel Musikinstrument spielen, Singen, Tanzen, Malen, Zeichnen oder Handlettering, Fotografieren, Handarbeiten oder Basteln aus?

i Sportaktivitäten zählen nicht dazu.

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Täglich	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal in der Woche	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals im Monat	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal im Monat	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal im Jahr	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

295 Wie oft treffen Sie Verwandte?

i Nicht gemeint sind Haushaltsmitglieder.

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Täglich	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal in der Woche	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals im Monat	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal im Monat	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal im Jahr	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, ich habe keine Verwandten.	7 <input type="checkbox"/> → 297	<input type="checkbox"/> → 297			

296 Wie oft halten Sie Kontakt mit Verwandten, z. B. über Telefon, Smartphone, Internet, Brief?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Täglich	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal in der Woche	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals im Monat	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal im Monat	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal im Jahr	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

297 Wie oft treffen Sie Freunde oder Bekannte?

i Nicht gemeint sind Haushaltsmitglieder.

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Täglich	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal in der Woche	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals im Monat	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal im Monat	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal im Jahr	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

298 Wie oft halten Sie Kontakt mit Freunden oder Bekannten, z. B. über Telefon, Smartphone, Internet, Brief?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Täglich	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal in der Woche	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals im Monat	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal im Monat	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens einmal im Jahr	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

299 Waren Sie in den letzten 12 Monaten freiwillig oder ehrenamtlich in einer Organisation bzw. Einrichtung (z. B. Verein, Partei, Gewerkschaft, Kirche, Wohltätigkeitsorganisation, Schule, Kindergarten) tätig?

i Die ehrenamtlichen oder freiwilligen Tätigkeiten umfassen nur **unbezahlte oder** gegen eine **geringe Aufwandsentschädigung** ausgeübte Tätigkeiten.

	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"/> → 301	<input type="checkbox"/> → 301			

300 In welcher Organisation bzw. Einrichtung waren Sie überwiegend tätig?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
In einer Wohltätigkeitsorganisation	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einer kulturellen Organisation (z. B. Theater- oder Musikgruppe)	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem Sportverein	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Kirche oder anderen religiösen Einrichtungen, gleich welcher Glaubensrichtung	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einer sonstigen Organisation (z. B. Eltern-/Schülervertretung, Tierschutzverein, Bürgerinitiative, Partei, Freiwillige Feuerwehr)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

301 Waren Sie in den letzten 12 Monaten freiwillig oder ehrenamtlich außerhalb einer Organisation oder Einrichtung tätig (z. B. Hilfeleistungen für ältere oder hilfsbedürftige Menschen, Nachbarschaftshilfe)?

	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"/>

302 Waren Sie in den letzten 12 Monaten als aktive Bürgerin/aktiver Bürger z. B. bei Bürgerinitiativen, Unterschreiben von Petitionen oder anderen Unterschriftensammlungen, Demonstrationen beteiligt?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort 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, kein Interesse	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, keine Zeit	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, aus anderen Gründen	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfe von anderen

303 Haben Sie Verwandte, Freunde, Nachbarn oder andere Personen, die Sie bei Bedarf um finanzielle Hilfe (Geld, Darlehen oder andere ähnliche Unterstützungen) bitten können?

i Gemeint sind Personen, die nicht in Ihrem Haushalt leben.

	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"/>

304 Haben Sie Verwandte, Freunde, Nachbarn oder andere Personen, die Sie bei Bedarf um sonstige Hilfe bitten können?

Das kann jemand zum Reden über persönliche Angelegenheiten sein oder Hilfestellungen im Alltag.

i Gemeint sind Personen, die nicht in Ihrem Haushalt leben.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> } S. 95, 305	<input type="checkbox"/> } S. 101, 305	<input type="checkbox"/> } S. 107, 305	<input type="checkbox"/> } S. 113, 305
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muster

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

Person 1:

305 War Ihre Situation in 2021 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 305 ein. → 306

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 305 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

- Januar
- Februar
- März
- April
- Mai
- Juni
- Juli
- August
- September
- Oktober
- November
- Dezember

MUSTER

Liste 305	
Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in	Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10
Vollzeit 1	Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in
Teilzeit 2	Vollzeit 11
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in	Teilzeit 12
Vollzeit 3	Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr) 13
Teilzeit 4	Im freiwilligen Wehrdienst 14
Geringfügig erwerbstätig 5	Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15
Erwerbstätige/-r in	Rentner/-in, Pensionär/-in 16
Elternzeit 6	Arbeitslose/-r 17
Altersteilzeit 7	Hausfrau/Hausmann 18
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz 8	Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz 9	Sonstiges 20

Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Jahr 2021

306 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

i Hierzu gehören auch Minijobs und Besoldungen für Beamte oder Richter.

Ja 1
 Nein 8 → 310

307 Haben Sie im Jahr 2021 folgende Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto-betrag (Volle Euro)
Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

308 Haben Sie im Jahr 2021 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Jahresbetrag in Netto (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Weihnachtsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Urlaubsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Vorruhestandsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>

Muster

309 Haben Sie im Jahr 2021 einen geldwerten Vorteil aus der privaten Nutzung eines Firmenwagens oder aus Sach- und Naturalleistungen erhalten?

i Falls der geldwerte Vorteil unbekannt ist, können Sie 1% des Listenpreises des Firmenwagens zuzüglich 0,03% des Listenpreises für jeden Entfernungskilometer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte eintragen, z. B. bei einer Entfernung von 10 km entspricht das 1,3% des Listenpreises.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Bruttobetrag pro Monat (Volle Euro)
Private Nutzung eines Firmenwagens	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sach- und Naturalleistungen oder Rabatte (z. B. Werkswohnung, Lebensmittel, Tankgutscheine)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

310 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 314

311 Wie hoch waren Ihre Einkommen bzw. Verluste aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2021?

	Jahresbruttobetrag (Volle Euro)
Gewinne	<input type="text"/>
Verluste	<input type="text"/>

312 Haben Sie im Jahr 2021 Vermögen aus Ihrem Betrieb oder Geschäft entnommen? Bitte berücksichtigen Sie hierbei auch Sachentnahmen.

Ja 1

Nein 8 → 314

313 Wie hoch waren die Entnahmen aus dem Betriebs-/Geschäftsvermögen für den Eigenverbrauch?

	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Entnahmen	<input type="text"/>

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2021

314 Haben Sie im Jahr 2021 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 316

315 Welche Einkommen aus Renten/ Pensionen aus eigenen Ansprüchen haben Sie im Jahr 2021 erhalten?

i Geben Sie bitte den Auszahlungsbetrag ohne Krankenversicherungsbeiträge an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension (Altersruhegehalt)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente der Zusatzversorgungskassen des öffentlichen Dienstes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Werks- oder Betriebsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente von berufsständischen Versorgungswerken oder von der landwirtschaftlichen Alterskasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension aufgrund von Dienstunfähigkeit	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Auslandsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Kriegsopfer-, SED-Opfer- oder Lastenausgleichsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

316 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen aus Witwenrenten/-geld oder Waisenrenten/-geld erhalten?

i Geben Sie bitte den Auszahlungsbetrag ohne Krankenversicherungsbeiträge an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

317 Welche Art von Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2021 bezogen?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

- Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld ...
- der gesetzlichen Rentenversicherung 1
 - nach dem Beamtenversorgungsgesetz 2
 - der Zusatzversorgungskassen, Betriebs- oder Werksrente 3
 - der berufsständischen Versorgungswerke oder landwirtschaftlichen Alterskasse 4
 - aus einem anderen Land (Auslandsrente) 5
 - der gesetzlichen Unfallversicherung 6
 - Sonstige öffentliche Witwen- oder Waisenrente 7
 - Trifft nicht zu.

MUSTER

Einkommen von anderen öffentlichen Trägern im Jahr 2021

318 Haben Sie im Jahr 2021 Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Arbeitslosengeld I	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Zuschüsse zur Weiterbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Förderung der Existenzbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Kurzarbeitergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Wintergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Insolvenzgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Übergangsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____

319 Haben Sie im Jahr 2021 nachfolgende Leistungen erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium, Berufsausbildungsbeihilfe)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Elterngeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Mutterschaftsgeld der Krankenkasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Mutterschaftsgeld des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Blindengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____

MUSTER

320 Haben Sie im Jahr 2021 folgende Leistungen wegen der Coronaviruskrise erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Für Kinderbetreuung: Corona-Kinderkrankengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohnersatz/Erstattungen für Eltern bei Corona bedingter Kita- oder Schulschließung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Für Studierende: Überbrückungshilfe in pandemiebedingter Notlage	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Für Selbstständige: Erstattung von Verdienstaufschlägen durch Corona-Hilfen (z. B. Überbrückungs-, November-, Dezember-, Neustart-, Härtefallhilfen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2021

321 Haben Sie im Jahr 2021 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)?

Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)
8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>

322 Haben Sie im Jahr 2021 eine Rente aus privater Vorsorge erhalten (z. B. aus einer Lebens-, Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegezusatzversicherung)?

Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)
8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>

Beteiligung an der Erhebung

323 Haben Sie die Fragen ab 102 selbst beantwortet?

Ja 1 → 325

Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. 2

Nein, eine nicht im Haushalt lebende Person hat die Fragen beantwortet. 3 → 325

324 Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet?

Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat.

325 Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt?

Anzahl Minuten

MUSTER

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

305 War Ihre Situation in 2021 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 305 ein. → 306

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 305 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

- Januar
- Februar
- März
- April
- Mai
- Juni
- Juli
- August
- September
- Oktober
- November
- Dezember

MUSTER

Liste 305	
Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in	Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10
Vollzeit 1	Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in
Teilzeit 2	Vollzeit 11
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in	Teilzeit 12
Vollzeit 3	Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr) 13
Teilzeit 4	Im freiwilligen Wehrdienst 14
Geringfügig erwerbstätig 5	Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15
Erwerbstätige/-r in	Rentner/-in, Pensionär/-in 16
Elternzeit 6	Arbeitslose/-r 17
Altersteilzeit 7	Hausfrau/Hausmann 18
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz 8	Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz 9	Sonstiges 20

Person 2:

306 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

i Hierzu gehören auch Minijobs und Besoldungen für Beamte oder Richter.

Ja 1

Nein 8 → 310

307 Haben Sie im Jahr 2021 folgende Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto-betrag (Volle Euro)
Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

308 Haben Sie im Jahr 2021 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Jahresbetrag in Netto (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Weihnachtsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Urlaubsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Vorruhestandsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>

Muster

309 Haben Sie im Jahr 2021 einen geldwerten Vorteil aus der privaten Nutzung eines Firmenwagens oder aus Sach- und Naturalleistungen erhalten?

i Falls der geldwerte Vorteil unbekannt ist, können Sie 1% des Listenpreises des Firmenwagens zuzüglich 0,03% des Listenpreises für jeden Entfernungskilometer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte eintragen, z. B. bei einer Entfernung von 10 km entspricht das 1,3% des Listenpreises.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Bruttobetrag pro Monat (Volle Euro)
Private Nutzung eines Firmenwagens	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sach- und Naturalleistungen oder Rabatte (z. B. Werkswohnung, Lebensmittel, Tankgutscheine)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

310 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 314

311 Wie hoch waren Ihre Einkommen bzw. Verluste aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2021?

	Jahresbruttobetrag (Volle Euro)
Gewinne	<input type="text"/>
Verluste	<input type="text"/>

312 Haben Sie im Jahr 2021 Vermögen aus Ihrem Betrieb oder Geschäft entnommen? Bitte berücksichtigen Sie hierbei auch Sachentnahmen.

Ja 1

Nein 8 → 314

313 Wie hoch waren die Entnahmen aus dem Betriebs-/Geschäftsvermögen für den Eigenverbrauch?

	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Entnahmen	<input type="text"/>

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2021

314 Haben Sie im Jahr 2021 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 316

315 Welche Einkommen aus Renten/ Pensionen aus eigenen Ansprüchen haben Sie im Jahr 2021 erhalten?

i Geben Sie bitte den Auszahlungsbetrag ohne Krankenversicherungsbeiträge an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension (Altersruhegehalt)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente der Zusatzversorgungskassen des öffentlichen Dienstes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Werks- oder Betriebsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente von berufsständischen Versorgungswerken oder von der landwirtschaftlichen Alterskasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension aufgrund von Dienstunfähigkeit	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Auslandsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Kriegsopfer-, SED-Opfer- oder Lastenausgleichsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

316 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen aus Witwenrenten/-geld oder Waisenrenten/-geld erhalten?

i Geben Sie bitte den Auszahlungsbetrag ohne Krankenversicherungsbeiträge an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

317 Welche Art von Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2021 bezogen?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

- Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld ...
- der gesetzlichen Rentenversicherung 1
 - nach dem Beamtenversorgungsgesetz 2
 - der Zusatzversorgungskassen, Betriebs- oder Werksrente 3
 - der berufsständischen Versorgungswerke oder landwirtschaftlichen Alterskasse 4
 - aus einem anderen Land (Auslandsrente) 5
 - der gesetzlichen Unfallversicherung 6
 - Sonstige öffentliche Witwen- oder Waisenrente 7
 - Trifft nicht zu.

MUSTER

318 Haben Sie im Jahr 2021 Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Arbeitslosengeld I	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Zuschüsse zur Weiterbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Förderung der Existenzbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Kurzarbeitergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Wintergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Insolvenzgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Übergangsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____

319 Haben Sie im Jahr 2021 nachfolgende Leistungen erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium, Berufsausbildungsbeihilfe)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Elterngeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Mutterschaftsgeld der Krankenkasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Mutterschaftsgeld des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Blindengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____

MUSTER

320 Haben Sie im Jahr 2021 folgende Leistungen wegen der Coronaviruskrise erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Für Kinderbetreuung: Corona-Kinderkrankengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohnersatz/Erstattungen für Eltern bei Corona bedingter Kita- oder Schulschließung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Für Studierende: Überbrückungshilfe in pandemiebedingter Notlage	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Für Selbstständige: Erstattung von Verdienstaufschlägen durch Corona-Hilfen (z. B. Überbrückungs-, November-, Dezember-, Neustart-, Härtefallhilfen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2021

321 Haben Sie im Jahr 2021 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)?

Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)
8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>

322 Haben Sie im Jahr 2021 eine Rente aus privater Vorsorge erhalten (z. B. aus einer Lebens-, Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegezusatzversicherung)?

Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)
8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>

Beteiligung an der Erhebung

323 Haben Sie die Fragen ab 102 selbst beantwortet?

Ja 1 → 325

Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. 2

Nein, eine nicht im Haushalt lebende Person hat die Fragen beantwortet. 3 → 325

324 Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet?

Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat.

325 Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt?

Anzahl Minuten

MUSTER

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

305 War Ihre Situation in 2021 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 305 ein. → 306

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 305 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

- Januar
- Februar
- März
- April
- Mai
- Juni
- Juli
- August
- September
- Oktober
- November
- Dezember

MUSTER

Liste 305	
Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in	Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10
Vollzeit 1	Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in
Teilzeit 2	Vollzeit 11
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in	Teilzeit 12
Vollzeit 3	Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr) 13
Teilzeit 4	Im freiwilligen Wehrdienst 14
Geringfügig erwerbstätig 5	Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15
Erwerbstätige/-r in	Rentner/-in, Pensionär/-in 16
Elternzeit 6	Arbeitslose/-r 17
Altersteilzeit 7	Hausfrau/Hausmann 18
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz 8	Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz 9	Sonstiges 20

Person 3:

306 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

i Hierzu gehören auch Minijobs und Besoldungen für Beamte oder Richter.

Ja 1

Nein 8 → 310

307 Haben Sie im Jahr 2021 folgende Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto-betrag (Volle Euro)
Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

308 Haben Sie im Jahr 2021 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Jahresbetrag in Netto (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Weihnachtsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Urlaubsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Vorruhestandsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>

Muster

309 Haben Sie im Jahr 2021 einen geldwerten Vorteil aus der privaten Nutzung eines Firmenwagens oder aus Sach- und Naturalleistungen erhalten?

i Falls der geldwerte Vorteil unbekannt ist, können Sie 1% des Listenpreises des Firmenwagens zuzüglich 0,03% des Listenpreises für jeden Entfernungskilometer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte eintragen, z. B. bei einer Entfernung von 10 km entspricht das 1,3% des Listenpreises.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Bruttobetrag pro Monat (Volle Euro)
Private Nutzung eines Firmenwagens	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sach- und Naturalleistungen oder Rabatte (z. B. Werkswohnung, Lebensmittel, Tankgutscheine)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

310 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 314

311 Wie hoch waren Ihre Einkommen bzw. Verluste aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2021?

	Jahresbruttobetrag (Volle Euro)
Gewinne	<input type="text"/>
Verluste	<input type="text"/>

312 Haben Sie im Jahr 2021 Vermögen aus Ihrem Betrieb oder Geschäft entnommen? Bitte berücksichtigen Sie hierbei auch Sachentnahmen.

Ja 1

Nein 8 → 314

313 Wie hoch waren die Entnahmen aus dem Betriebs-/Geschäftsvermögen für den Eigenverbrauch?

	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Entnahmen	<input type="text"/>

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2021

314 Haben Sie im Jahr 2021 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 316

315 Welche Einkommen aus Renten/ Pensionen aus eigenen Ansprüchen haben Sie im Jahr 2021 erhalten?

i Geben Sie bitte den Auszahlungsbetrag ohne Krankenversicherungsbeiträge an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension (Altersruhegehalt)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente der Zusatzversorgungskassen des öffentlichen Dienstes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Werks- oder Betriebsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente von berufsständischen Versorgungswerken oder von der landwirtschaftlichen Alterskasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension aufgrund von Dienstunfähigkeit	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Auslandsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Kriegsopfer-, SED-Opfer- oder Lastenausgleichsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

316 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen aus Witwenrenten/-geld oder Waisenrenten/-geld erhalten?

i Geben Sie bitte den Auszahlungsbetrag ohne Krankenversicherungsbeiträge an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

317 Welche Art von Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2021 bezogen?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

- Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld ...
- der gesetzlichen Rentenversicherung 1
 - nach dem Beamtenversorgungsgesetz 2
 - der Zusatzversorgungskassen, Betriebs- oder Werksrente 3
 - der berufsständischen Versorgungswerke oder landwirtschaftlichen Alterskasse 4
 - aus einem anderen Land (Auslandsrente) 5
 - der gesetzlichen Unfallversicherung 6
 - Sonstige öffentliche Witwen- oder Waisenrente 7
 - Trifft nicht zu.

MUSTER

Einkommen von anderen öffentlichen Trägern im Jahr 2021

318 Haben Sie im Jahr 2021 Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Arbeitslosengeld I	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Zuschüsse zur Weiterbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Förderung der Existenzbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Kurzarbeitergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Wintergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Insolvenzgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Übergangsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____

319 Haben Sie im Jahr 2021 nachfolgende Leistungen erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium, Berufsausbildungsbeihilfe)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Elterngeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Mutterschaftsgeld der Krankenkasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Mutterschaftsgeld des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Blindengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____

MUSTER

320 Haben Sie im Jahr 2021 folgende Leistungen wegen der Coronaviruskrise erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Für Kinderbetreuung: Corona-Kinderkrankengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohnersatz/Erstattungen für Eltern bei Corona bedingter Kita- oder Schulschließung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Für Studierende: Überbrückungshilfe in pandemiebedingter Notlage	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Für Selbstständige: Erstattung von Verdienstaufschlägen durch Corona-Hilfen (z. B. Überbrückungs-, November-, Dezember-, Neustart-, Härtefallhilfen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2021

321 Haben Sie im Jahr 2021 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)?

Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)
8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>

322 Haben Sie im Jahr 2021 eine Rente aus privater Vorsorge erhalten (z. B. aus einer Lebens-, Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegezusatzversicherung)?

Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)
8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>

Beteiligung an der Erhebung

323 Haben Sie die Fragen ab 102 selbst beantwortet?

Ja 1 → 325

Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. 2

Nein, eine nicht im Haushalt lebende Person hat die Fragen beantwortet. 3 → 325

324 Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet?

Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat.

325 Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt?

Anzahl Minuten

MUSTER

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

305 War Ihre Situation in 2021 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 305 ein. → 306

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 305 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

- Januar
- Februar
- März
- April
- Mai
- Juni
- Juli
- August
- September
- Oktober
- November
- Dezember

MUSTER

Liste 305	
Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in	Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10
Vollzeit 1	Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in
Teilzeit 2	Vollzeit 11
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in	Teilzeit 12
Vollzeit 3	Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr) 13
Teilzeit 4	Im freiwilligen Wehrdienst 14
Geringfügig erwerbstätig 5	Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15
Erwerbstätige/-r in	Rentner/-in, Pensionär/-in 16
Elternzeit 6	Arbeitslose/-r 17
Altersteilzeit 7	Hausfrau/Hausmann 18
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz 8	Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz 9	Sonstiges 20

Person 4:

Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Jahr 2021

306 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

i Hierzu gehören auch Minijobs und Besoldungen für Beamte oder Richter.

Ja 1
 Nein 8 → 310

307 Haben Sie im Jahr 2021 folgende Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto-betrag (Volle Euro)
Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

308 Haben Sie im Jahr 2021 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Jahresbetrag in Netto (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Weihnachtsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Urlaubsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Vorruhestandsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>

Muster

309 Haben Sie im Jahr 2021 einen geldwerten Vorteil aus der privaten Nutzung eines Firmenwagens oder aus Sach- und Naturalleistungen erhalten?

i Falls der geldwerte Vorteil unbekannt ist, können Sie 1 % des Listenpreises des Firmenwagens zuzüglich 0,03 % des Listenpreises für jeden Entfernungskilometer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte eintragen, z. B. bei einer Entfernung von 10 km entspricht das 1,3 % des Listenpreises.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Bruttobetrag pro Monat (Volle Euro)
Private Nutzung eines Firmenwagens	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sach- und Naturalleistungen oder Rabatte (z. B. Werkswohnung, Lebensmittel, Tankgutscheine)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

310 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 314

311 Wie hoch waren Ihre Einkommen bzw. Verluste aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2021?

	Jahresbruttobetrag (Volle Euro)
Gewinne	<input type="text"/>
Verluste	<input type="text"/>

312 Haben Sie im Jahr 2021 Vermögen aus Ihrem Betrieb oder Geschäft entnommen? Bitte berücksichtigen Sie hierbei auch Sachentnahmen.

Ja 1

Nein 8 → 314

313 Wie hoch waren die Entnahmen aus dem Betriebs-/Geschäftsvermögen für den Eigenverbrauch?

	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Entnahmen	<input type="text"/>

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2021

314 Haben Sie im Jahr 2021 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 316

315 Welche Einkommen aus Renten/ Pensionen aus eigenen Ansprüchen haben Sie im Jahr 2021 erhalten?

i Geben Sie bitte den Auszahlungsbetrag ohne Krankenversicherungsbeiträge an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension (Altersruhegehalt)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente der Zusatzversorgungskassen des öffentlichen Dienstes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Werks- oder Betriebsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente von berufsständischen Versorgungswerken oder von der landwirtschaftlichen Alterskasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension aufgrund von Dienstunfähigkeit	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Auslandsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Kriegsopfer-, SED-Opfer- oder Lastenausgleichsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

316 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen aus Witwenrenten/-geld oder Waisenrenten/-geld erhalten?

i Geben Sie bitte den Auszahlungsbetrag ohne Krankenversicherungsbeiträge an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

317 Welche Art von Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2021 bezogen?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

- Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld ...
- der gesetzlichen Rentenversicherung 1
 - nach dem Beamtenversorgungsgesetz 2
 - der Zusatzversorgungskassen, Betriebs- oder Werksrente 3
 - der berufsständischen Versorgungswerke oder landwirtschaftlichen Alterskasse 4
 - aus einem anderen Land (Auslandsrente) 5
 - der gesetzlichen Unfallversicherung 6
 - Sonstige öffentliche Witwen- oder Waisenrente 7
 - Trifft nicht zu.

MUSTER

Einkommen von anderen öffentlichen Trägern im Jahr 2021

318 Haben Sie im Jahr 2021 Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Arbeitslosengeld I	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Zuschüsse zur Weiterbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Förderung der Existenzbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Kurzarbeitergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Wintergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Insolvenzgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Übergangsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

319 Haben Sie im Jahr 2021 nachfolgende Leistungen erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium, Berufsausbildungsbeihilfe)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Elterngeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Mutterschaftsgeld der Krankenkasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mutterschaftsgeld des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Blindengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MUSTER

320 Haben Sie im Jahr 2021 folgende Leistungen wegen der Coronaviruskrise erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Für Kinderbetreuung: Corona-Kinderkrankengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohnersatz/Erstattungen für Eltern bei Corona bedingter Kita- oder Schulschließung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Für Studierende: Überbrückungshilfe in pandemiebedingter Notlage	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Für Selbstständige: Erstattung von Verdienstaufschlägen durch Corona-Hilfen (z. B. Überbrückungs-, November-, Dezember-, Neustart-, Härtefallhilfen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2021

321 Haben Sie im Jahr 2021 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)?

Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)
8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>

322 Haben Sie im Jahr 2021 eine Rente aus privater Vorsorge erhalten (z. B. aus einer Lebens-, Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegezusatzversicherung)?

Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)
8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>

Beteiligung an der Erhebung

323 Haben Sie die Fragen ab 102 selbst beantwortet?

Ja 1 → 325

Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. 2

Nein, eine nicht im Haushalt lebende Person hat die Fragen beantwortet. 3 → 325

324 Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet?

Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat.

325 Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt?

Anzahl Minuten

MUSTER

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

305 War Ihre Situation in 2021 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 305 ein. → 306

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 305 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

- Januar
- Februar
- März
- April
- Mai
- Juni
- Juli
- August
- September
- Oktober
- November
- Dezember

MUSTER

Liste 305	
Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in	Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10
Vollzeit 1	Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in
Teilzeit 2	Vollzeit 11
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in	Teilzeit 12
Vollzeit 3	Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr) 13
Teilzeit 4	Im freiwilligen Wehrdienst 14
Geringfügig erwerbstätig 5	Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15
Erwerbstätige/-r in	Rentner/-in, Pensionär/-in 16
Elternzeit 6	Arbeitslose/-r 17
Altersteilzeit 7	Hausfrau/Hausmann 18
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz 8	Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz 9	Sonstiges 20

306 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

i Hierzu gehören auch Minijobs und Besoldungen für Beamte oder Richter.

Ja 1

Nein 8 → 310

307 Haben Sie im Jahr 2021 folgende Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto-betrag (Volle Euro)
Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

308 Haben Sie im Jahr 2021 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Jahresbetrag in Netto (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Weihnachtsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Urlaubsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Vorruhestandsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>

Muster

309 Haben Sie im Jahr 2021 einen geldwerten Vorteil aus der privaten Nutzung eines Firmenwagens oder aus Sach- und Naturalleistungen erhalten?

i Falls der geldwerte Vorteil unbekannt ist, können Sie 1 % des Listenpreises des Firmenwagens zuzüglich 0,03 % des Listenpreises für jeden Entfernungskilometer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte eintragen, z. B. bei einer Entfernung von 10 km entspricht das 1,3 % des Listenpreises.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Bruttobetrag pro Monat (Volle Euro)
Private Nutzung eines Firmenwagens	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sach- und Naturalleistungen oder Rabatte (z. B. Werkswohnung, Lebensmittel, Tankgutscheine)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

310 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 314

311 Wie hoch waren Ihre Einkommen bzw. Verluste aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2021?

	Jahresbruttobetrag (Volle Euro)
Gewinne	<input type="text"/>
Verluste	<input type="text"/>

312 Haben Sie im Jahr 2021 Vermögen aus Ihrem Betrieb oder Geschäft entnommen? Bitte berücksichtigen Sie hierbei auch Sachentnahmen.

Ja 1

Nein 8 → 314

313 Wie hoch waren die Entnahmen aus dem Betriebs-/Geschäftsvermögen für den Eigenverbrauch?

	Jahresnetto betrag (Volle Euro)
Entnahmen	<input type="text"/>

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2021

314 Haben Sie im Jahr 2021 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 316

**315 Welche Einkommen aus Renten/
Pensionen aus eigenen Ansprüchen
haben Sie im Jahr 2021 erhalten?**

i Geben Sie bitte den Auszahlungsbetrag
ohne Krankenversicherungsbeiträge an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Altersrente der gesetzlichen Renten- versicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension (Altersruhegehalt)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente der Zusatzversorgungskassen des öffentlichen Dienstes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Werks- oder Betriebsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente von berufsständischen Versorgungsw- erken oder von der landwirtschaftlichen Alterskasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension aufgrund von Dienstunfähigkeit	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Unfallrente der gesetzlichen Unfallver- sicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Auslandsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Kriegsopfer-, SED-Opfer- oder Lastenaus- gleichsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

**316 Haben Sie im Jahr 2021 Einkommen aus
Witwenrenten/-geld oder Waisenrenten/
-geld erhalten?**

i Geben Sie bitte den Auszahlungsbetrag
ohne Krankenversicherungsbeiträge an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

**317 Welche Art von Witwenrente/-geld oder
Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2021
bezogen?**

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

- Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld ...
- der gesetzlichen Rentenversicherung 1
 - nach dem Beamtenversorgungsgesetz 2
 - der Zusatzversorgungskassen, Betriebs-
oder Werksrente 3
 - der berufsständischen Versorgungswerke
oder landwirtschaftlichen Alterskasse 4
 - aus einem anderen Land (Auslandsrente) 5
 - der gesetzlichen Unfallversicherung 6
 - Sonstige öffentliche Witwen- oder
Waisenrente 7
 - Trifft nicht zu.

Einkommen von anderen öffentlichen Trägern im Jahr 2021

318 Haben Sie im Jahr 2021 Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Arbeitslosengeld I	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Zuschüsse zur Weiterbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Förderung der Existenzbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Kurzarbeitergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Wintergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Insolvenzgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Übergangsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____

319 Haben Sie im Jahr 2021 nachfolgende Leistungen erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium, Berufsausbildungsbeihilfe)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Elterngeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Mutterschaftsgeld der Krankenkasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Mutterschaftsgeld des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____
Blindengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	_____	_____	oder _____

MUSTER

320 Haben Sie im Jahr 2021 folgende Leistungen wegen der Coronaviruskrise erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Für Kinderbetreuung: Corona-Kinderkrankengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohnersatz/Erstattungen für Eltern bei Corona bedingter Kita- oder Schulschließung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Für Studierende: Überbrückungshilfe in pandemiebedingter Notlage	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Für Selbstständige: Erstattung von Verdienstaufschlägen durch Corona-Hilfen (z. B. Überbrückungs-, November-, Dezember-, Neustart-, Härtefallhilfen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2021

321 Haben Sie im Jahr 2021 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)?

Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)
8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>

322 Haben Sie im Jahr 2021 eine Rente aus privater Vorsorge erhalten (z. B. aus einer Lebens-, Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegezusatzversicherung)?

Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)
8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>

Beteiligung an der Erhebung

323 Haben Sie die Fragen ab 102 selbst beantwortet?

Ja 1 → 325

Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. 2

Nein, eine nicht im Haushalt lebende Person hat die Fragen beantwortet. 3 → 325

324 Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet?

Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat.

325 Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt?

Anzahl Minuten

MUSTER

1 Wohngebäudetyp

Einfamilienhaus:

Ein Einfamilienhaus besteht in der Regel aus einer Wohnung. Ferner kann es vorkommen, dass ein solches Haus eine Einliegerwohnung aufweist. Dabei handelt es sich um eine zweite, der Hauptwohnung aber untergeordnete, Wohnung. Wenn die Einliegerwohnung vom selben Haushalt wie die Hauptwohnung genutzt wird oder sie die Führung eines separaten Haushaltes nicht zulässt (bspw. nicht abschließbar, keine sanitären Anlagen) ist das Haus als Einfamilienhaus einzuordnen. Ansonsten ist das Haus mit Einliegerwohnung ein Mehrfamilienhaus.

– Freistehend

Bei einem freistehenden Einfamilienhaus teilt sich das Gebäude keine Mauer mit einem anderen bewohnten Gebäude.

– Doppelhaushälfte

Eine Doppelhaushälfte soll dann angegeben werden, wenn genau ein anderes Gebäude an das Gebäude gebaut ist.

– Reihenhäuser

Eine Reihe von mehr als zwei Einfamilienhäusern, unabhängig davon, ob es ein Reihenend- oder Reihemittelhaus ist.

Mehrfamilienhaus:

Mehrfamilienhäuser bestehen in der Regel aus mehreren, separat abschließbaren Wohnungen.

– Freistehend

Bei einem freistehenden Mehrfamilienhaus teilt sich das Gebäude keine Mauer mit einem anderen bewohnten Gebäude.

– Gereiht

Bei einem gereihten Mehrfamilienhaus teilt sich das Gebäude eine oder mehrere Mauern mit anderen Gebäuden oder Gebäudeteilen. Die Gebäude müssen dabei nicht baugleich sein, können auch seitlich oder in der Höhe versetzt sein. Hierzu zählen auch Eckhäuser.

2 Wohnung

Als Wohnung gelten nach außen abgeschlossene, zu Wohnzwecken bestimmte, in der Regel zusammenliegende Räume, die die Führung eines Haushalts oder mehrerer Haushalte (z. B. WG) ermöglichen. Wohnungen haben einen eigenen Eingang unmittelbar vom Freien, von einem Treppenhaus oder Vorraum. Zum Wohnraum können auch zu Wohnzwecken ausgebauter Keller- oder Mansardenräume gehören. Entsprechend beinhalten Einfamilienhäuser, Doppelhaushälften oder Reihenhäuser in der Regel 1 Wohnung. Ist/sind zusätzlich eine oder mehrere Einliegerwohnung/-en vorhanden, erhöht sich die Zahl der Wohnungen auf 2 oder mehr, wenn die oben genannten Bedingungen zutreffen.

3 Wohnfläche

Unter „Wohnfläche der gesamten Wohnung“ ist die Summe der Grundflächen aller Räume einer Wohnung zu verstehen. Zur Wohnung zählen auch außerhalb der eigentlichen Wohnung liegende Räume (z. B. Mansarden) sowie zu Wohnzwecken ausgebauter Keller- und Bodenräume. Die Wohnfläche kann bei Mietwohnungen im allgemeinen den Mietverträgen entnommen werden.

Falls Sie die Wohnfläche selbst ermitteln, beachten Sie bitte, dass einzelne Flächen wie folgt anzurechnen sind:

- voll: die Wohnflächen von Räumen mit einer Raumhöhe von mindestens 2 Metern,
- zur Hälfte: die Wohnflächen von Räumen bzw. unter Schrägen liegende Flächen in Räumen mit einer Raumhöhe von mindestens 1 Meter, aber weniger als 2 Metern,
- zu einem Viertel: die Flächen von Balkonen, Loggien, Dachgärten.

4 Beheizung der Wohnräume

Bei der Fernheizung erfolgt die Lieferung der Wärme an den Eigentümer des Gebäudes durch Dritte von (fern) außerhalb des Gebäudes.

Bei einer Zentral- bzw. Blockheizung wird die Wärme von einer Erzeugungsanlage innerhalb des Gebäudes oder unmittelbar in dessen Nähe für alle Wohnungen des Gebäudes erzeugt.

Eine Etagenheizung liegt vor, wenn jede Wohnung eines Gebäudes über eine eigene Heizungsanlage verfügt, die für alle Räume der Wohnung die Wärme erzeugt. In der Regel sind dies Gasthermen.

Einzelöfen (Kohle-, Nachtspeicheröfen) beheizen jeweils nur den Raum, in dem sie stehen. In der Regel sind sie fest installiert. Mehrraumöfen (Kachelöfen) beheizen gleichzeitig mehrere (aber nicht alle) Räume der Wohnung (z. B. durch Luftkanäle).

5 Hauptmieter/-in mit Untervermietung

Bei einer Untervermietung ist die Monatsmiete für die gesamte Wohnung anzugeben und nicht nur für den von der Hauptmieterin/dem Hauptmieter bewohnten Wohnungsteil.

6 Übernahme der Miete bei Hartz IV-Empfängerinnen/ Hartz IV-Empfängern

Empfänger/-innen von Leistungen nach Hartz IV (ALG II, Sozialgeld), deren Miete ganz oder teilweise von der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) übernommen wird, geben den Gesamtbetrag für Miete und Nebenkosten an, den der Vermieter/die Vermieterin bzw. die Hausverwaltung erhält.

7 Heutiges Staatsgebiet

Der Begriff „heutiges Staatsgebiet“ meint die heutigen Staatsgrenzen der Bundesrepublik Deutschland (Gebietsstand seit dem 03.10.1990).

8 Staatsangehörigkeit

Deutsch durch Geburt

Bitte geben Sie auch in diesen Fällen „Deutsch durch Geburt“ an:

- Vertriebene:
Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit zwar nicht durch Geburt aber aufgrund der **Anerkennung als deutsche Volkszugehörige** gemäß § 1 des Bundesvertriebenengesetzes erworben haben und bei denen die **Zuwanderung vor 1950** auf das heutige Gebiet Deutschlands erfolgte, kreuzen bitte „Deutsch durch Geburt“ an.
Erfolgte die Zuwanderung ab 1950 siehe die Hinweise zu (Spät-)Aussiedler/-innen.
- Nach zwischenzeitlicher Aberkennung/Entzug der deutschen Staatsangehörigkeit, wenn diese durch Geburt erworben wurde, geben Sie bitte „Deutsch durch Geburt“ an.
- Kinder eines Elternteils mit deutscher Staatsangehörigkeit:
Eheliche Kinder einer deutschen Mutter und eines ausländischen Vaters, die nach dem 01.04.1953 und vor dem 01.01.1975 geboren wurden und die daher die deutsche Staatsangehörigkeit durch Erklärung oder durch Einbürgerung erlangt haben, kreuzen bitte „Deutsch durch Geburt“ an.
- Nichteeliche Kinder eines deutschen Vaters und einer ausländischen Mutter, die vor dem 01.07.1993 geboren wurden und die deutsche Staatsangehörigkeit durch Einbürgerung erhielten, kreuzen bitte „Deutsch durch Geburt“ an.
- Personen, die bis zum 30.06.1998 die deutsche Staatsangehörigkeit durch Legitimation (z. B. nachfolgende Eheschließung der Eltern eines nicht-ehelichen Kindes) erworben haben, kreuzen bitte „Deutsch durch Geburt“ an.
- Im Saarland Geborene:
Personen, die zwischen 1947 und 1956 im Saarland geboren wurden und bei denen mindestens ein Elternteil eine deutsche Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes besaß, kreuzen bitte „Deutsch durch Geburt“ an, auch wenn sie mit französischer Staatsangehörigkeit geboren wurden.

(Spät-)Aussiedler/-innen mit und ohne Einbürgerung

- Personen, die als (Spät-)Aussiedler/-innen von 1993 bis 2000 nach Deutschland kamen, erhielten eine offizielle Einbürgerungsurkunde (und keine Bescheinigung nach § 7 Staatsangehörigkeitsgesetz). Bitte kreuzen Sie hier „Als (Spät-)Aussiedler/-in mit Einbürgerung“ an.
- Personen, die aufgrund einer Anspruchseinbürgerung als (Spät-)Aussiedler/-innen die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten haben: Bitte kreuzen Sie hier „Als (Spät-)Aussiedler/-in mit Einbürgerung“ an.
- Personen mit einer Bescheinigung nach § 7 Staatsangehörigkeitsgesetz: Bitte kreuzen Sie hier „Als (Spät-)Aussiedler/-in ohne Einbürgerung“ an.

Deutsche durch Einbürgerung bei Eheschließung

Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit durch Eheschließung bzw. durch Erklärung oder Einbürgerung aufgrund von Eheschließung erworben haben, geben bitte „Deutsch durch Einbürgerung“ an.

9 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/Arbeitnehmern, die ihre Arbeitszeit nach Vollendung des 55. Lebensjahres auf die Hälfte vermindern.

10 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 freustellen 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 Angehörige in häuslicher Umgebung pflegen.

11 Zuordnung der Tätigkeit

Beschäftigen Sie als Selbstständige/-r nur mithelfende Familienangehörige (ohne Lohn/Gehalt), tragen Sie sich bitte als Selbstständige/-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/-ines 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/Bankbeamte“ 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.

12 Geringfügige Beschäftigung

Bei einer geringfügigen Beschäftigung, einem 450-Euro-Job (so genanntem Mini-Job bis 450 Euro pro Monat im Jahresdurchschnitt) bezahlt der Arbeitgeber pauschale Beiträge an die Renten- und Krankenversicherung sowie einen pauschalen Steuersatz.

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.

13 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.

14 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.

15 Überwiegender Lebensunterhalt

Auch wenn Sie Erwerbstätige/-r sind, muss die Erwerbstätigkeit nicht die überwiegende Unterhaltsquelle sein (z. B. Auszubildende 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 (einschließlich der Leistungen aus den Versorgungswerken für bestimmte freie Berufe wie z. B. Ärztinnen/Ärzte, Apotheker/-innen) sind als Unterhalt aus eigenem Vermögen einzuordnen.

16 Nettoeinkommen

Zu berücksichtigen sind ebenfalls:

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

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

17 Gesetzliche Rentenversicherung

Gesetzlich rentenversichert ist man in der Deutschen Rentenversicherung Bund (früher BfA, LVA), Deutschen Rentenversicherung 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.).

Unterrichtung nach § 17 Bundesstatistikgesetz (BStatG)¹ und nach der Datenschutz-Grundverordnung (EU) 2016/679 (DS-GVO)²

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 zu Einkommen und Lebensbedingungen wird bei höchstens 12 Prozent der Mikrozensusbefragten erhoben.

Rechtsgrundlagen, Freiwilligkeit

Rechtsgrundlagen sind das Mikrozensusgesetz (MZG), die Verordnung (EU) 2019/1700 sowie die Durchführungsverordnungen (EU) 2019/2180, (EU) 2019/2181, (EU) 2019/2242 und (EU) 2020/1721, die Delegierten Verordnungen (EU) 2020/256, (EU) 2020/2175, (EU) 2021/466 und (EU) 2020/258 sowie der Durchführungsbeschluss (EU) 2020/2050 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, § 6 Absatz 2 sowie § 8 Absatz 1 bis 3 MZG. Die Erteilung der Auskunft ist nach § 8 Absatz 3 in Verbindung mit § 13 Absatz 7 Satz 2 MZG freiwillig.

Die Grundlage für die Verarbeitung der von Ihnen gemachten Angaben ist die Einwilligung nach Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a – soweit einschlägig – in Verbindung mit Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a DS-GVO.

Die Einwilligung in die Verarbeitung der personenbezogenen Angaben kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf wirkt erst für die Zukunft. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

Verantwortlicher

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten ist das für Ihr Bundesland zuständige Statistische Amt.

Die Kontaktdaten finden Sie unter:

<https://www.statistikportal.de/de/statistische-aemter>.

Geheimhaltung

Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 BStatG grundsätzlich geheim gehalten. Nur in ausdrücklich gesetzlich geregelten Ausnahmefällen dürfen Einzelangaben übermittelt werden.

Eine solche Übermittlung von Einzelangaben ist insbesondere 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. ITZ Bund als IT Dienstleister des Statistischen Bundesamtes, 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 11 der Verordnung (EU) 2019/1700 ist eine Übermittlung von erhobenen Einzelangaben an die Kommission (Eurostat) vorgesehen. Nach Artikel 15 der Verordnung (EU) 2019/1700 darf Eurostat in seinen Räumen oder in den Räumen einer von Eurostat anerkannten Zugangseinrichtung für wissenschaftliche Zwecke unter den in Artikel 7 der Verordnung (EU) Nr. 557/2013 festgelegten Bedingungen in ihren Räumlichkeiten Einzelangaben ohne Name und Anschrift zugänglich machen und aus den Datensätzen für die in Artikel 3 der Verordnung (EU) 2019/1700 genannten Bereiche Einzeldatensätze weitergeben, wenn diese so verändert wurden, dass die Gefahr einer Identifizierung der statistischen Einheit auf ein angemessenes Maß verringert wurde.

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

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

(Suchbegriffe „Bundesstatistikgesetz“ (BStatG) bzw. „Mikrozensusgesetz“ (MZG)).

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 <https://eur-lex.europa.eu/>

Hilfsmerkmale, Ordnungsnummern, Trennung und Löschung

Name und Anschrift der Haushaltsmitglieder und die Kontaktdaten der Haushaltsmitglieder 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.

- Nach § 14 Absatz 5 Satz 1 MZG dürfen Vor- und Familienname sowie Gemeinde, Straße, Hausnummer und die Kontaktdaten der befragten Personen auch im Haushaltszusammenhang für die Durchführung von Folgebefragungen nach § 5 Absatz 1 MZG verwendet werden.
- Nach § 14 Absatz 5 Satz 2 MZG dürfen die Angaben zu den Merkmalen nach § 14 Absatz 5 Satz 1 MZG auch 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.
- Nach § 9 Absatz 3 Registerzensuserprobungsgesetz speichern die statistischen Ämter der Länder Vor- und Familiennamen, Wohnanschrift, Gemeinde und Gemeindeverband, Geschlecht, Kalendermonat und Kalenderjahr der Geburt, Familienstand, Staat der Geburt, Kalenderjahr des Zuzugs nach Deutschland, bei Abwesenheit von mehr als zwölf Monaten das Kalenderjahr des erneuten Zuzugs nach Deutschland und Staatsangehörigkeiten sowie die Merkmale zur Bildung nach § 6 Absatz 1 Nummer 7 Buchstabe a bis c und Nummer 8 MZG. Vor- und Familiennamen sowie Wohnanschrift sind spätestens sechs Jahre nach Abschluss der Aufbereitung des Mikrozensus wieder zu löschen.

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

Alle Erhebungsunterlagen sowie die Hilfsmerkmale werden nach Abschluss der Aufbereitung der letzten Folgeerhebung vernichtet bzw. gelöscht.

Die verwendeten Ordnungsnummern sind die Haushaltsnummer und die Personennummer. Die Haushaltsnummer unterscheidet die an der Erhebung teilnehmenden Haushalte. Sie besteht aus einer Kennziffer für das Bundesland sowie einer fortlaufenden Nummer für den Haushalt. Die Personennummer ist eine fortlaufende Nummer der Haushaltsmitglieder.

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.

Die Betroffenenrechte können gegenüber jedem zuständigen Verantwortlichen geltend gemacht werden. 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 behördliche Datenschutzbeauftragte oder den behördlichen Datenschutzbeauftragten des verantwortlichen Statistischen Amtes oder an die jeweils zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde gerichtet werden (Artikel 77 DS-GVO). Deren Kontaktdaten finden Sie unter <https://www.statistikportal.de/de/datenschutz>.

Muster