



Mikrozensus 2025



5

Kernprogramm und Erhebungsteil Einkommen und Lebensbedingungen

Muster

Berichtswoche:

Rechtsgrundlagen und weitere rechtliche Hinweise entnehmen Sie den Seiten 119 bis 120 dieses Fragebogens. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen die Erläuterungen zu **I** bis **IX** auf den Seiten 117 bis 118 dieses Fragebogens.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <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"/> |
| Auswahlbezirks-Nr. | | | | | | | | Lfd. Nr. des Haushalts im Auswahlbezirk | | Folge- bogen | | Befra- gung | | | |

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 178 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"/> → 10 | <input type="checkbox"/> → 10 | <input type="checkbox"/> → 10 | <input type="checkbox"/> → 10 | <input type="checkbox"/> → 10 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

Beispiel: | Wochenstunden

- Korrekturen nehmen Sie bitte wie folgt vor.

Beispiel: | Ja
 | Nein

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

Muster

Haushalt und Wohnung

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

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

Ja, Anzahl der weiteren Haushalte

Nein, keine weiteren Haushalte 8

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

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

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

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

Hinweis!

Die Berichtswoche finden Sie auf dem Deckblatt.

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

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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weiblich 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Divers 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohne Angabe nach Geburtenregister 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5 Wann sind Sie geboren?

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

6 Liegt Ihr Geburtstag vor dem letzten Tag der Berichtswoche 2025?

| | 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"/> |

freiwillig

7 Welchen Familienstand haben Sie?

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

Hinweis!

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

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

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

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

9 Ist diese Wohnung hier Ihr Hauptwohnsitz?

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

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Ja | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | 8 <input type="checkbox"/> → 11 | <input type="checkbox"/> → 11 | <input type="checkbox"/> → 11 | <input type="checkbox"/> → 11 | <input type="checkbox"/> → 11 |

10 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zurzeit abwesend | 8 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Ja

Nein → 22

12 Sind seit der letzten Befragung Mitglieder Ihres Haushalts ausgezogen?

Ja, Anzahl der ausgezogenen Personen

Nein 8

13 Sind seit der letzten Befragung Mitglieder Ihres Haushalts verstorben?

Ja, Anzahl der verstorbenen Personen

Nein 8

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

15 Ist diese Wohnung für mindestens ein Haushaltsmitglied, das am 31.12.2024 16 Jahre oder älter war, der Hauptwohnsitz?

Ja

Nein → 27

16 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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Jahr | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Trifft nicht zu, lebte schon vor der letzten Befragung im Haushalt. | <input type="checkbox"/> → 18 | <input type="checkbox"/> → 18 | <input type="checkbox"/> → 18 | <input type="checkbox"/> → 18 | <input type="checkbox"/> → 18 |

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

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

18 Sind innerhalb der letzten 12 Monate Mitglieder Ihres Haushalts ausgezogen?

Ja, Anzahl der ausgezogenen Personen

Nein 8 → 20

Muster

freiwillig

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

Vorname der ausgezogenen Person

Auszugsmonat

Auszugsjahr

| 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></tr> </table> | | | | | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Wohin ist die Person gezogen? | | | | | | | | | | | | | | |
| In einen anderen Privathaushalt | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| In einen Gemeinschaftshaushalt (z. B. Wohnheim, Altenheim) | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Ins Ausland | 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| An einen unbekanntem Ort | 4 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |

20 Sind innerhalb der letzten 12 Monate Mitglieder Ihres Haushalts verstorben?

Ja, Anzahl der verstorbenen Personen

Nein 8 → 27

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

Vorname der verstorbenen Person

| 1. verstorbene Person | 2. verstorbene Person | 3. verstorbene Person |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | |
| ↳ 27 | ↳ 27 | ↳ 27 |

22 Sind seit dem 1. Januar 2024 bis heute Personen in Ihren Haushalt eingezogen?

Ja 1

Nein 8 → 25

23 In welchem Monat und welchem Jahr ist die zuletzt eingezogene Person in Ihren Haushalt eingezogen?

Monat

Jahr

24 Welche Lebenssituation traf zum Zeitpunkt des Einzugs auf die zuletzt zugezogene Person zu?

Erwerbstätig 1

Sonstige Lebenssituation 4

25 Sind seit dem 1. Januar 2024 Personen aus Ihrem Haushalt ausgezogen?

Ja 1

Nein 8 → 27

Muster

26 Wann ist die zuletzt ausgezogene Person ausgezogen?

Auszugsmonat
Auszugsjahr

Personen und Haushalt

27 Leben Sie in einem Ein-Personen-Haushalt?

Ja → 33
Nein

28 Lebt Ihre Mutter in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter.

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

29 Lebt Ihr Vater in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater.

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

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

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--|--|--|--|--|--|
| Ja, mein/-e Ehepartner/-in hat die Nummer (siehe Namenslasche) | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> → 32 | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> → 32 | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> → 32 | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> → 32 | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> → 32 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

i Auch eingetragene Lebenspartnerschaften.

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

MUSTER

32 In welcher Beziehung stehen Sie zu Person 1?

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

Wohnsituation

i Bitte nutzen Sie zur Beantwortung der Fragen Ihre Unterlagen über die Kostenabrechnung sowie eventuell abgeschlossene Verträge für die Versorgung und, falls zutreffend, Ihren Mietvertrag.

33 Ist diese Wohnung für mindestens eine Person im Haushalt, die am 31.12.2024 16 Jahre oder älter war, der Hauptwohnsitz?

- Ja
- Nein → 100

34 In was für einem Gebäude wohnt Ihr Haushalt?

- Freistehendes Einfamilienhaus 1
- Einfamilienhaus als Reihenhaus oder Doppelhaus-hälfte 2
- Einfamilienhaus mit zusätzlicher Einliegerwohnung oder Zweifamilienhaus 3
- Wohngebäude mit 3 bis 9 Wohnungen 4
- Wohngebäude mit 10 oder mehr Wohnungen 5
- Andere Art von Gebäude 6

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

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

- | | | |
|-------------------------|----|--------------------------|
| Vor 1919 | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Von 1919 bis 1948 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Von 1949 bis 1960 | 13 | <input type="checkbox"/> |
| Von 1961 bis 1978 | 14 | <input type="checkbox"/> |
| Von 1979 bis 1990 | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Von 1991 bis 2000 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Von 2001 bis 2010 | 6 | <input type="checkbox"/> |
| Von 2011 bis 2015 | 15 | <input type="checkbox"/> |
| Von 2016 bis 2020 | 16 | <input type="checkbox"/> |
| 2021 oder später | 17 | <input type="checkbox"/> |

36 Falls das Gebäude mit umfangreichen Renovierungsmaßnahmen (neue Isolierung, neues Dach, Austausch des Heizungssystems und Austausch der Stromleitung) kernsaniert wurde: In welchem Jahr wurden die Arbeiten der Kernsaniierung abgeschlossen?

- | | |
|--|-----------------------------|
| Vor 1919 | <input type="checkbox"/> |
| Von 1919 bis 1948 | <input type="checkbox"/> |
| Von 1949 bis 1960 | 13 <input type="checkbox"/> |
| Von 1961 bis 1978 | 14 <input type="checkbox"/> |
| Von 1979 bis 1990 | 4 <input type="checkbox"/> |
| Von 1991 bis 2000 | 5 <input type="checkbox"/> |
| Von 2001 bis 2010 | 6 <input type="checkbox"/> |
| Von 2011 bis 2015 | 15 <input type="checkbox"/> |
| Von 2016 bis 2020 | 16 <input type="checkbox"/> |
| 2021 oder später | 17 <input type="checkbox"/> |
| Trifft nicht zu, keine Kernsaniierung des Gebäudes. | 99 <input type="checkbox"/> |

MUSTER

37 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. 117: **I** „Wohnfläche“.

Fläche in vollen Quadratmetern

freiwillig

38 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

39 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

40 Ist Ihr Haushalt (Mit-)Eigentümer oder Mieter der Wohnung/des Einfamilienhauses?

I Bewohner/-innen einer Genossenschaftswohnung tragen bitte Mieter ein. Besitzen Sie ein Wohnungsrecht, d. h. liegt eine mietfreie Überlassung vor, dann kreuzen Sie bitte auch Mieter an.

(Mit-)Eigentümer

Mieter → 50

41 Bitte geben Sie ein Haushaltsmitglied an, das Eigentümer/-in der selbst bewohnten Eigentumswohnung/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 Namensflasche)

42 Wurde das Gebäude, in dem Sie wohnen, in den letzten 5 Jahren in Bezug auf die Wärmedämmung, die Fenster oder das Heizsystem verbessert?

I Z. B. Wärmedämmung der Außenwände, des Dachs oder des Fußbodens, der Ersatz von alten durch doppelt oder dreifach verglaste Fenster sowie die Installation besserer und effizienterer Heizungsanlagen.

Ja, drei oder mehr Maßnahmen 1

Ja, zwei Maßnahmen 2 → 45

Ja, eine Maßnahme 3

Nein 8

Ich weiß es nicht. 9 → 45

MUSTER

43 Wenn das Gebäude, in dem Sie wohnen, in den letzten 5 Jahren nicht verbessert wurde, ist es in Bezug auf die Wärmedämmung, die Fenster oder das Heizsystem sanierungsbedürftig?

- Ja, Sanierung ist erforderlich. 1
- Nein, Sanierung ist nicht erforderlich. 8 } → 45
- Ich weiß es nicht. 9

44 Was ist das Haupthindernis für die Verbesserung des Gebäudes in Bezug auf die Wärmedämmung, die Fenster oder das Heizsystem?

- Kein Interesse 1
- Zu teuer 2
- Es ist schwierig, Fachleute für die Durchführung zu finden. 3
- Verwaltungstechnische Hindernisse 4
- Andere Hindernisse (z. B. denkmalgeschütztes Gebäude, schwierige Absprachen mit Nachbarn oder Miteigentümern usw.) 5

45 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.
- Anzahl der Kredite
- Ja, und zwar
 - Nein 8 → 47

46 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"/> |

47 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"/> |

Monatliche Energiekosten

| | | | |
|-------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Strom | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
|-------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Heizung und Gas | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|

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

Jährliche Nebenkosten

| | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Schadens- oder Wohngebäudeversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|

| | | | |
|------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Müllabfuhr | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
|------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|

| | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Wasserkosten (Wasserverbrauch, Abwasser) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|

| | | | |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Schornsteinfeger | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|

| | | | |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Straßenreinigung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|

Jährliche Wartungs- und Instandhaltungskosten

I Zu berücksichtigen sind regelmäßige Wartungen und **werterhaltende** Instandhaltungen der letzten 12 Monate. Wertsteigernde Kosten sind nicht zu berücksichtigen.

| | Nein | Ja | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Wartungen und Instandhaltungen | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |

48 Wie hoch sind die monatlichen Betriebs- und Nebenkosten für die selbst bewohnte Wohnung/das selbst bewohnte Einfamilienhaus insgesamt?

I Bitte berücksichtigen Sie Energiekosten, die Grundsteuer, Nebenkosten (siehe Frage 47) und/oder das Hausgeld.

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

| | |
|---------------------------------|------------------------------|
| Betriebs- und Nebenkosten | Monatsbetrag (Volle Euro) |
| | <input type="text"/> |

49 Wie hoch sind die monatlichen Ausgaben für Kreditzinsen und regelmäßige Wartungen und werterhaltende Instandhaltungen für die selbst bewohnte Wohnung/das selbst bewohnte Einfamilienhaus?

Haben Sie keine Ausgaben dieser Art, geben Sie bitte den Wert „0“ an.

| | |
|--|------------------------------|
| Kreditzinsen, Wartungen und Instandhaltungen | Monatsbetrag (Volle Euro) |
| | <input type="text"/> → 60 |

50 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)

51 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

52 Wurde das Gebäude, in dem Sie wohnen, in den letzten 5 Jahren in Bezug auf die Wärmedämmung, die Fenster oder das Heizsystem verbessert?

i Z. B. Wärmedämmung der Außenwände, des Dachs oder des Fußbodens, der Ersatz von alten durch doppelt oder dreifach verglaste Fenster sowie die Installation besserer und effizienterer Heizungsanlagen.

Ja, drei oder mehr Maßnahmen 1

Ja, zwei Maßnahmen 2

Ja, eine Maßnahme 3

Nein 8

Ich weiß es nicht. 9

} → 54

} → 54

53 Wenn das Gebäude, in dem Sie wohnen, in den letzten 5 Jahren nicht verbessert wurde, ist es in Bezug auf die Wärmedämmung, die Fenster oder das Heizsystem sanierungsbedürftig?

Ja, Sanierung ist erforderlich. 1

Nein, Sanierung ist nicht erforderlich. 8

Ich weiß es nicht. 9

freiwillig

Muster

54 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. 117:

„Übernahme der Miete bei Erhalt von Leistungen von der Agentur für Arbeit/Jobcenter“.

Monatlicher Gesamtbetrag

Volle Euro

55 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 1
- Ja, aber die Nebenkosten sind nicht ausgewiesen. 7 59
- Nein 6

56 Wie hoch sind diese monatlichen Nebenkosten?

Monatsbetrag

Volle Euro

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

Monatsbetrag

Volle Euro

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

Monatsbetrag

Volle Euro

59 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

60 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

61 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

62 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 1300 Euro aus eigenen Finanzmitteln zu bestreiten.

Ja 1

Nein 8

Die Wohnung angemessen warm zu halten.

Ja 1

Nein 8

63 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

MUSTER

64 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

freiwillig

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

- Ja 1
- Nein 8 → 67

66 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 2024

Erhaltene Leistungen für Kinder im Jahr 2024

67 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 Kindergeld für
Kinder erhalten, die im Haushalt lebten?

- Ja 1
- Nein 8 → 69
- Trifft nicht zu, Haushaltsmitglieder haben keine
Kinder. → 80

68 Für wie viele Kinder, die im Haushalt lebten, hat
Ihr Haushalt Kindergeld erhalten?

Anzahl Kinder

69 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 Kindergeld für
Kinder erhalten, die nicht im Haushalt lebten?

- Ja 1
- Nein 8 → 71

70 Für wie viele Kinder, die nicht im Haushalt
lebten, hat Ihr Haushalt Kindergeld erhalten?

Anzahl Kinder

MUSTER

71 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 für im Haushalt lebende Kinder einen Kinderzuschlag von der Familienkasse der Agentur für Arbeit erhalten?

i Die Höhe des Kinderzuschlags ist abhängig vom Einkommen und Vermögen des Haushalts und beträgt höchstens 292 Euro pro Monat und Kind.

Ja 1
 Nein 8 → 73

72 Für welche Kinder hat Ihr Haushalt einen Kinderzuschlag erhalten?

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

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Anzahl der Monate | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Betrag pro Monat (Volle Euro) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

73 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 einen Unterhaltsvorschuss für Kinder, die im Haushalt leben, erhalten?

Ja 1
 Nein 8 → 75

74 Für welche Kinder hat Ihr Haushalt einen Unterhaltsvorschuss erhalten?

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

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

75 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 Pflegegeld für Pflegekinder, die im Haushalt leben, erhalten?

Ja 1
 Nein 8 → 77

76 Für welche Kinder hat Ihr Haushalt Pflegegeld für Pflegekinder erhalten?

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

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Anzahl der Monate | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| freiwillig Betrag pro Monat (Volle Euro) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

77 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 Pflegegeld für pflegebedürftige Kinder (nach der gesetzlichen Pflegekasse/Pflegeversicherung), die im Haushalt leben, erhalten?

Ja 1
 Nein 8 → 79

Muster

78 Für welche der Kinder hat Ihr Haushalt Pflegegeld für pflegebedürftige Kinder 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 |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <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"/> |

79 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 Leistungen für Bildung und Teilhabe, Zuschüsse zum Schulbedarf und zu Schulausflügen erhalten?

Ja, einen Jahresbetrag von
 Nein

Volle Euro

 8

Einkommen aus öffentlichen Leistungen im Jahr 2024

80 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 folgende öffentliche Leistungen erhalten?

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

Bürgergeld (Grundsicherung für Arbeitssuchende; ehemals: Arbeitslosengeld II, Sozialgeld) 8 →

i Bitte hier nur Bürgergeld eintragen und nicht die Kosten der Unterkunft und Heizung.

Kosten der Unterkunft und Heizung (in Verbindung mit Bürgergeld) 8 1 →

Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt/Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII 8 1 →

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 8 1 →

Wohngeld, Wohngeld-Plus (nicht Kosten der Unterkunft und Heizung bei Bürgergeld) 8 1 →

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Monatsbetrag (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|---|--------------------------|----------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Bürgergeld (Grundsicherung für Arbeitssuchende; ehemals: Arbeitslosengeld II, Sozialgeld) 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Kosten der Unterkunft und Heizung (in Verbindung mit Bürgergeld) 8 | <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt/Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII 8 | <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 8 | <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Wohngeld, Wohngeld-Plus (nicht Kosten der Unterkunft und Heizung bei Bürgergeld) 8 | <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |

Weitere Einkommen des Haushalts im Jahr 2024

81 Hat Ihr Haushalt oder ein Haushaltsmitglied im Jahr 2024 folgende Einkommen erhalten?

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

Unterhaltszahlungen von Personen, die im Jahr 2024 nicht im Haushalt lebten 8 1 →

Sonstige regelmäßige Zahlungen von Personen, die im Jahr 2024 nicht im Haushalt lebten 8 1 →

82 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung (Einnahmen abzüglich Ausgaben für Instandhaltung oder evtl. Kreditzinsen) erzielt?

Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung 8 1 →

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Monatsbetrag (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|--------------------------|----------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Unterhaltszahlungen von Personen, die im Jahr 2024 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 2024 nicht im Haushalt lebten 8 | <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung 8 | <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |

83 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 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

Nein 8 → 85

84 Wie hoch waren die Einkommen aus diesen Wert- oder Sparanlagen (Kapitalvermögen)?

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 7 500 Euro 7

7 500 bis unter 10 000 Euro 8

10 000 bis unter 15 000 Euro 9

15 000 bis unter 20 000 Euro 12

20 000 Euro oder mehr 15

Muster

85 Haben in Ihrem Haushalt Kinder, die am 31.12.2024 15 Jahre oder jünger waren, im Jahr 2024 ein Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 87

86 Welches Kind hat Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit erzielt?

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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Monatsbetrag (Volle Euro) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| oder | | | | | |
| Jahresbetrag (Volle Euro) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

87 Haben Kinder, die am 31.12.2024 15 Jahre oder jünger waren und im Haushalt lebten, im Jahr 2024 Waisenrente/-geld erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 89

88 Welches Kind hat eine Waisenrente oder Waisengeld erhalten?

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

Anzahl der Monate
 Monatsbetrag (Volle Euro)
 oder
 Jahresbetrag (Volle Euro)

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

89 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 Nahrungsmittel im eigenen Garten oder mit eigener Kleintierhaltung für den Eigenbedarf produziert?

Ja 1
 Nein 8 → 91

freiwillig

90 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

MUSTER

Geleistete Zahlungen im Jahr 2024

91 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 Grundsteuer für selbst genutzte Wohnungen, Häuser oder Grundstücke bezahlt?

i Gemeint ist der Grundbesitz für die private Nutzung.

Ja 1
 Nein 8 → 94

92 Wie hoch war die gezahlte Grundsteuer für Ihre selbst genutzte Hauptwohnung?

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

freiwillig

93 Wie hoch war die gezahlte Grundsteuer für Ihren weiteren selbst genutzten Grundbesitz (z. B. Zweitwohnungen, Ferienwohnungen, Wald- oder Wiesengrundstücke)?

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

freiwillig

94 Zahlte Ihr Haushalt im Jahr 2024 Kredite (Abzahlung von Hypotheken und Bauspardarlehen) für die selbst bewohnte Wohnung/ das selbst bewohnte Einfamilienhaus zurück?

Gemeint ist die selbst genutzte Hauptwohnung, falls mehr als eine Immobilie vorhanden ist.

Ja 1
Nein 8 -> 96

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

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 Volle Euro
darunter: Monatsbetrag Zinsen

96 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2024 eine der folgenden genannten Zahlungen geleistet?

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

Unterhaltszahlungen an Personen, die nicht im Haushalt lebten 8 1 -> Anzahl Monate (Volle Euro) Monatsbetrag (Volle Euro) Jahresbetrag (Volle Euro)
Sonstige regelmäßige Zahlungen an Personen, die nicht im Haushalt lebten

Muster

Gesundheitsausgaben

freiwillig

97 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 zahnärztliche 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

98 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 die 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

99 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 Kommunikationstechnologien im Haushalt

100 Hat Ihr Haushalt einen Internetzugang?

Geben Sie bitte „Ja“ an, wenn Sie selbst oder jemand in Ihrem Haushalt die Möglichkeit hat, zu Hause das Internet zu nutzen, z. B. mit einem Desktop-Computer, Laptop/Tablet oder Smartphone. In der Regel hat der Haushalt dann einen Vertrag mit einem Internet-Provider (z. B. mit Telekom, Vodafone, o2, 1&1, Deutsche Glasfaser), und entsprechende Verbindungsgeräte sind im Haushalt vorhanden (z. B. Router, Fritzbox, Modem). Auch andere Internet-Zugangsarten (z. B. mit Surfstick/SIM-Karte) zählen dazu, wenn damit das Internet zu Hause genutzt wird.

Ja 1

Nein 8

Ich weiß es nicht. 7

Kinderbetreuung

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

- Ja
- Nein → 108

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

Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Arten an.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Kindertagesstätte (Kindergarten, Kinderkrippe) 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tagesmutter/Tagesvater 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Au-Pair, Babysitter/-in 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorschulische Einrichtung (z. B. Vorklassen, Schulkindergarten, Vorschulklassen) 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung für Schulkinder vor/nach dem Unterricht (z. B. Hort, betreute Grundschule) 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verwandte, Freunde, Nachbarn 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trifft nicht zu, Kind wird nur durch Eltern betreut. 7 | <input type="checkbox"/> → 104 | <input type="checkbox"/> → 104 | <input type="checkbox"/> → 104 | <input type="checkbox"/> → 104 | <input type="checkbox"/> → 104 |

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

Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Arten an.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kindertagesstätte (Kindergarten, Kinderkrippe) 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tagesmutter/Tagesvater 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Au-Pair, Babysitter/-in 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorschulische Einrichtung (z. B. Vorklassen, Schulkindergarten, Vorschulklassen) 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung für Schulkinder vor/nach dem Unterricht (z. B. Hort, betreute Grundschule) 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verwandte, Freunde, Nachbarn 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trifft nicht zu, Kind wird nur durch Eltern betreut. 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

104 Ist diese Wohnung für mindestens ein Haushaltsmitglied, das am 31.12. 2024 16 Jahre oder älter war, der Hauptwohnsitz?

- Ja
- Nein → 117

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

Ja

Nein → 108

freiwillig

106 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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tagesmutter/Tagesvater | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Au-Pair, Babysitter/-in | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorschulische Einrichtung (z. B. Vorklassen, Schulkindergarten, Vorschulklassen) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Betreuung für Schulkinder vor/nach dem Unterricht (z. B. Hort, betreute Grundschule) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Verwandte, Freunde, Nachbarn | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Trifft nicht zu, Kind wird nur durch Eltern betreut. 8 | <input type="checkbox"/> → 108 | <input type="checkbox"/> → 108 | <input type="checkbox"/> → 108 | <input type="checkbox"/> → 108 | <input type="checkbox"/> → 108 |

107 Wie viele Stunden insgesamt wird das Kind in einer üblichen Woche betreut (Summe der Stunden der Betreuungsformen aus Frage 106)?

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

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Anzahl der Stunden pro Woche | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Trifft nicht zu, Kind wird nur durch Eltern betreut. 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MUSTER

Mobilität und Umwelt (Haushaltsteil)

108 Hat Ihr Haushalt ein Auto zur privaten Nutzung, wenn der Haushalt es braucht?

Bitte berücksichtigen Sie auch Firmenwagen oder andere Autos, die nicht dem Haushalt gehören, aber regelmäßig privat genutzt werden.

Ja 1

Nein 8 → 113

freiwillig

109 Wie viele Autos hat Ihr Haushalt zur privaten Nutzung (einschließlich Firmenwagen und geleaste Autos)?

Anzahl Autos im Haushalt

110 Welche Antriebsart hat das neueste Auto, das Ihr Haushalt für private Zwecke nutzt?

Neuestes Auto bedeutet das am kürzesten erstzugelassene Auto.

I Wenn der Haushalt nur ein Auto nutzt, geben Sie die Antriebsart für dieses Auto an.

- Diesel 1
- Benzin 2
- Hybrid (Elektromotor und Verbrennermotor) 3
- E-Auto (Elektromotor) 4
- Anderer (z. B. Erdgas, Autogas oder Wasserstoffgas) 5
- Ich weiß es nicht. 9

111 Wann wurde das neueste Auto, das Ihr Haushalt nutzt, zum ersten Mal zugelassen?

Neuestes Auto bedeutet das am kürzesten erstzugelassene Auto.

I Wenn der Haushalt nur ein Auto nutzt, geben Sie die Erstzulassung für dieses Auto an.

- Jahr der Erstzulassung
- Ich weiß es nicht. 9999

112 Wann wurde das älteste Auto, das Ihr Haushalt nutzt, zum ersten Mal zugelassen?

Ältestes Auto bedeutet das am längsten erstzugelassene Auto.

- Jahr der Erstzulassung
- Ich weiß es nicht. 9999
- Trifft nicht zu, der Haushalt nutzt nur ein Auto 8888

113 Wie weit ist die nächstgelegene öffentliche Grünfläche von Ihrer Wohnung entfernt?

Dazu gehören Parks, Spielplätze, Wälder, Kanäle, Fluss- oder Seeufer und Strände.

I Bitte berücksichtigen Sie die Gehstrecke bei der Entfernungsangabe.

- Weniger als 400 m 1
- Zwischen 400 m bis 999 m 2
- Zwischen 1000 m bis 1999 m 3
- 2000 m oder mehr 4

114 Trennen Sie Plastikflaschen von anderen Haushaltsabfällen (z. B. über „Gelber Sack/Gelbe Tonne“ oder Rückgabe von Pfandflaschen)?

- Immer oder meistens 1
- Manchmal 2
- Selten oder nie 3

Beteiligung an der Erhebung

freiwillig

115 Hat ein Haushaltsmitglied die Fragen 1 bis 114 beantwortet?

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

Nein 8

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

Anzahl der Minuten

Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsdauer

117 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 119 | <input type="checkbox"/> → 119 | <input type="checkbox"/> → 119 | <input type="checkbox"/> → 119 | <input type="checkbox"/> → 119 |

118 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 | <input type="checkbox"/> → 122 | <input type="checkbox"/> → 122 | <input type="checkbox"/> → 122 | <input type="checkbox"/> → 122 | <input type="checkbox"/> → 122 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

119 In welchem heutigen Staat liegt Ihr Geburtsort?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

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

i Siehe auch S. 117: **E** „Heutiges Staatsgebiet“.

Jahr

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

121 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.

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

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

Muster

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

- Ich spreche zu Hause nur Deutsch. 1
- Ich spreche zu Hause Deutsch und mindestens eine andere Sprache. 2
- Ich spreche zu Hause nicht Deutsch, sondern eine andere Sprache bzw. andere Sprachen. 3

| Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> → 124 | <input type="checkbox"/> → 124 | <input type="checkbox"/> → 124 | <input type="checkbox"/> → 124 | <input type="checkbox"/> → 124 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

123 Welche Sprache sprechen Sie vorwiegend zu Hause?

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

MUSTER

124 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein 8 | <input type="checkbox"/> → 126 | <input type="checkbox"/> → 126 | <input type="checkbox"/> → 126 | <input type="checkbox"/> → 126 | <input type="checkbox"/> → 126 |

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

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

126 Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja, nur die deutsche Staatsangehörigkeit 1 | <input type="checkbox"/> → 131 | <input type="checkbox"/> → 131 | <input type="checkbox"/> → 131 | <input type="checkbox"/> → 131 | <input type="checkbox"/> → 131 |
| Ja, die deutsche Staatsangehörigkeit und mindestens eine weitere (ausländische) Staatsangehörigkeit 2 | <input type="checkbox"/> → 130 | <input type="checkbox"/> → 130 | <input type="checkbox"/> → 130 | <input type="checkbox"/> → 130 | <input type="checkbox"/> → 130 |
| Nein 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

127 Welche ausländische Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

i Wenn Sie Ihre Staatsangehörigkeit nicht nachweisen können, geben Sie bitte „ungeklärt“ an. Wenn Sie keine Staatsangehörigkeit haben, geben Sie bitte „staatenlos“ an.

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

Muster

128 Besitzen Sie eine weitere ausländische Staatsangehörigkeit?

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

129 Welche 2. ausländische Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

} → 146

130 Welche weitere Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

Person 1
 Person 2
 Person 3
 Person 4
 Person 5

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

131 Wie haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit erlangt?

i Siehe auch S. 117: **4** „Staatsangehörigkeit“.

Durch Geburt 1
 Als (Spät-)Aussiedler/-in ohne Einbürgerung 2
 Als (Spät-)Aussiedler/-in mit Einbürgerung 3
 Durch Einbürgerung (nicht [Spät-]Aussiedler/-in) 4
 Durch Adoption durch deutsche Eltern/einen deutschen Elternteil 5

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> → 134 | <input type="checkbox"/> → 134 | <input type="checkbox"/> → 134 | <input type="checkbox"/> → 134 | <input type="checkbox"/> → 134 |
| 2 | <input type="checkbox"/> → 146 | <input type="checkbox"/> → 146 | <input type="checkbox"/> → 146 | <input type="checkbox"/> → 146 | <input type="checkbox"/> → 146 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> → 146 | <input type="checkbox"/> → 146 | <input type="checkbox"/> → 146 | <input type="checkbox"/> → 146 | <input type="checkbox"/> → 146 |

132 Wann wurden Sie eingebürgert?

Jahr

| Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ |

133 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
 Person 4
 Person 5

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

} → 146

134 Lebt Ihre Mutter in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter.

Ja
 Nein

| Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> → 140 | <input type="checkbox"/> → 140 | <input type="checkbox"/> → 140 | <input type="checkbox"/> → 140 | <input type="checkbox"/> → 140 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

i Siehe auch S. 117: **E** „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"/> |
| | ↳ 137 | ↳ 137 | ↳ 137 | ↳ 137 | ↳ 137 |
| 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"/> → 137 | <input type="checkbox"/> → 137 | <input type="checkbox"/> → 137 | <input type="checkbox"/> → 137 | <input type="checkbox"/> → 137 |

136 In welchem Zeitraum ist Ihre Mutter nach Deutschland (heutiges Staatsgebiet) zugezogen?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vor 1950 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1950 oder später 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

137 Besitzt bzw. besaß Ihre Mutter die deutsche Staatsangehörigkeit?

i Siehe auch S. 117: **A** „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 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

i Siehe auch S. 117: **E** „Heutiges Staatsgebiet“.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja 1 | <input type="checkbox"/> → 140 | <input type="checkbox"/> → 140 | <input type="checkbox"/> → 140 | <input type="checkbox"/> → 140 | <input type="checkbox"/> → 140 |
| Nein 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

139 In welchem heutigen Staat liegt der Geburtsort Ihrer Mutter?

| | |
|----------------|----------------------|
| 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"/> |

140 Lebt Ihr Vater in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja 1 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 |
| Nein 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

i Siehe auch S. 117: **E** „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"/> |
| | ↳ 143 | ↳ 143 | ↳ 143 | ↳ 143 | ↳ 143 |
| Ja, aber ich weiß das Zuzugsjahr nicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 143 | <input type="checkbox"/> → 143 | <input type="checkbox"/> → 143 | <input type="checkbox"/> → 143 | <input type="checkbox"/> → 143 |

142 In welchem Zeitraum ist Ihr Vater nach Deutschland (heutiges Staatsgebiet) zugezogen?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vor 1950 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1950 oder später | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

143 Besitzt bzw. besaß Ihr Vater die deutsche Staatsangehörigkeit?

i Siehe auch S. 117: **4** „Staatsangehörigkeit“.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja, durch Geburt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, als (Spät-)Aussiedler ohne Einbürgerung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, als (Spät-)Aussiedler mit Einbürgerung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, durch Einbürgerung (nicht [Spät-]Aussiedler) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, durch Adoption durch deutsche Eltern/einen deutschen Elternteil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, aber ich weiß nicht, wie diese erlangt wurde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

i Siehe auch S. 117: **E** „Heutiges Staatsgebiet“.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

145 In welchem heutigen Staat liegt der Geburtsort Ihres Vaters?

| | | |
|----------------|----------------------|---------|
| Person 1 | <input type="text"/> | } → 152 |
| Person 2 | <input type="text"/> | |
| Person 3 | <input type="text"/> | |
| Person 4 | <input type="text"/> | |
| Person 5 | <input type="text"/> | |

146 Lebt Ihre Mutter in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflege Mutter.

Ja
Nein

| Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> → 149 | <input type="checkbox"/> → 149 | <input type="checkbox"/> → 149 | <input type="checkbox"/> → 149 | <input type="checkbox"/> → 149 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

i Siehe auch S. 117: **3** „Heutiges Staatsgebiet“.

Ja
Nein

| Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> → 149 | <input type="checkbox"/> → 149 | <input type="checkbox"/> → 149 | <input type="checkbox"/> → 149 | <input type="checkbox"/> → 149 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

148 In welchem heutigen Staat liegt der Geburtsort Ihrer Mutter?

Person 1
Person 2
Person 3
Person 4
Person 5

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

149 Lebt Ihr Vater in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater.

Ja
Nein

| Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

i Siehe auch S. 117: **3** „Heutiges Staatsgebiet“.

Ja
Nein

| Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 | <input type="checkbox"/> → 152 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

151 In welchem heutigen Staat liegt der Geburtsort Ihres Vaters?

Person 1
Person 2
Person 3
Person 4
Person 5

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

MUSTER

Besuch von Schule oder Hochschule

152 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"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 |

153 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"/> → 157 | <input type="checkbox"/> → 157 | <input type="checkbox"/> → 157 | <input type="checkbox"/> → 157 | <input type="checkbox"/> → 157 |

154 Ist diese Wohnung Ihr Hauptwohnsitz?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 157 | <input type="checkbox"/> → 157 | <input type="checkbox"/> → 157 | <input type="checkbox"/> → 157 | <input type="checkbox"/> → 157 |

155 Waren Sie am 31.12.2024 16 Jahre oder älter?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 157 | <input type="checkbox"/> → 157 | <input type="checkbox"/> → 157 | <input type="checkbox"/> → 157 | <input type="checkbox"/> → 157 |

MUSTER

156 Welchen Abschluss streben Sie mit der Ausbildung an?

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

157 Welche Schule/Hochschule haben Sie zuletzt besucht?

Allgemeinbildende Schulen

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Grundschule | <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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förder-, Sonderschule, Sonderpädagogische Förderung | <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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hauptschule, Abendhauptschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Realschule, Abendrealschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gesamtschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waldorfschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gymnasium | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berufliches, auch Wirtschafts- oder technisches Gymnasium | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 |
| Abendgymnasium, Kolleg | <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:

157 Berufliche Schulen, die einen allgemeinen Schulabschluss vermitteln

Berufliche Schule, die zur mittleren Reife führt (z. B. Berufsfachschule)

Berufliche Schule, die zur Hochschul-/Fachhochschulreife führt

Fachoberschule

Berufsfachschule

Berufsoberschule, Technische Oberschule

Berufliche Schulen

Berufsvorbereitungsjahr

Berufsgrundbildungsjahr

Berufsschule

Berufsfachschule, die einen Berufsabschluss vermittelt

Ausbildungsstätte/Schule für Gesundheits- und Sozialberufe

einjährig (z. B. Altenpflegehelfer/-in)

zweijährig (z. B. Masseur/-in, PTA)

dreijährig (z. B. Physiotherapie, MTA, Altenpflege)

Ausbildungsstätte/Schule für Erzieher/-innen

Meisterausbildung an Fachschulen

Fachschule unter anderem für Techniker/-innen, Betriebswirtinnen/Betriebswirte

Fachakademie (nur in Bayern)

Hochschulen

Berufsakademie

Verwaltungsfachhochschule

Fachhochschule (auch Hochschule [FH] für angewandte Wissenschaften), Duale Hochschule (in Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Thüringen)

Universität (wissenschaftliche Hochschule, auch: Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule, Theologische Hochschule)

Promotionsstudium

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|----|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 |
| 18 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | <input type="checkbox"/> → 159 | <input type="checkbox"/> → 159 | <input type="checkbox"/> → 159 | <input type="checkbox"/> → 159 | <input type="checkbox"/> → 159 |
| 25 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 |
| 26 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 | <input type="checkbox"/> → 160 | <input type="checkbox"/> → 160 | <input type="checkbox"/> → 160 | <input type="checkbox"/> → 160 | <input type="checkbox"/> → 160 |
| 30 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 |

Muster

158 Welche Klasse einer allgemeinbildenden Schule haben Sie besucht?

Klassenstufe 1 bis 4

Klassenstufe 5 bis 9/10

Gymnasiale Oberstufe

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 | <input type="checkbox"/> → 161 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

159 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"/> | } → 161 |
| Person 2 | <input type="text"/> | |
| Person 3 | <input type="text"/> | |
| Person 4 | <input type="text"/> | |
| Person 5 | <input type="text"/> | |

160 Wie ist die Bezeichnung Ihres Studienganges?

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

161 Sind Sie 15 Jahre oder älter?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 |

Beschäftigungssituation in der Berichtswoche

162 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 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

163 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 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

164 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"/> → 166 | <input type="checkbox"/> → 166 | <input type="checkbox"/> → 166 | <input type="checkbox"/> → 166 | <input type="checkbox"/> → 166 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

165 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 z. B. ...

- 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"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 |
| <input type="checkbox"/> → 220 | <input type="checkbox"/> → 220 | <input type="checkbox"/> → 220 | <input type="checkbox"/> → 220 | <input type="checkbox"/> → 220 |

Muster

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

i Siehe auch S. 117:

5 „Altersteilzeit“ und

6 „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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urlaub, Sonderurlaub | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausgleichsurlaub (im Rahmen eines Arbeitszeitkontos oder einer vertraglichen Jahresarbeitszeit) | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 |
| Mutterschutz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altersteilzeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berufliche Aus- und Weiterbildung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elternzeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nebensaison | <input type="checkbox"/> → 169 | <input type="checkbox"/> → 169 | <input type="checkbox"/> → 169 | <input type="checkbox"/> → 169 | <input type="checkbox"/> → 169 |
| Streik, Aussperrung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlechtwetterlage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kurzarbeit aus technischen oder wirtschaftlichen Gründen | <input type="checkbox"/> → 168 | <input type="checkbox"/> → 168 | <input type="checkbox"/> → 168 | <input type="checkbox"/> → 168 | <input type="checkbox"/> → 168 |
| Allgemeine Aus- und Fortbildung, Schulbesuch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Persönliche oder familiäre Verpflichtungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Gründe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe bereits eine Arbeitsstelle gefunden, aber in der Berichtswoche noch nicht gearbeitet. | <input type="checkbox"/> → 220 | <input type="checkbox"/> → 220 | <input type="checkbox"/> → 220 | <input type="checkbox"/> → 220 | <input type="checkbox"/> → 220 |

167 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"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trifft nicht zu, da Selbstständige/-r, Freiberufler/-in ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

168 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"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 | <input type="checkbox"/> → 170 |
| Länger als 3 Monate | <input type="checkbox"/> → 221 | <input type="checkbox"/> → 221 | <input type="checkbox"/> → 221 | <input type="checkbox"/> → 221 | <input type="checkbox"/> → 221 |

169 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 221 | <input type="checkbox"/> → 221 | <input type="checkbox"/> → 221 | <input type="checkbox"/> → 221 | <input type="checkbox"/> → 221 |

Gegenwärtige Tätigkeit in der Berichtswoche

170 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. 118: **Z** „Zuordnung der Tätigkeit“.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Selbstständige/-r, Freiberufler/-in | | | | | |
| ohne Beschäftigte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Beschäftigten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb | <input type="checkbox"/> → 172 | <input type="checkbox"/> → 172 | <input type="checkbox"/> → 172 | <input type="checkbox"/> → 172 | <input type="checkbox"/> → 172 |
| Beamtin/Beamter (ohne Anwärter/-in), Richter/-in | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angestellte/-r, Arbeiter/-in (ohne Auszubildende) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In Ausbildung mit Ausbildungsvergütung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beamtenanwärter/-in | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Volontär/-in, Trainee, Person im bezahlten Praktikum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeit-, Berufssoldat/-in | <input type="checkbox"/> → 172 | <input type="checkbox"/> → 172 | <input type="checkbox"/> → 172 | <input type="checkbox"/> → 172 | <input type="checkbox"/> → 172 |
| Im freiwilligen Wehrdienst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige/-r Beschäftigte/-r mit kleinem Job | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

171 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) | <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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

172 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. 118: **B** „Geringfügige Beschäftigung“.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja, ein 538-Euro-Job, Mini-Job (Verdienst durchschnittlich höchstens 538 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 Bürgergeld) | 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"/> |

173 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"/> |

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

Muster

175 Welche Berufsbezeichnung hat Ihre gegenwärtige Tätigkeit?



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"/> |

176 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) | <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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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



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. 118:

☐ „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"/> |

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

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

179 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

180 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.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Bis 10 Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 bis 19 Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 bis 49 Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50 bis 249 Personen | <input type="checkbox"/> → 182 | <input type="checkbox"/> → 182 | <input type="checkbox"/> → 182 | <input type="checkbox"/> → 182 | <input type="checkbox"/> → 182 |
| 250 bis 499 Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 500 Personen oder mehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

Arbeitsplatz- oder Berufswechsel

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

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

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

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

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 185 | <input type="checkbox"/> → 185 | <input type="checkbox"/> → 185 | <input type="checkbox"/> → 185 | <input type="checkbox"/> → 185 |

183 Ist diese Wohnung Ihr Hauptwohnsitz?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 185 | <input type="checkbox"/> → 185 | <input type="checkbox"/> → 185 | <input type="checkbox"/> → 185 | <input type="checkbox"/> → 185 |

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

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

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

185 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dauer und Umfang der gegenwärtigen Tätigkeit

186 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 oder Elternzeit** sind, geben Sie bitte die zutreffende Arbeitszeit vor dem Beginn der Altersteilzeit oder Elternzeit an.

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

187 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"/> |
| Schulbildung, Studium, sonstige Aus- bzw. Fortbildung 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

188 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

189 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

190 Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche?

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

**191 Handelt es sich bei Ihrer Tätigkeit um ein Zeit-
arbeits- oder Leiharbeitsverhältnis?**

| | 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 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein, unbefristet | 8 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

193 Ist diese Wohnung Ihr Hauptwohnsitz?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 196 | <input type="checkbox"/> → 196 | <input type="checkbox"/> → 196 | <input type="checkbox"/> → 196 | <input type="checkbox"/> → 196 |

194 Waren Sie am 31.12.2024 16 Jahre oder älter?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 196 | <input type="checkbox"/> → 196 | <input type="checkbox"/> → 196 | <input type="checkbox"/> → 196 | <input type="checkbox"/> → 196 |

freiwillig

**195 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mündliche Arbeitsvereinbarung | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**196 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"/> |

**197 Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise
pro Woche, einschließlich regelmäßiger Mehr-
stunden 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. 118: **10** „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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**198 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"/> → 200 | <input type="checkbox"/> → 200 | <input type="checkbox"/> → 200 | <input type="checkbox"/> → 200 | <input type="checkbox"/> → 200 |

199 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.

Anzahl der Tage

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

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

Ja

Nein

| Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> → 202 | <input type="checkbox"/> → 202 | <input type="checkbox"/> → 202 | <input type="checkbox"/> → 202 | <input type="checkbox"/> → 202 |

201 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.

Anzahl der Tage

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

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

Ja

Nein

| Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> → 204 | <input type="checkbox"/> → 204 | <input type="checkbox"/> → 204 | <input type="checkbox"/> → 204 | <input type="checkbox"/> → 204 |

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

204 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, Schichten, 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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Weitere Erwerbstätigkeiten/Nebenjobs

205 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.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja, ich hatte 2 Arbeitsstellen bzw. Jobs. 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, ich hatte mehr als 2 Arbeitsstellen bzw. Jobs. 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein 8 | <input type="checkbox"/> → 215 | <input type="checkbox"/> → 215 | <input type="checkbox"/> → 215 | <input type="checkbox"/> → 215 | <input type="checkbox"/> → 215 |

206 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. 118: **B** „Geringfügige Beschäftigung“.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja, ein 538-Euro-Job, Mini-Job (Verdienst durchschnittlich höchstens 538 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 Bürgergeld) 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"/> |

207 Wie häufig üben Sie Ihre weitere Tätigkeit aus?

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

208 Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer weiteren Tätigkeit?

i Siehe auch S. 118: **Z** „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"/> |
| Selbstständige/-r, Freiberufler/-in 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, Arbeiter/-in (ohne Auszubildende) 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

209 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

210 Welche Berufsbezeichnung hat Ihre weitere 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

211 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"/> |

212 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. 118:

 „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1
 Person 2
 Person 3
 Person 4
 Person 5

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

213 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).

Anzahl der Stunden

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

214 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).

Anzahl der Stunden

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

Gewünschter Umfang an Arbeitsstunden

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

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

Beibehalten 1
 Erhöhen 2
 Verringern 3

| Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| _ → 219 | _ → 219 | _ → 219 | _ → 219 | _ → 219 |
| _ | _ | _ | _ | _ |
| _ → 218 | _ → 218 | _ → 218 | _ → 218 | _ → 218 |

216 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"/> |

**217 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"/> |

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

Arbeitsuche von Erwerbstätigen/Personen mit Nebenjob

219 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"/> } → 249 | <input type="checkbox"/> } → 249 | <input type="checkbox"/> } → 249 | <input type="checkbox"/> } → 249 | <input type="checkbox"/> } → 249 |
| Nein | 8 <input type="checkbox"/> } → 249 | <input type="checkbox"/> } → 249 | <input type="checkbox"/> } → 249 | <input type="checkbox"/> } → 249 | <input type="checkbox"/> } → 249 |

Letzte oder unterbrochene Erwerbstätigkeit

220 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"/> → 232 | <input type="checkbox"/> → 232 | <input type="checkbox"/> → 232 | <input type="checkbox"/> → 232 | <input type="checkbox"/> → 232 |

221 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"/> |

222 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"/> |
|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

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

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

i Siehe auch S. 118: **■** „Zuordnung der Tätigkeit“.

Selbstständige/-r, Freiberufler/-in

ohne Beschäftigte 1
 mit Beschäftigten 2

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

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

Angestellte/-r, Arbeiter/-in (ohne Auszubildende) 5

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 soziales,
 ökologisches oder kulturelles Jahr) 13

| 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"/> → 226 | <input type="checkbox"/> → 226 | <input type="checkbox"/> → 226 | <input type="checkbox"/> → 226 | <input type="checkbox"/> → 226 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> → 226 | <input type="checkbox"/> → 226 | <input type="checkbox"/> → 226 | <input type="checkbox"/> → 226 | <input type="checkbox"/> → 226 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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

225 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

226 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

227 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

228 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"/> |

229 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. 118:

9 „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1
 Person 2
 Person 3
 Person 4
 Person 5

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

230 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

231 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

232 Sind Sie 90 Jahre oder älter?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

233 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 235 | <input type="checkbox"/> → 235 | <input type="checkbox"/> → 235 | <input type="checkbox"/> → 235 | <input type="checkbox"/> → 235 |

234 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suche über private Arbeitsvermittlungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stellenanzeigen aufgegeben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewerbung auf Stellenanzeigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewerbungen auf nicht ausgeschriebene Stellen (Initiativbewerbung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nachfrage bei Freunden, Verwandten, Bekannten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchsehen von Stellenanzeigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tests, Vorstellungsgespräche, Prüfungen | <input type="checkbox"/> → 245 | <input type="checkbox"/> → 245 | <input type="checkbox"/> → 245 | <input type="checkbox"/> → 245 | <input type="checkbox"/> → 245 |
| Online-Lebensläufe einstellen oder aktualisieren | <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 | <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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Bemühungen für eine selbstständige/ freiberufliche Tätigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Bemühungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

235 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. | <input type="checkbox"/> → 245 | <input type="checkbox"/> → 245 | <input type="checkbox"/> → 245 | <input type="checkbox"/> → 245 | <input type="checkbox"/> → 245 |
| Ja, ich habe in der Berichtswoche eine Arbeit gefunden, aber diese noch nicht begonnen. | <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. | <input type="checkbox"/> → 237 | <input type="checkbox"/> → 237 | <input type="checkbox"/> → 237 | <input type="checkbox"/> → 237 | <input type="checkbox"/> → 237 |

236 Wann nehmen Sie Ihre neue Arbeit auf?

Innerhalb der nächsten 3 Monate nach der Berichts-
woche 1

Erst später, also nach mehr als 3 Monaten nach der
Berichtswoche 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

Ja 1

Nein 8

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

**238 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 1

Wiedereinstellung (nach vorübergehender
Entlassung) erwartet 2

Eigene Krankheit, Unfallfolgen 3

Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit,
Behinderung 4

Betreuung von Kindern 5

Betreuung von Menschen mit Behinderung 6

Betreuung von pflegebedürftigen Personen 7

Andere familiäre Verpflichtungen 8

Andere persönliche Verpflichtungen 9

Schulische oder berufliche Ausbildung, Studium 10

Ruhestand 11

Anderer Hauptgrund 12

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

**239 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. 1

Zu den benötigten Tageszeiten steht kein
geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung. 2

Das geeignete Betreuungsangebot ist nicht
bezahlbar. 3

Ich möchte die Betreuung selbst übernehmen. 4

Andere Gründe sind ausschlaggebend. 9

| 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"/> |

240 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 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

241 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eigene Krankheit, Unfallfolgen | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 |
| Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit, Behinderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung von Kindern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung von Menschen mit Behinderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung von pflegebedürftigen Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere familiäre Verpflichtungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere persönliche Verpflichtungen | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 |
| Ruhestand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderer Hauptgrund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

242 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu den benötigten Tageszeiten steht kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das geeignete Betreuungsangebot ist nicht bezahlbar. | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 |
| Ich möchte die Betreuung selbst übernehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Gründe sind ausschlaggebend. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Muster

243 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 | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eigene Krankheit, Unfallfolgen | 2 <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 |
| 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"/> |
| Anderer familiäre Verpflichtungen | 7 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderer persönliche Verpflichtungen | 8 <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 |
| 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"/> |

244 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"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 |
| Das geeignete Betreuungsangebot ist nicht bezahlbar. | 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich möchte die Betreuung selbst übernehmen. | 4 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderer Gründe sind ausschlaggebend. | 9 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

246 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 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

247 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eigene Krankheit, Unfallfolgen | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 |
| Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit, Behinderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung von Kindern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung von Menschen mit Behinderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung von pflegebedürftigen Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere familiäre Verpflichtungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere persönliche Verpflichtungen | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 | <input type="checkbox"/> → 249 |
| Ruhestand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderer Hauptgrund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

248 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu den benötigten Tageszeiten steht kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das geeignete Betreuungsangebot ist nicht bezahlbar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich möchte die Betreuung selbst übernehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Gründe sind ausschlaggebend. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Muster

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

i Siehe auch S. 117:
5 „Altersteilzeit“ und
6 „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

250 Ist diese Wohnung Ihr Hauptwohnsitz?

| | 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 2 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 |

251 Waren Sie am 31.12.2024 16 Jahre oder älter?

| | 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 2 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 |

252 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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 |

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

254 Sind Sie überwiegend nicht erwerbstätig (siehe Frage 249, 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 259 | <input type="checkbox"/> → 259 | <input type="checkbox"/> → 259 | <input type="checkbox"/> → 259 | <input type="checkbox"/> → 259 |

255 Welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten Haupttätigkeit?

I Siehe auch S. 118: „Zuordnung der Tätigkeit“.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|---|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Selbstständige/-r, Freiberufler/-in | | | | | |
| ohne Beschäftigte | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Beschäftigten | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beamtin/Beamter (ohne Anwärter/-in), Richter/-in | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angestellte/-r, Arbeiter/-in (ohne Auszubildende) | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In Ausbildung mit Ausbildungsvergütung | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beamtenanwärter/-in | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Volontär/-in, Trainee, Person im bezahlten Praktikum | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeit-, Berufssoldat/-in | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grundwehr-, Zivildienstleistender | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im freiwilligen Wehrdienst | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr) | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> 99 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 | <input type="checkbox"/> → 260 |

256 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

257 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

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

Muster

258 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. 118:

9 „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1
 Person 2
 Person 3
 Person 4
 Person 5

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

freiwillig

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

Keine Arbeitslosigkeit in den letzten 5 Jahren 0
 Dauer der letzten Arbeitslosigkeit in Monaten

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

Muster

260 Woraus beziehen Sie überwiegend die Mittel für Ihren Lebensunterhalt?

i Siehe auch S. 118:
ii „Überwiegender Lebensunterhalt“.

Überwiegender Lebensunterhalt:
 Ziffer aus der Liste 260

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

| Liste 260 | | | |
|--|----|--|----|
| 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 |
| Bürgergeld | 3 | BAföG, Stipendium | 10 |
| Sozialhilfe, z. B. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zur Pflege, Hilfe zum Lebensunterhalt | 4 | Asylbewerberleistungen | 11 |
| Rente, Pension aus eigenen Ansprüchen | 5 | Zahlungen aus der eigenen Pflegeversicherung (Pflegegeld) | 12 |
| Rente, Pension für Hinterbliebene | 15 | Sonstige Unterstützungen, z. B. Vorruhestandsgeld, Pflegegeld für Pflegekinder, Krankengeld, Darlehen nach dem Pflegezeit- oder Familienpflegezeitgesetz | 13 |
| Eigenes Vermögen, Ersparnisse, Zinsen, Vermietung, Verpachtung, Altenteil, Lebensversicherung, Versorgungswerk | 6 | | |
| Elterngeld | 7 | | |
| Einkünfte der Eltern | 8 | | |

Muster

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

Das persönliche Nettoeinkommen

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

Zum Nettoeinkommen zählen:

- Verdienste aus Haupt- und Nebentätigkeit/-en, Sonderzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld, Abfindungen, Bonuszahlungen)
- Renten, Pensionen
- Arbeitslosengeld I (ALG I), Bürgergeld
- 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 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. 118:  „Nettoeinkommen“.

Persönliches Nettoeinkommen:

Ziffer aus der Liste 261

Ich hatte kein Einkommen. ⁹⁰

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

| Liste 261 | | | | |
|----------------------------------|----|------------------------------------|----|--|
| 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 | |

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

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

Monatsbetrag (Volle Euro)

Haushaltsnettoeinkommen

Falls Sie keinen genauen Betrag angeben können, ordnen Sie bitte die Höhe Ihres monatlichen Haushaltsnettoeinkommens einer der in der Liste 261 stehenden Größenklassen zu.

Ziffer aus der Liste 261

Einkommensentwicklung des Haushalts

263 Ist diese Wohnung für mindestens ein Haushaltsmitglied, das am 31.12.2024 16 Jahre oder älter war, der Hauptwohnsitz?

- Ja
- Nein → 268

264 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 → 267
- Das Haushaltsnettoeinkommen ist gesunken. 3 → 266

265 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 → 267
- Anstieg von Sozial- oder Transferleistungen 5
- Indexbindung oder Neubewertung des Gehalts (nur für Arbeitnehmer in Belgien oder Luxemburg) 6
- Sonstige Gründe 7

266 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

freiwillig

MUSTER

267 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

268 Sind Sie 15 Jahre oder älter?

- Ja
- Nein

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

Hier endet der Fragebogen für Personen unter 15 Jahren!

Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse

269 Haben Sie einen allgemeinen Schulabschluss?

- Ja 1
- Nein/Noch nicht 2 → 273

| 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"/> → 273 | <input type="checkbox"/> → 273 | <input type="checkbox"/> → 273 | <input type="checkbox"/> → 273 | <input type="checkbox"/> → 273 |

270 Welchen höchsten Abschluss haben Sie?

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

- Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch 1
- Haupt-/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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Inland 1 → 273
- Ausland 2

| Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> → 273 | <input type="checkbox"/> → 273 | <input type="checkbox"/> → 273 | <input type="checkbox"/> → 273 | <input type="checkbox"/> → 273 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

273 Haben Sie einen beruflichen Ausbildungsabschluss oder einen Hochschulabschluss?

I Personen mit einem Berufsvorbereitungsjahr, einer Anlernausbildung oder einem Praktikum von mindestens 12 Monaten, geben hier bitte auch „Ja“ an.

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"/> → 275 | <input type="checkbox"/> → 275 | <input type="checkbox"/> → 275 | <input type="checkbox"/> → 275 | <input type="checkbox"/> → 275 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

274 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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ↳ 281 | ↳ 281 | ↳ 281 | ↳ 281 | ↳ 281 |
| <input type="checkbox"/> → 281 | <input type="checkbox"/> → 281 | <input type="checkbox"/> → 281 | <input type="checkbox"/> → 281 | <input type="checkbox"/> → 281 |

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

276 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"/> | <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

277 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berufliches Praktikum | <input type="checkbox"/> → 281 | <input type="checkbox"/> → 281 | <input type="checkbox"/> → 281 | <input type="checkbox"/> → 281 | <input type="checkbox"/> → 281 |
| Berufsvorbereitungsjahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lehre, Berufsausbildung im dualen System | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berufsqualifizierender Abschluss an einer Berufsfachschule, Kollegschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausbildungsstätte/Schule für Gesundheits- und Sozialberufe | | | | | |
| einjährig (z. B. Altenpflegehelfer/-in) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zweijährig (z. B. Masseur/-in, PTA) | <input type="checkbox"/> → 280 | <input type="checkbox"/> → 280 | <input type="checkbox"/> → 280 | <input type="checkbox"/> → 280 | <input type="checkbox"/> → 280 |
| dreijährig (z. B. Physiotherapie, MTA, Altenpflege) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erzieher/-in | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meister/-in | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Techniker/-in oder gleichwertiger Fachschulabschluss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fachschule der DDR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fachakademie (nur in Bayern) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hochschulen

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

| | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Berufsakademie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verwaltungsfachhochschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fachhochschule (auch Ingenieurschule, Hochschule [FH] für angewandte Wissenschaften), Duale Hochschule (in Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Thüringen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Universität (wissenschaftliche Hochschule, auch: Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule, Theologische Hochschule) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promotion | <input type="checkbox"/> → 279 | <input type="checkbox"/> → 279 | <input type="checkbox"/> → 279 | <input type="checkbox"/> → 279 | <input type="checkbox"/> → 279 |

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

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bachelor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Master | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diplom, Lehramtsprüfung, Staatsprüfung, Magister, künstlerischer Abschluss und vergleichbare Abschlüsse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MUSTER

279 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Allgemeine und berufliche Weiterbildung

281 Haben Sie in den 4 Wochen vor der Berichtswoche an allgemeiner oder beruflicher Weiterbildung teilgenommen, zum Beispiel Kurse, Seminare, Schulungen oder Workshops?

i Gemeint sind alle Weiterbildungen
– in der Freizeit oder im beruflichen Kontext,
– in Präsenz, online oder auch direkt am Arbeitsplatz
– unabhängig von der Dauer (über einen längeren Zeitraum oder nur eine Stunde).
Hierzu zählen auch Weiterbildungen, die derzeit noch andauern.

Zu **allgemeiner Weiterbildung** zählen z. B. Sprachkurse, Computerkurse, Trainerkurse, Kurse der Gesundheitsbildung oder politischen Bildung, Erste-Hilfe-Kurse, Privatunterricht, Fortbildung für ein Ehrenamt.

Zu **beruflicher Weiterbildung** zählen z. B. Schulungen durch Vorgesetzte, Kollegen oder Trainer, Fortbildungen (z. B. EDV, IT, Rhetorik, Soft Skills) oder Lehrgänge und Weiterbildungen zur Anpassung an neue (technologische) Entwicklungen oder zur Vorbereitung auf neue berufliche Aufgaben.

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

Rentenversicherung

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

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | 1 <input type="checkbox"/> → 284 | <input type="checkbox"/> → 284 | <input type="checkbox"/> → 284 | <input type="checkbox"/> → 284 | <input type="checkbox"/> → 284 |
| Nein | 8 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

i Siehe auch S. 118:

i **IB** „Gesetzliche Rentenversicherung“.

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

Internetzugang und Internetnutzung

284 Haben Sie in den letzten 3 Monaten 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).

Bitte beachten Sie: Zur Internetnutzung zählen auch das Empfangen/Versenden von E-Mails, Messaging (z. B. via WhatsApp), Gaming, Streaming, Online-/mobiles Banking.

| | 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"/> |

285 Ist diese Wohnung Ihr Hauptwohnsitz?

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

286 Waren Sie am 31.12.2024 16 Jahre der älter?

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

Muster

Krankenversicherungsschutz

287 In welcher Art waren Sie im Jahr 2024 krankenversichert?

Bitte geben Sie bei der entsprechenden Versicherungsart die Anzahl der Monate an, in denen 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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| selbst freiwillig versichert (Anzahl der Monate) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| als Familienangehörige/-r versichert (Anzahl der Monate) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| als Student/-in in der Krankenversicherung der Studenten versichert (Anzahl der Monate) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| als Student/-in freiwillig versichert (Anzahl der Monate) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| In einer privaten Krankenversicherung ... | | | | | |
| selbst versichert (Anzahl der Monate) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| als Familienangehörige/-r versichert (Anzahl der Monate) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| als Student/-in versichert (Anzahl der Monate) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ich hatte Anspruch auf Krankenversorgung im Rahmen der Heilfürsorge (Anzahl der Monate) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ich war nicht versichert (Anzahl der Monate) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

MUSTER

Ihre Gesundheit

288 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mittelmäßig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlecht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehr schlecht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

289 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

freiwillig

290 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"/> → 292 | <input type="checkbox"/> → 292 | <input type="checkbox"/> → 292 | <input type="checkbox"/> → 292 | <input type="checkbox"/> → 292 |

291 Wie lange dauern Ihre Einschränkungen 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"/> |

292 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"/> → 295 | <input type="checkbox"/> → 295 | <input type="checkbox"/> → 295 | <input type="checkbox"/> → 295 | <input type="checkbox"/> → 295 |

293 Haben Sie die benötigten Untersuchungen oder Behandlungen jedes Mal erhalten?

| | | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | 1 | <input type="checkbox"/> → 295 | <input type="checkbox"/> → 295 | <input type="checkbox"/> → 295 | <input type="checkbox"/> → 295 | <input type="checkbox"/> → 295 |
| Nein, mindestens einmal eine benötigte Untersuchung oder Behandlung nicht erhalten | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

294 Was war für Sie der wichtigste Grund, die zahnärztliche/kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung nicht zu erhalten?

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"/> |

295 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein, kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung | <input type="checkbox"/> → 298 | <input type="checkbox"/> → 298 | <input type="checkbox"/> → 298 | <input type="checkbox"/> → 298 | <input type="checkbox"/> → 298 |

296 Haben Sie die benötigten Untersuchungen oder Behandlungen jedes Mal erhalten?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> → 298 | <input type="checkbox"/> → 298 | <input type="checkbox"/> → 298 | <input type="checkbox"/> → 298 | <input type="checkbox"/> → 298 |
| Nein, mindestens einmal eine benötigte Untersuchung oder Behandlung nicht erhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

297 Was war für Sie der wichtigste Grund, die ärztliche Untersuchung oder Behandlung nicht zu erhalten?

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) | <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. | <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. | <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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Angst vor Ärzten, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen. | <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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kenne keine gute Ärztin/keinen guten Arzt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte sonstige Gründe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Medizinische Versorgung und Gesundheitsfaktoren

298 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1- bis 2-mal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- bis 5-mal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- bis 9-mal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10-mal oder mehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

299 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"/> |

300 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Facharzt (z. B. Augenarzt, Hautarzt, Orthopäden, Frauenarzt, 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"/> |

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

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

303 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"/> |

304 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

305 Wie oft essen Sie Obst?

i Mit einzubeziehen ist getrocknetes Obst, 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"/> |

306 Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat?

i Mit einzubeziehen ist getrocknetes Gemüse, 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"/> |

307 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"/> |

308 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol gleich welcher Art getrunken (z. B. Bier, Wein, Sekt, Spirituosen, Schnaps, Cocktail, 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"/> |

Fähigkeit, grundlegende Aktivitäten auszuführen

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

309 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"/> |

310 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"/> |

311 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"/> |

312 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"/> |

313 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"/> |

314 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

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

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

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

Muster

316 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"/> | |
| 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"/> | |
| 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"/> | |
| 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"/> | |
| 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"/> | |

freiwillig

317 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"/> | |
| 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"/> | |
| 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"/> | |
| 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"/> | |
| 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"/> | |

MUSTER

318 Haben Sie Verwandte, Freunde oder Nachbarn, die Sie um Hilfe bitten können? Damit ist jede Art von Hilfe gemeint, z. B. Hilfestellungen im Alltag oder jemanden zum Reden, materielle oder finanzielle Hilfe.

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

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

Mobilität und Umwelt (Personenteil)

319 Waren Sie zum Ende des Jahres 2024 im Alter zwischen 16 und einschließlich 65 Jahren?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 322 | <input type="checkbox"/> → 322 | <input type="checkbox"/> → 322 | <input type="checkbox"/> → 322 | <input type="checkbox"/> → 322 |

320 Sind Sie erwerbstätig oder Student/-in oder Schüler/-in?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> → 322 | <input type="checkbox"/> → 322 | <input type="checkbox"/> → 322 | <input type="checkbox"/> → 322 | <input type="checkbox"/> → 322 |

321 Können Sie Ihre Arbeit, Schule oder Fachhochschule/Universität unter normalen Umständen mit öffentlichen Verkehrsmitteln, mit dem Fahrrad oder zu Fuß innerhalb von einer Stunde erreichen?

I Bitte berücksichtigen Sie keine außergewöhnlichen Verspätungen oder Staus, sondern nur die üblichen Verzögerungen im Berufsverkehr. Berücksichtigen Sie keine freien Tage, Feiertage oder Tage, an denen Sie von zu Hause aus 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"/> |
| Trifft nicht zu, ich pendle nicht, sondern arbeite oder studiere in Vollzeit von zu Hause aus. 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

freiwillig

322 Ganz allgemein gefragt, wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den öffentlichen Grünflächen in Ihrer lokalen Umgebung (Gemeinde, Stadt oder Stadtbezirk)?

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 | 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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |

323 Haben Sie beim letzten Mal versucht, als Ihr Mobiltelefon kaputt ging, es reparieren zu lassen?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trifft nicht zu, mein Mobiltelefon ist noch nie kaputt gegangen oder ich habe noch nie ein Mobiltelefon besessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

324 Was haben Sie mit Ihrem letzten Mobiltelefon gemacht, das unbrauchbar war und nicht richtig funktionierte?

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe es noch im Haushalt, aber ich benutze es derzeit nicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe es verkauft oder jemand anderem geschenkt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es wurde über die Elektroschrottsammlung oder ein Recyclingsystem entsorgt (einschließlich der Entsorgung durch den Händler/Verkäufer). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es wurde entsorgt, aber nicht über die Elektroschrottsammlung oder ein Recyclingsystem. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trifft nicht zu, mein Mobiltelefon wird weiterhin von mir genutzt oder ich habe noch nie ein Mobiltelefon besessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

325 Welches Verkehrsmittel haben Sie in den letzten 12 Monaten am häufigsten benutzt?

i Denken Sie dabei an alle verschiedenen Aktivitäten und Zwecke, z. B. zur Arbeit, zur Schule/FH/Uni, Einkaufen, Hobbies usw.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Auto (Privatwagen, Firmenwagen, Mietwagen, Taxi, Carsharing, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Straßenbahn, Zug, U-Bahn, Fähre, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fahrrad (auch Elektrofahrrad oder Elektroroller) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Moped oder Motorrad (auch elektrisch) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu Fuß | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trifft nicht zu, ich bin nicht in der Lage, das Haus zu verlassen. | <input type="checkbox"/> → 327 | <input type="checkbox"/> → 327 | <input type="checkbox"/> → 327 | <input type="checkbox"/> → 327 | <input type="checkbox"/> → 327 |

326 Welches Verkehrsmittel haben Sie in den letzten 12 Monaten am zweithäufigsten benutzt?

i Denken Sie dabei an alle verschiedenen Aktivitäten und Zwecke, z. B. zur Arbeit, zur Schule/FH/Uni, Einkaufen, Hobbies usw.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Auto (Privatwagen, Firmenwagen, Mietwagen, Taxi, Carsharing, ...) | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Straßenbahn, Zug, U-Bahn, Fähre, ...) | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fahrrad (auch Elektrofahrrad oder Elektroroller) | 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Moped oder Motorrad (auch elektrisch) | 4 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu Fuß | 5 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trifft nicht zu, es wird kein weiteres Verkehrsmittel genutzt. | 9 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

327 Wie viele Stunden verbringen Sie während einer typischen Woche normalerweise als Fahrer/-in in einem nicht-elektrischen Auto?

i Betrachten Sie das eigene Auto, einen Firmenwagen oder geliehene Autos, mit denen Sie in einer typischen Woche fahren. Denken Sie dabei an alle Aktivitäten und Zwecke in einer typischen Woche, z. B. zur Arbeit, zur Schule/FH/Uni, Einkaufen, Hobbies usw.

Geben Sie bitte „0“ Stunden an, wenn Sie nicht Auto fahren oder nur in einem elektrischen Auto (E-Auto) unterwegs sind.

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

328 Wie viele Privat- oder Geschäftsflüge haben Sie in den letzten 12 Monaten innerhalb Europas unternommen?

Bitte betrachten Sie Hin- und Rückflüge als eine Reise.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Eine Reise | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 bis 3 Reisen | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 oder mehr Reisen | 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keine Flugreisen | 4 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

329 Wie viele Privat- oder Geschäftsflüge haben Sie in den letzten 12 Monaten zu Zielen außerhalb Europas unternommen?

Bitte betrachten Sie Hin- und Rückflüge als eine Reise.

| | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Person 4 | Person 5 |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Eine Reise | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 bis 3 Reisen | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 oder mehr Reisen | 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keine Flugreisen | 4 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

330 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Fleisch, Geflügel oder Fisch gegessen?

| | 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"/> |
| Jede Woche | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seltener als jede Woche | 3 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt nicht, ich bin Vegetarier oder Veganer. | 4 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

331 Wurden in den letzten 5 Jahren an Ihrem Haus oder an Ihrer Wohnung Schäden aufgrund von extremen Wetter oder von Naturereignissen verursacht, z. B. durch Stürme, Überschwemmungen, Hagelschlag, Hitzewellen, Waldbrände, Erdbeben oder andere Unwetter?

i Schäden außerhalb des Hauses/der Wohnung (z. B. im Garten, in der Einfahrt vor dem Haus oder in der Garage im separaten Gebäude) gehören nicht dazu.

| | |
|-------------------------|----------------------------|
| Ja | 1 <input type="checkbox"/> |
| Nein | 8 <input type="checkbox"/> |
| Ich weiß es nicht. | 9 <input type="checkbox"/> |

Muster

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

Person 1:

332 War Ihre Situation in 2024 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 332 ein. → 333

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 332 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

| | | | |
|---------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| Januar | <input type="text"/> | Juli | <input type="text"/> |
| Februar | <input type="text"/> | August | <input type="text"/> |
| März | <input type="text"/> | September | <input type="text"/> |
| April | <input type="text"/> | Oktober | <input type="text"/> |
| Mai | <input type="text"/> | November | <input type="text"/> |
| Juni | <input type="text"/> | Dezember | <input type="text"/> |

Liste 332

| | |
|---|---|
| Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in | Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in |
| Vollzeit 1 | Vollzeit 11 |
| Teilzeit 2 | Teilzeit 12 |
| Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in | Freiwilliges soziales/ökologisches/kulturelles Jahr, im Bundesfreiwilligendienst oder im freiwilligen Wehrdienst 21 |
| Vollzeit 3 | Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15 |
| Teilzeit 4 | Rentner/-in, Pensionär/-in 16 |
| Geringfügig erwerbstätig 5 | Arbeitslose/-r 17 |
| Erwerbstätige/-r in | Hausfrau/Hausmann 18 |
| Elternzeit 6 | Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19 |
| Altersteilzeit 7 | Sonstiges 20 |
| Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10 | |

MUSTER

Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Jahr 2024

333 Haben Sie im Jahr 2024 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

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

Ja 1
 Nein 8 → 338

334 Haben Sie im Jahr 2024 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.

Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld) 8 1 →

Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen) 8 1 →

| freiwillig | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Nettobetrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresnetto-betrag (Volle Euro) |
| _____ oder _____ | _____ oder _____ |
| _____ oder _____ | _____ oder _____ |

335 Haben Sie im Jahr 2024 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag an.

Weihnachtsgeld 8 1 →

Urlaubsgeld 8 1 →

Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen 8 1 →

Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters) 8 1 →

Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand 8 1 →

Vorruhestandsgeld 8 1 →

| freiwillig |
|---------------------------------|
| Jahresnetto-betrag (Volle Euro) |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

336 Welches Einkommen (Lohn/Gehalt) einschließlich Sondervergütungen haben Sie als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter im Jahr 2024 erhalten?

i Geben Sie den Gesamtbetrag aller Einkommen aus den Fragen 334 bis 335 an.

Gesamtbetrag 8 1 →

Jahresnetto-betrag (Volle Euro)

MUSTER

337 Haben Sie im Jahr 2024 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 | freiwillig | |
|---|----------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| | | | 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"/> |

338 Haben Sie im Jahr 2024 Einkommen aus selbstständiger oder freiberuflicher Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 340

339 Wie hoch waren Ihre Einkünfte aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2024?

i Bitte berücksichtigen Sie auch Sach- oder Gewinnentnahmen aus dem Betriebs-/ Geschäftsvermögen. Falls Sie in 2024 insgesamt negative Einkünfte (Verluste) erzielt haben, so tragen Sie bitte diesen Betrag mit einem Minuszeichen ein.

Einkünfte

Jahresbruttobetrag (Volle Euro)

Muster

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2024

340 Haben Sie im Jahr 2024 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 342

341 Welche Einkommen aus Renten/ Pensionen aus eigenen Ansprüchen haben Sie im Jahr 2024 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"/> |
| Kriegsopferrente, SED-Opferrente oder Lastenausgleichsrente | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |

freiwillig

342 Haben Sie im Jahr 2024 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"/> |

343 Welche Art von Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2024 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 2024

344 Haben Sie im Jahr 2024 Arbeitslosengeld oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Arbeitslosengeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Förderung der Existenzbildung, Gründungszuschuss | 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"/> |

345 Haben Sie im Jahr 2024 folgende Leistungen der Agentur für Arbeit für Aus- und Weiterbildung erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Bürgergeldbonus (in Höhe von 75 € monatlich) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | | |
| Weiterbildungsgeld bei einer Weiterbildung, die zum Berufsabschluss führt (in Höhe von 150 € monatlich) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | | |
| Weiterbildungsprämie für das Bestehen einer Zwischenprüfung (in Höhe von 1 000 €) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |
| Weiterbildungsprämie für das Bestehen einer Abschlussprüfung (in Höhe von 1 500 €) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |
| Übergangsgeld, Ausbildungsgeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Qualifizierungsgeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Weitere Zuschüsse zu Aus- oder Weiterbildungen (z. B. Fahrtkosten, Kosten für auswärtige Unterkunft, Kosten für Kinderbetreuung bei Bildungsmaßnahmen) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |

346 Haben Sie im Jahr 2024 nachfolgende Leistungen erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium), Berufsausbildungsbeihilfe, Zuschüsse zum Aufstiegs-BAföG | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Elterngeld, ElterngeldPlus | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Pflegegeld der gesetzlichen Pflegekasse/Pflegeversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Pflegeunterstützungsgeld der gesetzlichen Pflegekasse/Pflegeversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenkasse/Krankenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Mutterschaftsgeld des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |

noch:
346

| | Nein | Ja | Anzahl Monate |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Krankengeld der gesetzlichen Krankenkasse/ Krankenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Blindengeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2024

| | | | | | |
|-----|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|--|
| 347 | Haben Sie im Jahr 2024 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)? | Nein | Ja | Anzahl Monate | freiwillig Betrag pro Monat (Volle Euro) |
| | | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 348 | Haben Sie im Jahr 2024 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

freiwillig

| | | |
|-----|---|----------------------------------|
| 349 | Haben Sie die Fragen ab 117 selbst beantwortet? | |
| | Ja | 1 <input type="checkbox"/> → 351 |
| | Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. | 2 <input type="checkbox"/> |
| 350 | Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet? | |
| | Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat. | <input type="text"/> |
| 351 | Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt? | |
| | Anzahl Minuten | <input type="text"/> |

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

332 War Ihre Situation in 2024 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 332 ein. → 333

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 332 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

| | | | |
|---------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| Januar | <input type="text"/> | Juli | <input type="text"/> |
| Februar | <input type="text"/> | August | <input type="text"/> |
| März | <input type="text"/> | September | <input type="text"/> |
| April | <input type="text"/> | Oktober | <input type="text"/> |
| Mai | <input type="text"/> | November | <input type="text"/> |
| Juni | <input type="text"/> | Dezember | <input type="text"/> |

Liste 332

| | |
|---|---|
| Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in | Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in |
| Vollzeit 1 | Vollzeit 11 |
| Teilzeit 2 | Teilzeit 12 |
| Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in | Freiwilliges soziales/ökologisches/kulturelles Jahr, im Bundesfreiwilligendienst oder im freiwilligen Wehrdienst 21 |
| Vollzeit 3 | Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15 |
| Teilzeit 4 | Rentner/-in, Pensionär/-in 16 |
| Geringfügig erwerbstätig 5 | Arbeitslose/-r 17 |
| Erwerbstätige/-r in | Hausfrau/Hausmann 18 |
| Elternzeit 6 | Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19 |
| Altersteilzeit 7 | Sonstiges 20 |
| Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10 | |

Person 2:

Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Jahr 2024

333 Haben Sie im Jahr 2024 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

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

Ja 1
 Nein 8 → 338

334 Haben Sie im Jahr 2024 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.

Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld) 8 1 →

Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen) 8 1 →

| freiwillig | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Nettobetrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresnetto-betrag (Volle Euro) |
| _____ oder _____ | _____ oder _____ |
| _____ oder _____ | _____ oder _____ |

335 Haben Sie im Jahr 2024 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag an.

Weihnachtsgeld 8 1 →

Urlaubsgeld 8 1 →

Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen 8 1 →

Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters) 8 1 →

Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand 8 1 →

Vorruhestandsgeld 8 1 →

| freiwillig |
|---------------------------------|
| Jahresnetto-betrag (Volle Euro) |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

336 Welches Einkommen (Lohn/Gehalt) einschließlich Sondervergütungen haben Sie als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter im Jahr 2024 erhalten?

i Geben Sie den Gesamtbetrag aller Einkommen aus den Fragen 334 bis 335 an.

Gesamtbetrag 8 1 →

Jahresnetto-betrag (Volle Euro)

MUSTER

337 Haben Sie im Jahr 2024 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 | freiwillig | |
|---|----------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| | | | 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"/> |

338 Haben Sie im Jahr 2024 Einkommen aus selbstständiger oder freiberuflicher Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 340

339 Wie hoch waren Ihre Einkünfte aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2024?

i Bitte berücksichtigen Sie auch Sach- oder Gewinnentnahmen aus dem Betriebs-/ Geschäftsvermögen. Falls Sie in 2024 insgesamt negative Einkünfte (Verluste) erzielt haben, so tragen Sie bitte diesen Betrag mit einem Minuszeichen ein.

Einkünfte

Jahresbruttobetrag (Volle Euro)

Muster

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2024

340 Haben Sie im Jahr 2024 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 342

**341 Welche Einkommen aus Renten/
Pensionen aus eigenen Ansprüchen
haben Sie im Jahr 2024 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"/> |
| Kriegsopferrente, SED-Opferrente oder Lastenausgleichsrente | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |

freiwillig

**342 Haben Sie im Jahr 2024 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"/> |

**343 Welche Art von Witwenrente/-geld oder
Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2024
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 2024

344 Haben Sie im Jahr 2024 Arbeitslosengeld oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Arbeitslosengeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Förderung der Existenzbildung, Gründungszuschuss | 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"/> |

345 Haben Sie im Jahr 2024 folgende Leistungen der Agentur für Arbeit für Aus- und Weiterbildung erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Bürgergeldbonus (in Höhe von 75 € monatlich) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | | |
| Weiterbildungsgeld bei einer Weiterbildung, die zum Berufsabschluss führt (in Höhe von 150 € monatlich) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | | |
| Weiterbildungsprämie für das Bestehen einer Zwischenprüfung (in Höhe von 1 000 €) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |
| Weiterbildungsprämie für das Bestehen einer Abschlussprüfung (in Höhe von 1 500 €) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |
| Übergangsgeld, Ausbildungsgeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Qualifizierungsgeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Weitere Zuschüsse zu Aus- oder Weiterbildungen (z. B. Fahrtkosten, Kosten für auswärtige Unterkunft, Kosten für Kinderbetreuung bei Bildungsmaßnahmen) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |

346 Haben Sie im Jahr 2024 nachfolgende Leistungen erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium), Berufsausbildungsbeihilfe, Zuschüsse zum Aufstiegs-BAföG | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Elterngeld, ElterngeldPlus | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Pflegegeld der gesetzlichen Pflegekasse/Pflegeversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Pflegeunterstützungsgeld der gesetzlichen Pflegekasse/Pflegeversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | Anzahl Tage | Jahresbetrag (Volle Euro) |
| Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenkasse/Krankenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | Anzahl Monate | |
| Mutterschaftsgeld des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |

noch:
346

| | Nein | Ja | Anzahl Monate |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Krankengeld der gesetzlichen Krankenkasse/ Krankenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Blindengeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2024

| | | | | | |
|-----|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|--|
| 347 | Haben Sie im Jahr 2024 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)? | Nein | Ja | Anzahl Monate | freiwillig Betrag pro Monat (Volle Euro) |
| | | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 348 | Haben Sie im Jahr 2024 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

freiwillig

| | | |
|-----|---|----------------------------------|
| 349 | Haben Sie die Fragen ab 117 selbst beantwortet? | |
| | Ja | 1 <input type="checkbox"/> → 351 |
| | Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. | 2 <input type="checkbox"/> |
| 350 | Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet? | |
| | Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat. | <input type="text"/> |
| 351 | Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt? | |
| | Anzahl Minuten | <input type="text"/> |

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

332 War Ihre Situation in 2024 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 332 ein. → 333

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 332 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

| | | | |
|---------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| Januar | <input type="text"/> | Juli | <input type="text"/> |
| Februar | <input type="text"/> | August | <input type="text"/> |
| März | <input type="text"/> | September | <input type="text"/> |
| April | <input type="text"/> | Oktober | <input type="text"/> |
| Mai | <input type="text"/> | November | <input type="text"/> |
| Juni | <input type="text"/> | Dezember | <input type="text"/> |

Liste 332

| | |
|---|---|
| Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in | Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in |
| Vollzeit 1 | Vollzeit 11 |
| Teilzeit 2 | Teilzeit 12 |
| Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in | Freiwilliges soziales/ökologisches/kulturelles Jahr, im Bundesfreiwilligendienst oder im freiwilligen Wehrdienst 21 |
| Vollzeit 3 | Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15 |
| Teilzeit 4 | Rentner/-in, Pensionär/-in 16 |
| Geringfügig erwerbstätig 5 | Arbeitslose/-r 17 |
| Erwerbstätige/-r in | Hausfrau/Hausmann 18 |
| Elternzeit 6 | Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19 |
| Altersteilzeit 7 | Sonstiges 20 |
| Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10 | |

Person 3:

Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Jahr 2024

333 Haben Sie im Jahr 2024 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

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

Ja 1
 Nein 8 → 338

334 Haben Sie im Jahr 2024 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.

Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld)

Nein 8 Ja 1 → Anzahl Monate

Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen)

8 1 →

| freiwillig | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Nettobetrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresnetto-betrag (Volle Euro) |
| _____ oder _____ | _____ oder _____ |
| _____ oder _____ | _____ oder _____ |

335 Haben Sie im Jahr 2024 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag an.

Weihnachtsgeld

Nein 8 Ja 1 →

Urlaubsgeld

8 1 →

Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen

8 1 →

Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters)

8 1 →

Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand

8 1 →

Vorruhestandsgeld

8 1 →

| freiwillig |
|---------------------------------|
| Jahresnetto-betrag (Volle Euro) |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

336 Welches Einkommen (Lohn/Gehalt) einschließlich Sondervergütungen haben Sie als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter im Jahr 2024 erhalten?

i Geben Sie den Gesamtbetrag aller Einkommen aus den Fragen 334 bis 335 an.

Gesamtbetrag

Jahresnetto-betrag (Volle Euro)

MUSTER

337 Haben Sie im Jahr 2024 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 | freiwillig | |
|---|----------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| | | | 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"/> |

338 Haben Sie im Jahr 2024 Einkommen aus selbstständiger oder freiberuflicher Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 340

339 Wie hoch waren Ihre Einkünfte aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2024?

i Bitte berücksichtigen Sie auch Sach- oder Gewinnentnahmen aus dem Betriebs-/ Geschäftsvermögen. Falls Sie in 2024 insgesamt negative Einkünfte (Verluste) erzielt haben, so tragen Sie bitte diesen Betrag mit einem Minuszeichen ein.

Einkünfte

Jahresbruttobetrag (Volle Euro)

Muster

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2024

340 Haben Sie im Jahr 2024 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 342

341 Welche Einkommen aus Renten/ Pensionen aus eigenen Ansprüchen haben Sie im Jahr 2024 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"/> |
| Kriegsopferrente, SED-Opferrente oder Lastenausgleichsrente | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |

freiwillig

342 Haben Sie im Jahr 2024 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"/> |

343 Welche Art von Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2024 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 2024

344 Haben Sie im Jahr 2024 Arbeitslosengeld oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Arbeitslosengeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Förderung der Existenzbildung, Gründungszuschuss | 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"/> |

345 Haben Sie im Jahr 2024 folgende Leistungen der Agentur für Arbeit für Aus- und Weiterbildung erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Bürgergeldbonus (in Höhe von 75 € monatlich) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | | |
| Weiterbildungsgeld bei einer Weiterbildung, die zum Berufsabschluss führt (in Höhe von 150 € monatlich) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | | |
| Weiterbildungsprämie für das Bestehen einer Zwischenprüfung (in Höhe von 1 000 €) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |
| Weiterbildungsprämie für das Bestehen einer Abschlussprüfung (in Höhe von 1 500 €) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |
| Übergangsgeld, Ausbildungsgeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Qualifizierungsgeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Weitere Zuschüsse zu Aus- oder Weiterbildungen (z. B. Fahrtkosten, Kosten für auswärtige Unterkunft, Kosten für Kinderbetreuung bei Bildungsmaßnahmen) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |

346 Haben Sie im Jahr 2024 nachfolgende Leistungen erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium), Berufsausbildungsbeihilfe, Zuschüsse zum Aufstiegs-BAföG | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Elterngeld, ElterngeldPlus | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Pflegegeld der gesetzlichen Pflegekasse/Pflegeversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Pflegeunterstützungsgeld der gesetzlichen Pflegekasse/Pflegeversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | Anzahl Tage | Jahresbetrag (Volle Euro) |
| Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenkasse/Krankenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | Anzahl Monate | |
| Mutterschaftsgeld des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |

noch:
346

| | Nein | Ja | Anzahl Monate |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Krankengeld der gesetzlichen Krankenkasse/ Krankenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Blindengeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2024

| | | | | | |
|-----|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|--|
| 347 | Haben Sie im Jahr 2024 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)? | Nein | Ja | Anzahl Monate | freiwillig Betrag pro Monat (Volle Euro) |
| | | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 348 | Haben Sie im Jahr 2024 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

freiwillig

| | | |
|-----|---|----------------------------------|
| 349 | Haben Sie die Fragen ab 117 selbst beantwortet? | |
| | Ja | 1 <input type="checkbox"/> → 351 |
| | Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. | 2 <input type="checkbox"/> |
| 350 | Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet? | |
| | Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat. | <input type="text"/> |
| 351 | Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt? | |
| | Anzahl Minuten | <input type="text"/> |

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

332 War Ihre Situation in 2024 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 332 ein. → 333

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 332 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

| | | | |
|---------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| Januar | <input type="text"/> | Juli | <input type="text"/> |
| Februar | <input type="text"/> | August | <input type="text"/> |
| März | <input type="text"/> | September | <input type="text"/> |
| April | <input type="text"/> | Oktober | <input type="text"/> |
| Mai | <input type="text"/> | November | <input type="text"/> |
| Juni | <input type="text"/> | Dezember | <input type="text"/> |

Liste 332

| | |
|---|---|
| Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in | Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in |
| Vollzeit 1 | Vollzeit 11 |
| Teilzeit 2 | Teilzeit 12 |
| Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in | Freiwilliges soziales/ökologisches/kulturelles Jahr, im Bundesfreiwilligendienst oder im freiwilligen Wehrdienst 21 |
| Vollzeit 3 | Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15 |
| Teilzeit 4 | Rentner/-in, Pensionär/-in 16 |
| Geringfügig erwerbstätig 5 | Arbeitslose/-r 17 |
| Erwerbstätige/-r in | Hausfrau/Hausmann 18 |
| Elternzeit 6 | Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19 |
| Altersteilzeit 7 | Sonstiges 20 |
| Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10 | |

Muster

Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Jahr 2024

333 Haben Sie im Jahr 2024 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

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

Ja 1
 Nein 8 → 338

334 Haben Sie im Jahr 2024 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.

Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld) 8 1 →

Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen) 8 1 →

| freiwillig | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Nettobetrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresnetto-betrag (Volle Euro) |
| _____ oder _____ | _____ oder _____ |
| _____ oder _____ | _____ oder _____ |

335 Haben Sie im Jahr 2024 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag an.

Weihnachtsgeld 8 1 →

Urlaubsgeld 8 1 →

Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen 8 1 →

Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters) 8 1 →

Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand 8 1 →

Vorruhestandsgeld 8 1 →

| freiwillig |
|---------------------------------|
| Jahresnetto-betrag (Volle Euro) |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

336 Welches Einkommen (Lohn/Gehalt) einschließlich Sondervergütungen haben Sie als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter im Jahr 2024 erhalten?

i Geben Sie den Gesamtbetrag aller Einkommen aus den Fragen 334 bis 335 an.

Gesamtbetrag 8 1 →

Jahresnetto-betrag (Volle Euro)

MUSTER

337 Haben Sie im Jahr 2024 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 | freiwillig | |
|---|----------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| | | | 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"/> |

338 Haben Sie im Jahr 2024 Einkommen aus selbstständiger oder freiberuflicher Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 340

339 Wie hoch waren Ihre Einkünfte aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2024?

i Bitte berücksichtigen Sie auch Sach- oder Gewinnentnahmen aus dem Betriebs-/ Geschäftsvermögen.
 Falls Sie in 2024 insgesamt negative Einkünfte (Verluste) erzielt haben, so tragen Sie bitte diesen Betrag mit einem Minuszeichen ein.

Einkünfte Jahresbruttobetrag (Volle Euro)

Muster

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2024

340 Haben Sie im Jahr 2024 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 342

341 Welche Einkommen aus Renten/ Pensionen aus eigenen Ansprüchen haben Sie im Jahr 2024 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"/> |
| Kriegsopferrente, SED-Opferrente oder Lastenausgleichsrente | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |

freiwillig

342 Haben Sie im Jahr 2024 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"/> |

343 Welche Art von Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2024 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 2024

344 Haben Sie im Jahr 2024 Arbeitslosengeld oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Arbeitslosengeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Förderung der Existenzbildung, Gründungszuschuss | 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"/> |

345 Haben Sie im Jahr 2024 folgende Leistungen der Agentur für Arbeit für Aus- und Weiterbildung erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Bürgergeldbonus (in Höhe von 75 € monatlich) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | | |
| Weiterbildungsgeld bei einer Weiterbildung, die zum Berufsabschluss führt (in Höhe von 150 € monatlich) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | | |
| Weiterbildungsprämie für das Bestehen einer Zwischenprüfung (in Höhe von 1 000 €) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |
| Weiterbildungsprämie für das Bestehen einer Abschlussprüfung (in Höhe von 1 500 €) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |
| Übergangsgeld, Ausbildungsgeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Qualifizierungsgeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Weitere Zuschüsse zu Aus- oder Weiterbildungen (z. B. Fahrtkosten, Kosten für auswärtige Unterkunft, Kosten für Kinderbetreuung bei Bildungsmaßnahmen) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |

346 Haben Sie im Jahr 2024 nachfolgende Leistungen erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium), Berufsausbildungsbeihilfe, Zuschüsse zum Aufstiegs-BAföG | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Elterngeld, ElterngeldPlus | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Pflegegeld der gesetzlichen Pflegekasse/Pflegeversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Pflegeunterstützungsgeld der gesetzlichen Pflegekasse/Pflegeversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenkasse/Krankenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Mutterschaftsgeld des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |

noch:
346

| | Nein | Ja | Anzahl Monate |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Krankengeld der gesetzlichen Krankenkasse/ Krankenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Blindengeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2024

| | | | | | |
|-----|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|--|
| 347 | Haben Sie im Jahr 2024 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)? | Nein | Ja | Anzahl Monate | freiwillig Betrag pro Monat (Volle Euro) |
| | | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 348 | Haben Sie im Jahr 2024 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

freiwillig

| | | |
|-----|---|----------------------------------|
| 349 | Haben Sie die Fragen ab 117 selbst beantwortet? | |
| | Ja | 1 <input type="checkbox"/> → 351 |
| | Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. | 2 <input type="checkbox"/> |
| 350 | Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet? | |
| | Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat. | <input type="text"/> |
| 351 | Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt? | |
| | Anzahl Minuten | <input type="text"/> |

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

332 War Ihre Situation in 2024 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 332 ein. → 333

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 332 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

| | | | |
|---------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| Januar | <input type="text"/> | Juli | <input type="text"/> |
| Februar | <input type="text"/> | August | <input type="text"/> |
| März | <input type="text"/> | September | <input type="text"/> |
| April | <input type="text"/> | Oktober | <input type="text"/> |
| Mai | <input type="text"/> | November | <input type="text"/> |
| Juni | <input type="text"/> | Dezember | <input type="text"/> |

Liste 332

| | |
|---|---|
| Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in | Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in |
| Vollzeit 1 | Vollzeit 11 |
| Teilzeit 2 | Teilzeit 12 |
| Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in | Freiwilliges soziales/ökologisches/kulturelles Jahr, im Bundesfreiwilligendienst oder im freiwilligen Wehrdienst 21 |
| Vollzeit 3 | Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15 |
| Teilzeit 4 | Rentner/-in, Pensionär/-in 16 |
| Geringfügig erwerbstätig 5 | Arbeitslose/-r 17 |
| Erwerbstätige/-r in | Hausfrau/Hausmann 18 |
| Elternzeit 6 | Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19 |
| Altersteilzeit 7 | Sonstiges 20 |
| Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10 | |

Muster

Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Jahr 2024

333 Haben Sie im Jahr 2024 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

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

Ja 1
 Nein 8 → 338

334 Haben Sie im Jahr 2024 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.

Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld) 8 1 →

Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen) 8 1 →

| freiwillig | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Nettobetrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresnetto-betrag (Volle Euro) |
| _____ oder _____ | _____ oder _____ |
| _____ oder _____ | _____ oder _____ |

335 Haben Sie im Jahr 2024 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag an.

Weihnachtsgeld 8 1 →

Urlaubsgeld 8 1 →

Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen 8 1 →

Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters) 8 1 →

Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand 8 1 →

Vorruhestandsgeld 8 1 →

| freiwillig |
|---------------------------------|
| Jahresnetto-betrag (Volle Euro) |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

336 Welches Einkommen (Lohn/Gehalt) einschließlich Sondervergütungen haben Sie als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter im Jahr 2024 erhalten?

i Geben Sie den Gesamtbetrag aller Einkommen aus den Fragen 334 bis 335 an.

Gesamtbetrag 8 1 →

Jahresnetto-betrag (Volle Euro)

MUSTER

337 Haben Sie im Jahr 2024 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 | freiwillig | |
|---|----------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| | | | 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"/> |

338 Haben Sie im Jahr 2024 Einkommen aus selbstständiger oder freiberuflicher Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 340

339 Wie hoch waren Ihre Einkünfte aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2024?

i Bitte berücksichtigen Sie auch Sach- oder Gewinnentnahmen aus dem Betriebs-/ Geschäftsvermögen. Falls Sie in 2024 insgesamt negative Einkünfte (Verluste) erzielt haben, so tragen Sie bitte diesen Betrag mit einem Minuszeichen ein.

Einkünfte Jahresbruttobetrag (Volle Euro)

Muster

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2024

340 Haben Sie im Jahr 2024 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 342

**341 Welche Einkommen aus Renten/
Pensionen aus eigenen Ansprüchen
haben Sie im Jahr 2024 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 Versorgungs- werken 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"/> |
| Kriegsopferrente, SED-Opferrente oder Lastenausgleichsrente | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |

freiwillig

**342 Haben Sie im Jahr 2024 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"/> |

**343 Welche Art von Witwenrente/-geld oder
Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2024
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 2024

344 Haben Sie im Jahr 2024 Arbeitslosengeld oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Arbeitslosengeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Förderung der Existenzbildung, Gründungszuschuss | 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"/> |

345 Haben Sie im Jahr 2024 folgende Leistungen der Agentur für Arbeit für Aus- und Weiterbildung erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Bürgergeldbonus (in Höhe von 75 € monatlich) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | | |
| Weiterbildungsgeld bei einer Weiterbildung, die zum Berufsabschluss führt (in Höhe von 150 € monatlich) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | | |
| Weiterbildungsprämie für das Bestehen einer Zwischenprüfung (in Höhe von 1 000 €) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |
| Weiterbildungsprämie für das Bestehen einer Abschlussprüfung (in Höhe von 1 500 €) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |
| Übergangsgeld, Ausbildungsgeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Qualifizierungsgeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Weitere Zuschüsse zu Aus- oder Weiterbildungen (z. B. Fahrtkosten, Kosten für auswärtige Unterkunft, Kosten für Kinderbetreuung bei Bildungsmaßnahmen) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |

346 Haben Sie im Jahr 2024 nachfolgende Leistungen erhalten?

| | Nein | Ja | Anzahl Monate | Betrag pro Monat (Volle Euro) | Jahresbetrag (Volle Euro) |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium), Berufsausbildungsbeihilfe, Zuschüsse zum Aufstiegs-BAföG | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Elterngeld, ElterngeldPlus | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Pflegegeld der gesetzlichen Pflegekasse/Pflegeversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> | oder <input type="text"/> |
| Pflegeunterstützungsgeld der gesetzlichen Pflegekasse/Pflegeversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | Anzahl Tage | Jahresbetrag (Volle Euro) |
| Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenkasse/Krankenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | Anzahl Monate | |
| Mutterschaftsgeld des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | | | |

noch:
346

| | Nein | Ja | Anzahl Monate |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen) | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Krankengeld der gesetzlichen Krankenkasse/ Krankenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |
| Blindengeld | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> |

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2024

| | | | | | |
|-----|--|----------------------------|----------------------------|------------------------|--|
| 347 | Haben Sie im Jahr 2024 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)? | Nein | Ja | Anzahl Monate | freiwillig Betrag pro Monat (Volle Euro) |
| | | 8 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 348 | Haben Sie im Jahr 2024 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

freiwillig

| | | |
|-----|---|----------------------------------|
| 349 | Haben Sie die Fragen ab 117 selbst beantwortet? | |
| | Ja | 1 <input type="checkbox"/> → 351 |
| | Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. | 2 <input type="checkbox"/> |
| 350 | Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet? | |
| | Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat. | <input type="text"/> |
| 351 | Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt? | |
| | Anzahl Minuten | <input type="text"/> |

1 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.

2 Übernahme der Miete bei Erhalt von Leistungen von der Agentur für Arbeit/Jobcenter

Empfänger/-innen von Leistungen, deren Miete ganz oder teilweise von der Agentur für Arbeit (Jobcenter) übernommen wird, geben den Gesamtbetrag für Miete und Nebenkosten an, den der Vermieter/die Vermieterin bzw. die Hausverwaltung erhält.

3 Heutiges Staatsgebiet

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

4 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/Verlust 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.

Nichteheliche 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 nichtehelichen Kindes) erworben haben, kreuzen bitte „Deutsch durch Geburt“ an.

Personen, die seit 2021 die deutsche Staatsangehörigkeit durch Erklärung nach § 5 Staatsangehörigkeitsgesetz 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 die 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 Spätaussiedler/-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

Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit durch Eheschließung bzw. durch Erklärung oder Einbürgerung aufgrund der Eheschließung erworben haben, geben bitte „Deutsch durch Einbürgerung“ an.

5 Altersteilzeit

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

Wenn Sie sich in der Freistellungsphase der Altersteilzeit im Blockmodell befinden, machen Sie bitte alle Angaben zu Ihrer Tätigkeit vor dem Beginn der Freistellungsphase. Bsp: Sie waren vor der Freistellungsphase in Vollzeit mit 39,5 Wochenstunden in einem Betrieb beschäftigt. Dann geben Sie bitte das auch in den Fragen zum Beruf, dem Wirtschaftszweig, der Dauer der Beschäftigung, usw. an. Für die Frage zur normalerweise geleisteten Arbeitszeit würde dann die vertragliche Arbeitszeit von 39,5 Stunden eingetragen werden, die tatsächliche Arbeitszeit läge bei Null Stunden.

6 Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz

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

7 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/eines Verwandten ohne Lohn oder Gehalt mithelfen, sind Sie unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r. Erhalten Sie eine Bezahlung, stufen Sie sich bitte als Angestellte/-r oder Arbeiter/-in 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, Arbeiter/-in ein. Auch Facharbeiter/-innen, angelernte Arbeiter/-innen und Hilfsarbeiter/-innen zählen zu dieser Kategorie.

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

8 Geringfügige Beschäftigung

Bei einer geringfügigen Beschäftigung, einem 538-Euro-Job (sogenanntem Mini-Job bis 538 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 Bürgergeld sowie eine Mehraufwandsentschädigung, zuletzt in Höhe von 1 bis 2 Euro je gearbeiteter Stunde.

9 Betrieb (örtliche Niederlassung)

Ein Betrieb ist die örtliche Niederlassung, in der Sie tätig sind (z. B. ein Geschäft, eine freiberufliche Praxis, ein landwirtschaftlicher Betrieb, die örtliche Niederlassung eines Unternehmens, eine öffentlich-rechtliche Körperschaft usw.).

Eine örtliche Niederlassung (z. B. ein bestimmter Betrieb eines Unternehmens) kann aus mehreren voneinander abgegrenzten Arbeitsstätten bestehen (wie z. B. einer Produktionsstätte, einer Lagerhalle und dem Verwaltungsgebäude auf dem Betriebsgelände einer Firma). Die in diesen Arbeitsstätten tätigen Personen sind einem einzigen Betrieb zuzuordnen.

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

10 Bereitschaftszeiten

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

Davon zu unterscheiden ist die Rufbereitschaft. Hier können die Arbeitnehmer/-innen frei über ihren Aufenthaltsort entscheiden.

Sie müssen bei Bedarf innerhalb einer angemessenen Zeit ihre Arbeit aufnehmen. Nur die Zeit, in der gearbeitet wird und die Wegezeit zählen als Arbeitszeit.

11 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.

12 Nettoeinkommen

Zu berücksichtigen sind ebenfalls:

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

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

13 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 Bürgergeld 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, Auskunftspflicht

Rechtsgrundlagen sind das Mikrozensusgesetz (MZG), die Verordnung (EU) 2019/1700 sowie die Durchführungsverordnungen (EU) 2019/2180, (EU) 2019/2181, (EU) 2019/2242, (EU) 2022/2498, (EU) 2023/2527, (EU) 2020/1721, die Delegierten Verordnungen (EU) 2020/256, (EU) 2020/258, (EU) 2020/2175 und (EU) 2023/167 in Verbindung mit dem BStatG und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e) DS-GVO.

Erhoben werden die Angaben zu § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 4, Nummer 5 Buchstabe a und b, Nummer 6 bis 10 sowie § 8 Absatz 1 bis 3 MZG. Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 13 MZG in Verbindung mit § 15 BStatG. Danach sind alle Volljährigen und alle einen eigenen Haushalt führenden Minderjährigen, jeweils auch für minderjährige Haushaltsmitglieder, auskunftspflichtig.

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

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

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

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

Nach § 23 BStatG handelt darüber hinaus ordnungswidrig, wer – vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 15 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 und 5 Satz 1 BStatG eine Auskunft nicht, nicht rechtzeitig, nicht vollständig oder nicht wahrheitsgemäß erteilt oder – entgegen § 15 Absatz 3 BStatG eine Antwort nicht in der vorgeschriebenen Form erteilt.

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

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

Angaben, bei denen die Auskunftserteilung freiwillig ist, sind im Fragebogen besonders gekennzeichnet.

Rechtsgrundlage für Auswertungen von Angaben zu Art und Umfang der Auskunftserteilung (z. B. zum verwendeten Endgerät oder zur Bearbeitungsdauer) ist § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 BStatG.

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 (hier: ITZ Bund als IT Dienstleister des Statistischen Bundesamtes, Rechenzentren der Länder).

Eine Liste der regelmäßig beauftragten IT-Dienstleister finden Sie hier: <https://www.statistikportal.de/de/statistische-aemter>

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.

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/>.

Nach Artikel 11 der Verordnung (EU) 2019/1700 zur Schaffung eines gemeinsamen Rahmens für europäische Statistiken über Personen und Haushalte ist eine Übermittlung von Einzelangaben an die Kommission (Eurostat) vorgesehen.

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

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

Hilfsmerkmale, Ordnungsnummern, Trennung und Löschung

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

- 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 und die ursprünglich vergebenen Ordnungsnummern werden nach Abschluss der Aufbereitung der letzten Folgerhebung vernichtet bzw. gelöscht.

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

keine weitergehenden Angaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse enthalten.

Rechte und Pflichten der Erhebungsbeauftragten, Möglichkeiten der Auskunftserteilung

Zur Entlastung der zu Befragenden können ehrenamtliche Erhebungsbeauftragte eingesetzt werden. 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.

Werden Erhebungsbeauftragte für die telefonische oder persönliche Befragung vor Ort eingesetzt, sollen sie den Befragten bei der Beantwortung der Fragen behilflich sein. Die in den Fragebogen enthaltenen Fragen können mündlich gegenüber den Erhebungsbeauftragten oder den Mitarbeitenden der Erhebungsstelle 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 im Rahmen der persönlichen Befragung vor Ort übergeben oder bei der Erhebungsstelle abgegeben oder dorthin übersandt werden. Von einer elektronischen Übermittlung der schriftlichen Erhebungsunterlagen bitten wir abzusehen, da dies kein gesicherter Übermittlungsweg ist.

Rechte der Betroffenen, Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten, Recht auf Beschwerde

- Die Auskunftgebenden, deren personenbezogene Angaben verarbeitet werden, können
- eine Auskunft nach Artikel 15 DS-GVO,
 - die Berichtigung nach Artikel 16 DS-GVO,
 - die Löschung nach Artikel 17 DS-GVO sowie
 - die Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DS-GVO
- der jeweils sie betreffenden personenbezogenen Angaben beantragen oder der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Angaben nach Artikel 21 DS-GVO widersprechen.

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

Muster

Muster

Muster