

## Share w2 Questionnaire version 2.7 2006-09-27

*IF INTERVIEW MODE = 1. Individual. Single*

|

*ELSE*

|

*| IF INTERVIEW MODE = 2. Individual. Couple, first respondent*

||

|| **CM003\_ CHOICE RESPONDENT FINANCE**

|| Später während des Interviews werde ich einige Fragen über finanzielle Angelegenheiten des Haushalts und der Familie stellen, z.B. über

|| Ersparnisse für's Alter und finanzielle Unterstützung von Kindern und anderen Verwandten.

Wir brauchen diese Fragen nur einmal zu stellen. Wer von

|| Ihnen ist am besten in der Lage, Fragen über finanzielle Angelegenheiten zu beantworten?

|| **IWER:NUR EINEN INFORMANTEN ZUM THEMA "FINANZEN" KODIEREN**

|| 1. Name von Person 1

|| 2. Name von Person 2

||

| *ELSE*

||

||

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

*IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0*

|

|

*ENDIF*

### **DN001\_ INTRO DEMOGRAPHICS**

Lassen Sie mich noch einmal wiederholen, dass die Teilnahme an diesem Interview freiwillig ist und alle Informationen vertraulich behandelt werden.

Ihre Antworten werden ausschließlich für Forschungszwecke verwendet. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten wollen, sagen Sie es mir, und wir

werden mit der nächsten Frage weitermachen. Jetzt möchte ich gerne mit einigen Fragen zu Ihrem persönlichen und familiären Hintergrund beginnen.

1. Weiter

### **DN042\_ MALE OR FEMALE**

BEOBACHTUNG

**IWER:KODIEREN SIE DAS GESCHLECHT DER ZIELPERSON (NACHFRAGEN, FALLS UNSICHER)**

1. Männlich

2. Weiblich

### **DN043\_ CONFIRM MONTH/YEAR BIRTH**

Nur nochmal zur Bestätigung: Sie wurden im [{Geburtsmonat der Zielperson}] [{Geburtsjahr der Zielperson}] geboren?

1. Ja

5. Nein

*IF DN043\_ (CONFIRM MONTH/YEAR BIRTH) = 1. Ja*

|

*ELSE*

|

| *IF DN043\_ (CONFIRM MONTH/YEAR BIRTH) = 5. Nein*

||

|| **DN002\_ MONTH OF BIRTH**

|| In welchem Monat und Jahr wurden Sie geboren? MONAT: JAHR:

|| 1. Januar

|| 2. Februar

|| 3. März

|| 4. April

|| 5. Mai

|| 6. Juni

|| 7. Juli

|| 8. August

|| 9. September

|| 10. Oktober

|| 11. November

|| 12. Dezember

||

|| **DN003\_ YEAR OF BIRTH**

|| In welchem Monat und Jahr wurden Sie geboren? MONAT: [{{Geburtsmonat}}] JAHR:

|| (1900..2007)

||

||

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

*IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0*

|

| **DN004\_ COUNTRY OF BIRTH**

| Wurden Sie innerhalb der gegenwärtigen Grenzen der Bundesrepublik Deutschland geboren?

| 1. Ja

| 5. Nein

|

| *IF DN004\_ (COUNTRY OF BIRTH) = 5. Nein*

||

|| **DN005\_ OTHER COUNTRY OF BIRTH**

|| In welchem Land wurden Sie geboren? Bitte nennen Sie das Land, zu dem Ihr Geburtsort zur Zeit Ihrer Geburt gehörte.

|| \_\_\_\_\_

||

|| **DN006\_ YEAR CAME TO LIVE IN COUNTRY**

|| In welchem Jahr sind Sie in die heutige Bundesrepublik gezogen?

|| (1875..2008)

||

| *ENDIF*

| **DN007\_ CITIZENSHIP COUNTRY**

| Haben Sie die deutsche Staatsbürgerschaft?

- | 1. Ja
- | 5. Nein

| *IF DN007\_ (CITIZENSHIP COUNTRY) = 5. Nein*

| **DN008\_ OTHER CITIZENSHIP**

| Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

| \_\_\_\_\_

| *ENDIF*

| **DN009\_ WHERE LIVED SINCE 1989**

| Wo haben Sie am ersten November 1989 gelebt, also vor dem Fall der Mauer - in der DDR, in der BRD oder anderswo?

- | 1. DDR
- | 2. BRD
- | 3. Anderswo

| **DN010\_ HIGHEST EDUCATIONAL DEGREE OBTAINED**

| Bitte sehen Sie sich Karte 2 an. Welches ist der höchste Schulabschluss, den Sie erreicht haben?

- | 1. Volks- oder Hauptschulabschluss; 8. Klasse Polytechnische Oberschule (POS)
- | 2. Realschulabschluss; 10. Klasse POS
- | 3. Fachhochschulreife
- | 4. Abitur
- | 95. Noch kein Schulabschluss
- | 96. Kein Schulabschluss
- | 97. Anderer Schulabschluss (auch im Ausland)

| *IF DN010\_ (HIGHEST EDUCATIONAL DEGREE OBTAINED) = 97. Anderer Schulabschluss (auch im Ausland)*

| **DN011\_ OTHER HIGHEST EDUCATION**

| Welchen anderen Schulabschluss haben Sie?

| \_\_\_\_\_

| *ENDIF*

| **DN012\_ FURTHER EDUCATION**

| Bitte sehen Sie sich Karte 3 an. Welche berufsbildenden oder Hochschulabschlüsse haben Sie?

| **IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN**

- | 1. Lehre
- | 2. Berufsfachschule
- | 3. Fachschule
- | 4. Fachhochschulabschluss

| 5. Hochschulabschluss  
| 96. Kein Berufsabschluss  
| 97. Anderer Berufsabschluss (auch im Ausland)

| *IF 97. Anderer Berufsabschluss (auch im Ausland) IN DN012\_(FURTHER EDUCATION)*

|| **DN013\_ OTHER EDUCATION**

|| Welchen anderen berufsbildenden oder Hochschulabschluss haben Sie?

|| \_\_\_\_\_

| *ENDIF*

*ENDIF*

**DN041\_ YEARS EDUCATION**

Insgesamt wieviele Jahre haben Sie sich vollzeit in schulischer und beruflicher Ausbildung befunden?

\_\_\_\_\_ (0..25)

*IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 1*

| **DN044\_ MARITAL STATUS**

| Hat sich Ihr Familienstand seit unserem letzten Interview im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] verändert?

| 1. Ja, Familienstand hat sich verändert

| 5. Nein, Familienstand hat sich nicht verändert

| *ENDIF*

*IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 1 AND DN044\_ (MARITAL STATUS CHANGED) = 1  
OR MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0*

| **DN014\_ MARITAL STATUS**

| Bitte sehen Sie sich Karte 4 an. Was ist Ihr Familienstand?

| 1. Verheiratet und mit Ehegatten zusammenlebend

| 2. In eingetragener Partnerschaft lebend

| 3. Verheiratet, getrennt vom Ehegatten lebend

| 4. Ledig

| 5. Geschieden

| 6. Verwitwet

| *IF DN014\_ (MARITAL STATUS) = 1. Verheiratet und mit Ehegatten zusammenlebend*

|| *IF RESPONDENT ID = 1*

|| **DN015\_ YEAR OF MARRIAGE**

|| In welchem Jahr haben Sie geheiratet?

|| (1890..2007)

|| **CHK: (CURRENTDATE.YEAR - DN015\_YearOfMarriage) < (MN808\_AgeRespondent - 12) MAIN**

"^FLError[2]"

```
|| ENDIF
||
| ENDIF
|
| IF DN014_MaritalStatus.ORD = 2
||
|| DN016_ YEAR OF REGISTERED PARTNERSHIP
|| In welchem Jahr haben Sie Ihre Partnerschaft eintragen lassen?
|| (1890..2007)
||
| ELSE
||
|| IF DN014_ (MARITAL STATUS) = 3. Verheiratet, getrennt vom Ehegatten lebend
||
|| DN017_ YEAR OF MARRIAGE
|| In welchem Jahr haben Sie geheiratet?
|| (1890..2007)
||
| ELSE
||
|| IF DN014_ (MARITAL STATUS) = 5. Geschieden
||
|| DN018_ SINCE WHEN DIVORCED
|| In welchem Jahr wurden Sie geschieden?
|| IWER:BEI MEHR ALS EINER SCHEIDUNG JAHR DER LETZTEN SCHEIDUNG
|| EINTRAGEN
|| (1890..2007)
||
|| ELSE
||
|| IF DN014_ (MARITAL STATUS) = 6. Verwitwet
||
|| DN019_ SINCE WHEN WIDOWED
|| In welchem Jahr wurden Sie [Witwe/Witwer]?
|| IWER:TODESJAHR DES EHEGATTEN EINTRAGEN
|| (1890..2007)
||
|| ENDIF
||
|| ENDIF
||
|| ENDIF
||
| ENDIF
|
| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0 AND DN014_ (MARITAL STATUS) = 3.
| Verheiratet, getrennt vom Ehegatten lebend OR
| DN014_ (MARITAL STATUS) = 5. Geschieden OR DN014_ (MARITAL STATUS) = 6.
| Verwitwet
||
```

|| **DN020\_ AGE OF PARTNER**

|| In welchem Jahr wurde [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/Ihre]

[{empty}/{empty}/früherer/frühere/verstorbener/verstorbene]

[Mann/Frau/Mann/Frau/Mann/Frau]

|| geboren?

|| IWER:GEBURTSJAHR DES LETZTEN EHEGATTEN EINTRAGEN

|| (1875..2008)

|| **DN021\_ HIGHEST EDUCATIONAL DEGREE OF PARTNER**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 5 an. Welches ist der höchste Schulabschluss, den

[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/Ihre]

|| [{empty}/{empty}/früherer/frühere/verstorbener/verstorbene]

[Mann/Frau/Mann/Frau/Mann/Frau] erreicht hat?

|| 1. Volks- oder Hauptschulabschluss; 8. Klasse Polytechnische Oberschule (POS)

|| 2. Realschulabschluss; 10. Klasse POS

|| 3. Fachhochschulreife

|| 4. Abitur

|| 95. Noch kein Schulabschluss

|| 96. Kein Schulabschluss

|| 97. Anderer Schulabschluss (auch im Ausland)

|| *IF DN021\_ (HIGHEST EDUCATIONAL DEGREE OF PARTNER) = 97. Anderer Schulabschluss (auch im Ausland)*

|| **DN022\_ OTHER HIGHEST EDUCATIONAL DEGREE PARTNER OBTAINED**

|| Welchen anderen Schulabschluss hat [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/Ihre]

[{empty}/{empty}/früherer/frühere/verstorbener/verstorbene][Mann/Frau/Mann/Frau/Mann/Frau] erreicht?

|| \_\_\_\_\_

|| *ENDIF*

|| **DN023\_ FURTHER EDUCATION OR VOCATIONAL TRAINING OBTAINED OF PARTNER**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 6 an. Welche berufsbildenden oder Hochschulabschlüsse hat

[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/Ihre]

|| [{empty}/{empty}/früherer/frühere/verstorbener/verstorbene]

[Mann/Frau/Mann/Frau/Mann/Frau] erreicht?

|| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

|| 1. Lehre

|| 2. Berufsfachschule

|| 3. Fachschule

|| 4. Fachhochschulabschluss

|| 5. Hochschulabschluss

|| 96. Kein Berufsabschluss

|| 97. Anderer Berufsabschluss (auch im Ausland)

|| *IF 97. Anderer Berufsabschluss (auch im Ausland) IN DN023\_(FURTHER EDUCATION*

*OR VOCATIONAL TRAINING OBTAINED OF PARTNER)*

|||

||| **DN024\_ OTHER EDUCATION PARTNER**

||| Welchen anderen berufsbildenden oder Hochschulabschluss hat [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/Ihre]

|||

[{empty}/{empty}/früherer/frühere/verstorbener/verstorbene][Mann/Frau/Mann/Frau/Mann/Frau] ?

||| \_\_\_\_\_

|||

|| *ENDIF*

|||

||| **DN025\_ LAST JOB OF PARTNER**

|| Welchen Beruf hat [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/Ihre]

[{empty}/{empty}/früherer/frühere/verstorbener/verstorbene]

[Mann/Frau/Mann/Frau/Mann/Frau] zuletzt

|| ausgeübt? Nennen Sie mir bitte die genaue Bezeichnung.

|| IWER:ZUM BEISPIEL NICHT "ANGESTELLTE" SONDERN

"SACHBEARBEITERIN", NICHT "ARBEITER" SONDERN

"WERKZEUGEINSTELLER". BEI BEAMTEN DIE OFFIZIELLE

|| DIENSTBEZEICHNUNG ERFRAGEN, ZUM BEISPIEL "OBERAMTSRAT" ODER

"STUDIENDIREKTOR". "HAUSFRAU/HAUSMANN" NUR EINTRAGEN, WENN

PERSON NIEMALS

|| EINEN BERUF AUSGEÜBT HAT.

|| \_\_\_\_\_

|||

|| *ENDIF*

|

| *IF MN002\_Person[1].MaritalStatus = a3*

|||

||| **DN040\_ PARTNER OUTSIDE HOUSEHOLD**

|| Haben Sie [eine Partnerin, die/einen Partner, der] nicht in diesem Haushalt lebt?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

|||

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

*IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0 OR MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 1 AND*

*Preload.W1\_DN036\_HowManyBrothersAlive <> 0 OR*

*Preload.W1\_DN037\_HowManySistersAlive <> 0 OR*

*Preload.W1\_DN026\_NaturalParentAlive[1] <> 5 OR*

*Preload.W1\_DN026\_NaturalParentAlive[2] <> 5*

|

| **DN039\_ INTRODUCTION PARENTS SIBLINGS**

| Jetzt habe ich einige Fragen zu Ihren Eltern und Geschwistern.

| 1. Weiter

|

*ENDIF*

*IF Preload.W1\_DN026\_NaturalParentAlive[1] <> a5*

```

|
| IF MN016_ (MOTHER IN HOUSEHOLD) = 5 AND RESPONDENT ID = 1
| |
| | DN026_ IS NATURAL PARENT STILL ALIVE
| | Lebt [Ihre/Ihr] [leibliche/leiblicher] [Mutter/Vater] noch?
| | 1. Ja
| | 5. Nein
| |
| | IF DN026_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 5. Nein
| | |
| | | DN027_ AGE OF DEATH OF PARENT
| | | Wie alt war [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] als [sie/er] starb?
| | | _____ (10..120)
| | |
| | | ELSE
| | |
| | | IF DN026_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 1. Ja AND
| | | MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0
| | | |
| | | | DN028_ AGE OF NATURAL PARENT
| | | | Wie alt ist [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] jetzt?
| | | | _____ (18..120)
| | | |
| | | | CHK: DN028_AgeOfNaturalParent >= (MN808_AgeRespondent + 10) MAIN "^FLError[24]"
| | | | ENDIF
| | | |
| | | | ENDIF
| | | |
| | | IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0
| | | |
| | | | DN029_ LAST JOB OR OCCUPATION OF PARENT
| | | | Was war oder ist der letzte Beruf [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters]? Bitte nennen Sie die
| | | | genaue Bezeichnung.
| | | | IWER:ZUM BEISPIEL NICHT "ANGESTELLTE" SONDERN
| | | | "SACHBEARBEITERIN", NICHT "ARBEITER" SONDERN
| | | | "WERKZEUGEINSTELLER". BEI BEAMTEN DIE OFFIZIELLE
| | | | DIENSTBEZEICHNUNG ERFRAGEN, ZUM BEISPIEL "OBERAMTSRAT" ODER
| | | | "STUDIENDIREKTOR". "HAUSFRAU/HAUSMANN" NUR EINTRAGEN, WENN DIE
| | | | PERSON NIEMALS
| | | | ERWERBSTÄTIG WAR.
| | | | _____
| | | |
| | | | ENDIF
| | | |
| | | IF DN026_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 1. Ja
| | | |
| | | | DN030_ WHERE DOES PARENT LIVE
| | | | Bitte sehen Sie sich Karte 7 an. Wo lebt [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater]?
| | | | 1. Im gleichen Haushalt
| | | | 2. Im gleichen Gebäude
| | | | 3. Weniger als 1 Kilometer entfernt

```

- ||| 4. Zwischen 1 und 5 Kilometer entfernt
- ||| 5. Zwischen 5 und 25 Kilometer entfernt
- ||| 6. Zwischen 25 und 100 Kilometer entfernt
- ||| 7. Zwischen 100 und 500 Kilometer entfernt
- ||| 8. Mehr als 500 Kilometer entfernt
- ||| 9. Mehr als 500 Kilometer entfernt und im Ausland

||| *IF DN030\_LivingPlaceParent.ORD = 9*

||| **DN031\_ WHICH COUNTRY**

||| Um welches Land handelt es sich?

||| \_\_\_\_\_

||| *ENDIF*

||| *IF DN030\_ (WHERE DOES PARENT LIVE) > 1. Im gleichen Haushalt*

||| **DN032\_ PERSONAL CONTACT WITH PARENT DURING PAST 12 MONTHS**

||| Während der letzten zwölf Monate - wie häufig hatten Sie Kontakt mit [Ihrer/Ihrem] [Mutter/Vater], entweder persönlich, telefonisch oder per

||| Post?

||| **IWER:ALLE ARTEN VON KONTAKT, ZUM BEISPIEL AUCH EMAIL, SMS oder MMS**

- ||| 1. Täglich
- ||| 2. Mehrmals in der Woche
- ||| 3. Ungefähr einmal pro Woche
- ||| 4. Ungefähr einmal alle zwei Wochen
- ||| 5. Ungefähr einmal pro Monat
- ||| 6. Weniger als einmal pro Monat
- ||| 7. Nie

||| *ENDIF*

||| **DN033\_ HEALTH OF PARENT**

||| Wie würden Sie den Gesundheitszustand [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters] beschreiben?

||| Würden Sie sagen, er ist

||| **IWER:LAUT VORLESEN**

- ||| 1. Ausgezeichnet
- ||| 2. Sehr gut
- ||| 3. Gut
- ||| 4. Mittelmäßig
- ||| 5. Schlecht

||| *ENDIF*

||| *ELSE*

||| *IF MN018\_ (MOTHER IN LAW IN HOUSEHOLD) = 5 AND RESPONDENT ID = 2*

||| **DN026\_ IS NATURAL PARENT STILL ALIVE**

```

||| Lebte [Ihre/Ihr] [leibliche/leiblicher] [Mutter/Vater] noch?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF DN026_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 5. Nein
|||
||| DN027_ AGE OF DEATH OF PARENT
||| Wie alt war [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] als [sie/er] starb?
||| _____ (10..120)
|||
||| ELSE
|||
||| IF DN026_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 1. Ja AND
MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0
|||
||| DN028_ AGE OF NATURAL PARENT
||| Wie alt ist [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] jetzt?
||| _____ (18..120)
|||
||| CHK: DN028_AgeOfNaturalParent >= (MN808_AgeRespondent + 10) MAIN "^FLError[24]"
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0
|||
||| DN029_ LAST JOB OR OCCUPATION OF PARENT
||| Was war oder ist der letzte Beruf [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters]? Bitte nennen Sie die
genaue Bezeichnung.
||| IWER:ZUM BEISPIEL NICHT "ANGESTELLTE" SONDERN
||| "SACHBEARBEITERIN", NICHT "ARBEITER" SONDERN
||| "WERKZEUGEINSTELLER". BEI BEAMTEN DIE OFFIZIELLE
||| DIENSTBEZEICHNUNG ERFRAGEN, ZUM BEISPIEL "OBERAMTSRAT" ODER
||| "STUDIENDIREKTOR". "HAUSFRAU/HAUSMANN" NUR EINTRAGEN, WENN DIE
PERSON NIEMALS
||| ERWERBSTÄTIG WAR.
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
||| IF DN026_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 1. Ja
|||
||| DN030_ WHERE DOES PARENT LIVE
||| Bitte sehen Sie sich Karte 7 an. Wo lebt [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater]?
||| 1. Im gleichen Haushalt
||| 2. Im gleichen Gebäude
||| 3. Weniger als 1 Kilometer entfernt
||| 4. Zwischen 1 und 5 Kilometer entfernt
||| 5. Zwischen 5 und 25 Kilometer entfernt
||| 6. Zwischen 25 und 100 Kilometer entfernt
||| 7. Zwischen 100 und 500 Kilometer entfernt

```

```

|||| 8. Mehr als 500 Kilometer entfernt
|||| 9. Mehr als 500 Kilometer entfernt und im Ausland
||||
|||| IF DN030_LivingPlaceParent.ORD = 9
||||
|||| DN031_ WHICH COUNTRY
|||| Um welches Land handelt es sich?
|||| _____
||||
|||| ENDIF
||||
|||| IF DN030_ (WHERE DOES PARENT LIVE) > 1. Im gleichen Haushalt
||||
|||| DN032_ PERSONAL CONTACT WITH PARENT DURING PAST 12 MONTHS
|||| Während der letzten zwölf Monate - wie häufig hatten Sie Kontakt mit [Ihrer/Ihrem]
|[Mutter/Vater], entweder persönlich, telefonisch oder per
|||| Post?
|||| IWER:ALLE ARTEN VON KONTAKT, ZUM BEISPIEL AUCH EMAIL, SMS oder
MMS
|||| 1. Täglich
|||| 2. Mehrmals in der Woche
|||| 3. Ungefähr einmal pro Woche
|||| 4. Ungefähr einmal alle zwei Wochen
|||| 5. Ungefähr einmal pro Monat
|||| 6. Weniger als einmal pro Monat
|||| 7. Nie
||||
|||| ENDIF
||||
|||| DN033_ HEALTH OF PARENT
|||| Wie würden Sie den Gesundheitszustand [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters] beschreiben?
Würden Sie sagen, er ist
|||| IWER:LAUT VORLESEN
|||| 1. Ausgezeichnet
|||| 2. Sehr gut
|||| 3. Gut
|||| 4. Mittelmäßig
|||| 5. Schlecht
||||
||||
|||| ENDIF
||||
|||| ELSE
||||
|||| IF RESPONDENT ID > 2
||||
|||| DN026_ IS NATURAL PARENT STILL ALIVE
|||| Lebt [Ihre/Ihr] [leibliche/leiblicher] [Mutter/Vater] noch?
|||| 1. Ja
|||| 5. Nein
||||

```

||| IF DN026\_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 5. Nein

|||

||| **DN027\_ AGE OF DEATH OF PARENT**

||| Wie alt war [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] als [sie/er] starb?

||| \_\_\_\_\_ (10..120)

|||

||| ELSE

|||

||| IF DN026\_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 1. Ja AND

MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0

|||

||| **DN028\_ AGE OF NATURAL PARENT**

||| Wie alt ist [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] jetzt?

||| \_\_\_\_\_ (18..120)

|||

CHK: DN028\_AgeOfNaturalParent >= (MN808\_AgeRespondent + 10) MAIN "^FLError[24]"

||| ENDIF

|||

||| ENDIF

|||

||| IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0

|||

||| **DN029\_ LAST JOB OR OCCUPATION OF PARENT**

||| Was war oder ist der letzte Beruf [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters]? Bitte nennen Sie die genaue Bezeichnung.

||| IWER:ZUM BEISPIEL NICHT "ANGESTELLTE" SONDERN

"SACHBEARBEITERIN", NICHT "ARBEITER" SONDERN

"WERKZEUGEINSTELLER". BEI BEAMTEN DIE OFFIZIELLE

DIENSTBEZEICHNUNG ERFRAGEN, ZUM BEISPIEL "OBERAMTSRAT" ODER

"STUDIENDIREKTOR". "HAUSFRAU/HAUSMANN" NUR EINTRAGEN, WENN DIE

PERSON NIEMALS

ERWERBSTÄTIG WAR.

||| \_\_\_\_\_

|||

||| ENDIF

|||

||| IF DN026\_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 1. Ja

|||

||| **DN030\_ WHERE DOES PARENT LIVE**

||| Bitte sehen Sie sich Karte 7 an. Wo lebt [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater]?

||| 1. Im gleichen Haushalt

||| 2. Im gleichen Gebäude

||| 3. Weniger als 1 Kilometer entfernt

||| 4. Zwischen 1 und 5 Kilometer entfernt

||| 5. Zwischen 5 und 25 Kilometer entfernt

||| 6. Zwischen 25 und 100 Kilometer entfernt

||| 7. Zwischen 100 und 500 Kilometer entfernt

||| 8. Mehr als 500 Kilometer entfernt

||| 9. Mehr als 500 Kilometer entfernt und im Ausland

|||

||| IF DN030\_LivingPlaceParent.ORD = 9



```

|| Lebt [Ihre/Ihr] [leibliche/leiblicher] [Mutter/Vater] noch?
|| 1. Ja
|| 5. Nein
||
|| IF DN026_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 5. Nein
||
|| | | DN027_ AGE OF DEATH OF PARENT
|| | | Wie alt war [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] als [sie/er] starb?
|| | | _____ (10..120)
|| | |
|| | | ELSE
|| | |
|| | | IF DN026_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 1. Ja AND
|| | | MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0
|| | |
|| | | | | DN028_ AGE OF NATURAL PARENT
|| | | | | Wie alt ist [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] jetzt?
|| | | | | _____ (18..120)
|| | | | |
|| | | | |
|| | | | | CHK: DN028_AgeOfNaturalParent >= (MN808_AgeRespondent + 10) MAIN "^FLError[24]"
|| | | ENDIF
|| | |
|| | | ENDIF
|| | |
|| | | IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0
|| | |
|| | | | | DN029_ LAST JOB OR OCCUPATION OF PARENT
|| | | | | Was war oder ist der letzte Beruf [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters]? Bitte nennen Sie die
|| | | | | genaue Bezeichnung.
|| | | | | IWER:ZUM BEISPIEL NICHT "ANGESTELLTE" SONDERN
|| | | | | "SACHBEARBEITERIN", NICHT "ARBEITER" SONDERN
|| | | | | "WERKZEUGEINSTELLER". BEI BEAMTEN DIE OFFIZIELLE
|| | | | | DIENSTBEZEICHNUNG ERFRAGEN, ZUM BEISPIEL "OBERAMTSRAT" ODER
|| | | | | "STUDIENDIREKTOR". "HAUSFRAU/HAUSMANN" NUR EINTRAGEN, WENN DIE
|| | | | | PERSON NIEMALS
|| | | | | ERWERBSTÄTIG WAR.
|| | | | | _____
|| | | | |
|| | | | | ENDIF
|| | | | |
|| | | | | IF DN026_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 1. Ja
|| | | | |
|| | | | | | | DN030_ WHERE DOES PARENT LIVE
|| | | | | | | Bitte sehen Sie sich Karte 7 an. Wo lebt [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater]?
|| | | | | | | 1. Im gleichen Haushalt
|| | | | | | | 2. Im gleichen Gebäude
|| | | | | | | 3. Weniger als 1 Kilometer entfernt
|| | | | | | | 4. Zwischen 1 und 5 Kilometer entfernt
|| | | | | | | 5. Zwischen 5 und 25 Kilometer entfernt
|| | | | | | | 6. Zwischen 25 und 100 Kilometer entfernt
|| | | | | | | 7. Zwischen 100 und 500 Kilometer entfernt

```

```

||| 8. Mehr als 500 Kilometer entfernt
||| 9. Mehr als 500 Kilometer entfernt und im Ausland
|||
||| IF DN030_LivingPlaceParent.ORD = 9
|||
||| DN031_ WHICH COUNTRY
||| Um welches Land handelt es sich?
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
||| IF DN030_ (WHERE DOES PARENT LIVE) > 1. Im gleichen Haushalt
|||
||| DN032_ PERSONAL CONTACT WITH PARENT DURING PAST 12 MONTHS
||| Während der letzten zwölf Monate - wie häufig hatten Sie Kontakt mit [Ihrer/Ihrem]
[Mutter/Vater], entweder persönlich, telefonisch oder per
||| Post?
||| IWER:ALLE ARTEN VON KONTAKT, ZUM BEISPIEL AUCH EMAIL, SMS oder
MMS
||| 1. Täglich
||| 2. Mehrmals in der Woche
||| 3. Ungefähr einmal pro Woche
||| 4. Ungefähr einmal alle zwei Wochen
||| 5. Ungefähr einmal pro Monat
||| 6. Weniger als einmal pro Monat
||| 7. Nie
|||
||| ENDIF
|||
||| DN033_ HEALTH OF PARENT
||| Wie würden Sie den Gesundheitszustand [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters] beschreiben?
Würden Sie sagen, er ist
||| IWER:LAUT VORLESEN
||| 1. Ausgezeichnet
||| 2. Sehr gut
||| 3. Gut
||| 4. Mittelmäßig
||| 5. Schlecht
|||
|||
||| ENDIF
|||
||| ELSE
|||
||| IF MN019_ (FATHER IN LAW IN HOUSEHOLD) = 5 AND RESPONDENT ID = 2
|||
||| DN026_ IS NATURAL PARENT STILL ALIVE
||| Lebt [Ihre/Ihr] [leibliche/leiblicher] [Mutter/Vater] noch?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||

```

||| *IF DN026\_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 5. Nein*

|||

||| **DN027\_ AGE OF DEATH OF PARENT**

||| Wie alt war [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] als [sie/er] starb?

||| \_\_\_\_\_ (10..120)

|||

||| *ELSE*

|||

||| *IF DN026\_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 1. Ja AND*

*MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0*

|||

||| **DN028\_ AGE OF NATURAL PARENT**

||| Wie alt ist [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] jetzt?

||| \_\_\_\_\_ (18..120)

|||

CHK: DN028\_AgeOfNaturalParent >= (MN808\_AgeRespondent + 10) MAIN "^FLError[24]"

||| *ENDIF*

|||

||| *ENDIF*

|||

||| *IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0*

|||

||| **DN029\_ LAST JOB OR OCCUPATION OF PARENT**

||| Was war oder ist der letzte Beruf [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters]? Bitte nennen Sie die genaue Bezeichnung.

||| IWER:ZUM BEISPIEL NICHT "ANGESTELLTE" SONDERN

"SACHBEARBEITERIN", NICHT "ARBEITER" SONDERN

"WERKZEUGEINSTELLER". BEI BEAMTEN DIE OFFIZIELLE

DIENSTBEZEICHNUNG ERFRAGEN, ZUM BEISPIEL "OBERAMTSRAT" ODER

"STUDIENDIREKTOR". "HAUSFRAU/HAUSMANN" NUR EINTRAGEN, WENN DIE PERSON NIEMALS

ERWERBSTÄTIG WAR.

||| \_\_\_\_\_

|||

||| *ENDIF*

|||

||| *IF DN026\_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 1. Ja*

|||

||| **DN030\_ WHERE DOES PARENT LIVE**

||| Bitte sehen Sie sich Karte 7 an. Wo lebt [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater]?

||| 1. Im gleichen Haushalt

||| 2. Im gleichen Gebäude

||| 3. Weniger als 1 Kilometer entfernt

||| 4. Zwischen 1 und 5 Kilometer entfernt

||| 5. Zwischen 5 und 25 Kilometer entfernt

||| 6. Zwischen 25 und 100 Kilometer entfernt

||| 7. Zwischen 100 und 500 Kilometer entfernt

||| 8. Mehr als 500 Kilometer entfernt

||| 9. Mehr als 500 Kilometer entfernt und im Ausland

|||

||| *IF DN030\_LivingPlaceParent.ORD = 9*

```

|||||
||||| DN031_ WHICH COUNTRY
||||| Um welches Land handelt es sich?
||||| _____
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| IF DN030_ (WHERE DOES PARENT LIVE) > 1. Im gleichen Haushalt
|||||
||||| DN032_ PERSONAL CONTACT WITH PARENT DURING PAST 12 MONTHS
||||| Während der letzten zwölf Monate - wie häufig hatten Sie Kontakt mit [Ihrer/Ihrem]
|[Mutter/Vater], entweder persönlich, telefonisch oder per
||||| Post?
||||| IWER:ALLE ARTEN VON KONTAKT, ZUM BEISPIEL AUCH EMAIL, SMS oder
MMS
||||| 1. Täglich
||||| 2. Mehrmals in der Woche
||||| 3. Ungefähr einmal pro Woche
||||| 4. Ungefähr einmal alle zwei Wochen
||||| 5. Ungefähr einmal pro Monat
||||| 6. Weniger als einmal pro Monat
||||| 7. Nie
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| DN033_ HEALTH OF PARENT
||||| Wie würden Sie den Gesundheitszustand [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters] beschreiben?
Würden Sie sagen, er ist
||||| IWER:LAUT VORLESEN
||||| 1. Ausgezeichnet
||||| 2. Sehr gut
||||| 3. Gut
||||| 4. Mittelmäßig
||||| 5. Schlecht
|||||
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ELSE
|||||
||||| IF RESPONDENT ID > 2
|||||
||||| DN026_ IS NATURAL PARENT STILL ALIVE
||||| Lebt [Ihre/Ihr] [leibliche/leiblicher] [Mutter/Vater] noch?
||||| 1. Ja
||||| 5. Nein
|||||
||||| IF DN026_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 5. Nein
|||||
||||| DN027_ AGE OF DEATH OF PARENT
||||| Wie alt war [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] als [sie/er] starb?

```

||||| \_\_\_\_\_ (10..120)

|||||

||||| *ELSE*

|||||

||||| *IF DN026\_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 1. Ja AND*

*MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0*

|||||

||||| **DN028\_ AGE OF NATURAL PARENT**

||||| Wie alt ist [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] jetzt?

||||| \_\_\_\_\_ (18..120)

|||||

CHK: DN028\_AgeOfNaturalParent >= (MN808\_AgeRespondent + 10) MAIN "^FLError[24]"

||||| *ENDIF*

|||||

||||| *ENDIF*

|||||

||||| *IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0*

|||||

||||| **DN029\_ LAST JOB OR OCCUPATION OF PARENT**

||||| Was war oder ist der letzte Beruf [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters]? Bitte nennen Sie die genaue Bezeichnung.

||||| IWER:ZUM BEISPIEL NICHT "ANGESTELLTE" SONDERN

"SACHBEARBEITERIN", NICHT "ARBEITER" SONDERN

"WERKZEUGEINSTELLER". BEI BEAMTEN DIE OFFIZIELLE

DIENSTBEZEICHNUNG ERFRAGEN, ZUM BEISPIEL "OBERAMTSRAT" ODER "STUDIENDIREKTOR". "HAUSFRAU/HAUSMANN" NUR EINTRAGEN, WENN DIE PERSON NIEMALS

ERWERBSTÄTIG WAR.

||||| \_\_\_\_\_

|||||

||||| *ENDIF*

|||||

||||| *IF DN026\_ (IS NATURAL PARENT STILL ALIVE) = 1. Ja*

|||||

||||| **DN030\_ WHERE DOES PARENT LIVE**

||||| Bitte sehen Sie sich Karte 7 an. Wo lebt [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater]?

||||| 1. Im gleichen Haushalt

||||| 2. Im gleichen Gebäude

||||| 3. Weniger als 1 Kilometer entfernt

||||| 4. Zwischen 1 und 5 Kilometer entfernt

||||| 5. Zwischen 5 und 25 Kilometer entfernt

||||| 6. Zwischen 25 und 100 Kilometer entfernt

||||| 7. Zwischen 100 und 500 Kilometer entfernt

||||| 8. Mehr als 500 Kilometer entfernt

||||| 9. Mehr als 500 Kilometer entfernt und im Ausland

|||||

||||| *IF DN030\_LivingPlaceParent.ORD = 9*

|||||

||||| **DN031\_ WHICH COUNTRY**

||||| Um welches Land handelt es sich?

||||| \_\_\_\_\_

```

|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| IF DN030_ (WHERE DOES PARENT LIVE) > 1. Im gleichen Haushalt
|||||
||||| DN032_ PERSONAL CONTACT WITH PARENT DURING PAST 12 MONTHS
||||| Während der letzten zwölf Monate - wie häufig hatten Sie Kontakt mit [Ihrer/Ihrem]
[Mutter/Vater], entweder persönlich, telefonisch oder per
||||| Post?
||||| IWER:ALLE ARTEN VON KONTAKT, ZUM BEISPIEL AUCH EMAIL, SMS oder
MMS
||||| 1. Täglich
||||| 2. Mehrmals in der Woche
||||| 3. Ungefähr einmal pro Woche
||||| 4. Ungefähr einmal alle zwei Wochen
||||| 5. Ungefähr einmal pro Monat
||||| 6. Weniger als einmal pro Monat
||||| 7. Nie
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| DN033_ HEALTH OF PARENT
||||| Wie würden Sie den Gesundheitszustand [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters] beschreiben?
Würden Sie sagen, er ist
||||| IWER:LAUT VORLESEN
||||| 1. Ausgezeichnet
||||| 2. Sehr gut
||||| 3. Gut
||||| 4. Mittelmäßig
||||| 5. Schlecht
|||||
|||||
||||| ENDIF
|||||
||| ENDIF
|||
| ENDIF
|
| ENDIF
|
ENDIF

IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0
|
| DN034_ EVER HAD ANY SIBLINGS
| Hatten Sie je Geschwister?
| IWER:EINSCHLIESSLICH NICHT-LEIBLICHER GESCHWISTER
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF DN034_ (EVER HAD ANY SIBLINGS) = 1. Ja

```

```
||  
|| DN035_ OLDEST YOUNGEST CHILD  
|| Waren Sie das älteste Kind, das jüngste Kind oder dazwischen?  
|| 1. Ältestes  
|| 2. Jüngstes  
|| 3. Dazwischen  
||  
||  
| ENDIF  
|  
ENDIF
```

```
IF DN034_ (EVER HAD ANY SIBLINGS) = 1. Ja OR  
Preload.W1_DN036_HowManyBrothersAlive <> 0 OR  
Preload.W1_DN037_HowManySistersAlive <> 0
```

```
| DN036_ HOW MANY BROTHERS ALIVE  
| Wie viele Brüder haben Sie, die noch leben?  
| IWER:EINSCHLIESSLICH NICHT-LEIBLICHER GESCHWISTER  
| _____ (0..20)
```

```
| DN037_ HOW MANY SISTERS ALIVE  
| Und wie viele Schwestern haben Sie, die noch leben?  
| IWER:EINSCHLIESSLICH NICHT-LEIBLICHER GESCHWISTER  
| _____ (0..20)
```

```
|  
ENDIF
```

```
DN038_ INTERVIEWER CHECK DN  
Wer hat die Fragen in diesem Modul beantwortet?  
1. Zielperson  
2. Zielperson und Stellvertreter  
3. Nur Stellvertreter
```

```
PH001_ INTRO HEALTH  
Jetzt habe ich einige Fragen zu Ihrer Gesundheit.  
1. Weiter
```

```
PH003_ HEALTH IN GENERAL QUESTION 2  
Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist...  
IWER:LAUT VORLESEN  
1. Ausgezeichnet  
2. Sehr gut  
3. Gut  
4. Mittelmäßig  
5. Schlecht
```

*IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 1*

| **PH062\_ COMPARE HEALTH LAST WAVE**

| Verglichen mit Ihrem Gesundheitszustand als wir im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] mit Ihnen geredet haben, würden Sie sagen, dass Ihr Gesundheitszustand jetzt besser, etwa gleich oder schlechter ist?

- | 1. Besser
- | 2. Etwa gleich
- | 3. Schlechter

| *IF PH062\_ (COMPARE HEALTH LAST WAVE) = 1. Besser*

|| **PH063\_ HEALTH BETTER LAST WAVE**

|| Ist er viel besser oder etwas besser?

- || 1. Viel besser
- || 2. Etwas besser

|| *ELSE*

|| *IF PH062\_ (COMPARE HEALTH LAST WAVE) = 3. Schlechter*

||| **PH064\_ HEALTH WORSE LAST WAVE**

||| Ist er viel schlechter oder etwas schlechter?

- ||| 1. Viel schlechter
- ||| 2. Etwas schlechter

|| *ENDIF*

| *ENDIF*

| *ENDIF*

**PH004\_ LONG-TERM ILLNESS**

Manche Menschen haben chronische oder langwierige gesundheitliche Probleme. Unter langwierig verstehen wir, dass Sie damit schon seit längerer Zeit Probleme haben oder wahrscheinlich für längere Zeit Probleme haben werden. Haben Sie in diesem Sinn langwierige Gesundheitsprobleme, Krankheiten, oder Behinderungen?

IWER:EINSCHLIESSLICH SEELISCHER PROBLEME

- 1. Ja
- 5. Nein

**PH005\_ LIMITED ACTIVITIES**

In welchem Maße waren Sie mindestens während der letzten sechs Monate wegen eines gesundheitlichen Problems bei alltäglichen Verrichtungen eingeschränkt?

IWER:LAUT VORLESEN

- 1. Stark eingeschränkt

2. Eingeschränkt, aber nicht stark
3. Nicht eingeschränkt

**PH061\_ PROBLEM THAT LIMITS PAID WORK**

Haben Sie ein gesundheitliches Problem oder eine Behinderung, durch die Sie in der Art oder im Umfang Ihrer Erwerbstätigkeit eingeschränkt sind?

1. Ja
5. Nein

**PH006\_ DOCTOR TOLD YOU HAD CONDITIONS**

Bitte sehen Sie sich Karte 8 an. [Hat Ihnen ein Arzt je gesagt, Sie litten/Leiden Sie derzeit] unter einer der dort aufgeführten Krankheiten?

[{empty}/Damit meinen wir, dass Ihnen ein Arzt gesagt hat, Sie hätten diese Krankheit und dass Sie derzeit deswegen entweder behandelt werden oder darunter leiden.] Bitte nennen Sie mir die entsprechenden Ziffern.

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

1. Herzinfarkt einschließlich Myokardinfarkt, Koronarthrombose oder andere Herzkrankheiten einschließlich Herzinsuffizienz
2. Bluthochdruck
3. Hohe Cholesterinwerte
4. Schlaganfall einschließlich Durchblutungsstörungen im Gehirn
5. Diabetes oder hohe Blutzuckerwerte
6. Chronische Erkrankungen der Lunge wie chronische Bronchitis oder Lungenemphysem
7. Asthma
8. Arthritis einschließlich Osteoarthritis oder Rheuma
9. Osteoporose
10. Krebs oder bösartige Tumore, einschließlich Leukämie und Lymphdrüsenkrebs, ausschließlich kleinerer Hautkrebserkrankungen
11. Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür
12. Parkinson'sche Krankheit
13. Grauer Star
14. Oberschenkelhalsbruch oder Hüftfraktur
15. Andere Brüche oder Frakturen
16. Alzheimer, Demenz, Senilität oder andere schwere Gedächtnisstörungen
17. Gutartige Tumore (Fibrom, Polypen, Angiom)
96. Keine der genannten
97. Andere Krankheiten, die nicht genannt wurden

CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN PH006\_DocCond)) MAIN "^FLError[5]"

*IF 97. Andere Krankheiten, die nicht genannt wurden IN PH006\_(DOCTOR TOLD YOU HAD CONDITIONS)*

|  
| **PH007\_ OTHER CONDITIONS**  
| Welche anderen Krankheiten hatten Sie?  
| IWER:NACHFRAGEN

| \_\_\_\_\_

|  
*ENDIF*

```

LOOP cnt:= 1 TO 19
|
| IF cnt < 18 AND cnt IN PH006_ (DOCTOR TOLD YOU HAD CONDITIONS) OR cnt = 20
AND 97. Andere Krankheiten, die nicht genannt wurden IN
| PH006_(DOCTOR TOLD YOU HAD CONDITIONS)
||
|| IF IndexSub <> 18
|||
||| IF IndexSub = 10
||| |
||| | PH008_ CANCER IN WHICH ORGANS
||| | In welchem Organ oder Körperteil haben oder hatten Sie Krebs?
||| | IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN
||| | 1. Gehirn
||| | 2. Mundhöhle
||| | 3. Kehlkopf
||| | 4. Rachenhöhle
||| | 5. Schilddrüse
||| | 6. Lunge
||| | 7. Brust
||| | 8. Speiseröhre
||| | 9. Magen
||| | 10. Leber
||| | 11. Bauchspeicheldrüse
||| | 12. Niere
||| | 13. Prostata
||| | 14. Hoden
||| | 15. Eierstock
||| | 16. Gebärmutterhals
||| | 17. Gebärmutterschleimhaut
||| | 18. Dickdarm oder Mastdarm
||| | 19. Blase
||| | 20. Haut
||| | 21. Lymphdrüsenkrebs (Non-Hodgkin-Lymphom)
||| | 22. Leukämie
||| | 97. Anderes Organ
||| |
||| |
||| | ENDIF
||| |
||| | IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0
||| | |
||| | | PH009_ AGE WHEN CONDITION STARTED
||| | | Ungefähr wie alt waren Sie, als Ihnen ein Arzt zum ersten Mal gesagt hat, Sie hätten
[einen Herzinfarkt oder eine andere
||| | | Herzkrankheit/Bluthochdruck/hohe Cholesterinwerte/einen Schlaganfall oder
Durchblutungsstörungen im Gehirn/Diabetes/eine chronische
||| | | Lungenerkrankung/Asthma/Arthritis oder Rheuma/Osteoporose/Krebs/ein Magen- oder
Zwölffingerdarmgeschwür/Parkinson/einen Grauen Star/einen
||| | | Oberschenkelhalsbruch oder eine Hüftfraktur/eine andere Fraktur/Alzheimer/einen
gutartigen Tumor/{other filled by PH007_OthCond}]?

```

||| | \_\_\_\_\_ (0..125)

||| |

CHK: PH009\_AgeCond <= MN808\_AgeRespondent MAIN "^FLError[4]"

||| *ENDIF*

||| |

|| *ENDIF*

|| |

| *ENDIF*

| |

*ENDLOOP*

*IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 1*

|

| **PH067\_ HAD CONDITION**

| [Hatten Sie einen Herzinfarkt/Hatten Sie einen Schlaganfall oder sind bei Ihnen  
Durchblutungsstörungen im Gehirn festgestellt worden/Ist bei Ihnen

| Krebs festgestellt worden/Hatten Sie einen Oberschenkelhalsbruch], seit wir mit Ihnen im  
[{Monat und Jahr des letzten Interviews}] gesprochen haben?

| 1. Ja

| 5. Nein

|

| *IF PH067\_ (HAD CONDITION) = 1. Ja*

||

|| *IF Index = 1 AND Preload.W1\_PH006\_DocCon[1] = a1 OR Index = 2 AND  
Preload.W1\_PH006\_DocCon[4] = a1 OR Index = 3 AND*

|| *Preload.W1\_PH006\_DocCon[10] = a1 OR Index = 4 AND  
Preload.W1\_PH006\_DocCon[14] = a1*

|||

||| **PH068\_ HAD CONDITION CHECK**

||| [Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt/Hatten Sie bereits einen Schlaganfall oder sind bei  
Ihnen Durchblutungsstörungen im Gehirn festgestellt

||| worden/Ist bei Ihnen bereits Krebs festgestellt worden/Hatten Sie bereits einen  
Oberschenkelhalsbruch] bevor wir Sie im [{Monat und Jahr des letzten

||| Interviews}] befragt haben?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||

||| *IF PH068\_ (HAD CONDITION CHECK) = 1. Ja*

||| |

||| **PH069\_ HAD CONDITION CONFIRM**

||| Nur zur Bestätigung - das heisst Sie hatten [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren  
Schlaganfall oder Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal

||| Krebs oder einen bösartigen Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch] seit wir im  
[{Monat und Jahr des letzten Interviews}] mit Ihnen geredet

||| haben?

||| 1. Ja, hatte [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder  
Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal Krebs oder einen bösartigen

||| Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch]

||| 2. Nein, hatte nicht [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder  
Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal Krebs oder einen

||| bösartigen Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch] seit dem letzten Interview

```

|||| 3. Nicht sicher, ob [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder
Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal Krebs oder einen
|||| bösartigen Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch]
||||
||||
|||| ENDIF
||||
|||| ENDIF
||||
|||| ENDIF
|
| IF PH067_ (HAD CONDITION) = 1. Ja AND PH069_ (HAD CONDITION CONFIRM) =
EMPTY OR PH069_ (HAD CONDITION CONFIRM) = 1. Ja, hatte
| ^FL_PH069_1
|
|
| PH071_ HOW MANY
| [Wieviele Herzinfarkte hatten Sie/Wieviele Schlaganfälle oder Durchblutungsstörungen im
Gehirn hatten Sie/Wie oft hatten Sie Krebs oder bösartige
| Tumore/Wieviele Oberschenkelhalsbrüche hatten Sie] seit wir mit Ihnen im [{Monat und
Jahr des letzten Interviews}] geredet haben?
| 1. 1
| 2. 2
| 3. 3 oder mehr
|
|
| ENDIF
|
| PH067_ HAD CONDITION
| [Hatten Sie einen Herzinfarkt/Hatten Sie einen Schlaganfall oder sind bei Ihnen
Durchblutungsstörungen im Gehirn festgestellt worden/Ist bei Ihnen
| Krebs festgestellt worden/Hatten Sie einen Oberschenkelhalsbruch], seit wir mit Ihnen im
[Monat und Jahr des letzten Interviews}] gesprochen haben?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF PH067_ (HAD CONDITION) = 1. Ja
|
| IF Index = 1 AND Preload.W1_PH006_DocCon[1] = a1 OR Index = 2 AND
Preload.W1_PH006_DocCon[4] = a1 OR Index = 3 AND
| Preload.W1_PH006_DocCon[10] = a1 OR Index = 4 AND
Preload.W1_PH006_DocCon[14] = a1
|
|
| PH068_ HAD CONDITION CHECK
| [Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt/Hatten Sie bereits einen Schlaganfall oder sind bei
Ihnen Durchblutungsstörungen im Gehirn festgestellt
| worden/Ist bei Ihnen bereits Krebs festgestellt worden/Hatten Sie bereits einen
Oberschenkelhalsbruch] bevor wir Sie im [{Monat und Jahr des letzten
| Interviews}] befragt haben?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
|

```

```

||| IF PH068_ (HAD CONDITION CHECK) = 1. Ja
|||
||| PH069_ HAD CONDITION CONFIRM
||| Nur zur Bestätigung - das heisst Sie hatten [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren
Schlaganfall oder Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal
||| Krebs oder einen bösartigen Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch] seit wir im
[{{Monat und Jahr des letzten Interviews}}] mit Ihnen geredet
||| haben?
||| 1. Ja, hatte [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder
Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal Krebs oder einen bösartigen
||| Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch]
||| 2. Nein, hatte nicht [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder
Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal Krebs oder einen
||| bösartigen Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch] seit dem letzten Interview
||| 3. Nicht sicher, ob [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder
Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal Krebs oder einen
||| bösartigen Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch]
|||
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|
| IF PH067_ (HAD CONDITION) = 1. Ja AND PH069_ (HAD CONDITION CONFIRM) =
EMPTY OR PH069_ (HAD CONDITION CONFIRM) = 1. Ja, hatte
| ^FL_PH069_1
||
|| PH071_ HOW MANY
|| [Wieviele Herzinfarkte hatten Sie/Wieviele Schlaganfälle oder Durchblutungsstörungen im
Gerhin hatten Sie/Wie oft hatten Sie Krebs oder bösartige
|| Tumore/Wieviele Oberschenkelhalsbrüche hatten Sie] seit wir mit Ihnen im [{{Monat und
Jahr des letzten Interviews}}] geredet haben?
|| 1. 1
|| 2. 2
|| 3. 3 oder mehr
||
||
|| ENDIF
|
| PH067_ HAD CONDITION
| [Hatten Sie einen Herzinfarkt/Hatten Sie einen Schlaganfall oder sind bei Ihnen
Durchblutungsstörungen im Gehirn festgestellt worden/Ist bei Ihnen
| Krebs festgestellt worden/Hatten Sie einen Oberschenkelhalsbruch], seit wir mit Ihnen im
[{{Monat und Jahr des letzten Interviews}}] gesprochen haben?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF PH067_ (HAD CONDITION) = 1. Ja
||

```

```

|| IF Index = 1 AND Preload.W1_PH006_DocCon[1] = a1 OR Index = 2 AND
Preload.W1_PH006_DocCon[4] = a1 OR Index = 3 AND
|| Preload.W1_PH006_DocCon[10] = a1 OR Index = 4 AND
Preload.W1_PH006_DocCon[14] = a1
|||
||| PH068_ HAD CONDITION CHECK
||| [Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt/Hatten Sie bereits einen Schlaganfall oder sind bei
Ihnen Durchblutungsstörungen im Gehirn festgestellt
||| worden/Ist bei Ihnen bereits Krebs festgestellt worden/Hatten Sie bereits einen
Oberschenkelhalsbruch] bevor wir Sie im [{Monat und Jahr des letzten
||| Interviews}] befragt haben?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF PH068_ (HAD CONDITION CHECK) = 1. Ja
|||
||| PH069_ HAD CONDITION CONFIRM
||| Nur zur Bestätigung - das heisst Sie hatten [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren
Schlaganfall oder Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal
||| Krebs oder einen bösartigen Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch] seit wir im
[{{Monat und Jahr des letzten Interviews}}] mit Ihnen geredet
||| haben?
||| 1. Ja, hatte [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder
Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal Krebs oder einen bösartigen
||| Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch]
||| 2. Nein, hatte nicht [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder
Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal Krebs oder einen
||| bösartigen Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch] seit dem letzten Interview
||| 3. Nicht sicher, ob [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder
Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal Krebs oder einen
||| bösartigen Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch]
|||
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
||
|| IF PH067_ (HAD CONDITION) = 1. Ja AND PH069_ (HAD CONDITION CONFIRM) =
EMPTY OR PH069_ (HAD CONDITION CONFIRM) = 1. Ja, hatte
|^FL_PH069_1
||
|| PH071_ HOW MANY
|| [Wieviele Herzinfarkte hatten Sie/Wieviele Schlaganfälle oder Durchblutungsstörungen im
Gerhin hatten Sie/Wie oft hatten Sie Krebs oder bösartige
|| Tumore/Wieviele Oberschenkelhalsbrüche hatten Sie] seit wir mit Ihnen im [{Monat und
Jahr des letzten Interviews}] geredet haben?
|| 1. 1
|| 2. 2
|| 3. 3 oder mehr

```

```

||
||
| ENDIF
|
| PH067_ HAD CONDITION
| [Hatten Sie einen Herzinfarkt/Hatten Sie einen Schlaganfall oder sind bei Ihnen
Durchblutungsstörungen im Gehirn festgestellt worden/Ist bei Ihnen
| Krebs festgestellt worden/Hatten Sie einen Oberschenkelhalsbruch], seit wir mit Ihnen im
[{{Monat und Jahr des letzten Interviews}}] gesprochen haben?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF PH067_ (HAD CONDITION) = 1. Ja
||
|| IF Index = 1 AND Preload.W1_PH006_DocCon[1] = a1 OR Index = 2 AND
Preload.W1_PH006_DocCon[4] = a1 OR Index = 3 AND
|| Preload.W1_PH006_DocCon[10] = a1 OR Index = 4 AND
Preload.W1_PH006_DocCon[14] = a1
|||
||| PH068_ HAD CONDITION CHECK
||| [Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt/Hatten Sie bereits einen Schlaganfall oder sind bei
Ihnen Durchblutungsstörungen im Gehirn festgestellt
||| worden/Ist bei Ihnen bereits Krebs festgestellt worden/Hatten Sie bereits einen
Oberschenkelhalsbruch] bevor wir Sie im [{{Monat und Jahr des letzten
||| Interviews}}] befragt haben?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF PH068_ (HAD CONDITION CHECK) = 1. Ja
|||
||| PH069_ HAD CONDITION CONFIRM
||| Nur zur Bestätigung - das heisst Sie hatten [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren
Schlaganfall oder Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal
||| Krebs oder einen bösartigen Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch] seit wir im
[{{Monat und Jahr des letzten Interviews}}] mit Ihnen geredet
||| haben?
||| 1. Ja, hatte [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder
Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal Krebs oder einen bösartigen
||| Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch]
||| 2. Nein, hatte nicht [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder
Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal Krebs oder einen
||| bösartigen Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch] seit dem letzten Interview
||| 3. Nicht sicher, ob [einen weiteren Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder
Durchblutungsstörungen im Gehirn/nochmal Krebs oder einen
||| bösartigen Tumor/einen weiteren Oberschenkelhalsbruch]
|||
|||
||| ENDIF
|||
|| ENDIF
||

```

| *ENDIF*

|

| *IF PH067\_ (HAD CONDITION) = 1. Ja AND PH069\_ (HAD CONDITION CONFIRM) = EMPTY OR PH069\_ (HAD CONDITION CONFIRM) = 1. Ja, hatte*

| *^FL\_PH069\_1*

||

|| **PH071\_ HOW MANY**

|| [Wieviele Herzinfarkte hatten Sie/Wieviele Schlaganfälle oder Durchblutungsstörungen im Gehirn hatten Sie/Wie oft hatten Sie Krebs oder bösartige

|| Tumore/Wieviele Oberschenkelhalsbrüche hatten Sie] seit wir mit Ihnen im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] geredet haben?

|| 1. 1

|| 2. 2

|| 3. 3 oder mehr

||

||

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

#### **PH010\_ BOTHERED BY SYMPTOMS**

Bitte sehen Sie sich Karte 9 an. Hatten Sie mindestens während der letzten sechs Monate eines der dort aufgeführten gesundheitlichen Probleme?

Bitte nennen Sie mir die entsprechenden Ziffern.

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

1. Schmerzen im Rücken, im Knie, in der Hüfte oder in einem anderen Gelenk
2. Herzprobleme oder Angina Pectoris, Schmerzen in der Brust bei körperlicher Betätigung
3. Atemnot
4. Hartnäckiger Husten
5. Geschwollene Beine
6. Schlafstörungen
7. Hinfallen
8. Angst davor, hinzufallen
9. Schwindel, Ohnmacht, kurzzeitige Bewußtlosigkeit
10. Probleme mit Magen oder Darm, einschließlich Verstopfung, Durchfall, Blähungen
11. Inkontinenz oder unkontrollierter Abgang von Urin
12. Ermüdung, Erschöpfung
96. Keines der genannten
97. Andere Symptome, hier nicht aufgeführt

CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN PH010\_Symptoms)) MAIN "*^FLError[5]*"

#### **PH011\_ CURRENT DRUGS AT LEAST ONCE A WEEK**

Unsere nächste Frage bezieht sich auf Medikamente, die Sie derzeit möglicherweise einnehmen. Bitte sehen Sie sich Karte 10 an. Nehmen Sie zur Zeit mindestens einmal in der Woche Medikamente zur Behandlung von dort aufgeführten gesundheitlichen Problemen?

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

1. Hohe Cholesterinwerte
2. Hohen Blutdruck
3. Herzinfarkt

4. Andere Herzkrankheiten
5. Asthma
6. Diabetes
7. Gelenkschmerzen oder Gelenkentzündungen
8. Andere Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen usw.)
9. Schlafstörungen
10. Angstzustände oder Depressionen
11. Osteoporose (hormonell)
12. Osteoporose (nicht hormonell)
13. Sodbrennen
14. Chronische Bronchitis
96. Keine Medikamente
97. Andere Medikamente

CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN PH011\_CurrentDrugs)) MAIN "^FLError[5]"

**PH012\_ WEIGHT OF RESPONDENT**

Ungefähr wie viel wiegen Sie?

IWER:GEWICHT IN KILO

\_\_\_\_\_ (0.00..250.00)

*IF Preload.W1\_PH012\_Weight - PH012\_ (WEIGHT OF RESPONDENT) > 5*

|

| **PH065\_ CHECK LOSS WEIGHT**

| Haben Sie abgenommen, seit wir Sie im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] befragt haben?

| 1. Ja

| 5. Nein, kein Gewichtsverlust seit letztem Interview

|

|

| *IF PH065\_ (CHECK LOSS WEIGHT) = 1. Ja*

||

|| **PH066\_ REASON LOST WEIGHT**

|| Haben Sie abgenommen, weil Sie während der letzten beiden Jahre krank waren oder eine besondere Diät eingehalten haben?

|| 1. Wegen Krankheit

|| 2. Wegen besonderer Diät

|| 3. Wegen Krankheit und besonderer Diät

|| 97. Andere Gründe für Gewichtsverlust

||

||

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

*IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0*

|

| **PH013\_ HOW TALL ARE YOU?**

| Wie groß sind Sie?

| IWER:KÖRPERGRÖSSE IN ZENTIMETER

| \_\_\_\_\_ (0.00..230.00)

|  
*ENDIF*

**PH041\_ USE GLASSES**

Tragen Sie gewöhnlich eine Brille oder Kontaktlinsen?

1. Ja
5. Nein

**PH043\_ EYESIGHT DISTANCE**

Wie gut erkennen Sie [mit Ihrer Brille oder Ihren Kontaktlinsen/{empty}] Dinge in einiger Entfernung, zum Beispiel Freunde auf der anderen Straßenseite? Würden Sie sagen...

IWER:LAUT VORLESEN...

1. Ausgezeichnet
2. Sehr gut
3. Gut
4. Mittelmäßig
5. Schlecht

**PH044\_ EYESIGHT READING**

Wie gut erkennen Sie [mit Ihrer Brille oder Ihren Kontaktlinsen/{empty}] Dinge unmittelbar vor Ihnen, zum Beispiel beim Lesen der normalen Schrift in einer Zeitung. Würden Sie sagen...

IWER:VORLESEN...

1. Ausgezeichnet
2. Sehr gut
3. Gut
4. Mittelmäßig
5. Schlecht

**PH045\_ USE HEARING AID**

Tragen Sie normalerweise ein Hörgerät?

1. Ja
5. Nein

**PH046\_ HEARING**

Hören Sie [mit Hörgerät/{empty}]...

IWER:LAUT VORLESEN...

1. Ausgezeichnet
2. Sehr gut
3. Gut
4. Mittelmäßig
5. Schlecht

**PH047\_ HEARING WITH BACKGROUND NOISE**

Haben Sie [mit Hörgerät/{empty}] Schwierigkeiten, einem Gespräch zu folgen, wenn es Hintergrundgeräusche gibt - zum Beispiel vom Fernseher, vom Radio oder von spielenden Kindern?

1. Ja
5. Nein

**PH056\_ HEARING WITH ONE PERSON**

Können Sie [mit Hörgerät/{empty}] deutlich verstehen, was in einem Gespräch mit einer Person gesagt wird?

1. Ja
5. Nein

**PH024\_ USE DENTURES**

Haben Sie dritte Zähne?

1. Ja
5. Nein

**PH025\_ BITE ON HARD FOODS**

Können Sie [mit Ihren dritten Zähnen/{empty}] härtere Nahrungsmittel - etwa einen knackigen Apfel - ohne Schwierigkeiten beißen und kauen?

1. Ja
5. Nein

**PH048\_ HEALTH AND ACTIVITIES**

Bitte sehen Sie sich Karte 11 an. Wir möchten gerne wissen, welche Schwierigkeiten Menschen möglicherweise aufgrund gesundheitlicher oder körperlicher Probleme bei verschiedenen Aktivitäten haben. Sagen Sie mir bitte, ob Sie Schwierigkeiten bei einer der aufgeführten alltäglichen Verrichtungen haben. Ignorieren Sie dabei alle Schwierigkeiten, die Ihres Erachtens weniger als drei Monate andauern werden. (Haben Sie wegen gesundheitlicher Probleme Schwierigkeiten mit einer der auf Karte 11 aufgeführten Aktivitäten?)

IWER:NACHFRAGEN: ANDERE SCHWIERIGKEITEN? ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

1. 100 Meter gehen
2. Ungefähr zwei Stunden lang sitzen
3. Nach längerem Sitzen aus einem Stuhl oder Sessel aufstehen
4. Mehrere Treppenabsätze hinauf gehen, ohne dabei eine Pause zu machen
5. Einen Treppenabsatz hinauf gehen, ohne dabei eine Pause zu machen
6. Bücken, Hinknien, in die Hocke gehen
7. Sich nach etwas strecken oder die Arme über Schulterhöhe anheben
8. Größere Gegenstände wie einen Sessel ziehen oder schieben
9. Gegenstände mit einem Gewicht von mehr als 5 Kilo (z.B. schwere Einkaufstasche) anheben oder tragen
10. Mit den Fingern eine kleine Münze vom Tisch aufnehmen
96. Keine der genannten

CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN PH048\_HeADLa)) MAIN "^FLError[5]"

**PH049\_ MORE HEALTH AND ACTIVITIES**

Sehen Sie sich bitte Karte 12 an. Sie finden darauf noch einige andere Alltagsverrichtungen. Sagen Sie mir bitte, ob Sie damit wegen körperlicher oder seelischer Probleme oder wegen Problemen mit dem Gedächtnis Schwierigkeiten haben. Ignorieren Sie dabei wieder alle Schwierigkeiten, von denen

Sie meinen, dass sie weniger als drei Monate andauern werden. (Haben Sie wegen gesundheitlicher Probleme oder wegen Problemen mit dem Gedächtnis Schwierigkeiten mit einer der auf Karte 12 aufgeführten Aktivitäten?)  
IWER:NACHFRAGEN: ANDERE SCHWIERIGKEITEN? ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

1. Sich anziehen, einschließlich Socken und Schuhe
2. Durch einen Raum gehen
3. Baden oder Duschen
4. Essen, zum Beispiel beim Zurechtschneiden der Speisen
5. Ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen
6. Benutzen der Toilette, einschließlich Hinsetzen und Aufstehen
7. Benutzen einer Karte, um sich in einer fremden Umgebung zurecht zu finden
8. Zubereiten einer warmen Mahlzeit
9. Einkaufen von Lebensmitteln
10. Telefonieren
11. Medikamente einnehmen
12. Arbeiten im Haus oder im Garten
13. Mit Geld umgehen, zum Beispiel Rechnungen bezahlen oder Ausgaben kontrollieren
96. Keine der genannten

CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN PH049\_HeADLb)) MAIN "^FLError[5]"

*IF NOT 96. Keine der genannten IN PH048\_ (HEALTH AND ACTIVITIES) OR PH048\_ (HEALTH AND ACTIVITIES) = DONTKNOW OR PH048\_ (HEALTH AND ACTIVITIES) = REFUSAL AND 96. Keine der genannten IN PH049\_ (MORE HEALTH AND ACTIVITIES) OR PH049\_ (MORE HEALTH AND ACTIVITIES) = DONTKNOW OR PH049\_ (MORE HEALTH AND ACTIVITIES) = REFUSAL*

| **PH050\_ HELP ACTIVITIES**

| Wenn Sie jetzt an die Aktivitäten denken, mit denen Sie Schwierigkeiten haben - gibt es jemanden, der Ihnen dabei hilft?

| IWER:EINSCHLIESSLICH PARTNER ODER ANDERER PERSONEN IM HAUSHALT

- | 1. Ja  
| 5. Nein

| *IF PH050\_ (HELP ACTIVITIES) = 1. Ja*

|| **PH051\_ HELP MEETS NEEDS**

|| Würden Sie sagen, diese Hilfe entspricht Ihren Bedürfnissen...

|| IWER:LAUT VORLESEN...

- || 1. immer  
|| 2. in der Regel  
|| 3. manchmal  
|| 4. fast nie

|| *ENDIF*

| **PH059\_ USE OF AIDS**

| Bitte sehen Sie sich Karte 13 an. Benutzen Sie irgendwelche der dort aufgeführten Hilfsmittel?

- | 1. Stock oder Spazierstock
- | 2. Gehilfe oder Gehwagen
- | 3. Rollstuhl (handbetrieben)
- | 4. elektrischen Rollstuhl
- | 5. Wagen oder Roller
- | 6. spezielle Esshilfen
- | 7. eigenes Alarmgerät
- | 96. Keins von diesen

|  
|  
*ENDIF*

**PH060\_ HEALTH IN GENERAL QUESTION 3**

Auf einer Skala von 0 bis 10, bei der 0 den schlechtesten Zustand beschreibt, den Sie sich vorstellen können, und 10 den besten vorstellbaren Zustand - wie würden Sie hier im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand einstufen?  
\_\_\_\_\_ (0..10)

**PH054\_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN PH**

INTERVIEWER CHECK: Wer hat die Fragen in diesem Modul beantwortet?

- 1. Zielperson
- 2. Zielperson und Stellvertreter
- 3. Nur Stellvertreter

*IF MN024\_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1*

|  
*IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0*

|| **BR001\_ EVER SMOKED DAILY**

|| Bei den folgenden Fragen geht es ums Rauchen und um den Genuss alkoholischer Getränke. Haben Sie jemals täglich über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeife geraucht?

- || 1. Ja
- || 5. Nein

||  
*ENDIF*

|  
*IF BR001\_ (EVER SMOKED DAILY) = 1. Ja OR MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 1*

|| **BR002\_ SMOKE AT THE PRESENT TIME**

|| [Bei den folgenden Fragen geht es ums Rauchen und um den Genuss alkoholischer Getränke./{empty}] Rauchen Sie zur Zeit?

- || 1. Ja
- || 5. Nein

||  
*IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 1 AND Preload.W1\_BR002\_StillSmoking = 1 AND BR002\_ (SMOKE AT THE PRESENT TIME) = 5. Nein*

||| **BR022\_ STOPPED SMOKING**

```

||| Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört, seit wir Sie im [{empty}] befragt haben?
||| 1. Ja, ich habe seit dem letzten Interview aufgehört
||| 2. Nein, ich habe zum Zeitpunkt des letzten Interviews nicht geraucht
||| 3. Nein, ich rauche heute immer noch
|||
|||
||| ENDIF
|||
||| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0
|||
||| BR003_ HOW MANY YEARS SMOKED
||| Insgesamt wie viele Jahre [rauchen Sie/haben Sie geraucht]?
||| IWER:PERIODEN, IN DENEN NICHT GERAUCHT WURDE, NICHT MITZÄHLEN;
||| MIT 1 KODIEREN, FALLS ZP WENIGER ALS EIN JAHR GERAUCHT HAT
||| _____ (1..150)
|||
||| CHK: BR003_HowManyYearsSmoked < MN808_AgeRespondent MAIN "^FLError[27]"
||| ENDIF
|||
||| IF BR002_ (SMOKE AT THE PRESENT TIME) = 1. Ja OR
||| MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0 AND BR002_ (SMOKE AT THE PRESENT TIME) = 5.
||| Nein OR MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1 AND BR022_ (STOPPED SMOKING) = 3.
||| Nein, ich rauche heute immer noch AND BR002_ (SMOKE AT THE
||| PRESENT TIME) = 5. Nein
|||
||| BR005_ WHAT DO OR DID YOU SMOKE
||| Was [rauchen Sie/haben Sie geraucht, bevor Sie aufgehört haben]?
||| IWER:LAUT VORLESEN; ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN
||| 1. Zigaretten
||| 2. Pfeife
||| 3. Zigarren oder Zigarillos
|||
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| IF 1. Zigaretten IN BR005_(WHAT DO OR DID YOU SMOKE)
|||
||| BR006_ AVERAGE AMOUNT OF CIGARETTES PER DAY
||| Durchschnittlich wieviele Zigaretten pro Tag [rauchen Sie/haben Sie geraucht]?
||| _____ (0..120)
|||
||| ENDIF
|||
||| IF 2. Pfeife IN BR005_(WHAT DO OR DID YOU SMOKE)
|||
||| BR007_ AVERAGE AMOUNT OF PIPES PER DAY
||| Durchschnittlich wieviele Pfeifen pro Tag [rauchen Sie/haben Sie geraucht]?
||| _____ (0..120)
|||
|||

```

```

| ENDIF
|
| IF 3. Zigarren oder Zigarillos IN BR005_(WHAT DO OR DID YOU SMOKE)
| |
| | BR008_ AVERAGE AMOUNT OF CIGARS PER DAY
| | Durchschnittlich wieviele Zigarren oder Zigarillos pro Tag [rauchen Sie/haben Sie
| | geraucht]?
| | _____ (0..120)
| |
| ENDIF
|
| BR010_ DAYS A WEEK CONSUMED ALCOHOL LAST 3 MONTHS
| Ich werde Ihnen jetzt ein paar Fragen dazu stellen, was Sie trinken - falls Sie überhaupt
| Alkohol trinken. Bitte sehen Sie sich Karte 14an: Während
| der letzten drei Monate, wie häufig haben Sie Alkohol getrunken, zum Beispiel Bier, Wein,
| Spirituosen oder Cocktails?
| 1. Fast täglich
| 2. An fünf oder sechs Tagen der Woche
| 3. An drei oder vier Tagen der Woche
| 4. Ein- oder zweimal in der Woche
| 5. Ein- oder zweimal im Monat
| 6. Weniger als einmal im Monat
| 7. Überhaupt nicht in den letzten drei Monaten
|
| IF BR010_ (DAYS A WEEK CONSUMED ALCOHOL LAST 3 MONTHS) < 7. Überhaupt
| nicht in den letzten drei Monaten
| |
| | BR019_ HOW MANY DRINKS IN A DAY
| | Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Alkohol getrunken
| | haben, wieviele Gläser waren das dann ungefähr pro Tag?
| | IWER:EIN "GLAS" ENTSPRICHT DABEI ETWA: 1 FLASCHE/DOSE BIER = 33 CL, 1
| | GLAS WEIN = 12 CL, 1 GLAS LIKÖR = 8CL, UND 1 GLAS SCHNAPS = 4 CL.
| | _____ (1..70)
| |
| | BR020_ HOW OFTEN FOUR OR MORE DRINKS LAST 3 MONTHS
| | An wievielen Tagen während der letzten drei Monate haben Sie bei einer Gelegenheit vier
| | oder mehr Gläser Alkohol getrunken?
| | _____ (0..90)
| |
| ELSE
| |
| | IF BR010_ (DAYS A WEEK CONSUMED ALCOHOL LAST 3 MONTHS) = 7. Überhaupt
| nicht in den letzten drei Monaten OR BR010_ (DAYS A WEEK
| CONSUMED ALCOHOL LAST 3 MONTHS) = DONTKNOW OR BR010_ (DAYS A WEEK
| CONSUMED ALCOHOL LAST 3 MONTHS) = REFUSAL
| |
| | BR021_ EVER DRUNK ALCOHOLIC BEVERAGES
| | Haben Sie je Alkohol getrunken?
| | 1. Ja
| | 5. Nein
| |

```

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

| **BR015\_ SPORTS OR ACTIVITIES THAT ARE VIGOROUS**

| Wir würden gerne wissen, auf welche Art und wie häufig Sie sich im Alltag körperlich

betätigen. Wie oft üben Sie im Alltag eine anstrengende

körperliche Tätigkeit aus, zum Beispiel beim Sport, bei schweren Arbeiten im Haus oder im Beruf?

| IWER:LAUT VORLESEN

| 1. Mehr als einmal wöchentlich

| 2. Einmal wöchentlich

| 3. Ein bis drei Mal pro Monat

| 4. So gut wie nie oder nie

| **BR016\_ ACTIVITIES REQUIRING A MODERATE LEVEL OF ENERGY**

| Wie häufig machen Sie Dinge, die mäßig anstrengend sind, zum Beispiel leichte

Gartenarbeit, das Auto waschen oder spazieren gehen?

| IWER:LAUT VORLESEN

| 1. Mehr als einmal wöchentlich

| 2. Einmal wöchentlich

| 3. Ein bis drei Mal pro Monat

| 4. So gut wie nie oder nie

| **BR017\_ INTERVIEWER CHECK BR**

| IWER:WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM MODUL BEANTWORTET?

| 1. Zielperson

| 2. Zielperson und Stellvertreter

| 3. Nur Stellvertreter

| *ENDIF*

**CF019\_ INSTRUCTION FOR CF**

IWER:IN DIESEM MODUL WERDEN KOGNITIVE FÄHIGKEITEN GETESTET.

STELLEN SIE SICHER, DASS BEIM AUSFÜLLEN DIESES MODULS KEINE ANDERE PERSON ANWESEND

IST.BEGINN EINES MODULS, IN DEM KEINE ANGABEN DURCH EINEN

STELLVERTRETER ERLAUBT SIND. FALLS DIE ZIELPERSON NICHT IN DER LAGE SEIN SOLLTE, DIE

FOLGENDEN FRAGEN SELBST ZU BEANTWORTEN, GEBEN SIE BEI JEDER FRAGE STRG+K EIN UND MACHEN SIE AM ENDE DES MODULS EINE ENTSPRECHENDE ANMERKUNG MIT

STRG+M.

1. Weiter

*IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0*

| **CF001\_ SELF-RATED READING SKILLS**

| Jetzt würde ich Ihnen gerne einige Fragen zu Ihren Fertigkeiten beim Lesen und Schreiben stellen. Wie würden Sie selbst Ihre Fertigkeiten beim

| Lesen im Alltagsleben einstufen. Würden Sie sagen, sie sind...

| IWER:LAUT VORLESEN

- | 1. Ausgezeichnet
- | 2. Sehr gut
- | 3. Gut
- | 4. Mittelmäßig
- | 5. Schlecht

| **CF002\_ SELF-RATED WRITING SKILLS**

| Wie würden Sie selbst Ihre Fertigkeiten beim Schreiben im Alltagsleben einstufen. Würden Sie sagen, sie sind...

| IWER:LAUT VORLESEN

- | 1. Ausgezeichnet
- | 2. Sehr gut
- | 3. Gut
- | 4. Mittelmäßig
- | 5. Schlecht

|  
|  
*ENDIF*

**CF003\_ DATE-DAY OF MONTH**

Ein Teil dieser Studie beschäftigt sich mit dem Gedächtnis und der Fähigkeit, über Dinge nachzudenken. Zunächst möchte ich Sie nach dem heutigen Datum fragen. Welcher Tag des Monats ist heute?

IWER:KODIEREN, OB TAG DES MONATS ([System-Tag und Monat]) KORREKT ANGEGEBEN WURDE.

- 1. Tag des Monats korrekt angegeben
- 2. Tag des Monats nicht korrekt angegeben/Weiß Tag nicht

**CF004\_ DATE-MONTH**

Welchen Monat haben wir?

IWER:KODIEREN, OB MONAT ([{system month of the year}]) KORREKT ANGEGEBEN WURDE

- 1. Monat korrekt angegeben
- 2. Monat nicht korrekt angegeben/Weiß Monat nicht

**CF005\_ DATE-YEAR**

Welches Jahr haben wir?

IWER:KODIEREN, OB JAHR ([System-Jahr]) KORREKT ANGEGEBEN WURDE

- 1. Jahr korrekt angegeben
- 2. Jahr nicht korrekt angegeben/Weiß Jahr nicht

**CF006\_ DAY OF THE WEEK**

Können Sie mir sagen, welcher Wochentag heute ist?

IWER:KORREKTE ANTWORT: ({{system day of the week}})

1. Wochentag korrekt angegeben
2. Wochentag nicht korrekt angegeben/Weiß Wochentag nicht

**CF007\_ INTRODUCTION TEN WORDS LIST LEARNING**

Ich werde Ihnen jetzt eine Liste von Wörtern von meinem Computerbildschirm vorlesen. Wir haben absichtlich eine lange Liste gemacht, so dass es für

jeden schwierig sein wird, sich an alle Wörter zu erinnern. Die meisten Menschen erinnern sich nur an einige Wörter. Hören Sie bitte genau zu,

denn ich kann die Liste nicht wiederholen. Wenn ich mit dem Vorlesen fertig bin, werde ich Sie bitten, möglichst viele dieser Wörter laut zu

wiederholen. Auf die Reihenfolge kommt es dabei nicht an. Haben Sie alles verstanden?

IWER:EINGABETASTE DRÜCKEN UM DEN TEST ZU BEGINNEN UND TESTPROTOKOLL BEREITHALTEN.

1. Weiter

*IF CF007\_ (INTRODUCTION TEN WORDS LIST LEARNING) = RESPONSE*

|

| *IF CF009\_ (VERBAL FLUENCY INTRO) = EMPTY*

||

|| **CF101\_ TEN WORDS LIST LEARNING FIRST TRIAL**

|| Bereit?

|| IWER:WARTEN, BIS WORTLISTE AUF DEM BILDSCHIRM ERSCHEINT.

GENANNT WÖRTER AUF DAS VORGESEHENE BLATT SCHREIBEN. GEBEN SIE FÜR DIE WIEDERHOLUNG BIS ZU

|| EINER MINUTE ZEIT. KORREKT WIEDERHOLTE WÖRTER EINGEBEN.

- || 1. Test beginnen

||

||

|| **CF102\_ TEN WORDS LIST LEARNING SHOW MOVIE**

||

- || 1. Weiter

||

|| **CF008\_ TEN WORDS LIST LEARNING FIRST TRIAL**

|| Nennen Sie mir jetzt bitte alle Wörter, an die Sie sich erinnern können.

- || 1. Butter
- || 2. Arm
- || 3. Brief
- || 4. Königin
- || 5. Karte
- || 6. Gras
- || 7. Ecke
- || 8. Stein
- || 9. Buch
- || 10. Stock

|| 96. Keines davon

||

CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN CF008\_Learn1)) MAIN "^FLError[5]"

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

### **CF009\_** VERBAL FLUENCY INTRO

Jetzt möchte ich Sie bitten, so viele verschiedene Tiere zu nennen, wie Ihnen einfallen. Sie haben eine Minute Zeit. Fertig, los!

IWER:GEBEN SIE GENAU EINE MINUTE ZEIT. HÖRT DIE ZIELPERSON AUF, BEVOR DIE ZEIT ABGELAUFEN IST, ERMUNTERN SIE SIE ZUM WEITERMACHEN. SCHWEIGT SIE 15

SEKUNDEN LANG, SO WIEDERHOLEN SIE DIE ANWEISUNG ("NENNEN SIE BITTE MÖGLICHSIT VIELE VERSCHIEDENE TIERE"). DAS ZEITLIMIT WIRD NICHT VERLÄNGERT,

WENN DIESE ANWEISUNG WIEDERHOLT WERDEN MUSS.

1. Weiter

*IF CF009\_ (VERBAL FLUENCY INTRO) = RESPONSE*

|

| *IF CF011\_ (INTRODUCTION NUMERACY) = EMPTY*

||

|| **CF010\_** VERBAL FLUENCY SCORE

||

|| IWER:DAS ERGEBNIS ERGIBT SICH AUS DER SUMME ALLER AKZEPTABLEN BEZEICHNUNGEN FÜR TIERE. ALS KORREKT GELTEN ALLE VERTRETER DES TIERREICHS; REAL

|| EXISTIERENDE UND MYTHOLOGISCHE, NICHT ABER WIEDERHOLUNGEN UND EIGENNAMEN. IM EINZELNEN HEISST DAS, DASS AUCH DIE FOLGENDEN ALS KORREKT ZÄHLEN:

|| BEZEICHNUNGEN VON TIERARTEN UND RASSEN INNERHALB EINER ART; BEZEICHNUNGEN FÜR MÄNNLICHE UND WEIBLICHE TIERE UND DEREN NACHKOMMEN INNERHALB EINER

|| ART. ANZAHL DER TIERE KODIEREN (0..100)

|| \_\_\_\_\_ (0..100)

||

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

### **CF011\_** INTRODUCTION NUMERACY

Nun würde ich Ihnen gerne einige Fragen stellen, bei denen es darum geht, wie Menschen im Alltagsleben mit Zahlen umgehen.

IWER:FALLS NÖTIG, ZIELPERSON DAZU ERMUNTERN, AUF JEDE EINZELNE RECHENFRAGE EINE ANTWORT ZU GEBEN.

1. Weiter

### **CF012\_** NUMERACY-CHANCE DISEASE 10 PERC. OF 1000

Wenn die Wahrscheinlichkeit, eine bestimmte Krankheit zu bekommen, bei 10 Prozent liegt, wie viele von 1000 (eintausend) Menschen werden die

Krankheit dann wahrscheinlich bekommen?  
IWER:ANTWORTEN NICHT VORLESEN

1. 100
2. 10
3. 90
4. 900
97. Andere Antworten

*IF CF012\_ (NUMERACY-CHANCE DISEASE 10 PERC. OF 1000) <> 1. 100*

|  
| **CF013\_ NUMERACY-HALF PRICE**  
| Bei einem Schlussverkauf kosten in einem Geschäft alle Waren nur den halben Preis. Vor dem Schlussverkauf kostete ein Sofa 300 [Euro] Was kostet es beim Schlussverkauf?  
| IWER:ANTWORTEN NICHT VORLESEN  
| 1. 150 [Euro]  
| 2. 600 [Euro]  
| 97. Andere Antworten

|  
|  
*ENDIF*

*IF CF012\_ (NUMERACY-CHANCE DISEASE 10 PERC. OF 1000) = 1. 100*

|  
| **CF014\_ NUMERACY-6000 IS TWO-THIRDS WHAT IS TOTAL PRICE**  
| Ein Gebrauchtwagenhändler verkauft ein Auto für 6 000 [Euro]. Das sind zwei Drittel dessen, was der Wagen neu gekostet hat. Wie hoch war der Preis für den Neuwagen?  
| IWER:ANTWORTEN NICHT VORLESEN  
| 1. 9,000 [Euro]  
| 2. 4,000 [Euro]  
| 3. 8,000 [Euro]  
| 4. 12,000 [Euro]  
| 5. 18,000 [Euro]  
| 97. Andere Antworten

| *IF CF014\_ (NUMERACY-6000 IS TWO-THIRDS WHAT IS TOTAL PRICE) = 1. 9,000*

*^FLCurr*

||  
|| **CF015\_ AMOUNT IN THE SAVINGS ACCOUNT**  
|| Nehmen wir einmal an, Sie haben 2 000 [Euro] auf Ihrem Sparbuch und Sie bekommen dafür jedes Jahr 10 Prozent Zinsen. Wie viel Geld haben Sie nach zwei Jahren auf Ihrem Sparbuch?  
|| IWER:ANTWORTEN NICHT VORLESEN  
|| 1. 2420 [Euro]  
|| 2. 2020 [Euro]  
|| 3. 2040 [Euro]  
|| 4. 2100 [Euro]  
|| 5. 2200 [Euro]  
|| 6. 2400 [Euro]  
|| 97. Andere Antworten

||  
||  
| *ENDIF*  
|  
*ENDIF*

*IF CF007\_ (INTRODUCTION TEN WORDS LIST LEARNING) = RESPONSE*

| **CF016\_ TEN WORDS LIST LEARNING DELAYED RECALL**

| Vor kurzem habe ich Ihnen eine Liste von Wörtern vorgelesen und Sie haben dann die wiederholt, an die Sie sich erinnern konnten. Bitte sagen Sie

| mir die Wörter, an die Sie sich jetzt noch erinnern können.

| IWER:GENANNT WÖRTER AUF EIN BLATT PAPIER SCHREIBEN UND DANN DIE KORREKT ERINNERTEN EINGEBEN.

| 1. Butter

| 2. Arm

| 3. Brief

| 4. Königin

| 5. Karte

| 6. Gras

| 7. Ecke

| 8. Stein

| 9. Buch

| 10. Stock

| 96. Keines davon

| **CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN CF016\_Learn4)) MAIN "^FLError[5]"**

*ENDIF*

**CF017\_ CONTEXTUAL FACTORS DURING THE COGNITIVE FUNCTION TEST**

IWER:GAB ES IRGENDWELCHE FAKTOREN, DIE DIE LEISTUNG DER ZIELPERSON BEI DEN TESTS BEHINDERT HABEN KÖNNTEN?

1. Ja

5. Nein

**CF018\_ WHO WAS PRESENT DURING CF**

IWER:WER WAR WÄHREND DIESES MODULS ANWESEND?

1. Nur Zielperson

2. Partner(in) anwesend

3. Kind(er) anwesend

4. Andere Person(en)

| **CHK: NOT (( > 1) AND (1 IN CF018\_IntCheck)) MAIN "^FLError[22]"**

**MH001\_ INTRO MENTAL HEALTH**

Vorhin haben wir über Ihre körperliche Gesundheit gesprochen. Ein anderer Aspekt der Gesundheit ist Ihr seelisches Wohlbefinden - also wie Sie sich in Bezug auf Dinge, die um sie herum passieren, fühlen.

1. Weiter

**MH002\_ DEPRESSION**

Waren Sie im letzten Monat traurig oder niedergeschlagen?

IWER: WENN NACH EINER ERLÄUTERUNG GEFRAGT WIRD, SAGEN SIE BITTE "MIT TRAURIG ODER NIEDERGESCHLAGEN MEINEN WIR, SICH MISERABEL, NIEDERGEDRÜCKT ODER DEPRIMIERT ZU FÜHLEN"

1. Ja
5. Nein

**MH003\_ HOPES FOR THE FUTURE**

Was sind Ihre Hoffnungen für die Zukunft?

IWER: NOTIEREN SIE NUR, OB HOFFNUNGEN GENANNT WURDEN ODER NICHT

1. Irgend eine Hoffnung erwähnt
2. Keine Hoffnung genannt

**MH004\_ FELT WOULD RATHER BE DEAD**

Haben Sie sich im letzten Monat jemals gewünscht, lieber tot zu sein?

1. Irgendeine Äußerung suizidaler Gefühle oder des Wunsches, tot zu sein
2. Keine derartigen Gefühle geäußert

**MH005\_ FEELS GUILTY**

Neigen Sie dazu, sich selbst Vorwürfe zu machen oder sich an irgendetwas schuldig zu fühlen?

1. Offensichtlich schweres Schuldgefühl oder Selbstvorwürfe
2. Keine solchen Gefühle
3. Äußert Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe, aber es ist unklar, ob diese offensichtliche bzw. übertriebene Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe darstellen

*IF MH005\_ (FEELS GUILTY) = 3. Äußert Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe, aber es ist unklar, ob diese offensichtliche bzw. übertriebene Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe darstellen*

| **MH006\_ BLAME FOR WHAT**

| Woran fühlen Sie sich schuldig?

| IWER: KODIEREN SIE BITTE 1 NUR FÜR ÜBERTRIEBENE SCHULDGEFÜHLE, WELCHE KLAR DEN UMSTÄNDEN NICHT ANGEMESSEN SIND. IN VIELEN FÄLLEN WIRD EIN FEHLER,

| DER ERWÄHNT WIRD, NUR SEHR GERINGFÜGIG GEWESEN SEIN, WENN ER ÜBERHAUPT VORLAG. BERECHTIGTE ODER ANGEMESSENE SCHULDGEFÜHLE SOLLTEN ALS 2 KODIERT

| WERDEN.

| 1. Die Beispiele, die gegeben werden, stellen offensichtlich exzessive Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe dar

| 2. Die Beispiele, die gegeben werden, stellen offensichtlich keine exzessiven Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe dar.

|  
|  
*ENDIF*

**MH007\_ TROUBLE SLEEPING**

Hatten Sie in letzter Zeit Schlafstörungen?

1. Schlafstörungen oder Veränderungen des Schlafverhaltens in der letzten Zeit
2. Kein Problem mit dem Schlafen

**MH008\_ LESS OR SAME INTEREST IN THINGS**

Im letzten Monat, wie stand es da mit Ihrem Interesse an Ihrer Umwelt?

1. Weniger Interesse als üblich beschrieben
2. Keine Veränderung im Ausmaß des Interesses beschrieben
3. unspezifische oder nicht kodierbare Antwort

*IF MH008\_ (LESS OR SAME INTEREST IN THINGS) = 3. unspezifische oder nicht kodierbare Antwort*

|  
| **MH009\_ KEEPS UP INTEREST**

| Ist das Interesse an Ihrer Umwelt gleich geblieben?

- | 1. Ja  
| 5. Nein

|  
*ENDIF*

**MH010\_ IRRITABILITY**

Waren Sie in letzter Zeit reizbar?

1. Ja
5. Nein

**MH011\_ APPETITE**

Wie war Ihr Appetit?

1. Verminderung von Nahrungsbedürfnissen
2. Keine Verminderung von Nahrungsbedürfnissen
3. Unspezifische oder nicht kodierbare Antwort

*IF MH011\_ (APPETITE) = 3. Unspezifische oder nicht kodierbare Antwort*

|  
| **MH012\_ EATING MORE OR LESS**

| Haben Sie mehr oder weniger als üblich gegessen?

- | 1. weniger  
| 2. mehr  
| 3. weder mehr noch weniger

|  
*ENDIF*

**MH013\_ FATIGUE**

Haben Sie im letzten Monat zu wenig Energie gehabt um die Dinge zu tun, die Sie tun

wollten?

1. Ja
5. Nein

#### **MH014\_ CONCENTRATION ON ENTERTAINMENT**

Wie steht es mit Ihrer Konzentration? Können Sie sich beispielsweise auf eine Fernsehsendung, einen Film oder eine Radiosendung konzentrieren?

1. Schwierigkeiten mit der Konzentration auf Unterhaltungssendungen dargestellt
2. Keine derartigen Schwierigkeiten erwähnt

#### **MH015\_ CONCENTRATION ON READING**

Können Sie sich beim Lesen konzentrieren?

1. Schwierigkeiten mit der Konzentration beim Lesen dargestellt
2. Keine derartigen Schwierigkeiten erwähnt

#### **MH016\_ ENJOYMENT**

Was haben Sie in der letzten Zeit gerne gemacht?

1. Stellt keine Freude bei einer Aktivität dar
2. Erwähnt irgendeine Freude bei einer Aktivität

#### **MH017\_ TEARFULNESS**

Haben Sie im letzten Monat einmal geweint?

IWER:ENDE DES MODULS, IN DEM KEINE ANGABEN DURCH EINEN STELLVERTRETER ERLAUBT SIND. FALLS DIE ZIELPERSON NICHT IN DER LAGE WAR, DIE VORHERGEHENDEN FRAGEN SELBST ZU BEANTWORTEN, MACHEN SIE EINE ENTSPRECHENDE ANMERKUNG MIT STRG+M.

1. Ja
5. Nein

#### **MH018\_ DEPRESSION EVER**

Gab es [seit dem letzten Interview im/{empty}][{Monat und Jahr des letzten Interviews}/{empty}] eine Zeit oder Zeiten [{empty}/in Ihrem Leben], in denen Sie mindestens zwei Wochen lang Symptome einer Depression hatten?

1. Ja
5. Nein

*IF MH018\_ (DEPRESSION EVER) = 1. Ja*

|

| *IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0*

||

|| **MH019\_ AGE SYMPTOMS FIRST TIME**

|| Wie alt waren Sie, als diese Symptome zum ersten Mal auftraten?

|| \_\_\_\_\_ (0..120)

||

| *ENDIF*

|

| **MH020\_ EVER TREATED BY DOCTOR OR PSYCHIATRIST**

| Waren Sie [{empty}/je] bei Ihrem Hausarzt oder bei einem Psychiater wegen einer Depression in Behandlung?

| 1. Ja

| 5. Nein

| **MH021\_ EVER ADMITTED TO HOSPITAL OR PSYCHIATRIC WARD**

| Waren Sie [{}]/je] zur stationären Behandlung in einer Nervenlinik oder einer psychiatrischen Abteilung?

| 1. Ja

| 5. Nein

| *ENDIF*

**MH022\_ EVER TOLD AFFECTIVE OR EMOTIONAL DISORDERS**

Hat Ihnen ein Arzt je gesagt, dass Sie unter anderen emotionalen oder gefühlsbezogenen Störungen leiden, einschließlich Angstzuständen, Nervosität oder nervlichen Problemen?

1. Ja

5. Nein

**HC002\_ SEEN OR TALKED TO MEDICAL DOCTOR**

Jetzt haben wir einige Fragen zur Gesundheitsversorgung. Denken Sie bitte an die letzten zwölf Monate. Ungefähr wie oft haben Sie während der letzten zwölf Monate einen Arzt aufgesucht oder mit einem Arzt über Ihre Gesundheit gesprochen? Bitte zählen Sie auch Behandlungen in der Notaufnahme oder ambulante Behandlungen mit, aber nicht stationäre Aufenthalte im Krankenhaus oder Zahnarztbesuche.

IWER: WENN MEHR ALS 98, 98 EINGEBEN

\_\_\_\_\_ (0..98)

*IF HC002\_ (SEEN OR TALKED TO MEDICAL DOCTOR) > 0*

| **HC003\_ CONTACTS WITH GENERAL PRACTITIONER**

| Wie viele dieser Arztbesuche waren bei einem praktischen Arzt oder bei einem Allgemeinmediziner?

| IWER: WENN MEHR ALS 98, 98 EINGEBEN

| \_\_\_\_\_ (0..98)

**CHK: HC003\_CGPract <= HC002\_STtoMDoctor MAIN ^FLError[8]"**

*ENDIF*

*IF HC002\_ (SEEN OR TALKED TO MEDICAL DOCTOR) > 0 AND HC003\_ (CONTACTS WITH GENERAL PRACTITIONER) < HC002\_ (SEEN OR TALKED TO MEDICAL DOCTOR) OR HC002\_ (SEEN OR TALKED TO MEDICAL DOCTOR) = DONTKNOW*

| **HC004\_ CONTACTS WITH SPECIALISTS**

| Bitte sehen Sie sich Karte 15 an. Haben Sie während der letzten zwölf Monate einen der auf dort aufgeführten Fachärzte aufgesucht?

| IWER: ALLE ZUTREFFENDEN EINTRAGEN. FALLS ZAHNARZT GENANNT WIRD, AUF SPÄTER VERWEISEN

| 1. Ja

| 5. Nein

| *IF HC004\_ (CONTACTS WITH SPECIALISTS) = 1. Ja*

|| **HC005\_ LAST CONSULTATION TO SPECIALIST**

|| Sehen Sie sich bitte weiter Karte 15 an - welche der dort aufgeführten Fachärzte haben Sie während der letzten zwölf Monate aufgesucht?

|| IWER:FALLS ZAHNARZT ERWÄHNT WIRD, DARAUf VERWEISEN, DASS DIES SPÄTER ERFRAGT WIRD; ALLE ZUTREFFENDEN ANGEBEN

|| 1. Herzspezialist oder Internist

|| 2. Dermatologe

|| 3. Neurologe

|| 4. Augenarzt

|| 5. Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

|| 6. Rheumatologe

|| 7. Orthopäde

|| 8. Chirurg

|| 9. Psychiater

|| 10. Gynäkologe

|| 11. Urologe

|| 12. Onkologe

|| 13. Facharzt für Geriatrie

CHK: NOT ((MN002\_Person[1].Gender = a1) AND (a10 IN HC005\_LastCSp)) MAIN "^FLError[26]"

| *ENDIF*

| *ENDIF*

**HC010\_ SEEN A DENTIST/DENTAL HYGIENIST**

Waren Sie während der letzten zwölf Monate bei einem Zahnarzt?

IWER:BESUCHE FÜR KONTROLLUNTERSUCHUNGEN, FÜR PROBLEME MIT DER ZAHNPROTHESE ODER MIT DER MUNDHÖHLE MITZÄHLEN

1. Ja

5. Nein

*IF HC010\_ (SEEN A DENTIST/DENTAL HYGIENIST) = 1. Ja*

|| **HC011\_ CONTACT DENTIST FOR ROUTINE CONTROL/PREVENTION OR TREATMENT**

|| Ging es dabei um eine Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchung, eine Behandlung, oder um beides?

|| IWER:FALLS EIN ZAHNARZTBESUCH DER KONTROLLE UND EIN ANDERER DER BEHANDLUNG GEDIENT HAT, "3" EINGEBEN.

|| 1. Nur Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchung

|| 2. Nur Behandlung

|| 3. Sowohl Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchung als auch Behandlung

| *ENDIF*

**HC012\_ IN HOSPITAL LAST 12 MONTHS**

Waren Sie während der letzten zwölf Monate zur stationären Behandlung im Krankenhaus?  
Bitte berücksichtigen Sie Aufenthalte sowohl in allgemeinen  
Krankenhäusern als auch in psychiatrischen oder sonstigen Spezialkrankenhäusern.

1. Ja
5. Nein

*IF HC012\_ (IN HOSPITAL LAST 12 MONTHS) = 1. Ja*

| **HC013\_ TIMES BEING PATIENT IN HOSPITAL**

| Wie oft waren Sie während der letzten zwölf Monate zur stationären Behandlung im  
Krankenhaus?

| IWER:NUR ZEITLICH VONEINANDER GETRENNTE AUFENTHALTE ZÄHLEN.  
GEBEN SIE "10" EIN, FALLS 10 ODER MEHR AUFENTHALTE GENANNT WERDEN.

| \_\_\_\_\_ (1..10)

| **HC014\_ TOTAL NIGHTS STAYED IN HOSPITAL**

| Wie viele Nächte haben Sie insgesamt während der letzten zwölf Monate im Krankenhaus  
verbracht?

| \_\_\_\_\_ (1..365)

| **HC015\_ REASONS FOR HAVING STAYED IN HOSPITAL**

| Bitte sehen Sie sich Karte 16 an. Aus welchem dieser Gründe haben Sie während der letzten  
zwölf Monate eine oder mehrere Nächte im Krankenhaus  
verbracht?

| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

- | 1. Operation mit stationärer Aufnahme
- | 2. Medizinische Untersuchungen oder Behandlung ohne Operation
- | 3. Seelische Probleme

| *IF 1. Operation mit stationärer Aufnahme IN HC015\_ (REASONS FOR HAVING STAYED  
IN HOSPITAL) AND 2. Medizinische Untersuchungen oder*

| *Behandlung ohne Operation IN HC015\_ (REASONS FOR HAVING STAYED IN  
HOSPITAL) OR 3. Seelische Probleme IN HC015\_ (REASONS FOR HAVING STAYED*

| *IN HOSPITAL) AND HC013\_ (TIMES BEING PATIENT IN HOSPITAL) > 1*

|| **HC016\_ TIMES OVERNIGHT IN HOSPITAL FOR SURGERY**

|| Wie oft waren Sie während der letzten zwölf Monate wegen einer Operation zur stationären  
Behandlung in einem Krankenhaus?

|| IWER:NUR ZEITLICH VONEINANDER GETRENNTE AUFENTHALTE ZÄHLEN

|| \_\_\_\_\_ (1..98)

|| **CHK: HC016\_TimsurginPT <= HC013\_TiminHos MAIN "^FLError[9]"**

|| **ENDIF**

| *IF 3. Seelische Probleme IN HC015\_ (REASONS FOR HAVING STAYED IN HOSPITAL)  
AND 1. Operation mit stationärer Aufnahme IN*

| *HC015\_ (REASONS FOR HAVING STAYED IN HOSPITAL) OR 2. Medizinische  
Untersuchungen oder Behandlung ohne Operation IN HC015\_ (REASONS FOR*

| *HAVING STAYED IN HOSPITAL) AND HC013\_ (TIMES BEING PATIENT IN HOSPITAL)*

> 1

||

|| **HC022\_ TIMES OVERNIGHT IN HOSPITAL FOR PSYCHIATRIC PROBLEMS**

|| Wie oft waren Sie während der letzten zwölf Monate wegen seelischer Probleme zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus?

|| IWER:NUR ZEITLICH VONEINANDER GETRENNTE AUFENTHALTE ZÄHLEN

|| \_\_\_\_\_ (1..98)

||

CHK: HC022\_TimpsyinPT <= HC013\_TiminHos MAIN "^FLError[9]"

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

**HC023\_ OUTPATIENT SURGERY LAST 12 MONTHS**

Haben Sie sich während der letzten zwölf Monate einem ambulanten chirurgischen Eingriff unterzogen?

IWER:“AMBULANTER CHIRURGISCHER EINGRIFF” ERKLÄREN: EINGRIFF, DER IN EINEM OPERATIONSRAUM AN PATIENTEN DURCHGEFÜHRT WIRD, DIE NICHT ÜBER NACHT

IM KRANKENHAUS BLEIBEN

1. Ja

5. Nein

*IF HC023\_ (OUTPATIENT SURGERY LAST 12 MONTHS) = 1. Ja*

|

| **HC024\_ TIMES HAD OUTPATIENT SURGERY**

| Wie viele ambulante Operationen hatten Sie während der letzten zwölf Monate?

| IWER:NUR ZEITLICH VONEINANDER GETRENNTE GELEGENHEITEN ZÄHLEN

| \_\_\_\_\_ (1..98)

|

*ENDIF*

*IF MN024\_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1*

|

| **HC029\_ IN A NURSING HOME**

| Waren Sie während der letzten zwölf Monate stationär in einem Pflegeheim untergebracht?

| IWER:ERKLÄREN: EIN PFLEGEHEIM STELLT FÜR SEINE BEWOHNER ALLE FOLGENDEN LEISTUNGEN BEREIT: AUSGABE VON MEDIKAMENTEN, 24-STUNDEN BETREUUNG UND

| VERSORGUNG (NICHT NOTWENDIGERWEISE DURCH EINE SCHWESTER), UNTERKUNFT UND VERPFLEGUNG. DAUERHAFT BEDEUTET OHNE UNTERBECHUNG WÄHREND DER LETZTEN 12

| MONATE. FALLS EINE ZIELPERSON VOR WENIGER ALS 12 MONATEN ENDGÜLTIG IN EIN PFLEGEHEIM GEZOGEN IST, KODIEREN SIE 1 (JA, ZEITWEISE)

| 1. Ja, zeitweise

| 3. Ja, dauerhaft

| 5. Nein

|

|

| *IF HC029\_ (IN A NURSING HOME) = 1. Ja, zeitweise*

||  
|| **HC030\_ TIMES STAYED IN A NURSING HOME OVERNIGHT**  
|| Wie oft waren Sie während der letzten zwölf Monate stationär in einem Pflegeheim untergebracht?  
|| IWER:NUR ZEITLICH VONEINANDER GETRENNTE AUFENTHALTE ZÄHLEN  
|| \_\_\_\_\_ (1..365)

||  
|| **HC031\_ WEEKS STAYED IN A NURSING HOME**  
|| Während der letzten zwölf Monate - wie viele Wochen haben Sie insgesamt in einem Pflegeheim verbracht?  
|| IWER:4 WOCHEN FÜR JEDEN GANZEN MONAT ZÄHLEN, 1 FÜR EINE ANGEFANGENE WOCHE ZÄHLEN  
|| \_\_\_\_\_ (1..52)

||  
| *ENDIF*

|  
| **HC064\_ IN OTHER INSTITUTIONS LAST 12 MONTHS**  
| Waren Sie während der letzten zwölf Monate stationär in einer anderen Gesundheitseinrichtung als einem Krankenhaus oder Pflegeheim untergebracht?  
| Bitte denken Sie an alle Aufenthalte, die bislang unerwähnt geblieben sind, z.B. in Einrichtungen zur Rehabilitation, Genesung, usw.  
| 1. Ja  
| 5. Nein

| *IF HC064\_ (IN OTHER INSTITUTIONS LAST 12 MONTHS) = 1. Ja*

||  
|| **HC065\_ TIMES BEING PATIENT IN OTHER INSTITUTIONS**  
|| Wie oft waren Sie während der letzten zwölf Monate stationär in einer anderen Einrichtung als in einem Krankenhaus oder Pflegeheim untergebracht?  
|| IWER:NUR ZEITLICH VONEINANDER GETRENNTE AUFENTHALTE ZÄHLEN. FALLS MEHR ALS 10 AUFENTHALTE, 10 KODIEREN  
|| \_\_\_\_\_ (1..10)

||  
|| **HC066\_ TOTAL NIGHTS STAYED IN OTHER INSTITUTIONS**  
|| Insgesamt wieviele Nächte waren Sie während der letzten zwölf Monate stationär in einer anderen Einrichtung als einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim untergebracht?  
|| \_\_\_\_\_ (1..365)

||  
| *ENDIF*

| *IF NOT HC029\_NursHome.ORD = 3*

||  
|| **HC032\_ RECEIVED HOME CARE IN OWN HOME**  
|| Bitte sehen Sie sich Karte 17 an. Haben Sie während der letzten zwölf Monate zu Hause eine der dort aufgeführten Arten von Betreuung erhalten?  
|| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN  
|| 1. Professionelle oder bezahlte (Kranken-)Pflege  
|| 2. Professionelle oder bezahlte Haushaltshilfe für Arbeiten, die Sie wegen gesundheitlicher Probleme nicht selbst erledigen konnten  
|| 3. Essen auf Rädern

|| 96. Keine davon

||  
||

CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN HC032\_HomeCare)) MAIN "^FLError[5]"

|| *IF 1. Professionelle oder bezahlte (Kranken-)Pfleger IN HC032\_(RECEIVED HOME CARE IN OWN HOME)*

|||

||| **HC033\_ WEEKS RECEIVED PROFESSIONAL NURSING CARE**

||| Wie viele Wochen haben Sie während der letzten zwölf Monate zu Hause professionelle oder bezahlte Krankenpflege erhalten?

||| IWER:4 WOCHEN FÜR JEDEN GANZEN MONAT ZÄHLEN, 1 FÜR EINE ANGEFANGENE ZÄHLEN

||| \_\_\_\_\_ (1..52)

|||

||| **HC034\_ HOURS RECEIVED PROFESSIONAL NURSING CARE**

||| Durchschnittlich wie viele Stunden pro Woche haben Sie zu Hause professionelle oder bezahlte Krankenpflege erhalten?

||| IWER:AUF VOLLE STUNDEN RUNDEN

||| \_\_\_\_\_ (1..168)

|||

|| *ENDIF*

||

|| *IF 2. Professionelle oder bezahlte Haushaltshilfe für Arbeiten, die Sie wegen gesundheitlicher Probleme nicht selbst erledigen konnten IN*

|| *HC032\_(RECEIVED HOME CARE IN OWN HOME)*

|||

||| **HC035\_ WEEKS RECEIVED HELP FROM PAID PROFESSIONALS**

||| Wie viele Wochen haben Sie während der letzten zwölf Monate zu Hause professionelle oder bezahlte Hilfe im Haushalt bei Arbeiten erhalten, die Sie

||| wegen gesundheitlicher Probleme nicht selbst erledigen konnten?

||| IWER:4 WOCHEN FÜR JEDEN GANZEN MONAT ZÄHLEN, 1 FÜR EINE ANGEFANGENE WOCHE ZÄHLEN

||| \_\_\_\_\_ (1..52)

|||

||| *IF HC035\_ (WEEKS RECEIVED HELP FROM PAID PROFESSIONALS) = RESPONSE*

|||

||| **HC036\_ HOURS HELP FROM PAID PROFESSIONALS**

||| Durchschnittlich wie viele Stunden pro Woche haben Sie zu Hause professionelle oder bezahlte Hilfe erhalten?

||| IWER:AUF VOLLE STUNDEN RUNDEN

||| \_\_\_\_\_ (1..168)

|||

||| *ENDIF*

|||

|| *ENDIF*

||

|| *IF 3. Essen auf Rädern IN HC032\_(RECEIVED HOME CARE IN OWN HOME)*

|||

||| **HC037\_ WEEKS RECEIVED MEALS-ON-WHEELS**

||| Wie viele Wochen haben Sie während der letzten zwölf Monate Essen auf Rädern erhalten, weil Sie sich wegen gesundheitlicher Probleme Ihr Essen

|| nicht selbst machen konnten?  
|| IWER:VIER WOCHEN FÜR JEDEN GANZEN MONAT ZÄHLEN  
|| \_\_\_\_\_ (1..52)

||  
||  
|| *ENDIF*

||  
|| *ENDIF*

| **HC038\_ RECEIVED CARE FROM PRIVATE PROVIDERS**

| IWER:TRIFFT NICHT ZU - STRG R EINGEBEN!

- | 1. Ja
- | 5. Nein

| *IF HC038\_ (RECEIVED CARE FROM PRIVATE PROVIDERS) = 1. Ja*

|| **HC039\_PrivProv (HC039\_) TYPE OF RECEIVED CARE FROM PRIVATE PROVIDERS**

|| IWER:TRIFFT NICHT ZU - STRG R EINGEBEN!

- || 1. Operation
- || 2. Behandlung durch Hausarzt
- || 3. Behandlung durch Facharzt
- || 4. Medikamente
- || 5. Zahnbehandlung und Zahnersatz
- || 6. Stationäre Rehabilitation in einem Krankenhaus
- || 7. Ambulante Rehabilitation
- || 8. Medizinische Heil- und Hilfsmittel
- || 9. Betreuung in einem Pflegeheim
- || 10. Häusliche Krankenpflege
- || 11. Bezahlte Haushaltshilfe
- || 97. Andere (nicht auf dieser Liste aufgeführt)

|| **CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN HC039\_PrivProv)) MAIN "^FLError[5]"**

|| *ENDIF*

| **HC044\_Intro (HC044\_) INTRODUCTION CARE EXPENSES**

| Jetzt würde ich Ihnen gerne einige Fragen über Zuzahlungen für medizinische Leistungen und zusätzliche private Krankenversicherungen stellen.

- | 1. Weiter

| *IF HC012\_ (IN HOSPITAL LAST 12 MONTHS) = 1. Ja*

|| **HC045\_PayInpCare (HC045\_) PAID OUT-OF-POCKET FOR INPATIENT CARE**

|| Wenn Sie Ihre Beiträge zur Krankenversicherung unberücksichtigt lassen, ungefähr wie hoch waren dann die Zuzahlungen, die Sie in den letzten

|| zwölf Monaten für stationäre Krankenhausaufenthalte leisten mussten?

|| IWER:FALLS NÖTIG VORLESEN: ZUZAHlungen SIND ALLE KOSTEN, DIE NICHT DURCH DIE VERSICHERUNG ERSETZT WERDEN. WENN MAN ZUNÄCHST SELBST BEZAHLT, DAS

|| GELD ABER SPÄTER ZURÜCKBEKOMMT, HANDELT ES SICH NICHT UM EINE

ZUZAHLUNG. WENN DIE VERSICHERUNG ZUNÄCHST BEZAHLT, DANN ABER GELD VON IHNEN

|| ZURÜCKFORDERT, HANDELT ES SICH UM EINE ZUZAHLUNG. BETRAG IN [Euro].

|| {Betrag eintragen}

||

CHK: HC045\_PayInpCare <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

|| *IF HC045\_ (PAID OUT-OF-POCKET FOR INPATIENT CARE) = NONRESPONSE*

||

|| BRACKETS (FLUnfolding[1], FLCurr, BRs.Brackets[28].BR1, BRs.Brackets[28].BR2, BRs.Brackets[28].BR3)

||

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

| **HC047\_PayOutCare** (HC047\_) PAID OUT-OF-POCKET FOR OUTPATIENT CARE

| Wenn Sie Ihre Beiträge zur Krankenversicherung unberücksichtigt lassen, ungefähr wie hoch waren dann die Zuzahlungen, die Sie in den letzten

| zwölf Monaten für ambulante Behandlungen leisten mussten?

| IWER:ERKLÄREN: BERÜCKSICHTIGEN SIE KOSTEN FÜR KONSULTATIONEN MEDIZINISCHEN PERSONALS EINSCHLIESSLICH ZAHNÄRZTE, FÜR ALLE ÄRZTLICH

| VERSCHRIEBENEN LABORUNTERSUCHUNGEN, UNTERSUCHUNGEN UND THERAPIEN, FÜR AMBULANTE OPERATIONEN. NICHT ZU BERÜCKSICHTIGEN SIND KOSTEN FÜR MEDIKAMENTE

| ODER FÜR ALTERNATIVE MEDIZIN. BETRAG IN [Euro].

| {Betrag eintragen}

|

CHK: HC047\_PayOutCare <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

|| *IF HC047\_ (PAID OUT-OF-POCKET FOR OUTPATIENT CARE) = NONRESPONSE*

||

|| BRACKETS (FLUnfolding[2], FLCurr, BRs.Brackets[29].BR1, BRs.Brackets[29].BR2, BRs.Brackets[29].BR3)

||

| *ENDIF*

| **HC049\_PayPreDrugs** (HC049\_) PAID-OUT-OF-POCKET FOR PRESCRIBED DRUGS

| Wenn Sie Ihre Beiträge zur Krankenversicherung unberücksichtigt lassen, ungefähr wie hoch waren dann die Zuzahlungen, die Sie in den letzten

| zwölf Monaten für verschriebene Medikamente leisten mussten?

| IWER:KOSTEN FÜR SELBSTMEDIKATION ODER NICHT VERSCHRIEBENE MEDIKAMENTE NICHT BERÜCKSICHTIGEN. BETRAG IN [Euro].

| {Betrag eintragen}

|

CHK: HC049\_PayPreDrugs <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

|| *IF HC049\_ (PAID-OUT-OF-POCKET FOR PRESCRIBED DRUGS) = NONRESPONSE*

||

|| BRACKETS (FLUnfolding[3], FLCurr, BRs.Brackets[30].BR1, BRs.Brackets[30].BR2, BRs.Brackets[30].BR3)

||

```

| ENDIF
|
| IF HC029_ (IN A NURSING HOME) = 1. Ja, zeitweise OR HC029_NursHome.ORD = 3 OR
| 1. Professionelle oder bezahlte (Kranken-)Pflege IN
| HC032_ (RECEIVED HOME CARE IN OWN HOME) OR 2. Professionelle oder bezahlte
| Haushaltshilfe für Arbeiten, die Sie wegen gesundheitlicher Probleme
| nicht selbst erledigen konnten IN HC032_ (RECEIVED HOME CARE IN OWN HOME) OR
| 3. Essen auf Rädern IN HC032_ (RECEIVED HOME CARE IN OWN HOME)
||
|| HC051_PayNuHo (HC051_) PAID OUT-OF-POCKET FOR DAY CARE, NURSING
| HOME AND HOME-BASED CARE
|| Abgesehen von Ihren Beiträgen zur Krankenversicherung, ungefähr wie hoch waren die
| Zuzahlungen, die Sie in den letzten zwölf Monaten für Ihre
|| Betreuung in einem Pflegeheim, in einer Tagesstätte und für häusliche Krankenpflege
| aufbringen mussten?
|| IWER:BETRAG IN [Euro]. FALLS DIE FRAGE AN EINE ZIELPERSON GERICHTET
| WIRD, DIE DAUERHAFT IN EINEM PFLEGEHEIM LEBT, DÜRFEN DIE KOSTEN
| FÜR KOST UND
|| LOGIS NICHT EINGESCHLOSSEN WERDEN.
|| {Betrag eintragen}
||
| CHK: HC051_PayNuHo <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
|| IF HC051_ (PAID OUT-OF-POCKET FOR DAY CARE, NURSING HOME AND HOME-
| BASED CARE) = NONRESPONSE
|||
||| BRACKETS (FLUnfolding[4], FLCurr, BRs.Brackets[31].BR1, BRs.Brackets[31].BR2,
| BRs.Brackets[31].BR3)
|||
|| ENDIF
||
| ENDIF
|
| HC067_IntroHealthInsCov (HC067_) INTRO HEALTH INSURANCE COVERAGE
| Bitte sehen Sie sich Karte 19 an. Ich werde Ihnen jetzt einige Gesundheitsleistungen
| vorlesen. Wenn Sie an Ihre derzeitige Krankenversicherung
| denken, sagen Sie mir bitte, wer letztlich für die Kosten dieser Leistungen aufkommt, falls
| Sie diese in Anspruch nehmen: ausschließlich Sie
| selbst, hauptsächlich Sie selbst, hauptsächlich die gesetzliche und Ihre private
| Krankenversicherung, oder ausschließlich die gesetzliche und Ihre
| private Krankenversicherung?
| 1. Weiter
|
| LOOP cnt:= 1 TO 10
||
|| HC068_CurrentHealthInsCov (HC068_) CURRENT HEALTH INSURANCE
| COVERAGE
|| Wer bezahlt für [Besuche beim Hausarzt/Besuche bei Fachärzten, mit Überweisung durch
| den Hausarzt/Besuche bei Fachärzten, ohne Überweisung durch
|| den Hausarzt/Besuche bei jedem Arzt Ihrer Wahl/Zahnbehandlungen/verschriebene
| Medikamente/Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern/Behandlungen
|| in Privatkliniken/Aufenthalte in Pflegeheimen/häusliche Krankenpflege bei chronischer

```

Krankheit oder Pflegebedürftigkeit]? (Ausschließlich Sie  
 || selbst, hauptsächlich Sie selbst, hauptsächlich Ihre Krankenversicherung, oder  
 ausschließlich Ihre Krankenversicherung?)  
 || IWER:FALLS DIE ZIELPERSON DIE KOSTEN ZUNÄCHST SELBST BEZAHLT,  
 DIESE ABER SPÄTER VON DER KRANKENVERSICHERUNG ERSTATTET  
 BEKOMMT, GILT DIES NICHT ALS  
 || "AUSSCHLISSLICH VON ZP BEZAHLT"  
 || 1. Ausschließlich von ZP bezahlt  
 || 2. Hauptsächlich von ZP bezahlt  
 || 3. Hauptsächlich von gesetzlicher/privater Krankenversicherung bezahlt/erstattet  
 || 4. Ausschließlich von gesetzlicher/privater Krankenversicherung bezahlt/erstattet  
 ||  
 ||  
 | *ENDLOOP*  
 |  
 | *IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 1*  
 ||  
 || **HC069\_ChangesHealthInsCov** (HC069\_) CHANGES HEALTH INSURANCE  
 COVERAGE  
 || Uns interessiert, wie sich möglicherweise Ihre Krankenversicherung seit unserem letzten  
 Interview im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}]  
 || verändert hat. Wenn Sie Ihre gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen insgesamt  
 betrachten, hat sich hinsichtlich Ihrer Absicherung im  
 || Krankheitsfall etwas verändert, zum Guten oder zum Schlechten?  
 || 1. Keine Veränderung  
 || 2. Jetzt bessere Absicherung  
 || 3. Jetzt schlechtere Absicherung  
 ||  
 ||  
 || *IF HC069\_ (CHANGES HEALTH INSURANCE COVERAGE) = 2. Jetzt bessere  
 Absicherung*  
 |||  
 ||| **HC070\_ChangesBetterHealthInsCov** (HC070\_) CHANGES BETTER HEALTH  
 INSURANCE COVERAGE  
 ||| Bitte sehen Sie sich Karte 19 an. Für welche der dort aufgeführten Leistungen hat sich die  
 Absicherung durch Ihre Krankenversicherung verbessert?  
 ||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN ANGEBEN  
 ||| 1. Besuche beim Hausarzt  
 ||| 2. Besuche bei Fachärzten, mit Überweisung durch Hausarzt  
 ||| 3. Besuche bei Fachärzten, ohne Überweisung durch Hausarzt  
 ||| 4. Besuche bei jedem Arzt meiner Wahl  
 ||| 5. Zahnbehandlungen  
 ||| 6. verschriebene Medikamente  
 ||| 7. Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern  
 ||| 8. Behandlungen in Privatkliniken  
 ||| 9. Aufenthalte in Pflegeheimen  
 ||| 10. häusliche Krankenpflege bei chronischer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit  
 |||  
 || *ELSE*  
 |||  
 ||| *IF HC069\_ (CHANGES HEALTH INSURANCE COVERAGE) = 3. Jetzt schlechtere*

*Absicherung*

||||

|||| **HC071\_ChangesWorseHealthInsCov** (HC071\_) CHANGES WORSE HEALTH INSURANCE COVERAGE

|||| Bitte sehen Sie sich Karte 19 an. Für welche der dort aufgeführten Leistungen hat sich die Absicherung durch Ihre Krankenversicherung

|||| verschlechtert?

|||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN ANGEBEN

|||| 1. Besuche beim Hausarzt

|||| 2. Besuche bei Fachärzten, mit Überweisung durch Hausarzt

|||| 3. Besuche bei Fachärzten, ohne Überweisung durch Hausarzt

|||| 4. Besuche bei jedem Arzt meiner Wahl

|||| 5. Zahnbehandlungen

|||| 6. verschriebene Medikamente

|||| 7. Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern

|||| 8. Behandlungen in Privatkliniken

|||| 9. Aufenthalte in Pflegeheimen

|||| 10. häusliche Krankenpflege bei chronischer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit

||||

||| *ENDIF*

|||

|| *ENDIF*

||

|| *IF HC069\_ (CHANGES HEALTH INSURANCE COVERAGE) = 2. Jetzt bessere Absicherung OR HC069\_ (CHANGES HEALTH INSURANCE COVERAGE) = 3.*

|| *Jetzt schlechtere Absicherung*

|||

|||| **HC072\_ReasonsChangesHealthInsCov** (HC072\_) REASONS CHANGES HEALTH INSURANCE COVERAGE

||| Resultiert die Veränderung der Absicherung durch Ihre Krankenversicherung ...

||| IWER:LAUT VORLESEN. ALLE ZUTREFFENDEN ANGEBEN

||| 1. aus veränderten Lebensumständen, die sich automatisch auf Ihre Krankenversicherung auswirken, wie z.B. der Renteneintritt

||| 2. aus Ihrer eigenen Entscheidung, etwas an Ihrer Krankenversicherung zu verändern

||| 3. oder aus Veränderungen im Gesundheitssystem?

|||

|||

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

**HC063\_IntCheck** (HC063\_) WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN HC

IWER:WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM MODUL BEANTWORTET?

1. Zielperson

2. Zielperson und Stellvertreter

3. Nur Stellvertreter

*IF MN024\_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1*

**EP001\_Intro** (EP001\_) INTRODUCTION EMPLOYMENT AND PENSIONS

Jetzt möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer gegenwärtigen Erwerbssituation stellen.

1. Weiter

**EP005\_CurrentJobSit** (EP005\_) CURRENT JOB SITUATION

Bitte sehen Sie sich Karte 20 an. Ganz allgemein, was beschreibt Ihre derzeitige Erwerbssituation am besten?

IWER:NUR EINE ANTWORT KODIEREN. NUR FALLS SICH DIE ZIELPERSON UNSICHER IST, ERLÄUTERN SIE: 1. IM RUHESTAND (AUS DEM BERUFSLEBEN AUSGESCHIEDEN,

EINSCHLIESSLICH ALTERSTEILZEIT, VORRUHESTAND, FRÜHVERRENTUNG, ETC.) 2. ABHÄNGIG ODER SELBSTÄNDIG BESCHÄFTIGT (BEZAHLTE ARBEIT, EINSCHLIESSLICH

UNBEZAHLTER ARBEIT IM FAMILIENBETRIEB) 3. ARBEITSLOS (OHNE ARBEIT, AUCH TEMPORÄRE ARBEITSLOSIGKEIT) 4. DAUERHAFT ERWERBSUNFÄHIG (EINSCHLIESSLICH

TEILINVALIDITÄT) 5. HAUSFRAU/-MANN (EINSCHLIESSLICH FAMILIENARBEIT). PERSONEN, DIE HINTERBLIEBENENRENTEN ABER KEINE RENTE AUS EIGENER

ERWERBSTÄTIGKEIT BEZIEHEN, SOLLTEN NICHT ALS IM RUHESTAND BEFINDLICH BETRACHTET WERDEN. SOLLTEN SIE NICHT IN DIE KATEGORIEN 2-5 EINGEORDNET WERDEN

KÖNNEN, BITTE ALS 97. "ANDERE" KODIEREN.

1. Im Ruhestand

2. Abhängig oder selbständig beschäftigt (einschließlich Arbeit im Familienbetrieb)

3. Arbeitslos und arbeitsuchend

4. Dauerhaft erwerbsunfähig wegen Krankheit oder Behinderung

5. Hausfrau/-mann

97. Andere Erwerbssituation (z.B.: lebe von Vermögen, studiere, arbeite ehrenamtlich)

*IF EP005\_ (CURRENT JOB SITUATION) = 1. Im Ruhestand*

**EP328\_ RETIREMENT MONTH**

In welchem Monat und Jahr sind Sie in Rente gegangen? MONAT: JAHR:

1. Januar

2. Februar

3. März

4. April

5. Mai

6. Juni

7. Juli

8. August

9. September

10. Oktober

11. November

12. Dezember

|| **EP329\_ RETIREMENT YEAR**

|| In welchem Monat und Jahr sind Sie in Rente gegangen? MONAT [{Antwort Monat}]  
JAHR

|| (1900..2007)

||

||

| *ENDIF*

|

| *IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0 AND EP005\_ (CURRENT JOB SITUATION) = 1.  
Im Ruhestand OR MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 1 AND*

| *EP005\_ (CURRENT JOB SITUATION) = 1. Im Ruhestand AND EP336\_ (RETIRED AFTER  
INTERVIEW WAVE 1) = 1*

||

|| **EP064\_ MAIN REASON FOR EARLY RETIREMENT**

|| Sehen Sie sich bitte Karte 21 an. Aus welchen Gründen sind Sie in Rente oder Pension  
gegangen?

|| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

|| 1. Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze

|| 2. Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Betriebsrente

|| 3. Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für eine private Altersrente

|| 4. Erhielt Angebot für eine Vorruhestandsregelung

|| 5. Wurde gekündigt (erhalte z.B. Vorruhestandsbezüge, Arbeitslosengeld, o.ä.)

|| 6. Mein schlechter Gesundheitszustand

|| 7. Der schlechte Gesundheitszustand von Familienangehörigen oder Freunden

|| 8. Um zur gleichen Zeit wie Ehegatte oder Partner/in in Ruhestand zu gehen

|| 9. Um mehr Zeit mit der Familie zu verbringen

|| 10. Um das Leben zu genießen

||

||

|| **EP065\_ RETIREMENT BEEN A RELIEF OR A CONCERN**

|| Seit Sie zu arbeiten aufgehört haben - empfinden Sie den Ruhestand eher als eine  
Erleichterung oder als eine Belastung?

|| 1. Erleichterung

|| 2. Belastung

|| 3. Weder als Erleichterung noch als Belastung

|| 4. Beides, als Erleichterung und als Belastung

||

|| **EP059\_ OPPORTUNITIES TO WORK AFTER THE OFFICIAL RETIREMENT AGE**

|| Gab es bei Ihrer letzten beruflichen Tätigkeit die Möglichkeit, nach dem Erreichen der  
Altersgrenze vollzeit- oder teilzeitbeschäftigt weiter zu  
arbeiten?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

| *ENDIF*

|

| *IF EP005\_ (CURRENT JOB SITUATION) = 3. Arbeitslos und arbeitsuchend*

||

|| **EP067\_ HOW BECAME UNEMPLOYED**

|| Würden Sie uns sagen, wie Sie arbeitslos wurden? Geschah dies...

|| IWER:LAUT VORLESEN

```

| | 1. Weil Ihr Betrieb oder Ihre Dienststelle geschlossen wurde
| | 2. Weil Sie gekündigt haben
| | 3. Weil Ihnen gekündigt wurde
| | 4. Im gegenseitigen Einverständnis zwischen Ihnen und Ihrem Arbeitgeber
| | 5. Weil eine zeitlich befristete Stelle auslief
| | 6. Weil Sie in eine andere Stadt gezogen sind
| | 97. Aus einem anderen Grund
| |
| ENDIF
|
| IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) <> 2. Abhängig oder selbständig beschäftigt
| (einschließlich Arbeit im Familienbetrieb)
| |
| | EP002_ DID ANY PAID WORK
| | [Uns interessiert Ihre Erwerbsgeschichte seit dem letzten Interview./{empty}] Sind Sie [seit
| unserem letzten Interview im/in den letzten vier
| | Wochen][{Monat und Jahr des letzten Interviews}] irgendeiner bezahlten Tätigkeit
| nachgegangen, abhängig oder selbständig, auch wenn es sich dabei
| | nur um ein paar Stunden gehandelt hat?
| | 1. Ja
| | 5. Nein
| |
| ENDIF
|
| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0
| |
| | IF EP005_CurrentJobSit.ORD = 4 OR EP005_CurrentJobSit.ORD = 5 OR
| EP005_CurrentJobSit.ORD = 97 AND EP002_ (DID ANY PAID WORK) = 5.
| | Nein
| |
| | EP006_ EVER DONE PAID WORK
| | Sind Sie jemals einer bezahlten Beschäftigung nachgegangen?
| | 1. Ja
| | 5. Nein
| |
| | ENDIF
| |
| ENDIF
|
| IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 4. Dauerhaft erwerbsunfähig wegen Krankheit
| oder Behinderung AND EP002_ (DID ANY PAID WORK) = 1.
| Ja OR EP006_ (EVER DONE PAID WORK) = 1. Ja
| |
| | EP068_ DISABILITY CAUSED BY WORK
| | Sie sagten, dass Sie wegen einer Krankheit oder Behinderung dauerhaft erwerbsunfähig
| sind. Wurde dies durch Ihre berufliche Tätigkeit verursacht?
| | 1. Ja
| | 5. Nein
| |
| ENDIF
|

```

```

| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1
| |
| | IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 2. Abhängig oder selbständig beschäftigt
(einschließlich Arbeit im Familienbetrieb) OR
| | EP002_ (DID ANY PAID WORK) = 1. Ja
| | |
| | | EP125_ CONTINUOUSLY WORKING
| | | Mich interessiert jede bezahlte Tätigkeit, die Sie seit [{Monat und Jahr des letzten
Interviews}], bis heute, ausgeübt haben. Waren Sie in dieser
| | | Zeit durchgängig erwerbstätig?
| | | 1. Ja
| | | 5. Nein
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | IF EP125_ (CONTINUOUSLY WORKING) = 1. Ja
| | | |
| | | | EP141_ CHANGE IN JOB
| | | | Bitte sehen Sie sich Karte 22 an. Haben Sie eine der hier aufgelisteten Veränderungen
erlebt, obwohl Sie seit [{Monat und Jahr des letzten
| | | | Interviews}] ununterbrochen erwerbstätig waren?
| | | | IWER:ALLE ZUTREFFENDEN ANGEBEN
| | | | 1. Eine Veränderung in der Art Ihrer Beschäftigung (z.B. von abhängig zu selbstständig
beschäftigt)
| | | | 2. Ein neuer Arbeitgeber
| | | | 3. Eine Beförderung
| | | | 4. Ein Wechsel des Dienstortes
| | | | 5. Veränderung der Vertragslaufzeit (von kurz- zu langfristig oder umgekehrt)
| | | | 96. Keine der genannten Veränderungen
| | | |
| | | |
| | | | ENDIF
| | | |
| | | | IF EP125_ (CONTINUOUSLY WORKING) = 5. Nein
| | | | |
| | | | | EP331_ INTRODUCTION WHEN WORKING
| | | | | Wann haben Sie gearbeitet? Falls Sie mehr als eine Beschäftigung hatten, nennen Sie mir
bitte für jede das Datum, an dem Sie angefangen und wieder
| | | | | aufgehört haben.
| | | | | 1. Weiter
| | | | |
| | | | | EP127_ PERIOD FROM MONTH
| | | | | Von welchem Monat und Jahr an [haben Sie gearbeitet/waren Sie arbeitslos]? MONAT: :
JAHR:
| | | | | 1. Januar
| | | | | 2. Februar
| | | | | 3. März
| | | | | 4. April
| | | | | 5. Mai
| | | | | 6. Juni
| | | | | 7. Juli

```

||| 8. August  
 ||| 9. September  
 ||| 10. Oktober  
 ||| 11. November  
 ||| 12. Dezember  
 |||  
 ||| **EP128\_ PERIOD FROM YEAR**  
 ||| Von welchem Monat und Jahr an [haben Sie gearbeitet/waren Sie arbeitslos]? MONAT  
 [{Monat}] JAHR:  
 ||| 1. 2003 oder früher  
 ||| 2. 2004  
 ||| 3. 2005  
 ||| 4. 2006  
 ||| 5. 2007  
 |||  
 ||| **EP129\_ PERIOD TO MONTH**  
 ||| Bis zu welchem Monat und Jahr [haben Sie gearbeitet/waren sie arbeitslos]? MONTH:  
 YEAR:  
 ||| 1. Januar  
 ||| 2. Februar  
 ||| 3. März  
 ||| 4. April  
 ||| 5. Mai  
 ||| 6. Juni  
 ||| 7. Juli  
 ||| 8. August  
 ||| 9. September  
 ||| 10. Oktober  
 ||| 11. November  
 ||| 12. Dezember  
 ||| 13. Heute  
 |||  
 ||| *IF EP129\_ (PERIOD TO MONTH) <> 13. Heute*  
 |||  
 ||| **EP130\_ PERIOD TO YEAR**  
 ||| Bis zu welchem Monat und Jahr [haben Sie gearbeitet/waren Sie arbeitslos]? MONTH:  
 [{Zeit bis Monat}] YEAR:  
 ||| 1. 2004  
 ||| 2. 2005  
 ||| 3. 2006  
 ||| 4. 2007  
 |||  
 ||| *ENDIF*  
 |||  
 ||| **EP133\_ OTHER PERIODS**  
 ||| Gab es noch andere Zeiten seit [{Monat und Jahr des letzten Interviews}], in denen Sie  
 [erwerbstätig/arbeitslos] waren?  
 ||| 1. Ja  
 ||| 5. Nein  
 |||  
 |||

||| LOOP cnt:= 2 TO 20

|||

||| IF riodOtherEpisodes[cnt - EP133\_ (OTHER PERIODS) = 1. Ja

|||

||| **EP127\_ PERIOD FROM MONTH**

||| Von welchem Monat und Jahr an [haben Sie gearbeitet/waren Sie arbeitslos]? MONAT:

: JAHR:

||| 1. Januar

||| 2. Februar

||| 3. März

||| 4. April

||| 5. Mai

||| 6. Juni

||| 7. Juli

||| 8. August

||| 9. September

||| 10. Oktober

||| 11. November

||| 12. Dezember

|||

||| **EP128\_ PERIOD FROM YEAR**

||| Von welchem Monat und Jahr an [haben Sie gearbeitet/waren Sie arbeitslos]? MONAT

[{Monat}] JAHR:

||| 1. 2003 oder früher

||| 2. 2004

||| 3. 2005

||| 4. 2006

||| 5. 2007

|||

||| **EP129\_ PERIOD TO MONTH**

||| Bis zu welchem Monat und Jahr [haben Sie gearbeitet/waren sie arbeitslos]? MONTH:

YEAR:

||| 1. Januar

||| 2. Februar

||| 3. März

||| 4. April

||| 5. Mai

||| 6. Juni

||| 7. Juli

||| 8. August

||| 9. September

||| 10. Oktober

||| 11. November

||| 12. Dezember

||| 13. Heute

|||

||| IF EP129\_ (PERIOD TO MONTH) <> 13. Heute

|||

||| **EP130\_ PERIOD TO YEAR**

||| Bis zu welchem Monat und Jahr [haben Sie gearbeitet/waren Sie arbeitslos]? MONTH:

[{Zeit bis Monat}] YEAR:

```

||||| 1. 2004
||||| 2. 2005
||||| 3. 2006
||||| 4. 2007
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| EP133_ OTHER PERIODS
||||| Gab es noch andere Zeiten seit [{Monat und Jahr des letzten Interviews}], in denen Sie
[erwerbstätig/arbeitslos] waren?
||||| 1. Ja
||||| 5. Nein
|||||
|||||
||||| ENDIF
|||||
||| ENDLOOP
|||
| ENDIF
|
| ENDIF
|
| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0 AND EP006_ (EVER DONE PAID WORK) = 1. Ja
AND EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 5.
| Hausfrau/-mann OR MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1 AND EP005_ (CURRENT JOB
SITUATION) = 5. Hausfrau/-mann AND EP002_ (DID ANY PAID
| WORK) = 1. Ja AND EP335_ (WORKED TILL TODAY) = 5
||
|| EP069_ REASON STOP WORKING
|| Sie haben gesagt, dass Sie derzeit [Hausmann/Hausfrau] sind, aber früher erwerbstätig
waren. Warum haben Sie aufgehört zu arbeiten?
|| IWER:ANTWORTEN LAUT VORLESEN
|| 1. Wegen gesundheitlicher Probleme
|| 2. Es war zu anstrengend
|| 3. Es war zu teuer, jemanden für den Haushalt oder die Betreuung der Familie anzustellen
|| 4. Weil Sie sich um die Kinder oder Enkelkinder kümmern wollten
|| 5. Weil Sie entlassen wurden, oder weil Ihre Dienststelle geschlossen wurde
|| 6. Weil das Haushaltseinkommen ausreichend war
|| 97. Anderer Grund
||
||
| ENDIF
|
| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1
||
|| IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) <> 3. Arbeitslos und arbeitsuchend AND
EP125_ (CONTINUOUSLY WORKING) = 5. Nein OR
|| EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) <> 2. Abhängig oder selbständig beschäftigt
(einschließlich Arbeit im Familienbetrieb) AND EP002_ (DID
|| ANY PAID WORK) = 5. Nein
||

```

||| **EP325\_ UNEMPLOYED**

||| Jetzt möchte ich etwas über Zeiten seit unserem letzten Interview erfahren, in denen Sie überhaupt keiner bezahlten Beschäftigung nachgegangen  
||| sind. Gab es seit [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] Zeiten, in denen Sie arbeitslos und arbeitsuchend waren?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||

|| *ENDIF*

||

|| *IF EP005\_ (CURRENT JOB SITUATION) = 3. Arbeitslos und arbeitsuchend*

|||

||| **EP332\_ INTRODUCTION WHEN UNEMPLOYED**

||| Jetzt möchte ich etwas über die Zeiten seit unserem letzten Interview, bis heute, erfahren, in denen Sie arbeitslos und arbeitsuchend waren.

||| 1. Weiter

|||

|| *ENDIF*

||

|| *IF EP325\_ (UNEMPLOYED) = 1. Ja OR EP005\_ (CURRENT JOB SITUATION) = 3. Arbeitslos und arbeitsuchend*

|||

||| **EP333\_ INTRODUCTION DATES UNEMPLOYED**

||| Wann waren Sie arbeitslos und arbeitsuchend? Falls Sie mehrmals arbeitslos waren, nennen Sie mir bitte jeweils das Datum, an dem Ihrer  
||| Arbeitslosigkeit begonnen und wieder geendet hat.

||| 1. Weiter

|||

||| **EP127\_ PERIOD FROM MONTH**

||| Von welchem Monat und Jahr an [haben Sie gearbeitet/waren Sie arbeitslos]? MONAT: :  
JAHR:

||| 1. Januar

||| 2. Februar

||| 3. März

||| 4. April

||| 5. Mai

||| 6. Juni

||| 7. Juli

||| 8. August

||| 9. September

||| 10. Oktober

||| 11. November

||| 12. Dezember

|||

||| **EP128\_ PERIOD FROM YEAR**

||| Von welchem Monat und Jahr an [haben Sie gearbeitet/waren Sie arbeitslos]? MONAT  
[{}Monat{}] JAHR:

||| 1. 2003 oder früher

||| 2. 2004

||| 3. 2005

||| 4. 2006

||| 5. 2007

|||

||| **EP129\_ PERIOD TO MONTH**

||| Bis zu welchem Monat und Jahr [haben Sie gearbeitet/waren sie arbeitslos]? MONTH:  
YEAR:

||| 1. Januar

||| 2. Februar

||| 3. März

||| 4. April

||| 5. Mai

||| 6. Juni

||| 7. Juli

||| 8. August

||| 9. September

||| 10. Oktober

||| 11. November

||| 12. Dezember

||| 13. Heute

|||

||| *IF EP129\_ (PERIOD TO MONTH) <> 13. Heute*

|||

||| **EP130\_ PERIOD TO YEAR**

||| Bis zu welchem Monat und Jahr [haben Sie gearbeitet/waren Sie arbeitslos]? MONTH:  
[{{Zeit bis Monat}}] YEAR:

||| 1. 2004

||| 2. 2005

||| 3. 2006

||| 4. 2007

|||

||| *ENDIF*

|||

||| **EP133\_ OTHER PERIODS**

||| Gab es noch andere Zeiten seit [{{Monat und Jahr des letzten Interviews}}], in denen Sie  
[erwerbstätig/arbeitslos] waren?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||

||| *LOOP cnt:= 22 TO 40*

|||

||| *IF riodOtherEpisodes[cnt - EP133\_ (OTHER PERIODS) = 1. Ja*

|||

||| **EP127\_ PERIOD FROM MONTH**

||| Von welchem Monat und Jahr an [haben Sie gearbeitet/waren Sie arbeitslos]? MONAT:  
: JAHR:

||| 1. Januar

||| 2. Februar

||| 3. März

||| 4. April

||| 5. Mai

||| 6. Juni

||| 7. Juli

- |||| 8. August
- |||| 9. September
- |||| 10. Oktober
- |||| 11. November
- |||| 12. Dezember

||||

|||| **EP128\_ PERIOD FROM YEAR**

|||| Von welchem Monat und Jahr an [haben Sie gearbeitet/waren Sie arbeitslos]? MONAT  
[{{Monat}}] JAHR:

- |||| 1. 2003 oder früher
- |||| 2. 2004
- |||| 3. 2005
- |||| 4. 2006
- |||| 5. 2007

||||

|||| **EP129\_ PERIOD TO MONTH**

|||| Bis zu welchem Monat und Jahr [haben Sie gearbeitet/waren sie arbeitslos]? MONTH:  
YEAR:

- |||| 1. Januar
- |||| 2. Februar
- |||| 3. März
- |||| 4. April
- |||| 5. Mai
- |||| 6. Juni
- |||| 7. Juli
- |||| 8. August
- |||| 9. September
- |||| 10. Oktober
- |||| 11. November
- |||| 12. Dezember
- |||| 13. Heute

||||

|||| *IF EP129\_ (PERIOD TO MONTH) <> 13. Heute*

||||

|||| **EP130\_ PERIOD TO YEAR**

|||| Bis zu welchem Monat und Jahr [haben Sie gearbeitet/waren Sie arbeitslos]? MONTH:  
[{{Zeit bis Monat}}] YEAR:

- |||| 1. 2004
- |||| 2. 2005
- |||| 3. 2006
- |||| 4. 2007

||||

|||| *ENDIF*

||||

|||| **EP133\_ OTHER PERIODS**

|||| Gab es noch andere Zeiten seit [{{Monat und Jahr des letzten Interviews}}], in denen Sie  
[erwerbstätig/arbeitslos] waren?

- |||| 1. Ja
- |||| 5. Nein

||||

|||| *ENDIF*

```

|||
||| ENDLOOP
|||
||| ENDIF
|||
||| EP110_ RECEIVED PUBLIC BENEFITS
||| Haben Sie seit dem letzten Interview im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] eine der
folgenden öffentlichen Leistungen erhalten?
||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN ANGEBEN
||| 1. Altersrente
||| 3. Arbeitslosengeld
||| 4. Krankengeld
||| 5. Erwerbsminderungs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente
||| 6. Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe
||| 96. Keine dieser Leistungen
|||
|||
||| CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN EP110_RecPubBen)) MAIN "^FLError[5]"
||| LOOP cnt2:= 1 TO 6
|||
||| IF cnt2 IN EP110_(RECEIVED PUBLIC BENEFITS)
|||
||| EP334_ INTRODUCTION WHEN RECEIVED PUBLIC BENEFITS
||| Wann haben Sie [eine gesetzliche
Altersrente/{empty}/Arbeitslosengeld/Krankengeld/eine Erwerbsunfähigkeits- oder
||| Erwerbsminderungsrente/Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe] bezogen? Falls Sie bei
unterschiedlichen Gelegenheiten, d.h. mit Unterbrechungen, [eine
||| gesetzliche Altersrente/{empty}/Arbeitslosengeld/Krankengeld/eine
Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente/Arbeitslosengeld II oder
||| Sozialhilfe] bezogen haben sollten, nennen Sie mir bitte jeweils die Daten, zu denen die
Zahlungen begonnen und wieder aufgehört haben.
||| 1. Weiter
|||
||| EP111_ RECEIVE PAYMENT PERIOD FROM MONTH
||| Ab welchem Monat und Jahr haben Sie [eine
Altersrente/{empty}/Arbeitslosengeld/Krankengeld/eine Erwerbsminderungs- oder
||| Erwerbsunfähigkeitsrente/Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe] erhalten?
||| 1. Januar
||| 2. Februar
||| 3. März
||| 4. April
||| 5. Mai
||| 6. Juni
||| 7. Juli
||| 8. August
||| 9. September
||| 10. Oktober
||| 11. November
||| 12. Dezember
|||
||| EP112_ RECEIVE PAYMENT PERIOD FROM YEAR

```

||| Ab welchem Monat und Jahr, haben Sie [eine  
Altersrente/{empty}/Arbeitslosengeld/Krankengeld/eine Erwerbsminderungs- oder  
||| Erwerbsunfähigkeitsrente/Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe] erhalten? MONAT:  
[{{Monatsinformation}}] JAHR:

- ||| 1. 2003 oder früher
- ||| 2. 2004
- ||| 3. 2005
- ||| 4. 2006
- ||| 5. 2007

||| **EP113\_ RECEIVE PAYMENT PERIOD TO MONTH**

||| Bis zu welchem Monat und Jahr, haben Sie [eine  
Altersrente/{empty}/Arbeitslosengeld/Krankengeld/eine Erwerbsminderungs- oder  
||| Erwerbsunfähigkeitsrente/Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe] erhalten?

||| **IWER:FALLS NOCH ANDAUERND, 13. HEUTE EINTRAGEN**

- ||| 1. Januar
- ||| 2. Februar
- ||| 3. März
- ||| 4. April
- ||| 5. Mai
- ||| 6. Juni
- ||| 7. Juli
- ||| 8. August
- ||| 9. September
- ||| 10. Oktober
- ||| 11. November
- ||| 12. Dezember
- ||| 13. Heute

||| *IF EP113\_ (RECEIVE PAYMENT PERIOD TO MONTH) <> 13. Heute*

||| **EP114\_ RECEIVE PAYMENT PERIOD TO YEAR**

||| Bis zu welchem Monat und Jahr, haben Sie [eine  
Altersrente/{empty}/Arbeitslosengeld/Krankengeld/eine Erwerbsminderungs- oder  
||| Erwerbsunfähigkeitsrente/Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe] erhalten? MONAT:  
[{{Monatsinformation}}] JAHR:

- |||| 1. 2004
- |||| 2. 2005
- |||| 3. 2006
- |||| 4. 2007

||| *ENDIF*

||| **EP116\_ RECEIVE PAYMENT OTHER EPISODES**

||| Gab es seit [{{Monat und Jahr des letzten Interviews}}] noch weitere Perioden, während  
derer Sie [eine

||| Altersrente/{empty}/Arbeitslosengeld/Krankengeld/eine Erwerbsminderungs- oder  
Erwerbsunfähigkeitsrente/Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe]  
||| erhalten haben?

- ||| 1. Ja
- ||| 5. Nein

```

||||
|||| LOOP cnt:= 2 TO 20
||||
|||| IF EPPayments[cnt - EP116_ (RECEIVE PAYMENT OTHER EPISODES) = 1. Ja
||||
|||| EP111_ RECEIVE PAYMENT PERIOD FROM MONTH
|||| Ab welchem Monat und Jahr haben Sie [eine
Altersrente/{empty}/Arbeitslosengeld/Krankengeld/eine Erwerbsminderungs- oder
|||| Erwerbsunfähigkeitsrente/Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe] erhalten?
|||| 1. Januar
|||| 2. Februar
|||| 3. März
|||| 4. April
|||| 5. Mai
|||| 6. Juni
|||| 7. Juli
|||| 8. August
|||| 9. September
|||| 10. Oktober
|||| 11. November
|||| 12. Dezember
||||
|||| EP112_ RECEIVE PAYMENT PERIOD FROM YEAR
|||| Ab welchem Monat und Jahr, haben Sie [eine
Altersrente/{empty}/Arbeitslosengeld/Krankengeld/eine Erwerbsminderungs- oder
|||| Erwerbsunfähigkeitsrente/Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe] erhalten? MONAT:
[{{Monatsinformation}}] JAHR:
|||| 1. 2003 oder früher
|||| 2. 2004
|||| 3. 2005
|||| 4. 2006
|||| 5. 2007
||||
|||| EP113_ RECEIVE PAYMENT PERIOD TO MONTH
|||| Bis zu welchem Monat und Jahr, haben Sie [eine
Altersrente/{empty}/Arbeitslosengeld/Krankengeld/eine Erwerbsminderungs- oder
|||| Erwerbsunfähigkeitsrente/Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe] erhalten?
|||| IWER:FALLS NOCH ANDAUERND, 13. HEUTE EINTRAGEN
|||| 1. Januar
|||| 2. Februar
|||| 3. März
|||| 4. April
|||| 5. Mai
|||| 6. Juni
|||| 7. Juli
|||| 8. August
|||| 9. September
|||| 10. Oktober
|||| 11. November
|||| 12. Dezember
|||| 13. Heute

```

```

|||||
||||| IF EP113_ (RECEIVE PAYMENT PERIOD TO MONTH) <> 13. Heute
|||||
||||| EP114_ RECEIVE PAYMENT PERIOD TO YEAR
||||| Bis zu welchem Monat und Jahr, haben Sie [eine
Altersrente/{empty}/Arbeitslosengeld/Krankengeld/eine Erwerbsminderungs- oder
||||| Erwerbsunfähigkeitsrente/Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe] erhalten? MONAT:
[{{Monatsinformation}}] JAHR:
||||| 1. 2004
||||| 2. 2005
||||| 3. 2006
||||| 4. 2007
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| EP116_ RECEIVE PAYMENT OTHER EPISODES
||||| Gab es seit [{{Monat und Jahr des letzten Interviews}}] noch weitere Perioden, während
derer Sie [eine
||||| Altersrente/{empty}/Arbeitslosengeld/Krankengeld/eine Erwerbsminderungs- oder
Erwerbsunfähigkeitsrente/Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe]
||||| erhalten haben?
||||| 1. Ja
||||| 5. Nein
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDLOOP
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDLOOP
|||||
||| EP326_ RECEIVED SEVERANCE PAYMENT
||| Haben Sie seit unserem letzten Interview im [{{Monat und Jahr des letzten Interviews}}] eine
Abfindung erhalten (bei Entlassung)?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF EP326_ (RECEIVED SEVERANCE PAYMENT) = 1. Ja
|||
||| EP122_ RECEIVE SEVERANCE MONTH
||| Wann, also in welchem Monat und Jahr, haben Sie eine Entlassungsabfindung erhalten?
||| IWER:FALLS MEHR ALS EINE, DATUM DER LETZTEN ABFINDUNG
EINTRAGEN
||| 1. Januar
||| 2. Februar
||| 3. März
||| 4. April
||| 5. Mai
||| 6. Juni
||| 7. Juli

```

|| 8. August  
|| 9. September  
|| 10. Oktober  
|| 11. November  
|| 12. Dezember

|| **EP123\_ RECEIVE SEVERANCE YEAR**

|| Wann, also in welchem Monat und Jahr, haben Sie eine Entlassungsabfindung erhalten?

|| IWER:FALLS MEHR ALS EINE, DATUM DER LETZTEN ABFINDUNG

EINTRAGEN

|| 1. 2004  
|| 2. 2005  
|| 3. 2006  
|| 4. 2007

|| *ENDIF*

| *ENDIF*

| *IF EP005\_ (CURRENT JOB SITUATION) = 2. Abhängig oder selbständig beschäftigt (einschließlich Arbeit im Familienbetrieb) OR*

| *MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0 AND EP002\_ (DID ANY PAID WORK) = 1. Ja OR*

| *MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 1 AND EP335\_ (WORKED TILL*

| *TODAY) = 1*

|| **EP008\_ INTRODUCTION CURRENT JOB**

|| Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre derzeitige Beschäftigung.

|| IWER:EINSCHLIESSLICH SAISONARBEIT. DIE HAUPTBESCHÄFTIGUNG IST JENE, BEI DER DIE ZIELPERSON DIE MEISTEN ARBEITSSTUNDEN VERBRINGT. FALLS DIE

|| ZIELPERSON BEI VERSCHIEDENEN BESCHÄFTIGUNGEN GLEICH LANG ARBEITET, WÄHLEN SIE JENE MIT DEM HÖCHSTEN VERDIENST.

|| 1. Weiter

|| **EP009\_ EMPLOYEE OR SELF-EMPLOYED**

|| Sind Sie bei dieser Beschäftigung als Arbeiter(in) oder Angestellte(r), als Beamter/Beamtin, oder selbstständig beschäftigt?

|| 1. Arbeiter(in)/Angestellte(r)

|| 2. Beamter/Beamtin

|| 3. Selbstständig

|| *IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0 OR NOT 96. Keine der genannten Veränderungen IN EP141\_ (CHANGE IN JOB) OR*

|| *EP125\_ (CONTINUOUSLY WORKING) = 5. Nein*

|| **EP010\_ START OF CURRENT JOB (YEAR)**

|| In welchem Jahr haben Sie diese Beschäftigung aufgenommen?

|| (1900..2007)

|| *IF EP010\_ (START OF CURRENT JOB (YEAR)) <> DONTKNOW AND EP010\_ (START*

OF CURRENT JOB (YEAR)) <> REFUSAL

|||

CHK: ((YEAR (SYSDATE) - EP010\_CurJobYear) + 10) < MN808\_AgeRespondent MAIN  
"^\FLError[10]"

||| *ENDIF*

|||

||| **EP016\_ NAME OR TITLE OF JOB**

||| Bitte sehen Sie sich Karte 24 an. Was beschreibt diese Tätigkeit am besten?

||| 1. Angehöriger gesetzgebender Körperschaften, leitende/r Verwaltungsbedienstete/r oder Führungskraft in der Privatwirtschaft

||| 2. Wissenschaftler/in

||| 3. Techniker/in oder gleichrangiger nichttechnischer Beruf

||| 4. Bürokraft, kaufmännische/r Angestellte/r

||| 5. Dienstleistungsberuf, Verkäufer/in (im Geschäft oder auf Märkten)

||| 6. Fachkraft in der Landwirtschaft oder Fischerei

||| 7. Handwerks- oder verwandter Beruf

||| 8. Anlagen- und Maschinenbediener/in oder Montierer/in

||| 9. Hilfsarbeitskraft

||| 10. Soldat/in

|||

|||

||| **EP018\_ WHICH INDUSTRY ACTIVE**

||| Bitte sehen Sie sich Karte 25 an. In welcher Branche arbeiten Sie?

||| 1. Land- oder Forstwirtschaft, Jagd, Fischerei oder Fischzucht

||| 2. Bergbau oder Torfgewinnung

||| 3. Herstellung von Waren

||| 4. Energie- und Wasserversorgung

||| 5. Bau

||| 6. Handel, Reparatur von Kraftfahrzeugen oder Gebrauchsgütern

||| 7. Beherbergung oder Gaststätten

||| 8. Verkehr oder Nachrichtenübermittlung

||| 9. Kreditinstitute oder Versicherungen

||| 10. Grundstücks- oder Wohnungswesen, Vermietung, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen

||| 11. Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung

||| 12. Erziehung und Unterricht

||| 13. Gesundheits-, Veterinär- oder Sozialwesen

||| 14. Erbringung von sonstigen öffentlichen oder privaten Dienstleistungen

|||

|||

||| *IF EP009\_ (EMPLOYEE OR SELF-EMPLOYED) = 1. Arbeiter(in)/Angestellte(r)*

|||

||| **EP019\_ FIRM BELONGS TO THE PUBLIC SECTOR**

||| Sind Sie im öffentlichen Dienst beschäftigt?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||

||| *ENDIF*

|||

||| *IF EP009\_ (EMPLOYEE OR SELF-EMPLOYED) = 1. Arbeiter(in)/Angestellte(r) OR  
EP009\_EmployeeOrSelf.ORD = 2*

```
|||
||| EP021_ RESPONSIBILITY FOR SUPERVISING OTHER EMPLOYEES
||| Beaufsichtigen Sie bei dieser [{empty}/{empty}] Beschäftigung die Arbeit Anderer?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF EP021_ (RESPONSIBILITY FOR SUPERVISING OTHER EMPLOYEES) = 1. Ja
|||
||| EP022_ NUMBER OF PEOPLE RESPONSIBLE FOR
||| Für ungefähr wie viele Personen sind Sie verantwortlich?
||| 1. 1 bis 5
||| 2. 6 bis 15
||| 3. 16 bis 24
||| 4. 25 bis 199
||| 5. 200 bis 499
||| 6. 500 oder mehr
|||
|||
||| ENDIF
|||
||| ELSE
|||
||| IF EP009_EmployeeOrSelf.ORD = 3
|||
||| EP024_ NUMBER OF EMPLOYEES
||| Wie viele Personen beschäftigen Sie bei dieser Tätigkeit?
||| IWER:OHNE ZIELPERSON
||| 0. Keine
||| 1. 1 bis 5
||| 2. 6 bis 15
||| 3. 16 bis 24
||| 4. 25 bis 199
||| 5. 200 bis 499
||| 6. 500 oder mehr
|||
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| IF EP009_ (EMPLOYEE OR SELF-EMPLOYED) = 1. Arbeiter(in)/Angestellte(r) OR
||| EP009_EmployeeOrSelf.ORD = 2
|||
||| EP011_ TERM OF JOB
||| Ist dieses Beschäftigungsverhältnis befristet oder unbefristet?
||| IWER:UNTER BEFRISTET VERSTEHEN WIR KÜRZER ALS 3 JAHRE
||| 1. Befristet
||| 2. Unbefristet
|||
|||
||| EP012_ TOTAL CONTRACTED HOURS PER WEEK IN THIS JOB
```

||| Was ist die vertraglich vereinbarte Wochenarbeitszeit in diesem Beschäftigungsverhältnis, ausgenommen Essenspausen und bezahlte oder unbezahlte Überstunden?

||| \_\_\_\_\_ (0.0..168.0)

CHK: EP012\_TotContractHours < 71 MAIN "^FLError[28]"

|| *ENDIF*

|| *ENDIF*

|| **EP013\_ TOTAL HOURS WORKED PER WEEK**

|| [Ungeachtet Ihrer vertraglich vereinbarten Arbeitszeit,/{empty}] [wie viele/Wie viele] Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise bei dieser

|| Beschäftigung, ausgenommen Essenspausen [aber einschließlich bezahlter und unbezahlter Überstunden/{empty}]?

|| \_\_\_\_\_ (0.0..168.0)

CHK: EP013\_TotWorkedHours < 71 MAIN "^FLError[28]"

|| **EP014\_ MONTHS WORKED IN THE JOB (NUMBER)**

|| Wie viele Monate im Jahr üben Sie diese Tätigkeit normalerweise aus (einschließlich bezahlte Urlaubstage)?

|| \_\_\_\_\_ (1..12)

|| **EP301\_ MISSED DAYS FROM WORK**

|| Konnten Sie in den letzten 12 Monaten wegen einer Erkrankung einmal nicht zur Arbeit gehen?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

|| *IF EP301\_ (MISSED DAYS FROM WORK) = 1. Ja*

|| **EP302\_ HOW MANY DAYS MISSED FROM WORK**

|| Ungefähr wie viele Tage konnten Sie nicht zur Arbeit gehen?

|| \_\_\_\_\_ (1..365)

|| *ENDIF*

|| **EP025\_ INTRODUCTION WORK SATISFACTION**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 26 an. Ich werde Ihnen jetzt einige Aussagen vorlesen, mit denen Menschen gelegentlich ihre Arbeit beschreiben. Wir

|| würden gerne wissen, ob Sie Ihre derzeitige [{empty}/{empty}] Beschäftigung auch so beschreiben würden. Sagen Sie mir bitte, ob Sie jeder dieser

|| Aussagen voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.

|| 1. Weiter

|| **EP026\_ SATISFIED WITH JOB**

|| Alles in allem bin ich mit meiner Arbeit zufrieden. Würden Sie sagen, dass Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen?

|| IWER:KARTE 26 VORLEGEN

|| 1. Stimme voll zu

|| 2. Stimme zu

- || 3. Stimme nicht zu
- || 4. Stimme gar nicht zu

|| **EP027\_ JOB PHYSICALLY DEMANDING**

|| Meine Arbeit ist körperlich anstrengend. Würden Sie sagen, dass Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen?

|| IWER:KARTE 26 VORLEGEN

- || 1. Stimme voll zu
- || 2. Stimme zu
- || 3. Stimme nicht zu
- || 4. Stimme gar nicht zu

|| **EP028\_ TIME PRESSURE DUE TO A HEAVY WORKLOAD**

|| Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck. (Würden Sie sagen, dass Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen?)

|| IWER:KARTE 26 VORLEGEN

- || 1. Stimme voll zu
- || 2. Stimme zu
- || 3. Stimme nicht zu
- || 4. Stimme gar nicht zu

|| **EP029\_ LITTLE FREEDOM TO DECIDE HOW I DO MY WORK**

|| Ich habe sehr wenig Freiheit, selbst zu entscheiden, wie ich meine Arbeit erledige. (Würden Sie sagen, dass Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen?)

|| IWER:KARTE 26 VORLEGEN

- || 1. Stimme voll zu
- || 2. Stimme zu
- || 3. Stimme nicht zu
- || 4. Stimme gar nicht zu

|| **EP030\_ I HAVE AN OPPORTUNITY TO DEVELOP NEW SKILLS**

|| Ich habe die Möglichkeit, mir neue Fertigkeiten anzueignen. (Würden Sie sagen, dass Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen?)

|| IWER:KARTE 26 VORLEGEN

- || 1. Stimme voll zu
- || 2. Stimme zu
- || 3. Stimme nicht zu
- || 4. Stimme gar nicht zu

|| **EP031\_ SUPPORT IN DIFFICULT SITUATIONS**

|| Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung. (Würden Sie sagen, dass Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder ganz nicht zustimmen?)

|| IWER:KARTE 26 VORLEGEN

- || 1. Stimme voll zu
- || 2. Stimme zu
- || 3. Stimme nicht zu
- || 4. Stimme gar nicht zu

||  
|| **EP032\_ RECEIVE THE RECOGNITION DESERVING FOR MY WORK**  
|| Ich erhalte von meinen Vorgesetzten oder Kollegen die Anerkennung, die ich verdiene.  
(Würden Sie sagen, dass Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht  
|| zustimmen oder gar nicht zustimmen?)

|| IWER:KARTE 26 VORLEGEN

- || 1. Stimme voll zu
- || 2. Stimme zu
- || 3. Stimme nicht zu
- || 4. Stimme gar nicht zu

|| **EP033\_ SALARY OR EARNINGS ARE ADEQUATE**

|| Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein [Gehalt/Einkommen] für  
angemessen. (Würden Sie sagen, dass Sie voll zustimmen,  
|| zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen?)

|| IWER:KARTE 26 VORLEGEN. IM ZWEIFEL ERLÄUTERN: WIR MEINEN  
ANGEMESSEN FÜR DIE GETANE ARBEIT.

- || 1. Stimme voll zu
- || 2. Stimme zu
- || 3. Stimme nicht zu
- || 4. Stimme gar nicht zu

|| *IF EP005\_ (CURRENT JOB SITUATION) = 2. Abhängig oder selbständig beschäftigt  
(einschließlich Arbeit im Familienbetrieb)*

|| **EP034\_ PROSPECTS FOR JOB ADVANCEMENT ARE POOR**

|| Die [Aufstiegschancen/Chancen für ein berufliches Weiterkommen] in meinem Bereich  
sind schlecht. (Würden Sie sagen, dass Sie voll zustimmen,  
|| zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen?)

|| IWER:KARTE 26 VORLEGEN

- || 1. Stimme voll zu
- || 2. Stimme zu
- || 3. Stimme nicht zu
- || 4. Stimme gar nicht zu

|| **EP035\_ JOB SECURITY IS POOR**

|| Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet. (Würden Sie sagen, dass Sie voll zustimmen,  
zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen?)

|| IWER:KARTE 26 VORLEGEN

- || 1. Stimme voll zu
- || 2. Stimme zu
- || 3. Stimme nicht zu
- || 4. Stimme gar nicht zu

|| **EP036\_ LOOK FOR EARLY RETIREMENT**

|| Jetzt benutzen wir nicht mehr Karte 26. Wenn Sie an Ihre derzeitige Beschäftigung  
denken, würden Sie dann gerne so früh wie möglich in Rente oder  
|| Pension gehen?

- || 1. Ja
- || 5. Nein

||| **EP037\_ AFRAID HEALTH LIMITS ABILITY TO WORK BEFORE REGULAR RETIREMENT**

||| Befürchten Sie, dass Sie aus gesundheitlichen Gründen Ihre derzeitige Beschäftigung nicht bis zum Erreichen des regulären Rentenalters ausüben

||| können?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

||| *ENDIF*

||| *IF EP009\_ (EMPLOYEE OR SELF-EMPLOYED) = 1. Arbeiter(in)/Angestellte(r) OR EP009\_EmployeeOrSelf.ORD = 2*

||| **EP038\_ FREQUENCY OF PAYMENT**

||| Jetzt würde ich Ihnen gerne einige Fragen zu Ihren Einkünften aus Ihrer [{empty}/{empty}] Beschäftigung stellen. Wie häufig werden Sie bezahlt?

||| IWER:NICHT VORLESEN

||| 1. Jede Woche

||| 2. Alle zwei Wochen

||| 3. In jedem Kalendermonat/Alle 4 Wochen

||| 4. Alle drei Monate/13 Wochen

||| 5. Alle sechs Monate/26 Wochen

||| 6. Jedes Jahr/Alle 12 Monate/52 Wochen

||| 97. Andere Häufigkeit (bitte angeben)

||| *IF EP038\_ (FREQUENCY OF PAYMENT) = 97. Andere Häufigkeit (bitte angeben)*

||| **EP039\_ OTHER FREQUENCY OF PAYMENT**

||| IWER:ANDERE HÄUFIGKEIT NOTIEREN

||| \_\_\_\_\_

||| *ENDIF*

||| **EP201\_ TAKEN HOME FROM WORK AFTER TAX**

||| Wie hoch war Ihr letztes Nettoeinkommen, d.h. nach Abzug aller Steuern und Sozialversicherungsbeiträge?

||| IWER:BETRAG IN [Euro]

||| {Betrag eintragen}

CHK: EP201\_TakeHomeFromWorkAT <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

||| *IF EP201\_ (TAKEN HOME FROM WORK AFTER TAX) = NONRESPONSE*

||| BRACKETS (FLUnfolding[9], FLCurr, BRs.Brackets[22].BR1, BRs.Brackets[22].BR2, BRs.Brackets[22].BR3)

||| *ENDIF*

||| **EP214\_ AMOUNT INCLUDE ADDITIONAL PAYMENTS**

||| Waren in diesem Betrag zusätzliche oder Bonuszahlungen enthalten?

||| IWER:ZUSÄTZLICHE ZAHLUNGEN WIE Z.B. URLAUBS- ODER  
WEIHNACHTSGELD (13. GEHALT)

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||

||| *IF EP214\_ (AMOUNT INCLUDE ADDITIONAL PAYMENTS) = 1. Ja*

|||

||| **EP314\_ TOTAL AMOUNT OF ADDITIONAL PAYMENTS**

||| Nach Steuern, wie viel haben Sie insgesamt an zusätzlichen oder Bonuszahlungen erhalten?

||| IWER:AMOUNT IN [Euro]

||| {Betrag eintragen}

|||

||| *ENDIF*

|||

||| **EP041\_ TAKEN HOME FROM WORK BEFORE TAX**

||| Wie hoch war Ihr letztes Bruttoeinkommen vor Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen?

||| IWER:BETRAG IN [Euro]

||| {Betrag eintragen}

|||

CHK: EP041\_TakeHomeFromWorkBT <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

||| *IF EP041\_ (TAKEN HOME FROM WORK BEFORE TAX) = NONRESPONSE*

|||

||| BRACKETS (FLUnfolding[8], FLCurr, BRs.Brackets[21].BR1, BRs.Brackets[21].BR2, BRs.Brackets[21].BR3)

|||

||| *ENDIF*

|||

||| *ELSE*

|||

||| *IF EP009\_EmployeeOrSelf.ORD = 3*

|||

||| **EP045\_ TOTAL AMOUNT BEFORE TAX PROFITS END OF YEAR**

||| Jetzt würde ich gerne nach Ihren Einkünften aus Ihrem Unternehmen oder Betrieb fragen, genauer gesagt nach Ihren Einkünften nach Abzug Ihrer

||| Ausgaben für Arbeitsmaterial, Maschinen oder andere Betriebsmittel. Wie hoch waren im Durchschnitt der letzten 12 Monate Ihre monatlichen Einkünfte

||| aus Ihrem Unternehmen oder Betrieb vor Abzug von Steuern?

||| IWER:BETRAG IN [Euro]

||| {Betrag eintragen}

|||

CHK: EP045\_ProfitAmountBT <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

||| *IF EP045\_ (TOTAL AMOUNT BEFORE TAX PROFITS END OF YEAR) = NONRESPONSE*

|||

||| BRACKETS (FLUnfolding[10], FLCurr, BRs.Brackets[23].BR1, BRs.Brackets[23].BR2, BRs.Brackets[23].BR3)

|||

||| *ENDIF*

|||

```

|||| EP305_ TOTAL AMOUNT AFTER TAXES PROFITS END OF YEAR
|||| Jetzt würden wir gerne etwas über Ihr monatliches Einkommen aus Ihrem Unternehmen
während der letzten zwölf Monate, nach Abzug von Steuern,
|||| erfahren.
|||| IWER:BETRAG IN [Euro]
|||| {Betrag eintragen}
||||
CHK: EP305_ProfitAmountAT <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
|||| IF EP305_ (TOTAL AMOUNT AFTER TAXES PROFITS END OF YEAR) =
NONRESPONSE
|||||
||||| BRACKETS (FLUnfolding[5], FLCurr, BRs.Brackets[23].BR1, BRs.Brackets[23].BR2,
BRs.Brackets[23].BR3)
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDIF
|||||
||| IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 2. Abhängig oder selbständig beschäftigt
(einschließlich Arbeit im Familienbetrieb)
|||
||| EP007_ CURRENTLY MORE THAN ONE JOB
||| Bislang haben wir über Ihre Hauptbeschäftigung gesprochen. Gehen Sie derzeit darüber
hinaus noch einer Nebentätigkeit nach?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF EP007_ (CURRENTLY MORE THAN ONE JOB) = 1. Ja
|||
||||| EP321_ TOTAL HOURS WORKED PER WEEK SECOND JOB
||||| [Ungeachtet Ihrer vertraglich vereinbarten Arbeitszeit,/{empty}] [wie viele/Wie viele]
Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise bei dieser
||||| Beschäftigung, ausgenommen Essenspausen [aber einschließlich bezahlter und
unbezahlter Überstunden/{empty}]?
||||| _____ (0.0..168.0)
|||||
||||| EP322_ MONTHS WORKED IN SECOND JOB (NUMBER)
||||| Wie viele Monate im Jahr üben Sie diese Tätigkeit normalerweise aus (einschließlich
bezahlte Urlaubstage)?
||||| _____ (1..12)
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDIF
|||||
||| ENDIF
|||
| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0 AND EP006_ (EVER DONE PAID WORK) = 1. Ja
OR EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 1. Im Ruhestand

```

| OR EP005\_ (CURRENT JOB SITUATION) = 3. Arbeitslos und arbeitsuchend

||

|| **EP048\_ INTRODUCTION PAST JOB**

|| Lassen Sie uns nun über Ihre letzte Beschäftigung [bevor Sie in Rente gegangen sind/bevor Sie arbeitslos geworden sind/{empty}] sprechen .

|| 1. Weiter

||

|| **EP050\_ YEAR LAST JOB END**

|| In welchem Jahr endete Ihr letztes Beschäftigungsverhältnis?

|| (1900..2007)

||

|| **EP049\_ YEARS WORKING IN LAST JOB**

|| Wie viele Jahre bestand Ihr letztes Beschäftigungsverhältnis?

|| \_\_\_\_\_ (0..99)

||

|| **EP051\_ EMPLOYEE OR A SELF EMPLOYED IN LAST JOB**

|| Waren Sie bei dieser Tätigkeit als Arbeiter(in) oder Angestellte(r), als Beamter/Beamtin, oder selbstständig beschäftigt?

|| 1. Arbeiter(in)/Angestellte(r)

|| 2. Beamter/Beamtin

|| 3. Selbstständig

||

||

|| **EP052\_ NAME OR TITLE OF JOB**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 27 an. Was beschreibt diese Tätigkeit am besten?.

|| IWER:ANTWORTEN 1-10 KODIEREN

|| 1. Angehöriger gesetzgebender Körperschaften, leitende/r Verwaltungsbedienstete/r oder Führungskraft in der Privatwirtschaft

|| 2. Wissenschaftler/in

|| 3. Techniker/in oder gleichrangiger nichttechnischer Beruf

|| 4. Bürokraft, kaufmännische/r Angestellte/r

|| 5. Dienstleistungsberuf, Verkäufer/in (im Geschäft oder auf Märkten)

|| 6. Fachkraft in der Landwirtschaft oder Fischerei

|| 7. Handwerks- oder verwandter Beruf

|| 8. Anlagen- und Maschinenbediener/in oder Montierer/in

|| 9. Hilfsarbeitskraft

|| 10. Soldat/in

||

||

|| **EP054\_ WHICH INDUSTRY ACTIVE**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 28 an. In welcher Branche haben Sie gearbeitet?

|| IWER:ANTWORTEN 1-14 KODIEREN

|| 1. Land- oder Forstwirtschaft, Jagd, Fischerei oder Fischzucht

|| 2. Bergbau oder Torfgewinnung

|| 3. Herstellung von Waren

|| 4. Energie- und Wasserversorgung

|| 5. Bau

|| 6. Handel, Reparatur von Kraftfahrzeugen oder Gebrauchsgütern

|| 7. Beherbergung oder Gaststätten

|| 8. Verkehr oder Nachrichtenübermittlung

|| 9. Kreditinstitute oder Versicherungen

- || 10. Grundstücks- oder Wohnungswesen, Vermietung, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen
- || 11. Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
- || 12. Erziehung und Unterricht
- || 13. Gesundheits-, Veterinär- oder Sozialwesen
- || 14. Erbringung von sonstigen öffentlichen oder privaten Dienstleistungen

|| *IF EP051\_EmployeeORSelf.ORD = 1*

|| **EP055\_ FIRM BELONGED TO THE PUBLIC SECTOR**

|| Waren Sie im öffentlichen Dienst beschäftigt?

|| IWER:VOLKSEIGENE BETRIEBE (VEB) ODER LANDWIRTSCHAFTLICHE PRODUKTIONSGENOSSENSCHAFTEN (LPG) IN DER EHEMALIGEN DDR ZÄHLEN HIER ZUM ÖFFENTLICHEN

|| DIENST.

|| 1. Ja

|| 5. Nein

|| *ENDIF*

|| *IF EP051\_EmployeeORSelf.ORD = 1 OR EP051\_EmployeeORSelf.ORD = 2*

|| **EP057\_ RESPONSIBILITY FOR SUPERVISING THE WORK**

|| Haben Sie bei dieser Tätigkeit die Arbeit Anderer beaufsichtigt?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

|| *IF EP057\_ (RESPONSIBILITY FOR SUPERVISING THE WORK) = 1. Ja*

|| **EP058\_ NUMBER OF PEOPLE RESPONSIBLE FOR**

|| Für ungefähr wie viele Personen waren Sie verantwortlich?

|| 1. 1 bis 5

|| 2. 6 bis 15

|| 3. 16 bis 24

|| 4. 25 bis 199

|| 5. 200 bis 499

|| 6. 500 oder mehr

|| *ENDIF*

|| *ENDIF*

|| *IF EP051\_EmployeeORSelf.ORD = 3*

|| **EP061\_ NUMBER OF EMPLOYEES**

|| Wie viele Angestellte hatten Sie in Ihrem Unternehmen oder Betrieb?

|| 0. Keine

|| 1. 1 bis 5

|| 2. 6 bis 15

||| 3. 16 bis 24  
||| 4. 25 bis 199  
||| 5. 200 bis 499  
||| 6. 500 oder mehr  
|||  
|||  
|| *ENDIF*  
||  
| *ENDIF*  
|  
*ENDIF*

### **EP203\_ INTRO INDIVIDUAL INCOME**

Wir würden nun gerne mehr über Ihr Einkommen im letzten Jahr, also [{{letztes Jahr}},  
erfahren.

1. Weiter

### **EP204\_ ANY EARNINGS FROM EMPLOYMENT LAST YEAR**

Hatten Sie im Jahr [{{letztes Jahr}}] irgendein Einkommen aus abhängiger Beschäftigung?

1. Ja

5. Nein

*IF EP204\_ (ANY EARNINGS FROM EMPLOYMENT LAST YEAR) = 1. Ja*

### | **EP205\_ EARNINGS EMPLOYMENT PER YEAR AFTER TAXES**

| Ungefähr wie hoch war Ihr Einkommen im Jahr [{{letztes Jahr}}] nach Abzug von Steuern  
und Beiträgen zur Sozialversicherung?

| IWER:BETRAG IN [Euro]

| {Betrag eintragen}

| **CHK: EP205\_EarningsEmplAT <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"**

| *IF EP205\_ (EARNINGS EMPLOYMENT PER YEAR AFTER TAXES) = NONRESPONSE*

|| BRACKETS (FLUnfolding[12], FLCurr, BRs.Brackets[26].BR1, BRs.Brackets[26].BR2,  
BRs.Brackets[26].BR3)

|| *ENDIF*

| *ENDIF*

### **EP206\_ INCOME FROM SELF-EMPLOYMENT LAST YEAR**

Hatten Sie im Jahr [{{letztes Jahr}}] irgendwelche Einkünfte aus selbständiger Arbeit oder aus  
Arbeit im Familienbetrieb?

1. Ja

5. Nein

*IF EP206\_ (INCOME FROM SELF-EMPLOYMENT LAST YEAR) = 1. Ja*

### | **EP207\_ EARNINGS PER YEAR AFTER TAXES FROM SELF-EMPLOYMENT**

| Ungefähr wie hoch war Ihr Einkommen aus selbständiger Tätigkeit im Jahr [{{letztes Jahr}}]  
nach Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen und nach

| Abzug Ihrer Ausgaben für Arbeitsmaterial, Maschinen oder andere Betriebsmittel?  
| IWER:BETRAG IN [Euro]  
| {Betrag eintragen}

CHK: EP207\_EarningsSelfAT <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

| IF EP207\_ (EARNINGS PER YEAR AFTER TAXES FROM SELF-EMPLOYMENT) =  
NONRESPONSE

||  
|| BRACKETS (FLUnfolding[13], FLCurr, BRs.Brackets[27].BR1, BRs.Brackets[27].BR2,  
BRs.Brackets[27].BR3)

||  
| ENDIF

|  
ENDIF

### EP303\_ INTRODUCTION INCOME FROM PUBLIC PENSIONS

Jetzt möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrem Einkommen aus verschiedenen gesetzlichen Renten und Leistungen stellen. Selbst wenn wir Sie bereits zum Teil danach gefragt haben sollten, so ist es für uns doch sehr wichtig, alle Details genau zu verstehen. Erst werde ich nach den Beträgen fragen, dann danach, wie oft Sie diese Zahlungen erhalten, und schließlich danach, wie lange Sie diese erhalten haben.

1. Weiter

### EP071\_ INCOME FROM PUBLIC PENSIONS IN LAST YEAR

Sehen Sie sich bitte Karte 29 an. Hatten Sie im Jahr [{letztes Jahr}] Einkünfte aus einer der dort genannten Quellen?

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

1. Gesetzliche Altersrente oder Beamtenpension
3. Gesetzliche Frührenten oder Vorruhestandsbezüge
4. Erwerbsminderungsrente bzw. Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit, oder Krankengeld
6. Arbeitslosengeld
7. Hinterbliebenenrente
9. Leistungen für Kriegsopfer (z.B. Kriegsbeschädigte und Kriegerwitwen)
10. Pflegeversicherung
96. Keine der genannten

CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN EP071\_IncomeSources)) MAIN "^FLError[5]"

LOOP cnt:= 1 TO 10

|  
| IF cnt IN EP071\_(INCOME FROM PUBLIC PENSIONS IN LAST YEAR)

||  
|| **EP078\_ TYPICAL PAYMENT OF PENSION IN LAST YEAR**  
|| Nach Steuern, ungefähr wie hoch war eine normale Zahlung aus [Ihrer gesetzlichen Altersrente oder Beamtenpension/{empty}]/gesetzlichen Frührenten  
|| oder Vorruhestandsbezügen/Ihrer Erwerbsminderungsrente bzw. Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit, oder Krankengeld//der  
|| Arbeitslosenversicherung/Ihrer Hinterbliebenenrente/{empty}/der Kriegsopferkasse/der Pflegeversicherung/der betrieblichen Altersrente aus der letzten  
|| Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente aus einer zweiten Beschäftigung/der

betrieblichen Altersrente aus einer dritten  
 || Beschäftigung/betrieblichen Vorruhestandsbezügen/betrieblichen  
 Erwerbsminderungsrenten/betrieblichen Hinterbliebenenrenten] im Jahr [{letztes  
 || Jahr}]?  
 || IWER:BETRAG IN [Euro]. ES GEHT UM EINE NORMALE, REGELMÄSSIGE  
 ZAHLUNG, OHNE EXTRAS WIE EINEN BONUS, 13. GEHALT, ETC.  
 || {Betrag eintragen}  
 ||  
 CHK: EP078\_AvPaymPens <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"  
 || IF EP078\_ (TYPICAL PAYMENT OF PENSION IN LAST YEAR) = NONRESPONSE  
 ||  
 || BRACKETS (FLUnfolding[17], FLCurr, BRs.Brackets[45].BR1, BRs.Brackets[45].BR2,  
 BRs.Brackets[45].BR3)  
 ||  
 || ENDIF  
 ||  
 || **EP074\_ PERIOD OF INCOME SOURCE**  
 || Auf welchen Zeitraum bezogen sich diese Zahlungen?  
 || 1. Eine Woche  
 || 2. Zwei Wochen  
 || 3. Einen Kalendermonat/4 Wochen  
 || 4. Drei Monate/13 Wochen  
 || 5. Sechs Monate/26 Wochen  
 || 6. Ein ganzes Jahr/12 Monate/52 Wochen  
 || 97. Anderer Zeitraum (bitte angeben)  
 ||  
 ||  
 || IF EP074\_ (PERIOD OF INCOME SOURCE) = 97. Anderer Zeitraum (bitte angeben)  
 ||  
 || **EP075\_ OTHER PERIOD OF RECEIVING BENEFITS**  
 ||  
 || IWER:ANDEREN ZEITRAUM NOTIEREN  
 || \_\_\_\_\_  
 ||  
 || ENDIF  
 ||  
 || **EP208\_ HOW MANY MONTHS RECEIVED INCOME SOURCE**  
 || Insgesamt wie viele Monate haben Sie im Jahr [{letztes Jahr}] Leistungen aus [Ihrer  
 gesetzlichen Altersrente oder Beamtenpension/{empty}/gesetzlichen  
 || Frührenten oder Vorruhestandsbezügen/der Erwerbsminderungsrente bzw. Beamtenpension  
 wegen Dienstunfähigkeit, oder Krankengeld/{empty}/der  
 || Arbeitslosenversicherung/Ihrer Hinterbliebenenrente/{empty}/der Kriegsopferkasse/der  
 Pflegeversicherung/der betrieblichen Altersrente aus der letzten  
 || Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente aus einer zweiten Beschäftigung/der  
 betrieblichen Altersrente aus einer dritten  
 || Beschäftigung/betrieblichen Vorruhestandsbezügen/betrieblichen  
 Erwerbsminderungsrenten/betrieblichen Hinterbliebenenrenten] bezogen?  
 || IWER:NICHT DIE ANZAHL DER ZAHLUNGEN, SONDERN DIE DAUER,  
 WÄHREND DER ZAHLUNGEN GELEISTET WURDEN. BEISPIEL: FALLS DIE RENTE  
 DAS GANZE JAHR ÜBER  
 || BEZOGEN WURDE, LAUTET DIE ANTWORT 12. FALLS DIE ZIELPERSON ERST

SEIT NOVEMBER RENTE BEKOMMT, LAUTET DIE ANTWORT 2.

|| \_\_\_\_\_ (1..12)

||

|| *IF NOT MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 1 AND Index < 11*

|||

||| **EP213\_ YEAR RECEIVED INCOME SOURCE**

||| In welchem Jahr haben Sie zum ersten Mal Zahlungen aus [Ihrer gesetzlichen Altersrente oder Beamtenpension/{empty}/gesetzlichen Frührenten oder

||| Vorruhestandsbezügen /der Erwerbsminderungsrente bzw. Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit, oder Krankengeld/{empty}/der

||| Arbeitslosenversicherung/Ihrer Hinterbliebenenrente/{empty}/der Kriegsopferkasse/der Pflegeversicherung/der betrieblichen Altersrente aus der letzten

||| Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente aus einer zweiten Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente aus einer dritten

||| Beschäftigung/betrieblichen Vorruhestandsbezügen/betrieblichen Erwerbsminderungsrenten/betrieblichen Hinterbliebenenrenten] erhalten?

||| (1900..2005)

|||

|| *ENDIF*

||

|| **EP081\_ LUMP SUM PAYMENT INCOME SOURCE**

|| Haben Sie im Jahr [{letztes Jahr}] zusätzliche pauschale Abfindungen oder Einmalzahlungen aus [Ihrer gesetzlichen Altersrente oder

|| Beamtenpension/{empty}/gesetzlichen Frührenten oder Vorruhestandsbezügen /der Erwerbsminderungsrente bzw. Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit,

|| oder Krankengeld/{empty}/der Arbeitslosenversicherung/Ihrer

|| Hinterbliebenenrente/{empty}/der Kriegsopferkasse/der Pflegeversicherung/der

|| betrieblichen Altersrente aus der letzten Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente aus einer zweiten Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente

|| aus einer dritten Beschäftigung/betrieblichen Vorruhestandsbezügen/betrieblichen Erwerbsminderungsrenten/betrieblichen Hinterbliebenenrenten]

|| erhalten?

|| **IWER:ALLE EXTRAZAHLUNGEN BERÜCKSICHTIGEN, Z.B. BONUSZAHLUNGEN, 13. MONATSGEHALT, ETC.**

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| *IF EP081\_ (LUMP SUM PAYMENT INCOME SOURCE) = 1. Ja*

|||

||| **EP082\_ TOTAL AMOUNT OF LUMP SUM PAYMENT FROM INCOME SOURCE**

||| Insgesamt wie viel an zusätzlichen oder Einmalzahlungen aus [Ihrer gesetzlichen Altersrente oder Beamtenpension/{empty}/gesetzlichen Frührenten

||| oder Vorruhestandsbezügen/der Erwerbsminderungsrente bzw. Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit, oder Krankengeld/{empty}/der

||| Arbeitslosenversicherung/Ihrer Hinterbliebenenrente/{empty}/der Kriegsopferkasse/der Pflegeversicherung/der betrieblichen Altersrente aus der letzten

||| Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente aus einer zweiten Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente aus einer dritten

||| Beschäftigung/betrieblichen Vorruhestandsbezügen/betrieblichen

||| Erwerbsminderungsrenten/betrieblichen Hinterbliebenenrenten] haben Sie im letzten

||| Jahr nach Abzug von Steuern erhalten?

||| IWER:BETRAG IN [Euro]. ALLE ZUSÄTZLICHEN ODER EINMALZAHLUNGEN  
EINSCHLIESSEN.

||| {Betrag eintragen}

|||

CHK: EP082\_TotAmountLS <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

||| IF EP082\_ (TOTAL AMOUNT OF LUMP SUM PAYMENT FROM INCOME SOURCE) =  
NONRESPONSE

|||

||| BRACKETS (FLUnfolding[7], FLCurr, BRs.Brackets[24].BR1, BRs.Brackets[24].BR2,  
BRs.Brackets[24].BR3)

|||

||| ENDIF

|||

|| ENDIF

||

| ENDIF

|

ENDLOOP

### EP323\_ INTRODUCTION OCCUPATIONAL PENSIONS

Zusätzlich zur gesetzlichen Rente kann es auch Betriebsrenten durch Ihren Arbeitgeber geben.

1. Weiter

### EP324\_ OCCUPATIONAL PENSION INCOME SOURCES

Bitte sehen Sie sich Karte 30 an. Haben Sie im Jahr [{letztes Jahr}] Einkommen aus einer der dort aufgeführten Quellen bezogen?

1. Betriebliche Altersrente aus der letzten Beschäftigung
2. Betriebliche Altersrente aus einer zweiten Beschäftigung
3. Betriebliche Altersrente aus einer dritten Beschäftigung
4. Betriebliche Vorruhestandsbezüge
5. Betriebliche Erwerbsminderungsrenten
6. Betriebliche Hinterbliebenenrente
96. Keine der genannten

LOOP cnt:= 11 TO 16

|

| IF cnt - >1. Betriebliche Altersrente aus der letzten Beschäftigung IN  
EP324\_(OCCUPATIONAL PENSION INCOME SOURCES)

||

|| EP078\_ TYPICAL PAYMENT OF PENSION IN LAST YEAR

|| Nach Steuern, ungefähr wie hoch war eine normale Zahlung aus [Ihrer gesetzlichen  
Altersrente oder Beamtenpension/{empty}]/gesetzlichen Frührenten

|| oder Vorruhestandsbezügen/Ihrer Erwerbsminderungsrente bzw. Beamtenpension wegen  
Dienstunfähigkeit, oder Krankengeld//der

|| Arbeitslosenversicherung/Ihrer Hinterbliebenenrente/{empty}/der Kriegsopferkasse/der  
Pflegeversicherung/der betrieblichen Altersrente aus der letzten

|| Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente aus einer zweiten Beschäftigung/der  
betrieblichen Altersrente aus einer dritten

|| Beschäftigung/betrieblichen Vorruhestandsbezügen/betrieblichen

Erwerbsminderungsrenten/betrieblichen Hinterbliebenenrenten] im Jahr [{letztes

```

|| Jahr}}?
|| IWER:BETRAG IN [Euro]. ES GEHT UM EINE NORMALE, REGELMÄSSIGE
ZAHLUNG, OHNE EXTRAS WIE EINEN BONUS, 13. GEHALT, ETC.
|| {Betrag eintragen}
||
CHK: EP078_AvPaymPens <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
|| IF EP078_ (TYPICAL PAYMENT OF PENSION IN LAST YEAR) = NONRESPONSE
||
|| BRACKETS (FLUnfolding[17], FLCurr, BRs.Brackets[45].BR1, BRs.Brackets[45].BR2,
BRs.Brackets[45].BR3)
||
|| ENDIF
||
|| EP074_ PERIOD OF INCOME SOURCE
|| Auf welchen Zeitraum bezogen sich diese Zahlungen?
|| 1. Eine Woche
|| 2. Zwei Wochen
|| 3. Einen Kalendermonat/4 Wochen
|| 4. Drei Monate/13 Wochen
|| 5. Sechs Monate/26 Wochen
|| 6. Ein ganzes Jahr/12 Monate/52 Wochen
|| 97. Anderer Zeitraum (bitte angeben)
||
||
|| IF EP074_ (PERIOD OF INCOME SOURCE) = 97. Anderer Zeitraum (bitte angeben)
||
|| EP075_ OTHER PERIOD OF RECEIVING BENEFITS
||
|| IWER:ANDEREN ZEITRAUM NOTIEREN
|| _____
||
|| ENDIF
||
|| EP208_ HOW MANY MONTHS RECEIVED INCOME SOURCE
|| Insgesamt wie viele Monate haben Sie im Jahr {{letztes Jahr}} Leistungen aus [Ihrer
gesetzlichen Altersrente oder Beamtenpension/{empty}/gesetzlichen
|| Frührenten oder Vorruhestandsbezügen/der Erwerbsminderungsrente bzw. Beamtenpension
wegen Dienstunfähigkeit, oder Krankengeld/{empty}/der
|| Arbeitslosenversicherung/Ihrer Hinterbliebenenrente/{empty}/der Kriegsopferkasse/der
Pflegeversicherung/der betrieblichen Altersrente aus der letzten
|| Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente aus einer zweiten Beschäftigung/der
betrieblichen Altersrente aus einer dritten
|| Beschäftigung/betrieblichen Vorruhestandsbezügen/betrieblichen
Erwerbsminderungsrenten/betrieblichen Hinterbliebenenrenten] bezogen?
|| IWER:NICHT DIE ANZAHL DER ZAHLUNGEN, SONDERN DIE DAUER,
WÄHREND DER ZAHLUNGEN GELEISTET WURDEN. BEISPIEL: FALLS DIE RENTE
DAS GANZE JAHR ÜBER
|| BEZOGEN WURDE, LAUTET DIE ANTWORT 12. FALLS DIE ZIELPERSON ERST
SEIT NOVEMBER RENTE BEKOMMT, LAUTET DIE ANTWORT 2.
|| _____ (1..12)
||

```

```

|| IF NOT MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1 AND Index < 11
|||
||| EP213_ YEAR RECEIVED INCOME SOURCE
||| In welchem Jahr haben Sie zum ersten Mal Zahlungen aus [Ihrer gesetzlichen Altersrente
oder Beamtenpension/{empty}/gesetzlichen Frührenten oder
||| Vorruhestandsbezügen /der Erwerbsminderungsrente bzw. Beamtenpension wegen
Dienstunfähigkeit, oder Krankengeld/{empty}/der
||| Arbeitslosenversicherung/Ihrer Hinterbliebenenrente/{empty}/der Kriegsopferkasse/der
Pflegeversicherung/der betrieblichen Altersrente aus der letzten
||| Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente aus einer zweiten Beschäftigung/der
betrieblichen Altersrente aus einer dritten
||| Beschäftigung/betrieblichen Vorruhestandsbezügen/betrieblichen
Erwerbsminderungsrenten/betrieblichen Hinterbliebenenrenten] erhalten?
||| (1900..2005)
|||
|| ENDIF
||
|| EP081_ LUMP SUM PAYMENT INCOME SOURCE
|| Haben Sie im Jahr [{letztes Jahr}] zusätzliche pauschale Abfindungen oder
Einmalzahlungen aus [Ihrer gesetzlichen Altersrente oder
|| Beamtenpension/{empty}/gesetzlichen Frührenten oder Vorruhestandsbezügen /der
Erwerbsminderungsrente bzw. Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit,
|| oder Krankengeld/{empty}/der Arbeitslosenversicherung/Ihrer
Hinterbliebenenrente/{empty}/der Kriegsopferkasse/der Pflegeversicherung/der
|| betrieblichen Altersrente aus der letzten Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente aus
einer zweiten Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente
|| aus einer dritten Beschäftigung/betrieblichen Vorruhestandsbezügen/betrieblichen
Erwerbsminderungsrenten/betrieblichen Hinterbliebenenrenten]
|| erhalten?
|| IWER:ALLE EXTRAZAHLUNGEN BERÜCKSICHTIGEN, Z.B.
BONUSZAHLUNGEN, 13. MONATSGEHALT, ETC.
|| 1. Ja
|| 5. Nein
||
|| IF EP081_ (LUMP SUM PAYMENT INCOME SOURCE) = 1. Ja
|||
||| EP082_ TOTAL AMOUNT OF LUMP SUM PAYMENT FROM INCOME SOURCE
||| Insgesamt wie viel an zusätzlichen oder Einmalzahlungen aus [Ihrer gesetzlichen
Altersrente oder Beamtenpension/{empty}/gesetzlichen Frührenten
||| oder Vorruhestandsbezügen/der Erwerbsminderungsrente bzw. Beamtenpension wegen
Dienstunfähigkeit, oder Krankengeld/{empty}/der
||| Arbeitslosenversicherung/Ihrer Hinterbliebenenrente/{empty}/der Kriegsopferkasse/der
Pflegeversicherung/der betrieblichen Altersrente aus der letzten
||| Beschäftigung/der betrieblichen Altersrente aus einer zweiten Beschäftigung/der
betrieblichen Altersrente aus einer dritten
||| Beschäftigung/betrieblichen Vorruhestandsbezügen/betrieblichen
Erwerbsminderungsrenten/betrieblichen Hinterbliebenenrenten] haben Sie im letzten
||| Jahr nach Abzug von Steuern erhalten?
||| IWER:BETRAG IN [Euro]. ALLE ZUSÄTZLICHEN ODER EINMALZAHLUNGEN
EINSCHLIESSEN.

```

```

||| {Betrag eintragen}
|||
CHK: EP082_TotAmountLS <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
||| IF EP082_ (TOTAL AMOUNT OF LUMP SUM PAYMENT FROM INCOME SOURCE) =
NONRESPONSE
|||
||| BRACKETS (FLUnfolding[7], FLCurr, BRs.Brackets[24].BR1, BRs.Brackets[24].BR2,
BRs.Brackets[24].BR3)
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
| ENDIF
|
ENDLOOP

```

### **EP089\_ ANY OTHER REGULAR PAYMENTS RECEIVED**

Bitte sehen Sie sich Karte 31 an. Haben Sie im Jahr [{letztes Jahr}] regelmäßig Zahlungen aus einer der dort genannten Quellen erhalten?

IWER:LAUT VORLESEN UND ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

1. Regelmäßige Zahlungen aus Lebensversicherungen
2. Regelmäßige Zahlungen aus privaten Rentenversicherungen
3. Unterhaltszahlungen
5. Zahlungen aus einer privaten Pflegeversicherung
96. Keine der genannten

```

CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN EP089_AnyRegPay)) MAIN "^FLError[5]"

```

```

LOOP cnt:= 1 TO 5

```

```

| IF cnt IN EP089_(ANY OTHER REGULAR PAYMENTS RECEIVED)

```

```

|| EP094_ TOTAL AMOUNT IN THE LAST PAYMENT

```

```

|| Ungefähr wie hoch war im Jahr [{letztes Jahr}] eine durchschnittliche [Zahlung aus
Lebensversicherungen/Zahlung aus privaten

```

```

|| Rentenversicherungen/Unterhaltszahlung/{empty}/Zahlung aus einer privaten
Pflegeversicherung] nach Abzug von Steuern und

```

```

|| Sozialversicherungsbeiträgen?

```

```

|| IWER:BETRAG IN [Euro]

```

```

|| {Betrag eintragen}

```

```

CHK: EP094_TotalAmountBenLP <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

```

```

|| IF EP094_ (TOTAL AMOUNT IN THE LAST PAYMENT) = NONRESPONSE

```

```

||| BRACKETS (FLUnfolding[11], FLCurr, BRs.Brackets[25].BR1, BRs.Brackets[25].BR2,
BRs.Brackets[25].BR3)

```

```

||| ENDIF

```

```

|| EP090_ Period RECEIVED REGULAR PAYMENTS

```

```

|| Auf welchen Zeitraum bezogen sich diese Zahlungen?
|| 1. Eine Woche
|| 2. Zwei Wochen
|| 3. Einen Kalendermonat/4 Wochen
|| 4. Drei Monate/13 Wochen
|| 5. Sechs Monate/26 Wochen
|| 6. Ein ganzes Jahr/12 Monate/52 Wochen
|| 97. Anderen (bitte angeben)
||
||
|| IF EP090_ (PERIOD RECEIVED REGULAR PAYMENTS) = 97. Anderen (bitte angeben)
||
|| EP091_ OTHER PERIOD OF RECEIVING REGULAR PAYMENTS
||
|| IWER:ANDEREN ZEITRAUM NOTIEREN
|| _____
||
|| ENDIF
||
|| EP096_ MONTHS RECEIVED REGULAR PAYMENTS
|| Insgesamt wie viele Monate haben Sie im Jahr [{letztes Jahr}] [Zahlungen aus
Lebensversicherungen/Zahlungen aus privaten
|| Rentenversicherungen/Unterhaltszahlungen/{empty}/Zahlungen aus einer privaten
Pflegeversicherung] erhalten?
|| _____ (1..12)
||
|| EP092_ ADDITIONAL PAYMENTS FOR THIS BENEFIT IN LAST YEAR
|| Haben Sie aus [der Lebensversicherung/der privaten Rentenversicherung/den
Unterhaltsverpflichtungen/{empty}/der privaten Pflegeversicherung] im Jahr
|| [{letztes Jahr}] zusätzliche oder Einmalzahlungen erhalten?
|| 1. Ja
|| 5. Nein
||
|| IF EP092_ (ADDITIONAL PAYMENTS FOR THIS BENEFIT IN LAST YEAR) = 1. Ja
||
|| EP209_ ADDITIONAL PAYMENTS AFTER TAXES
|| Ungefähr wie viel haben Sie nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen
aus zusätzlichen Zahlungen erhalten?
|| IWER:BETRAG IN [Euro]
|| {Betrag eintragen}
||
|| CHK: EP209_AddPaymAT <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
|| IF EP209_ (ADDITIONAL PAYMENTS AFTER TAXES) = NONRESPONSE
||
|| BRACKETS (FLUnfolding[18], FLCurr, BRs.Brackets[46].BR1, BRs.Brackets[46].BR2,
BRs.Brackets[46].BR3)
||
|| ENDIF
||
|| ENDIF
||

```

| *ENDIF*

|  
*ENDLOOP*

*IF MN024\_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1 AND MN808\_ (AGE RESPONDENT) < 76*

| **EP097\_ PENSION CLAIMS**

| Jetzt sprechen wir über zukünftige Renten- oder Pensionsansprüche. Bitte sehen Sie sich Karte 32 an. Haben Sie - neben Ansprüchen die Sie

| möglicherweise bereits einlösen - zukünftig Anspruch auf mindestens eine der dort aufgeführten Renten- oder Pensionsarten?

| 1. Ja

| 5. Nein

| *IF EP097\_ (PENSION CLAIMS) = 1. Ja*

|| **EP098\_ TYPE OF PENSION YOU WILL BE ENTITLED TO**

|| Auf welche Renten- oder Pensionsarten werden Sie Anspruch haben?

|| **IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN. ZP DARF DIESE RENTEN- ODER PENSIONSARTEN NOCH NICHT BEZIEHEN**

|| 1. Gesetzliche Altersrente oder Beamtenpension

|| 2. Vorruhestandsbezüge

|| 3. Erwerbsminderungsrente (früher: Erwerbs-, bzw. Berufsunfähigkeitsrente) oder Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit

|| 4. Betriebsrente oder Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes

|| 96. Keine der genannten

||  
||  
|| **CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN EP098\_TypeOfPension)) MAIN "^FLError[5]"**

|| *LOOP cnt:= 1 TO 9*

||| *IF cnt IN EP098\_(TYPE OF PENSION YOU WILL BE ENTITLED TO)*

|||| **EP101\_ NAME OF PLAN OR FUND**

|||| **IWER:TRIFFT NICHT ZU - STRG R EINGEBEN!**

|||| **EP102\_ COMPULSORY OF VOLUNTARY PLAN OR FUND**

|||| Handelt es sich bei [der gesetzlichen Altersrente oder Beamtenpension/den Vorruhestandsbezügen/der Erwerbsminderungsrente oder Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit/der Betriebsrente oder Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes/{empty}/{empty}/{empty}/{empty}/{empty}] um eine verpflichtende oder um eine freiwillige Altersvorsorge?

|||| 1. Verpflichtend

|||| 2. Freiwillig

|||| **EP103\_ YEARS CONTRIBUTING TO PLAN**

|||| Seit wie vielen Jahren zahlen Sie Beiträge in die [gesetzliche Altersrente oder Beamtenpension/Vorruhestandsbezüge/Erwerbsminderungsrente oder

|||| Beamtenpension wegen Dienstunfähigkeit/Betriebsrente oder Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes/{empty}/{empty}/{empty}/{empty}/{empty}]?

|||| \_\_\_\_\_ (0..120)

||||

|||| **EP106\_ EXPECTED AGE TO COLLECT THIS PENSION**

|||| Ab welchem Alter erwarten Sie selbst, erstmals Leistungen aus dieser Altersvorsorge zu beziehen?

|||| \_\_\_\_\_ (30..75)

||||

CHK: EP106\_ExpRetAge >= MN808\_AgeRespondent MAIN "^FLError[25]"

|||| *IF EP005\_ (CURRENT JOB SITUATION) = 2. Abhängig oder selbständig beschäftigt (einschließlich Arbeit im Familienbetrieb)*

|||||

||||| **EP109\_ PERCENTAGE OF SALARY RECEIVED AS PENSION**

||||| Bitte denken Sie an das Jahr, in dem Sie zum ersten Mal diese Leistungen erhalten werden. Ungefähr wieviel Prozent Ihres letzten Einkommens werden

||||| die Leistungen aus [der gesetzlichen Altersrente oder

Beamtenpension/Vorruhestandsbezügen/der Erwerbsminderungsrente oder Beamtenpension wegen

||||| Dienstunfähigkeit/der Betriebsrente oder Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes/{empty}] entsprechen?

||||| **IWER:LETZTES NETTOEINKOMMEN VOR AUSZAHLUNG VON LEISTUNGEN AUS DER ALTERSVORSORGE**

||||| \_\_\_\_\_ (0..100)

|||||

|||| *ENDIF*

||||

||| *ENDIF*

|||

|| *ENDLOOP*

||

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

**EP210\_ WHO ANSWERED SECTION EP**

IWER:INTERVIEWER CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM MODUL BEANTWORTET?

1. Zielperson
2. Zielperson und Stellvertreter
3. Nur Stellvertreter

**GS001\_ WILLING TO HAVE HANDGRIP MEASURED**

Jetzt möchte ich mit einer Greifübung messen, wie kräftig ihre Hände sind. Ich werde bis drei zählen und Sie dann bitten, diesen Griff so fest

wie möglich zusammenzudrücken - nur für ein paar Sekunden, dann können Sie wieder loslassen. Ich werde abwechselnd Ihre rechte und Ihre linke

Hand messen, beide Hände zweimal. Sind Sie damit einverstanden, dass ich Ihre Handkraft messe?

## IWER:FUNKTION DES HANDKRAFTMESSERS DEMONSTRIEREN

1. ZP stimmt Greiftest zu
2. ZP verweigert Greiftest
3. ZP nicht zu Greiftest in der Lage

*IF GS001\_ (WILLING TO HAVE HANDGRIP MEASURED) <> 1. ZP stimmt Greiftest zu*

| **GS010\_ WHY NOT COMPLETED GS TEST**

| IWER:WARUM KONNTE ZP GREIFTEST NICHT DURCHFÜHREN? ALLE ZUTREFFENDEN GRÜNDE ANGEBEN

- | 1. ZP hatte das Gefühl, das der Test nicht sicher ist
- | 2. IWER hatte das Gefühl, dass der Test nicht sicher ist
- | 3. ZP hat verweigert, ohne Angabe von Gründen
- | 4. ZP hat Test versucht, war aber nicht in der Lage, ihn zu beenden
- | 5. ZP hat Anweisungen nicht verstanden
- | 6. ZP hatte innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation, Verletzung, Schwellung, etc. an beiden Händen
- | 97. Andere (bitte angeben)

| *IF 97. Andere (bitte angeben) IN GS010\_(WHY NOT COMPLETED GS TEST)*

|| **GS011\_ OTHER REASON**

|| BITTE ANDEREN GRUND ANGEBEN

|| \_\_\_\_\_

| *ENDIF*

| *ENDIF*

## **GS002\_ RECORD RESPONDENT STATUS**

IWER:ZUSTAND DER ZIELPERSON EINTRAGEN

1. Zielperson kann beide Hände benutzen
2. Zielperson kann rechte Hand nicht benutzen
3. Zielperson kann linke Hand nicht benutzen

*IF GS001\_ (WILLING TO HAVE HANDGRIP MEASURED) <> 1. ZP stimmt Greiftest zu*

| **GS003\_ END OF TEST BECAUSE RESPONDENT IS UNABLE OR NOT WILLING TO DO TEST**

| INTERVIEWER TEST ABBRECHEN.

| IWER:KEINE MESSUNG DER HANDKRAFT DURCHFÜHREN

- | 1. Weiter

| *ENDIF*

```

IF GS001_ (WILLING TO HAVE HANDGRIP MEASURED) = 1. ZP stimmt Greiftest zu
|
| IF GS002_ (RECORD RESPONDENT STATUS) = 1. Zielperson kann beide Hände benutzen
| |
| | GS004_ DOMINANT HAND
| | Sind Sie Links- oder Rechtshänder?
| | 1. Rechtshänder
| | 2. Linkshänder
| |
| | ENDIF
|
| GS005_ INTRODUCTION TO TEST
|
| IWER:ZIELPERSON IN DIE RICHTIGE POSITION BRINGEN. DYNAMOMETER
DURCH DREHEN DES HEBELS AN DIE GRÖSSE DER HAND ANPASSEN, PFEIL
AUF NULL STELLEN.
| MESSVORGANG DER ZIELPERSON NOCH EINMAL ERKLÄREN, MIT EINER
HAND EINEN VERSUCH MACHEN LASSEN. FÜR DAS ERMITTELN DER
ERGEBNISSE ERGEBNISKARTE
| BENUTZEN; NACH TESTENDE ERGEBNISSE AUF DEN COMPUTER
ÜBERTRAGEN.
| 1. Weiter
|
| IF GS002_ (RECORD RESPONDENT STATUS) = 1. Zielperson kann beide Hände benutzen
OR GS002_ (RECORD RESPONDENT STATUS) = 2. Zielperson
| kann rechte Hand nicht benutzen
| |
| | GS006_ FIRST MEASUREMENT, LEFT HAND
| | LINKE HAND, ERSTE MESSUNG..
| | IWER:ERGEBNISSE GERUNDET AUF DIE NÄCHSTE GANZE ZAHL EINTRAGEN
| | _____ (0..100)
| |
| | GS007_ SECOND MEASUREMENT, LEFT HAND
| | LINKE HAND, ZWEITE MESSUNG.
| | IWER:ERGEBNISSE GERUNDET AUF DIE NÄCHSTE GANZE ZAHL EINTRAGEN
| | _____ (0..100)
| |
|
| CHK: NOT ((GS007_SecondLHand <= (GS006_FirstLHand - 20)) OR (GS007_SecondLHand >=
(GS006_FirstLHand + 20))) MAIN "^\FLError[29]"
| ENDIF
|
| IF GS002_ (RECORD RESPONDENT STATUS) = 1. Zielperson kann beide Hände benutzen
OR GS002_ (RECORD RESPONDENT STATUS) = 3. Zielperson
| kann linke Hand nicht benutzen
| |
| | GS008_ FIRST MEASUREMENT, RIGHT HAND
| | RECHTE HAND, ERSTE MESSUNG.
| | IWER:ERGEBNISSE GERUNDET AUF DIE NÄCHSTE GANZE ZAHL EINTRAGEN.
| | _____ (0..100)
| |
| | GS009_ SECOND MEASUREMENT, RIGHT HAND

```

|| RECHTE HAND, ZWEITE MESSUNG  
|| IWER:ERGEBNISSE GERUNDET AUF DIE NÄCHSTE GANZE ZAHL EINTRAGEN.  
|| \_\_\_\_\_ (0..100)  
||

CHK: NOT ((GS009\_SecondRHand <= (GS008\_FirstRHand - 20)) OR (GS009\_SecondRHand >= (GS008\_FirstRHand + 20))) MAIN "^FLError[30]"

| *ENDIF*

| **GS012\_ HOW MUCH EFFORT R GAVE**

| IWER:WIE SEHR HAT SICH DIE ZP BEIM TEST ANGESTRENGT?

- | 1. ZP hat volle Leistung gebracht
- | 2. ZP konnte nicht volle Leistung bringen, wg. Krankheit, Schmerzen, oder anderer Gebrechen
- | 3. ZP schien nicht die volle Leistung zu bringen, ohne offensichtlichen Grund

| **GS013\_ THE POSITION OF R FOR THIS TEST**

| IWER:IN WELCHER POSITION HAT DIE ZP DEN TEST DURCHGEFÜHRT?

- | 1. Stehend
- | 2. Sitzend
- | 3. Liegend

| **GS014\_ R RESTED HIS/HER ARMS ON A SUPPORT**

| IWER:HAT DIE ZP DIE ARME WÄHREND DES TESTS AUFGESTÜTZT?

- | 1. Ja
- | 5. Nein

| *ENDIF*

**PF001\_ INTRODUCTION**

Der nächste Test, bei dem ich Sie bitten möchte mitzumachen, misst, wie schnell Sie Luft aus Ihrer Lunge ausstossen können. Es ist wichtig, dass Sie so fest wie möglich blasen. Ich würde den Test gerne zweimal durchführen. Wenn Sie bereit sind anzufangen, werde ich Sie bitten aufzustehen.

Atmen Sie so tief wie möglich ein. Öffnen Sie Ihren Mund und schliessen Sie die Lippen fest um das Mundstück, und blasen Sie dann so fest wie möglich in das Mundstück. Genau so ...

IWER:FÜHREN SIE DEN TEST VOR

1. Weiter

**PF002\_ SAFE TO DO THE TEST**

Meinen Sie, dass es für Sie sicher ist, den Test durchzuführen?

1. Ja
5. Nein

*IF PF002\_ (SAFE TO DO THE TEST) = 1. Ja*

|

| **PF003\_ VALUE FIRST MEASUREMENT**

| WERT DER ERSTEN MESSUNG EINTRAGEN (NOTIEREN SIE 30, FALLS WENIGER ALS 60; NOTIEREN SIE 890, FALLS JENSEITS DER LETZTEN MARKIERUNG; NOTIEREN SIE 993,

| FALLS ZIELPERSON ES VERSUCHT HAT, ABER NICHT KONNTE; ODER NOTIEREN SIE 999, FALLS ZIELPERSON SICH ENTSCHIEDEN HAT, DEN TEST NICHT ZU MACHEN.)

| \_\_\_\_\_ (30..999)

|

| **PF004\_ VALUE SECOND MEASUREMENT**

| WERT DER ZWEITEN MESSUNG EINTRAGEN (NOTIEREN SIE 30, FALLS WENIGER ALS 60; NOTIEREN SIE 890, FALLS JENSEITS DER LETZTEN MARKIERUNG; NOTIEREN SIE 993,

| FALLS ZIELPERSON ES VERSUCHT HAT, ABER NICHT KONNTE; ODER NOTIEREN SIE 999, FALLS ZIELPERSON SICH ENTSCHIEDEN HAT, DEN TEST NICHT ZU MACHEN.)

| \_\_\_\_\_ (30..999)

|

| *IF PF003\_ (VALUE FIRST MEASUREMENT) <> REFUSAL OR PF004\_ (VALUE SECOND MEASUREMENT) <> REFUSAL*

||

|| **PF005\_ EFFORT R GAVE TO THIS MEASUREMENT**

||

|| IWER: WIE SEHR HAT SICH DIE ZIELPERSON BEI DIESEM TEST ANGESTRENGT?

|| 1. ZP hat volle Leistung gebracht

|| 2. ZP konnte nicht volle Leistung bringen, wg. Krankheit, Schmerzen, oder anderer Gebrechen

|| 3. ZP schien nicht die volle Leistung zu bringen, ohne offensichtlichen Grund

||

||

|| **PF006\_ POSITION OF R FOR THIS TEST**

||

|| IWER: IN WELCHER POSITION HAT DIE ZIELPERSON DEN TEST DURCHGEFÜHRT?

|| 1. Stehend

|| 2. Sitzend

|| 3. Liegend

||

||

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

*IF PF002\_ (SAFE TO DO THE TEST) = 5. Nein OR PF003\_ (VALUE FIRST MEASUREMENT) > 890 OR PF004\_ (VALUE SECOND MEASUREMENT) > 890*

|

| **PF007\_ WHY PF NOT COMPLETED**

| WARUM HAT DIE ZIELPERSON DEN ATEM-TEST NICHT DURCHGEFÜHRT?

(ALLE ZUTREFFENDEN GRÜNDE ANGEBEN)

- | 1. ZP hatte das Gefühl, das der Test nicht sicher ist
- | 2. IWER hatte das Gefühl, dass der Test nicht sicher ist
- | 3. ZP hat sich geweigert, am Test teilzunehmen oder ihn zu beenden
- | 4. ZP hat Test versucht, war aber nicht in der Lage, ihn zu beenden
- | 5. ZP hat Anweisungen nicht verstanden
- | 97. Anderer Grund (bitte angeben)

| *IF 97. Anderer Grund (bitte angeben) IN PF007\_(WHY PF NOT COMPLETED)*

|| **PF008\_ OTHER REASON NOT COMPLETED PF**

|| IWER:ANDEREN GRUND NOTIEREN

|| \_\_\_\_\_

| *ENDIF*

*ENDIF*

*IF MN808\_ (AGE RESPONDENT) > 74*

| **WS001\_ RECORD RESPONDENT STATUS**

| IWER:HIER BEGINNT DER GEHTEST. BITTE TRAGEN SIE DEN ZUSTAND DER ZIELPERSON EIN

- | 1. Wurde beim Gehen ohne fremde Hilfe oder Gehhilfe beobachtet
- | 2. Wurde beim Gehen mit fremder Hilfe oder mit Gehhilfe beobachtet
- | 3. Nicht beobachtet - im Rollstuhl
- | 4. Nicht beobachtet - bettlägerig
- | 5. Nicht beobachtet - unklar, ob Zielperson behindert ist

| *IF WS001\_ (RECORD RESPONDENT STATUS) <> 1. Wurde beim Gehen ohne fremde Hilfe oder Gehhilfe beobachtet*

|| **WS002\_ INTRODUCTION TO RESPONDENT**

|| Jetzt kommen wir zu einer anderen körperlichen Übung, bei der es darum geht, eine kurze Strecke zu gehen. Sind Sie in der Lage, ohne fremde Hilfe

|| alleine zu gehen (falls nötig mit Stock oder einer anderen Gehhilfe)?

- || 1. Ja
- || 2. Ja, aber Stock oder andere Gehhilfe nicht verfügbar
- || 3. Nein

| *ENDIF*

| *IF WS001\_ (RECORD RESPONDENT STATUS) = 1. Wurde beim Gehen ohne fremde Hilfe oder Gehhilfe beobachtet OR WS002\_ (INTRODUCTION TO RESPONDENT) = 1. Ja*

```

||
|| WS003_ IS IT SAFE TO CARRY OUT THE TEST
|| Ich möchte jetzt gerne herausfinden, ob Sie eine sehr kurze Strecke gut gehen können (falls
nötig mit Hilfe eines Stocks oder einer anderen
|| Gehhilfe). Zunächst möchte ich aber überprüfen, ob es auch sicher ist, den Test zu machen.
Haben Sie wegen einer kürzlich durchgeführten
|| Operation, wegen einer Verletzung oder wegen anderer gesundheitlicher Beschwerden
Probleme, die Sie am Gehen hindern könnten?
|| 1. Keine offensichtlichen Einschränkungen
|| 2. Ja, kürzlich durchgeführte Operation
|| 3. Ja, Verletzung
|| 4. Ja, andere Beschwerden
||
|| IF WS003_ (IS IT SAFE TO CARRY OUT THE TEST) = 1. Keine offensichtlichen
Einschränkungen
||
|| WS004_ RESPONDENT WILLING TO DO WALKING TEST
|| Sind Sie bereit, den Gehtest zu machen?
|| 1. Ja
|| 5. Nein
||
|| IF WS004_ (RESPONDENT WILLING TO DO WALKING TEST) = 1. Ja
||
|| WS005_ DOES RESPONDENT FEEL SAFE TO CONTINUE
||
|| IWER:GLAUBEN SIE, DASS ES SICHER IST, MIT DEM GEHTEST
FORTZUFAHREN?
|| 1. Ja
|| 5. Nein
||
|| ENDIF
||
|| ENDIF
||
|| ENDIF
||
|| IF WS001_ (RECORD RESPONDENT STATUS) <> 1. Wurde beim Gehen ohne fremde
Hilfe oder Gehhilfe beobachtet AND WS002_ (INTRODUCTION TO
RESPONDENT) <> 1. Ja OR WS003_ (IS IT SAFE TO CARRY OUT THE TEST) <> 1.
Keine offensichtlichen Einschränkungen OR WS005_ (DOES RESPONDENT
FEEL SAFE TO CONTINUE) <> 1. Ja
||
|| WS006_ END OF TEST BECAUSE RESPONDENT IS UNABLE TO DO TEST
||
|| IWER:ES WÄRE AM SICHERSTEN DEN TEST AUSZULASSEN UND MIT DEN
NÄCHSTEN FRAGEN WEITER ZU MACHEN
|| 1. Weiter
||
|| ENDIF
||
|| IF WS003_ (IS IT SAFE TO CARRY OUT THE TEST) = 1. Keine offensichtlichen

```

*Einschränkungen AND WS004\_ (RESPONDENT WILLING TO DO WALKING TEST) = 1. Ja AND WS005\_ (DOES RESPONDENT FEEL SAFE TO CONTINUE) = 1. Ja*

|| **WS007\_ CHECK AVAILABLE SPACE FOR TEST**

|| IWER:ÜBERPRÜFEN SIE, OB AUSREICHEND PLATZ VORHANDEN IST

|| 1. Ausreichend Platz vorhanden

|| 2. Platz reicht nicht aus

|| *IF WS007\_ (CHECK AVAILABLE SPACE FOR TEST) = 1. Ausreichend Platz vorhanden*

|| **WS008\_ EXPLAIN WALKING COURSE**

|| IWER:NEHMEN SIE DAS INTERVIEWER TESTEPROTOKOLL ZUR HAND, RICHTEN SIE DIE GEHSTRECKE EIN UND FÜHREN SIE DER ZIELPERSON DEN TEST VOR

|| 1. Weiter

|| *IF WS008\_ (EXPLAIN WALKING COURSE) = 1. Weiter*

|| **WS010\_ RESULT OF FIRST TRIAL**

|| IWER:ERGEBNIS DES ERSTEN VERSUCHS EINTRAGEN

|| 1. Erfolgreich abgeschlossen

|| 2. Versucht, aber nicht abgeschlossen

|| 3. Vom Interviewer aus Sicherheitsgründen gestoppt

|| 4. Nicht versucht, Test ist Zielperson zu unsicher

|| 5. Zielperson ist nicht in der Lage die Anweisungen zu verstehen

|| 6. Zielperson weigert sich

|| *IF WS010\_ (RESULT OF FIRST TRIAL) = 1. Erfolgreich abgeschlossen*

|| **WS011\_ TIME OF FIRST WALKING SPEED TEST**

|| IWER:ZEIT IN SEKUNDEN MIT ZWEI STELLEN HINTER DEM KOMMA EINTRAGEN

|| \_\_\_\_\_ (0.50..30.00)

|| **WS012\_ RESULT OF SECOND TRIAL**

|| IWER:GEHTEST WIEDERHOLEN, ERGEBNIS DES ZWEITEN VERSUCHS EINTRAGEN

|| 1. Erfolgreich abgeschlossen

|| 2. Versucht, aber nicht abgeschlossen

|| 3. Vom Interviewer aus Sicherheitsgründen gestoppt

|| 4. Nicht versucht, Versuch ist Zielperson zu unsicher

|| 5. Zielperson ist nicht in der Lage, die Anweisungen zu verstehen

|| 6. Zielperson weigert sich

|| *IF WS012\_ (RESULT OF SECOND TRIAL) = 1. Erfolgreich abgeschlossen*

```

|||||
||||| WS013_ TIME OF SECOND WALKING SPEED TEST
|||||
||||| IWER:ZEIT IN SEKUNDEN MIT ZWEI STELLEN HINTER DEM KOMMA
EINTRAGEN
||||| _____ (0.50..30.00)
|||||
CHK: NOT ((WS013_RecordSecondTime <= (WS011_RecordFirstTime - 10)) OR
(WS013_RecordSecondTime >= (WS011_RecordFirstTime + 10))) MAIN "^FLError[28]"
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| WS014_ DID THE RESPONDENT HAVE COMMENT ON PAIN
||||| SPONTANEN KOMMENTAR DER ZIELPERSON ÜBER SCHMERZEN
EINTRAGEN. WENN KEIN KOMMENTAR, FRAGEN: "Hatten Sie bei der Durchführung
des Gehtests
||||| irgendwelche Schmerzen?"
||||| 1. Ja
||||| 5. Nein
|||||
||||| WS015_ RECORD TYPE OF FLOOR SURFACE
|||||
||||| IWER:ART DES BODENBELAGES EINTRAGEN.
||||| 1. Linoleum/Fliesen/Holz
||||| 2. Dünner Teppich
||||| 3. Dicker Teppich
||||| 4. Beton/Estrich
||||| 5. Nicht zu erkennen
||||| 97. Anderer
|||||
|||||
||||| IF WS015_ (RECORD TYPE OF FLOOR SURFACE) = 97. Anderer
|||||
||||| WS016_ OTHER TYPE OF FLOOR SURFACE
|||||
||||| IWER:WAS FÜR EIN ANDERER BODENBELAG?
||||| _____
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| WS017_ TYPE OF AID USED DURING TEST
|||||
||||| IWER:ART DER GEHHILFE EINTRAGEN
||||| 1. Keine
||||| 2. Spazierstock
||||| 3. Krücken
||||| 4. Gehgestell
||||| 97. Andere

```

```

| |
| | IF WS017_ (TYPE OF AID USED DURING TEST) = 97. Andere
| | |
| | | WS018_ OTHER TYPE OF AID USED DURING TEST
| | |
| | | IWER:WELCHE ANDERE ART DER HILFE?
| | | _____
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | IF WS007_ (CHECK AVAILABLE SPACE FOR TEST) = 2. Platz reicht nicht aus OR
| | WS007_ (CHECK AVAILABLE SPACE FOR TEST) = 1. Ausreichend
| | Platz vorhanden AND WS010_ (RESULT OF FIRST TRIAL) <> 1. Erfolgreich
| | abgeschlossen OR WS012_ (RESULT OF SECOND TRIAL) <> 1. Erfolgreich
| | abgeschlossen
| | |
| | | WS019_ DETAILS ON WHY TEST WAS NOT COMPLETED
| | |
| | | IWER:DETAILS ANGEBEN, WARUM DER GEHTEST NICHT ERFOLGREICH
| | | ABGESCHLOSSEN WURDE: WARUM WURDE ER AUS SICHERHEITSGRÜNDEN
| | | ABGEBROCHEN, WARUM WURDE ER
| | | VERWEIGERT, WARUM WURDE ER NICHT BEENDET?
| | | _____
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | IF MN808_ (AGE RESPONDENT) < 75
| | |
| | | CS001_ INTRODUCTION CS
| | | Der nächste Test misst die Kraft und Ausdauer Ihrer Beine. Ich möchte Sie bitten, Ihrer
| | | Arme vor der Brust zu verschränken und sich so
| | | hinzusetzen, dass Ihre Füße den Boden berühren. Dann stehen Sie bitte mit weiter
| | | verschränkten Armen auf. Genau so ...
| | | IWER:VORFÜHREN
| | | 1. Weiter
| | |
| | |
| | | CS002_ SAFE TO DO CS
| | | Meinen Sie, dass es für Sie sicher ist, zu versuchen vom Stuhl aufzustehen, ohne dass Sie
| | | Ihre Arme benutzen?
| | | 1. Ja
| | | 5. Nein
| | |
| | | IF CS002_ (SAFE TO DO CS) = 1. Ja

```

```

||
|| CS003_ SET UP TEST
||
|| IWER:TEST VORBEREITEN UND ANWEISUNGEN IM INTERVIEWER
TESTPROTOKOLL FOLGEN
|| 1. Weiter
||
|| CS004_ SINGLE CS TEST RESULTS
||
|| IWER:ERGEBNISSE DES EINFACHEN STUHL-TESTS NOTIEREN
|| 1. ZP ist aufgestanden ohne die Arme zu benutzen
|| 2. ZP benutzte beim aufstehen die Arme
|| 3. Test nicht vollständig durchgeführt
||
|| IF CS004_ (SINGLE CS TEST RESULTS) = 3. Test nicht vollständig durchgeführt
||
|| CS005_ WHY NOT COMPLETED SINGLE CS TEST
||
|| IWER:WARUM HAT DIE ZIELPERSON DEN STUHL-TEST NICHT
DURCHGEFÜHRT? (ALLE ZUTREFFENDEN GRÜNDE ANGEBEN)
|| 1. Hat es versucht, war aber nicht in der Lage
|| 2. ZP konnte ohne Hilfe nicht stehen
|| 3. ZP hatte das Gefühl, das der Test nicht sicher ist
|| 4. IWER hatte das Gefühl, dass der Test nicht sicher ist
|| 5. ZP hat sich geweigert, am Test teilzunehmen oder ihn zu beenden
|| 6. ZP hat Anweisungen nicht verstanden
|| 97. Anderer Grund (bitte angeben)
||
|| IF 97. Anderer Grund (bitte angeben) IN CS005_(WHY NOT COMPLETED SINGLE CS
TEST)
||
|| CS006_ OTHER REASON NOT COMPLETED SINGLE CS TEST
||
|| IWER:ANDEREN GRUND NOTIEREN
|| _____
||
|| ENDIF
||
|| ENDIF
||
|| IF CS004_ (SINGLE CS TEST RESULTS) = 1. ZP ist aufgestanden ohne die Arme zu
benutzen
||
|| CS007_ SAFE TO DO FIVE TIMES CS
|| Meinen Sie, dass es für Sie sicher wäre, zu versuchen fünfmal vom Stuhl aufzustehen,
ohne dass Sie Ihre Arme benutzen?
|| 1. Ja
|| 5. Nein
||

```

```

||| IF CS007_ (SAFE TO DO FIVE TIMES CS) = 1. Ja
||||
|||| CS008_ TIME IN SECONDS USED FOR FIVE STANDS
||||
|||| IWER:NOTIEREN SIE DIE ZEIT - IN SEKUNDEN - FÜR FÜNFMALIGES
AUFSTEHEN. GEBEN SIE 99 EIN, FALLS DIE ZP ES NICHT GESCHAFFT HABEN
SOLLTE, FÜNFMAL
|||| INNERHALB EINER MINUTE AUFZUSTEHEN
|||| _____ (0.00..99.00)
||||
|||| IF CS008_ (TIME IN SECONDS USED FOR FIVE STANDS) = 99
||||
|||| CS009_ WHY NOT COMPLETED THE FIVE CS TEST
||||
|||| IWER:WARUM HAT DIE ZIELPERSON DEN FÜNFFACHEN STUHL-TEST
NICHT VOLLSTÄNDIG DURCHGEFÜHRT? (ALLE ZUTREFFENDEN GRÜNDE
ANGEBEN)
|||| 1. Hat es versucht, war aber nicht in der Lage
|||| 2. ZP konnte ohne Hilfe nicht stehen
|||| 3. ZP hatte das Gefühl, das der Test nicht sicher ist
|||| 4. IWER hatte das Gefühl, dass der Test nicht sicher ist
|||| 5. ZP hat sich geweigert, am Test teilzunehmen oder ihn zu beenden
|||| 6. ZP hat Anweisungen nicht verstanden
|||| 97. Anderer Grund (bitte angeben)
||||
||||
|||| IF 97. Anderer Grund (bitte angeben) IN CS009_(WHY NOT COMPLETED THE FIVE
CS TEST)
||||
|||| CS010_ OTHER REASON FIVE CS TEST NOT COMPLETED
||||
|||| IWER:ANDEREN GRUND NOTIEREN
|||| _____
||||
|||| ENDIF
||||
|||| ENDIF
||||
|||| CS011_ EFFORT THAT R GAVE TO CS
||||
|||| IWER:WIE SEHR HAT SICH DIE ZIELPERSON BEI DIESEM TEST
ANGESTRENGT?
|||| 1. ZP hat volle Leistung gebracht
|||| 2. ZP konnte nicht volle Leistung bringen, wg. Krankheit, Schmerzen, oder anderer
Gebrechen
|||| 3. ZP schien nicht die volle Leistung zu bringen, ohne offensichtlichen Grund
||||
||||
|||| ENDIF
||||
||| ENDIF

```

||  
| *ENDIF*  
|  
|  
*ENDIF*

*IF MN006\_ (FAMILY RESPONDENT) = 1*

| **CH001\_ NUMBER OF CHILDREN**

| Ich werde Ihnen jetzt einige Fragen zu Ihren Kindern stellen. Wie viele Kinder haben Sie, die noch leben? Bitte zählen Sie alle leiblichen Kinder,

| Pflegekinder, Adoptivkinder und Stiefkinder[, einschließlich jener/, einschließlich jener/, einschließlich jener/, einschließlich

| jener/{empty}/{empty}][Ihres Ehemannes/Ihrer Ehefrau/Ihres Partners/Ihrer Partnerin/{empty}/{empty}].

| \_\_\_\_\_ (0..20)

| *IF CH001\_ (NUMBER OF CHILDREN) > 0*

|| **CH002\_ CHILD IS NATURAL CHILD**

|| [Ist dies ein leibliches Kind/Sind alle diese Kinder leibliche Kinder] von Ihnen [und Ihrem derzeitigen Mann oder Partner/und Ihrer derzeitigen Frau

|| oder Partnerin/{empty}]?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

|| **CH003\_ INTRODUCTION TEXT ON QUESTIONS ABOUT CHILDREN**

|| Wir würden gerne mehr über [dieses Kind erfahren./diese Kinder erfahren. Beginnen wir mit dem ältesten Kind.]

|| 1. Weiter

|| *LOOP cnt:= 1 TO NUMBER OF CHILDREN*

||| **CH004\_ FIRST NAME OF CHILD N**

||| Wie lautet der Vorname Ihres

[{empty}/ersten/zweiten/dritten/vierten/fünften/sechsten/siebten/achten

/neunten/zehnten/elften/zwölften/13ten/14ten/15ten/16ten/17ten/18ten/19ten/20ten/21ten/22ten/23ten/24ten/25ten/26ten/27ten/28ten/29ten/30ten] Kindes?

||| \_\_\_\_\_

||| **CH005\_ SEX OF CHILD N**

||| Ist [{empty}] männlich oder weiblich?

||| IWER:NUR BEI UNKLAREM VORNAMEN NACHFRAGEN

||| 1. Männlich

||| 2. Weiblich

||| **CH006\_ YEAR OF BIRTH CHILD N**

||| In welchem Jahr wurde [{empty}] geboren?

||| (1875..2008)

```

|||
||| CH007_ WHERE DOES CHILD N LIVE
||| Bitte sehen Sie sich Karte 33 an. Wo lebt [{empty}]?
||| 1. Im gleichen Haushalt
||| 2. Im gleichen Gebäude
||| 3. Weniger als 1 Kilometer entfernt
||| 4. Zwischen 1 und 5 Kilometer entfernt
||| 5. Zwischen 5 und 25 Kilometer entfernt
||| 6. Zwischen 25 und 100 Kilometer entfernt
||| 7. Zwischen 100 und 500 Kilometer entfernt
||| 8. Mehr als 500 Kilometer entfernt
||| 9. Mehr als 500 Kilometer entfernt und im Ausland
|||
||| IF CH007_ChLWh.ORD = 9
|||
||| CH008_ WHICH COUNTRY
||| Um welches Land handelt es sich?
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDLOOP
|||
||| ENDIF
|||
||| IF CH001_ (NUMBER OF CHILDREN) > 0
|||
|||
||| LOOP cnt:= 1 TO Sec_CH.Child.ChildInfoLoop2
|||
||| IF FLChildName <> "
|||
||| IF CH001_ (NUMBER OF CHILDREN) > 4 AND j = 1
|||
||| CH009_ INTRODUCTION2 TEXT ON QUESTIONS ABOUT CHILDREN
||| Jetzt würden wir gerne etwas mehr über einige diese Kinder wissen. Lassen Sie uns bitte
||| mit [{Name des Kindes}] beginnen.
||| 1. Weiter
|||
||| ENDIF
|||
||| IF CH002_ (CHILD IS NATURAL CHILD) = 5. Nein
|||
||| IF MN005_ (INTERVIEW MODE) = 1
|||
||| CH010_ STEP ADOPTIVE OR FOSTER CHILD
||| Ist [{Name des Kindes}]...
||| IWER:LAUT VORLESEN
||| 1. Ein leibliches Kind
||| 2. Ein Stiefkind
||| 3. Ein Adoptivkind

```

```

||||| 4. Ein Pflegekind
|||||
|||||
||||| ELSE
|||||
||||| CH011_ OWN CHILD
||||| Ist [{Name des Kindes}]...
||||| IWER:LAUT VORLESEN
||||| 1. Ein leibliches Kind von Ihnen und Ihrem/Ihrer derzeitigen Partner(in)
||||| 2. Ein leibliches Kind aus einer früheren Beziehung
||||| 3. Ein leibliches Kind Ihres derzeitigen Partners / Ihrer derzeitigen Partnerin aus einer
früheren Beziehung
||||| 4. Ein Adoptivkind
||||| 5. Ein Pflegekind
|||||
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| IF CH005_YearOfBirthChildN < YEAR SYSDATE - 16
|||||
||||| CH012_ MARITAL STATUS OF CHILD
||||| Bitte sehen Sie sich Karte 34 an. Was ist der Familienstand von [{Name des Kindes}]?
||||| 1. Verheiratet und mit Ehegatten zusammenlebend
||||| 2. In eingetragener Partnerschaft lebend
||||| 3. Verheiratet, getrennt vom Ehegatten lebend
||||| 4. Ledig
||||| 5. Geschieden
||||| 6. Verwitwet
|||||
||||| IF CH012_MaritalStatusChildN.ORD > 2
|||||
||||| CH013_ DOES CHILD HAVE PARTNER
||||| Lebt [{Name des Kindes}] mit [einer Partnerin/einem Partner] zusammen?
||||| 1. Ja
||||| 5. Nein
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| IF CH007_ (WHERE DOES CHILD N LIVE) <> 1. Im gleichen Haushalt AND
CH007_ (WHERE DOES CHILD N LIVE) <> DONTKNOW AND
||||| CH007_ (WHERE DOES CHILD N LIVE) <> REFUSAL
|||||
||||| CH014_ CONTACT WITH CHILD
||||| Während der letzten zwölf Monate - wie häufig hatten Sie [oder Ihr/oder Ihre/oder
Ihr/oder Ihre/{empty}/{empty}]
||||| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] Kontakt mit [{Name des Kindes}],
entweder persönlich, telefonisch, oder per Brief.

```

|||| IWER:ALLE ARTEN VON KONTAKT, ZUM BEISPIEL AUCH EMAIL, SMS  
ODER MMS

- |||| 1. Täglich
- |||| 2. Mehrmals in der Woche
- |||| 3. Ungefähr einmal pro Woche
- |||| 4. Ungefähr einmal alle zwei Wochen
- |||| 5. Ungefähr einmal pro Monat
- |||| 6. Weniger als einmal pro Monat
- |||| 7. Nie

||||

|||| **CH015\_ YEAR CHILD MOVED FROM HOUSEHOLD**

|||| In welchem Jahr ist [{Name des Kindes}] aus dem Elternhaus ausgezogen?

|||| IWER:LETZTEN AUSZUG ZÄHLEN. "2008" EINGEBEN, FALLS DAS KIND  
IMMER NOCH IM ELTERNHAUS LEBT (Z.B. BEI DER GESCHIEDENEN MUTTER)

|||| \_\_\_\_\_ (1875..2008)

||||

CHK: CH015\_YrChldMoveHh >= piCH005\_YearOfBirthChildN MAIN "^FLError[3]"

|||| *ENDIF*

||||

|||| *IF CH005\_YearOfBirthChildN < YEAR SYSDATE - 16*

||||

|||| **CH016\_ CHILD OCCUPATION**

|||| Bitte sehen Sie sich Karte 35 an. Welchen Erwerbsstatus hat [{Name des Kindes}]?

- |||| 1. Vollzeitbeschäftigt
- |||| 2. Teilzeitbeschäftigt
- |||| 3. Selbständig oder im Familienbetrieb beschäftigt
- |||| 4. Arbeitslos
- |||| 5. In schulischer oder beruflicher Ausbildung, inkl. Umschulung
- |||| 6. Inanspruchnahme von Elternzeit
- |||| 7. In Rente oder Frührente
- |||| 8. Dauerhaft erwerbsunfähig wegen Krankheit oder Behinderung
- |||| 9. Hausfrau oder Hausmann
- |||| 97. Anderer

||||

||||

|||| **CH017\_ CHILD EDUCATION**

|||| Bitte sehen Sie sich Karte 36 an. Welches ist der höchste Schulabschluss, den [{Name  
des Kindes}] erreicht hat?

- |||| 1. Volks- oder Hauptschulabschluss; 8. Klasse Polytechnische Oberschule (POS)
- |||| 2. Realschulabschluss; 10. Klasse POS
- |||| 3. Fachhochschulreife
- |||| 4. Abitur
- |||| 95. Noch kein Schulabschluss
- |||| 96. Kein Schulabschluss
- |||| 97. Anderer Schulabschluss (auch im Ausland)

||||

|||| **CH018\_ FURTHER EDUCATION OR VOCATIONAL TRAINING**

|||| Bitte sehen Sie sich Karte 37 an. Welche berufsbildenden oder Hochschulabschlüsse hat  
[{Name des Kindes}]?

|||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

- |||| 1. Lehre

```

||||| 2. Berufsfachschule
||||| 3. Fachschule
||||| 4. Fachhochschulabschluss
||||| 5. Hochschulabschluss
||||| 95. Noch in beruflicher Ausbildung
||||| 96. Kein Berufsabschluss
||||| 97. Anderer Berufsabschluss (auch im Ausland)
|||||
|||||
||||| CH019_ NUMBER OF CHILDREN OF CHILD
||||| Wie viele Kinder hat [{Name des Kindes}]?
||||| IWER:ALS KINDER ZÄHLEN: LEIBLICHE KINDER, PFLEGEKINDER,
STIEFKINDER, EINGESCHLOSSEN KINDER VON EHEGATTEN ODER PARTNER/IN.
||||| _____ (0..25)
|||||
||||| IF CH019_ (NUMBER OF CHILDREN OF CHILD) > 0
|||||
||||| CH020_ YEAR OF BIRTH YOUNGEST CHILD
||||| In welchem Jahr wurde das [jüngste/{empty}] Kind von [{Name des Kindes}]
geboren?
||||| (1875..2008)
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDLOOP
|||||
||||| ENDIF
|
| IF CH001_ (NUMBER OF CHILDREN) > 0
|
| CH021_ NUMBER OF GRANDCHILDREN
| Wie viele Enkelkinder haben Sie [und Ihr/und Ihre/und Ihr/und Ihre/{empty}/{empty}]
[Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] insgesamt?
| _____ (0..20)
|
| IF CH021_ (NUMBER OF GRANDCHILDREN) > 0
|
| CH022_ HAS GREAT-GRANDCHILDREN
| Haben Sie [und Ihr/und Ihre/und Ihr/und Ihre/{empty}/{empty}]
[Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] Urenkel?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| ENDIF
|
| ENDIF
|

```

```

| CH023_ WHO ANSWERED QUESTIONS IN SECTION CH
|
| IWER:INTERVIEWER CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM MODUL
| BEANTWORTET?
| 1. Zielperson
| 2. Zielperson und Stellvertreter
| 3. Nur Stellvertreter
|
| ENDIF

| IF MN006_ (FAMILY RESPONDENT) = 1
|
| SP001_ INTRODUCTION SP
| Wir interessieren uns dafür, wie Menschen einander helfen. Bei den nächsten Fragen geht es
| um Hilfe, die Sie Menschen in Ihrem Umfeld gegeben haben
| und um Hilfe, die Sie von Menschen aus Ihrem Umfeld bekommen haben.
| 1. Weiter
|
| SP002_ RECEIVED HELP FROM OTHERS
| Bitte sehen Sie sich Karte 38 an. Wenn Sie an die [Zeit seit dem letzten Interview, d.h.
| seit/letzten zwölf Monate] denken, hat irgendein
| Familienmitglied außerhalb Ihres Haushalts, ein Freund oder Nachbar Ihnen [oder/oder/oder
| /oder/{empty}/{empty}]
| [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]
| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] eine der auf dieser Karte aufgeführten Arten
| von Hilfe
| geleistet?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF SP002_ (RECEIVED HELP FROM OTHERS) = 1. Ja
|
| SP003_ WHO GAVE YOU HELP
| Welches [{empty}/andere] Familienmitglied außerhalb Ihres Haushalts oder welcher
| Freund oder Nachbar hat Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
| [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]
| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] [seit dem letzten Interview/in den letzten
| zwölf Monaten]
| [am häufigsten/{empty}] geholfen?
| {Beziehungskarte}
|
| IF SP003_ (WHO GAVE YOU HELP) = >Beziehungskarte
|
| SP023_ NAME OTHER CHILD
|
| IWER:NOTIEREN SIE DEN NAMEN DES KINDES
| _____
|
| ENDIF
|

```

|| **SP004\_ WHICH TYPES OF HELP**

|| Sehen Sie sich bitte Karte 38 an. Welche Arten von Hilfe hat diese Person [seit dem letzten Interview/in den letzten zwölf Monaten] geleistet?

|| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN. DIE FRAGE BEZIEHT SICH NICHT AUF DIE BETREUUNG VON ENKELN; DIES WIRD SPÄTER IN FRAGE SP014 ERFRAGT.

|| 1. Persönliche Pflege, d.h. a) beim Anziehen (einschließlich Socken und Schuhe), b) beim Baden oder Duschen, c) beim Essen (z.B. beim Zerkleinern

|| der Speisen), d) beim Hinlegen oder aus dem Bett aufstehen, e) beim Benutzen der Toilette (auch beim Aufstehen und Hinsetzen)

|| 2. Praktische Hilfe im Haushalt, z.B. bei kleinen Reparaturen, bei der Gartenarbeit, beim Einkaufen oder bei der Hausarbeit

|| 3. Hilfe mit Behörden und Ämtern, zum Beispiel beim Ausfüllen von Formularen, bei finanziellen oder rechtlichen Angelegenheiten

||  
||

|| **SP005\_ HOW OFTEN RECEIVED HELP FROM THIS PERSON**

|| [Seit dem letzten Interview/In den letzten zwölf Monaten] - wie oft haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}

|| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty} [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty} solche Hilfe von dieser Person bekommen? War es ...

|| IWER:LAUT VORLESEN

|| 1. Fast täglich

|| 2. Fast wöchentlich

|| 3. Fast jeden Monat

|| 4. Weniger häufig

||

|| **SP006\_ HOURS RECEIVED HOUSEHOLD HELP**

|| Ungefähr wie viele Stunden haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty} [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}

|| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty} diese Hilfe insgesamt von dieser Person [an einem typischen Tag/in einer typischen Woche/in einem typischen Monat/in den letzten zwölf Monaten] erhalten?

|| IWER:AUF VOLLE STUNDEN AUFRUNDEN

|| \_\_\_\_\_ (0..3000)

||

|| *IF Index <> 3*

||

|| **SP007\_ ANY OTHER HELPER FROM OUTSIDE THE HOUSEHOLD**

|| Gibt es noch andere Familienmitglieder außerhalb Ihres Haushalts, andere Freunde oder Nachbarn, die Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}

|| [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}]{empty}

|| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty} bei den auf Karte 38 aufgeführten Dingen [seit dem letzten

|| Interview/in den letzten zwölf Monaten] geholfen haben?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| *ENDIF*

||

|| *LOOP cnt1:= 2 TO 3*

|||  
 ||| *IF HelpFromOther[cnt1 - SP007\_ (ANY OTHER HELPER FROM OUTSIDE THE HOUSEHOLD) = 1. Ja*  
 |||  
 ||| **SP003\_ WHO GAVE YOU HELP**  
 ||| Welches [{empty}/andere] Familienmitglied außerhalb Ihres Haushalts oder welcher Freund oder Nachbar hat Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]  
 ||| [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]  
 [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] [seit dem letzten Interview/in den letzten zwölf Monaten]  
 ||| [am häufigsten/{empty}] geholfen?  
 ||| {Beziehungskarte}  
 |||  
 ||| *IF SP003\_ (WHO GAVE YOU HELP) = >Beziehungskarte*  
 |||  
 ||| **SP023\_ NAME OTHER CHILD**  
 |||  
 ||| IWER:NOTIEREN SIE DEN NAMEN DES KINDES  
 ||| \_\_\_\_\_  
 |||  
 ||| *ENDIF*  
 |||  
 ||| **SP004\_ WHICH TYPES OF HELP**  
 ||| Sehen Sie sich bitte Karte 38 an. Welche Arten von Hilfe hat diese Person [seit dem letzten Interview/in den letzten zwölf Monaten] geleistet?  
 ||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN. DIE FRAGE BEZIEHT SICH NICHT AUF DIE BETREUUNG VON ENKELN; DIES WIRD SPÄTER IN FRAGE SP014 ERFRAGT.  
 ||| 1. Persönliche Pflege, d.h. a) beim Anziehen (einschließlich Socken und Schuhe), b) beim Baden oder Duschen, c) beim Essen (z.B. beim Zerkleinern  
 ||| der Speisen), d) beim Hinlegen oder aus dem Bett aufstehen, e) beim Benutzen der Toilette (auch beim Aufstehen und Hinsetzen)  
 ||| 2. Praktische Hilfe im Haushalt, z.B. bei kleinen Reparaturen, bei der Gartenarbeit, beim Einkaufen oder bei der Hausarbeit  
 ||| 3. Hilfe mit Behörden und Ämtern, zum Beispiel beim Ausfüllen von Formularen, bei finanziellen oder rechtlichen Angelegenheiten  
 |||  
 |||  
 ||| **SP005\_ HOW OFTEN RECEIVED HELP FROM THIS PERSON**  
 ||| [Seit dem letzten Interview/In den letzten zwölf Monaten] - wie oft haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]  
 ||| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] solche Hilfe von dieser Person bekommen? War es ...  
 ||| IWER:LAUT VORLESEN  
 ||| 1. Fast täglich  
 ||| 2. Fast wöchentlich  
 ||| 3. Fast jeden Monat  
 ||| 4. Weniger häufig  
 |||  
 ||| **SP006\_ HOURS RECEIVED HOUSEHOLD HELP**  
 ||| Ungefähr wie viele Stunden haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]

[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]  
 ||| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] diese Hilfe insgesamt von dieser Person  
 [an einem typischen Tag/in einer typischen Woche/in einem  
 ||| typischen Monat/in den letzten zwölf Monaten] erhalten?  
 ||| IWER:AUF VOLLE STUNDEN AUFRUNDEN  
 ||| \_\_\_\_\_ (0..3000)  
 |||  
 ||| *IF Index <> 3*  
 |||  
 ||| **SP007\_ ANY OTHER HELPER FROM OUTSIDE THE HOUSEHOLD**  
 ||| Gibt es noch andere Familienmitglieder außerhalb Ihres Haushalts, andere Freunde oder  
 Nachbarn, die Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]  
 ||| [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]  
 [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] bei den auf Karte 38 aufgeführten Dingen  
 [seit dem letzten  
 ||| Interview/in den letzten zwölf Monaten] geholfen haben?  
 ||| 1. Ja  
 ||| 5. Nein  
 |||  
 ||| *ENDIF*  
 |||  
 || *ENDIF*  
 ||  
 || *ENDLOOP*  
 ||  
 | *ENDIF*  
 |  
*ENDIF*

**SP008\_ GIVEN HELP IN THE TIME SINCE THE LAST INTERVIEW**

Jetzt würde ich Ihnen gerne einige Fragen zu der Hilfe stellen, die Sie anderen geleistet haben.  
 Bitte sehen Sie sich Karte 38 an. Haben Sie  
 persönlich [seit dem letzten Interview, d.h. seit/in den letzten zwölf Monaten] einem  
 Familienmitglied außerhalb Ihres Haushalts, einem Freund  
 oder einem Nachbarn eine der auf dieser Karte aufgeführten Arten von Hilfe geleistet?  
 1. Ja  
 5. Nein

*IF SP008\_ (GIVEN HELP IN THE TIME SINCE THE LAST INTERVIEW) = 1. Ja*

| **SP009\_ TO WHOM DID YOU GIVE HELP**

| Welchem [{empty}/anderen] Familienmitglied außerhalb des Haushalts, Freund oder  
 Nachbarn haben Sie [seit dem letzten Interview/in den letzten zwölf  
 | Monaten] [am häufigsten/{empty}] geholfen?  
 | {Beziehungskarte}

| *IF SP009\_ (TO WHOM DID YOU GIVE HELP) = >Beziehungskarte*

|| **SP024\_ NAME OTHER CHILD**

||

|| IWER:NAMEN DES KINDES NOTIEREN

|| \_\_\_\_\_

||

| *ENDIF*

| **SP010\_ TYPES OF HELP GIVEN**

| Bitte sehen Sie sich Karte 38 an. Welche Art von Hilfe haben Sie dieser Person [seit dem letzten Interview/in den letzten zwölf Monaten] geleistet?

| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN. DIE FRAGE BEZIEHT SICH NICHT AUF DIE BETREUUNG VON ENKELN; DIES WIRD SPÄTER IN FRAGE SP014 ERFRAGT.

| 1. Persönliche Pflege, d.h. a) beim Anziehen (einschließlich Socken und Schuhe), b) beim Baden oder Duschen, c) beim Essen (z.B. beim Zerkleinern der Speisen), d) beim Hinlegen oder aus dem Bett aufstehen, e) beim Benutzen der Toilette (auch beim Aufstehen und Hinsetzen)

| 2. Praktische Hilfe im Haushalt, z.B. bei kleinen Reparaturen, bei der Gartenarbeit, beim Einkaufen oder bei der Hausarbeit

| 3. Hilfe mit Behörden und Ämtern, zum Beispiel beim Ausfüllen von Formularen, bei finanziellen oder rechtlichen Angelegenheiten

|

|

| **SP011\_ HOW OFTEN GIVE HELP**

| [Seit dem letzten Interview/In den letzten zwölf Monaten] - wie häufig haben Sie dieser Person diese Art von Hilfe geleistet? War es...

| IWER:WENN DIE ZIELPERSON WÄHREND DES JAHRES ZU BESTIMMTEN ZEITEN MEHR HILFE GELEISTET HAT, BITTEN SIE DIE ZIELPERSON, EINE HÄUFIGKEIT ANZUGEBEN,

| DIE DEM DURCHSCHNITT WÄHREND DER LETZTEN ZWÖLF MONATE ENTSpricht

| 1. Fast täglich

| 2. Fast wöchentlich

| 3. Fast jeden Monat

| 4. Weniger häufig

|

| **SP012\_ HOURS GIVEN HELP**

| Ungefähr wie viele Stunden insgesamt haben Sie diese Hilfe [an einem typischen Tag/in einer typischen Woche/in einem typischen Monat/in den letzten zwölf Monaten] geleistet?

| IWER:AUF VOLLE STUNDEN AUFRUNDEN

| \_\_\_\_\_ (0..3000)

|

| *IF Index <> 3*

||

|| **SP013\_ HAVE YOU GIVEN HELP TO OTHERS**

|| Gibt es noch ein anderes Familienmitglied außerhalb Ihres Haushalts, andere Freunde oder Nachbarn, denen Sie bei den auf Karte 38 aufgeführten

|| Dingen [seit dem letzten Interview/in den letzten zwölf Monaten] geholfen haben?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

| *ENDIF*

|

```

| LOOP cnt2:= 2 TO 3
|
| IF HelpFromOutside[cnt2 - SP013_ (HAVE YOU GIVEN HELP TO OTHERS) = 1. Ja
|
| SP009_ TO WHOM DID YOU GIVE HELP
| Welchem [{empty}/anderen] Familienmitglied außerhalb des Haushalts, Freund oder
Nachbarn haben Sie [seit dem letzten Interview/in den letzten zwölf
| Monaten] [am häufigsten/{empty}] geholfen?
| {Beziehungskarte}
|
| IF SP009_ (TO WHOM DID YOU GIVE HELP) = >Beziehungskarte
|
| SP024_ NAME OTHER CHILD
|
| IWER:NAMEN DES KINDES NOTIEREN
| _____
|
| ENDIF
|
| SP010_ TYPES OF HELP GIVEN
| Bitte sehen Sie sich Karte 38 an. Welche Art von Hilfe haben Sie dieser Person [seit dem
letzten Interview/in den letzten zwölf Monaten] geleistet?
| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN. DIE FRAGE BEZIEHT SICH NICHT
AUF DIE BETREUUNG VON ENKELN; DIES WIRD SPÄTER IN FRAGE SP014
ERFRAGT.
| 1. Persönliche Pflege, d.h. a) beim Anziehen (einschließlich Socken und Schuhe), b) beim
Baden oder Duschen, c) beim Essen (z.B. beim Zerkleinern
| der Speisen), d) beim Hinlegen oder aus dem Bett aufstehen, e) beim Benutzen der
Toilette (auch beim Aufstehen und Hinsetzen)
| 2. Praktische Hilfe im Haushalt, z.B. bei kleinen Reparaturen, bei der Gartenarbeit, beim
Einkaufen oder bei der Hausarbeit
| 3. Hilfe mit Behörden und Ämtern, zum Beispiel beim Ausfüllen von Formularen, bei
finanziellen oder rechtlichen Angelegenheiten
|
|
| SP011_ HOW OFTEN GIVE HELP
| [Seit dem letzten Interview/In den letzten zwölf Monaten] - wie häufig haben Sie dieser
Person diese Art von Hilfe geleistet? War es...
| IWER:WENN DIE ZIELPERSON WÄHREND DES JAHRES ZU BESTIMMTEN
ZEITEN MEHR HILFE GELEISTET HAT, BITTEN SIE DIE ZIELPERSON, EINE
HÄUFIGKEIT ANZUGEBEN,
| DIE DEM DURCHSCHNITT WÄHREND DER LETZTEN ZWÖLF MONATE
ENTSPRICHT
| 1. Fast täglich
| 2. Fast wöchentlich
| 3. Fast jeden Monat
| 4. Weniger häufig
|
| SP012_ HOURS GIVEN HELP
| Ungefähr wie viele Stunden insgesamt haben Sie diese Hilfe [an einem typischen Tag/in
einer typischen Woche/in einem typischen Monat/in den letzten

```

```

||| zwölf Monaten] geleistet?
||| IWER:AUF VOLLE STUNDEN AUFRUNDEN
||| _____ (0..3000)
|||
||| IF Index <> 3
|||
||| SP013_ HAVE YOU GIVEN HELP TO OTHERS
||| Gibt es noch ein anderes Familienmitglied außerhalb Ihres Haushalts, andere Freunde
oder Nachbarn, denen Sie bei den auf Karte 38 aufgeführten
||| Dingen [seit dem letzten Interview/in den letzten zwölf Monaten] geholfen haben?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
| ENDLOOP
|
ENDIF

IF Sec_CH.Child.CH021_NoGrandChild > 0
|
| SP014_ LOOK AFTER GRANDCHILDREN
| [Seit dem letzten Interview/Während der letzten zwölf Monate] - haben Sie in Abwesenheit
der Eltern regelmäßig oder gelegentlich auf [Ihr
| Enkelkind/Ihre Enkelkinder] aufgepasst?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF SP014_ (LOOK AFTER GRANDCHILDREN) = 1. Ja
||
|| SP015_ PARENTS FROM GRANDCHILDREN
|| Von welchem Ihrer Kinder [stammt/stammen] [dieses Enkelkind/diese Enkelkinder]?
|| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN
|| Liste der Kinder
||
|| LOOP cnt3:= 1 TO 20
|||
||| IF cnt3 IN SP015_(PARENTS FROM GRANDCHILDREN)
|||
||| SP016_ HOW OFTEN DO YOU LOOK AFTER GRANDCHILDREN
||| Im Durchschnitt - wie oft haben Sie [seit dem letzten Interview/in den letzten zwölf
Monaten] auf das Kind/die Kinder von [FLChild[i]] aufgepasst?
||| War das...
||| IWER:LAUT VORLESEN
||| 1. Fast täglich
||| 2. Fast wöchentlich
||| 3. Fast jeden Monat
||| 4. Weniger häufig
|||

```

```

| | | SP017_ HOURS LOOKING AFTER GRANDCHILDREN
| | | Ungefähr wie viele Stunden haben Sie auf das Kind/die Kinder von [FLChild[i]] [an
| | | einem typischen Tag/in einer typischen Woche/in einem typischen
| | | Monat/in den letzten zwölf Monaten] aufgepasst?
| | | IWER:AUF VOLLE STUNDEN AUFRUNDEN
| | | _____ (0..9000)
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | ENDLOOP
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | ENDIF

| | | IF MN013_ (HOUSEHOLD SIZE) > 1
| | |
| | | SP018_ GIVEN HELP TO SOMEONE IN THE HOUSEHOLD
| | | Jetzt wollen wir über Hilfe innerhalb Ihres Haushalts sprechen. Lebt in diesem Haushalt
| | | jemand, dem Sie [seit dem letzten Interview/während der
| | | letzten zwölf Monate] regelmäßig bei der persönlichen Pflege geholfen haben, z.B. beim
| | | Waschen, Aufstehen oder Anziehen?
| | | IWER:UNTER REGELMÄSSIG VERSTEHEN WIR TÄGLICH ODER FAST TÄGLICH
| | | WÄHREND EINER ZEIT VON MINDESTENS DREI MONATEN. HILFE WÄHREND
| | | EINER KÜRZEREN
| | | KRANKHEIT VON FAMILIENMITGLIEDERN SOLL NICHT ERFASST WERDEN.
| | | 1. Ja
| | | 5. Nein
| | |
| | | IF SP018_ (GIVEN HELP TO SOMEONE IN THE HOUSEHOLD) = 1. Ja
| | |
| | | SP019_ TO WHOM GIVEN HELP IN THIS HOUSEHOLD
| | | Wer ist das?
| | | IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN
| | | {Beziehungskarte}
| | |
| | | IF >Beziehungskarte IN SP019_(TO WHOM GIVEN HELP IN THIS HOUSEHOLD)
| | |
| | | SP025_ NAME OTHER CHILD
| | |
| | | IWER:NAMEN DES KINDES NOTIEREN
| | | _____
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | IF NOT 96 IN Sec_PH.Health_B2.PH048_HeADLa
| | |
| | | SP020_ SOMEONE IN THIS HOUSEHOLD HELPED YOU REGULARLY WITH
PERSONAL CARE

```

|| Und lebt in diesem Haushalt jemand, der Ihnen [seit dem letzten Interview/während der letzten zwölf Monate] regelmäßig bei der persönlichen

|| Pflege geholfen hat, z.B. beim Waschen, Aufstehen oder Anziehen?

|| IWER:UNTER "REGELMÄSSIG" VERSTEHEN WIR TÄGLICH ODER FAST TÄGLICH WÄHREND EINER ZEIT VON MINDESTENS DREI MONATEN. HILFE WÄHREND EINER

|| KÜRZEREN KRANKHEIT SOLL NICHT ERFASST WERDEN.

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| *IF SP020\_ (SOMEONE IN THIS HOUSEHOLD HELPED YOU REGULARLY WITH PERSONAL CARE) = 1. Ja*

|||

||| **SP021\_ WHO HELPES YOU WITH PERSONAL CARE IN THE HOUSEHOLD**

||| Wer ist das?

||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

||| {Beziehungskarte}

|||

||| *IF >Beziehungskarte IN SP021\_ (WHO HELPES YOU WITH PERSONAL CARE IN THE HOUSEHOLD)*

||||

|||| **SP026\_ NAME OTHER CHILD**

||||

|||| IWER:NAME DES KINDES NOTIEREN

|||| \_\_\_\_\_

||||

||| *ENDIF*

|||

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

**SP022\_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN SP**

IWER:INTERVIEWER CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM MODUL BEANTWORTET?

1. Zielperson
2. Zielperson und Stellvertreter
3. Nur Stellvertreter

*IF MN007\_ (FINANCIAL RESPONDENT) = 1*

|

| **FT001\_ INTRODUCTION FINANCIAL TRANSFERS**

| Manche Menschen machen Geld- oder Sachgeschenke oder unterstützen andere, z.B. ihre Eltern, Kinder, Enkelkinder, andere Verwandte oder Freunde und

| Nachbarn, während andere dies nicht tun.

| 1. Weiter

|

```

|
| FT002_ GIVEN FINANCIAL GIFT 250 OR MORE
| Denken Sie jetzt bitte an [die Zeit seit dem letzten Interview, also seit/die letzten zwölf
| Monate][{Monat und Jahre des letzten
| Interviews}/{empty}]. Wenn Sie freie Kost und Unterkunft unberücksichtigt lassen, haben
| Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] in
| dieser Zeit eine Person innerhalb oder außerhalb ihres
| Haushalts mit Geld- oder Sachgeschenken im Wert von [{250}] [Euro] oder mehr
| unterstützt?
| IWER:NEBEN ZUWENDUNGEN IN BAR SIND UNTER GELDGESCHENKEN AUCH
| DIE ÜBERNAHME VON BESTIMMTEN KOSTEN, Z.B. FÜR MEDIZINISCHE
| VERSORGUNG, VERSICHERUNGEN,
| AUSBILDUNG ODER ANZAHLUNGEN FÜR WOHN-EIGENTUM ZU VERSTEHEN.
| KREDITE ODER SPENDEN AN GEMEINNÜTZIGE ORGANISATIONEN NICHT
| ZÄHLEN
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF FT002_ (GIVEN FINANCIAL GIFT 250 OR MORE) = 1. Ja
|
|
| FT003_ TO WHOM DID YOU PROVIDE FINANCIAL GIFT 250 OR MORE
| Wen [{empty}/sonst] haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
| [Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/{empty}/{empty}]
| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}/{empty}] [{empty}/in den letzten zwölf
| Monaten] in dieser Weise finanziell unterstützt oder wem
| [{empty}/sonst] haben Sie ein solches Geschenk gemacht?
| IWER:DAS INSTRUMENT ERLAUBT, BIS ZU DREI MAL DURCH DIESE
| FRAGENSEQUENZ ZU GEHEN
| {Beziehungskarte}
|
| IF FT003_ (TO WHOM DID YOU PROVIDE FINANCIAL GIFT 250 OR MORE) =
| >Beziehungskarte
|
|
| FT022_ NAME OTHER CHILD
|
| IWER:NAMEN DES KINDES NOTIEREN
| _____
|
| ENDIF
|
|
| FT004_ AMOUNT FINANCIAL GIFT GIVEN 250 OR MORE
| Ungefähr wie viel haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partnerin/Partner/{empty}/{empty}]
| dieser Person insgesamt [seit dem letzten Interview, also seit/in den letzten zwölf
| Monaten][{Monat und Jahr des letzten Interviews}/{empty}]
| gegeben?
| IWER:EINZELNE BETRÄGE ZU EINEM GESAMTBETRAG IN [Euro] ADDIEREN
| {Betrag eintragen}
|

```

```

|| IF FT004_ (AMOUNT FINANCIAL GIFT GIVEN 250 OR MORE) = RESPONSE
|||
CHK: FT004_AmFiGift250 >= VAL (FL250) MAIN "^FLError[23]"
|| ENDIF
||
CHK: FT004_AmFiGift250 <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
|| IF FT004_ (AMOUNT FINANCIAL GIFT GIVEN 250 OR MORE) = NONRESPONSE
|||
||| BRACKETS (FLUnfolding[14], FLCurr, BRs.Brackets[42].BR1, BRs.Brackets[42].BR2,
BRs.Brackets[42].BR3)
|||
||| ENDIF
||
|| FT006_ REASON FINANCIAL GIFT GIVEN 250 OR MORE
|| Sehen Sie sich bitte Karte 39 an. Was war der Hauptgrund für diese Hilfe oder dieses
Geschenk?
|| 1. Um für den Lebensunterhalt zu sorgen
|| 2. Um ein Haus oder eine Wohnung zu kaufen oder einzurichten
|| 3. Um bei einer anderen größeren Anschaffung zu helfen
|| 4. Wegen eines familiären Ereignisses (Geburt, Hochzeit, andere Feier)
|| 5. Um bei einer Scheidung zu helfen
|| 6. Um nach einem Trauerfall oder einer Krankheit zu helfen
|| 7. Um bei Arbeitslosigkeit zu helfen
|| 8. Für die Aus- oder Weiterbildung
|| 9. Um gesetzliche Verpflichtungen gegenüber einem Ehegatten, Eltern oder Kind zu
erfüllen
|| 96. Kein besonderer Grund
|| 97. Anderer Grund
||
|| IF Index <> 3
|||
||| FT007_ OTHER PERSONS GIVEN FINANCIAL GIFT 250 OR MORE
||| Bleiben wir bei [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten]: Gibt es
innerhalb oder außerhalb dieses Haushalts eine weitere
||| Person, die Sie[oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}}
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}} [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty}} mit
Geld- oder
||| Sachgeschenken im Wert von [{250}] [Euro] oder mehr unterstützt haben?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| ENDIF
||
|| LOOP cnt1:= 2 TO 3
|||
||| IF FT_Given_FinancialAssistance_LOOP[cnt1 - FT007_ (OTHER PERSONS GIVEN
FINANCIAL GIFT 250 OR MORE) = 1. Ja
|||
||| FT003_ TO WHOM DID YOU PROVIDE FINANCIAL GIFT 250 OR MORE
||| Wen [{empty}/sonst] haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}}
[Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/{empty}]{empty}}

```

```

|||| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}/{empty}] [{empty}/in den letzten zwölf
Monaten] in dieser Weise finanziell unterstützt oder wem
|||| [{empty}/sonst] haben Sie ein solches Geschenk gemacht?
|||| IWER:DAS INSTRUMENT ERLAUBT, BIS ZU DREI MAL DURCH DIESE
FRAGENSEQUENZ ZU GEHEN
|||| {Beziehungskarte}
||||
|||| IF FT003_ (TO WHOM DID YOU PROVIDE FINANCIAL GIFT 250 OR MORE) =
>Beziehungskarte
||||
|||| FT022_ NAME OTHER CHILD
||||
|||| IWER:NAMEN DES KINDES NOTIEREN
|||| _____
||||
|||| ENDIF
||||
|||| FT004_ AMOUNT FINANCIAL GIFT GIVEN 250 OR MORE
|||| Ungefähr wie viel haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partnerin/Partner/{empty}/{empty}]
|||| dieser Person insgesamt [seit dem letzten Interview, also seit/in den letzten zwölf
Monaten][Monat und Jahr des letzten Interviews]/{empty}]
|||| gegeben?
|||| IWER:EINZELNE BETRÄGE ZU EINEM GESAMTBETRAG IN [Euro] ADDIEREN
|||| {Betrag eintragen}
||||
|||| IF FT004_ (AMOUNT FINANCIAL GIFT GIVEN 250 OR MORE) = RESPONSE
||||
||||
CHK: FT004_AmFiGift250 >= VAL (FL250) MAIN "^FLError[23]"
|||| ENDIF
||||
CHK: FT004_AmFiGift250 <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
|||| IF FT004_ (AMOUNT FINANCIAL GIFT GIVEN 250 OR MORE) = NONRESPONSE
||||
|||| BRACKETS (FLUnfolding[14], FLCurr, BRs.Brackets[42].BR1,
BRs.Brackets[42].BR2, BRs.Brackets[42].BR3)
||||
|||| ENDIF
||||
|||| FT006_ REASON FINANCIAL GIFT GIVEN 250 OR MORE
|||| Sehen Sie sich bitte Karte 39 an. Was war der Hauptgrund für diese Hilfe oder dieses
Geschenk?
|||| 1. Um für den Lebensunterhalt zu sorgen
|||| 2. Um ein Haus oder eine Wohnung zu kaufen oder einzurichten
|||| 3. Um bei einer anderen größeren Anschaffung zu helfen
|||| 4. Wegen eines familiären Ereignisses (Geburt, Hochzeit, andere Feier)
|||| 5. Um bei einer Scheidung zu helfen
|||| 6. Um nach einem Trauerfall oder einer Krankheit zu helfen
|||| 7. Um bei Arbeitslosigkeit zu helfen
|||| 8. Für die Aus- oder Weiterbildung
|||| 9. Um gesetzliche Verpflichtungen gegenüber einem Ehegatten, Eltern oder Kind zu

```

erfüllen

||| 96. Kein besonderer Grund

||| 97. Anderer Grund

|||

||| *IF Index <> 3*

|||

|||| **FT007\_ OTHER PERSONS GIVEN FINANCIAL GIFT 250 OR MORE**

|||| Bleiben wir bei [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten]: Gibt es innerhalb oder außerhalb dieses Haushalts eine weitere

|||| Person, die Sie[oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]

[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] mit Geld- oder

|||| Sachgeschenken im Wert von [{250}] [Euro] oder mehr unterstützt haben?

|||| 1. Ja

|||| 5. Nein

||||

||| *ENDIF*

|||

|| *ENDIF*

||

| *ENDLOOP*

|

| *ENDIF*

|

| **FT008\_ INTRODUCTION RECEIVE**

| Eben ging es um Geld- oder Sachgeschenke, mit denen Sie andere möglicherweise unterstützt haben. Jetzt würden wir gerne wissen, ob Sie selbst  
| eventuell Geld- oder Sachgeschenke bekommen haben.

| 1. Weiter

|

| **FT009\_ RECEIVED FINANCIAL GIFT OF 250 OR MORE**

| Denken Sie bitte an [die Zeit seit dem letzten Interview/die letzten zwölf Monate]. Wenn Sie freie Kost und Unterkunft unberücksichtigt lassen,

| haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]

[Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] in dieser Zeit von

| einer Person innerhalb oder außerhalb dieses Haushalts Geld- oder Sachgeschenke im Wert von [{250}] [Euro] oder mehr erhalten?

| **IWER:NEBEN ZUWENDUNGEN IN BAR SIND UNTER GELDGESCHENKEN AUCH DIE ÜBERNAHME VON BESTIMMTEN KOSTEN, Z.B. FÜR MEDIZINISCHE VERSORGUNG, VERSICHERUNGEN,**

| **AUSBILDUNG ODER ANZAHLUNGEN FÜR WOHN-EIGENTUM ZU VERSTEHEN. KREDITE UND ERBSCHAFTEN NICHT ZÄHLEN**

| 1. Ja

| 5. Nein

|

| *IF FT009\_ (RECEIVED FINANCIAL GIFT OF 250 OR MORE) = 1. Ja*

||

|| **FT010\_ FROM WHOM RECEIVED FINANCIAL GIFT 250 OR MORE**

|| Wer [{empty}/sonst] hat Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]

[Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]

|| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] [{empty}/in den letzten zwölf Monaten]

```

etwas geschenkt oder Sie unterstützt? [Nennen Sie bitte die
|| Person, die Ihnen am meisten gegeben oder geholfen hat./{empty}]
|| {Beziehungskarte}
||
|| IF FT010_ (FROM WHOM RECEIVED FINANCIAL GIFT 250 OR MORE) =
>Beziehungskarte
||
||
|| FT023_ NAME OTHER CHILD
||
|| IWER:NAME DES KINDES NOTIEREN
|| _____
||
|| ENDIF
||
|| FT011_ AMOUNT FINANCIAL GIFT RECEIVED 250 OR MORE
|| Ungefähr wie viel hat Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}]
[Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}]{empty}] diese Person insgesamt [seit dem letzten
Interview, also seit/in den letztenzwölf Monaten][{Monat und
|| Jahr seit letztem Interview}]{empty}] gegeben?
|| IWER:EINZELNE BETRÄGE ZU EINEM GESAMTBETRAG IN [Euro] ADDIEREN
|| {Betrag eintragen}
||
|| IF FT011_ (AMOUNT FINANCIAL GIFT RECEIVED 250 OR MORE) = RESPONSE
||
|| CHK: FT011_AmRecFiGift250 >= VAL (FL250) MAIN ^FLError[23]
|| ENDIF
||
|| CHK: FT011_AmRecFiGift250 <> EMPTY MAIN ^FLError[20]
|| IF FT011_ (AMOUNT FINANCIAL GIFT RECEIVED 250 OR MORE) = NONRESPONSE
||
|| BRACKETS (FLUnfolding[15], FLCurr, BRs.Brackets[43].BR1, BRs.Brackets[43].BR2,
BRs.Brackets[43].BR3)
||
|| ENDIF
||
|| FT013_ REASON FINANCIAL GIFT RECEIVED 250 OR MORE
|| Sehen Sie sich bitte Karte 39 an. Was war der Hauptgrund für diese Unterstützung oder
dieses Geschenk?
|| 1. Um für den Lebensunterhalt zu sorgen
|| 2. Um ein Haus oder eine Wohnung zu kaufen oder einzurichten
|| 3. Um bei einer anderen größeren Anschaffung zu helfen
|| 4. Wegen eines familiären Ereignisses (Geburt, Hochzeit, andere Feier)
|| 5. Um bei einer Scheidung zu helfen
|| 6. Um nach einem Trauerfall oder einer Krankheit zu helfen
|| 7. Um bei Arbeitslosigkeit zu helfen
|| 8. Für die Aus- oder Weiterbildung
|| 9. Um gesetzliche Verpflichtungen gegenüber einem Ehegatten, Eltern oder Kind zu
erfüllen
|| 96. Kein besonderer Grund
|| 97. Anderer Grund

```

```

||
|| IF Index <> 3
||
|||
||| FT014_ FROM OTHER PERSONS RECEIVED FINANCIAL GIFT 250 OR MORE
||| (Bleiben wir bei [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten].). Gibt es
innerhalb oder außerhalb dieses Haushalts noch
||| jemanden, der Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}}
[Ihren/Ihre/Ihren/Ihre/{empty}]{empty}} [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty}} in
||| dieser Zeit mit einem Geld- oder Sachgeschenk im Wert von [{250}] [Euro] oder mehr
unterstützt hat?
||| IWER:DAS INSTRUMENT ERLAUBT, BIS ZU DREI MAL DURCH DIESE
FRAGENSEQUENZ ZU GEHEN
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| ENDIF
|||
||| LOOP cnt2:= 2 TO 3
|||
||| IF FT_Provide_FinancialAssistance_LOOP[cnt2 - FT014_ (FROM OTHER PERSONS
RECEIVED FINANCIAL GIFT 250 OR MORE) = 1. Ja
|||
||| FT010_ FROM WHOM RECEIVED FINANCIAL GIFT 250 OR MORE
||| Wer [{empty}/sonst] hat Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}}
[Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}]{empty}}
||| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty}} [{empty}/in den letzten zwölf
Monaten] etwas geschenkt oder Sie unterstützt? [Nennen Sie bitte die
||| Person, die Ihnen am meisten gegeben oder geholfen hat./{empty}}
||| {Beziehungskarte}
|||
||| IF FT010_ (FROM WHOM RECEIVED FINANCIAL GIFT 250 OR MORE) =
>Beziehungskarte
|||
||| FT023_ NAME OTHER CHILD
|||
||| IWER:NAME DES KINDES NOTIEREN
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
||| FT011_ AMOUNT FINANCIAL GIFT RECEIVED 250 OR MORE
||| Ungefähr wie viel hat Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}}
[Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}]{empty}}
||| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty}} diese Person insgesamt [seit dem
letzten Interview, also seit/in den letztenzwölf Monaten][{Monat und
||| Jahr seit letztem Interview}]{empty}} gegeben?
||| IWER:EINZELNE BETRÄGE ZU EINEM GESAMTBETRAG IN [Euro] ADDIEREN
||| {Betrag eintragen}
|||
||| IF FT011_ (AMOUNT FINANCIAL GIFT RECEIVED 250 OR MORE) = RESPONSE
|||

```

CHK: FT011\_AmRecFiGift250 >= VAL (FL250) MAIN "^FLError[23]"

|||| *ENDIF*

||||

CHK: FT011\_AmRecFiGift250 <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

|||| *IF FT011\_ (AMOUNT FINANCIAL GIFT RECEIVED 250 OR MORE) = NONRESPONSE*

||||

|||| BRACKETS (FLUnfolding[15], FLCurr, BRs.Brackets[43].BR1, BRs.Brackets[43].BR2, BRs.Brackets[43].BR3)

||||

|||| *ENDIF*

||||

|||| **FT013\_ REASON FINANCIAL GIFT RECEIVED 250 OR MORE**

|||| Sehen Sie sich bitte Karte 39 an. Was war der Hauptgrund für diese Unterstützung oder dieses Geschenk?

|||| 1. Um für den Lebensunterhalt zu sorgen

|||| 2. Um ein Haus oder eine Wohnung zu kaufen oder einzurichten

|||| 3. Um bei einer anderen größeren Anschaffung zu helfen

|||| 4. Wegen eines familiären Ereignisses (Geburt, Hochzeit, andere Feier)

|||| 5. Um bei einer Scheidung zu helfen

|||| 6. Um nach einem Trauerfall oder einer Krankheit zu helfen

|||| 7. Um bei Arbeitslosigkeit zu helfen

|||| 8. Für die Aus- oder Weiterbildung

|||| 9. Um gesetzliche Verpflichtungen gegenüber einem Ehegatten, Eltern oder Kind zu erfüllen

|||| 96. Kein besonderer Grund

|||| 97. Anderer Grund

||||

|||| *IF Index <> 3*

||||

|||| **FT014\_ FROM OTHER PERSONS RECEIVED FINANCIAL GIFT 250 OR MORE**

|||| (Bleiben wir bei [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten].). Gibt es innerhalb oder außerhalb dieses Haushalts noch

|||| jemanden, der Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]

[Ihren/Ihre/Ihren/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] in

|||| dieser Zeit mit einem Geld- oder Sachgeschenk im Wert von [{250}] [Euro] oder mehr unterstützt hat?

|||| **IWER:DAS INSTRUMENT ERLAUBT, BIS ZU DREI MAL DURCH DIESE FRAGENSEQUENZ ZU GEHEN**

|||| 1. Ja

|||| 5. Nein

||||

|||| *ENDIF*

||||

||| *ENDIF*

|||

| *ENDLOOP*

|

| *ENDIF*

|

| **FT015\_ EVER RECEIVED GIFT OR INHERITED MONEY 5000 OR MORE**

| [Abgesehen von größeren Geschenken über die wir vielleicht schon geredet haben/Seit dem letzten Interview im] [{}empty}]{Monat und Jahr des letzten Interviews}] - haben Sie [oder/oder/oder/oder/{}empty}]{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{}empty}]{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{}empty}]{empty}] [je ein Geschenk erhalten oder/{}empty}] eine Erbschaft in Geld, Gegenständen oder Immobilien gemacht, deren Wert über [{}5000}] [Euro] lag?

| IWER:OHNE GESCHENKE, DIE BEREITS ERWÄHNT WURDEN

| 1. Ja

| 5. Nein

| *IF FT015\_ (EVER RECEIVED GIFT OR INHERITED MONEY 5000 OR MORE) = 1. Ja*

|| **FT016\_ IN WHICH YEAR GIFT OR INHERITANCE RECEIVED**

|| [Denken Sie jetzt bitte an das größte Geschenk oder die größte Erbschaft, die Sie erhalten haben./{}empty}] In welchem Jahr haben Sie

|| [oder/oder/oder/oder/{}empty}]{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{}empty}]{empty}]

[Mann/Frau/Partner/Partnerin/{}empty}]{empty}] dieses Geschenk oder diese

|| Erbschaft erhalten?

|| (1890..2007)

|| **FT017\_ FROM WHOM INHERITED 5000 OR MORE**

|| Von wem haben Sie [oder/oder/oder/oder/{}empty}]{empty}]

[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{}empty}]{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{}empty}]{empty}] dieses

|| Geschenk oder diese Erbschaft erhalten?

|| {Beziehungskarte}

|| *IF FT017\_ (FROM WHOM INHERITED 5000 OR MORE) = >Beziehungskarte*

|| **FT024\_ NAME OTHER CHILD**

|| IWER:NAME DES KINDES NOTIEREN

|| *ENDIF*

|| **FT018\_ VALUE INHERITANCE**

|| Wie hoch war der Wert dieses Geschenks oder dieser Erbschaft zum damaligen Zeitpunkt?

|| IWER:BETRAG IN [Euro] EINGEBEN

|| {Betrag eintragen}

|| *IF FT018\_ (VALUE INHERITANCE) = RESPONSE*

CHK: FT018\_AmReclnh5000 >= VAL (FL5000) MAIN "^FLError[23]"

|| *ENDIF*

|| *IF FT018\_ (VALUE INHERITANCE) = EMPTY AND MN004\_ (EURO COUNTRY) = 1*

|| **FT018M VALUE INHERITANCE**

|| Wie hoch war der Wert dieses Geschenks oder dieser Erbschaft zum damaligen Zeitpunkt?

|| IWER:BETRAG IN [Euro] EINGEBEN. FALLS DER BETRAG IN EINER ANDEREN

WÄHRUNG ALS IN EURO ANGEGEBEN WIRD, BITTE VERMERKEN (STRG+M)

```

||| {Betrag eintragen}
|||
CHK: FT018MAmReclnh5000 >= VAL (FL5000) MAIN "^FLError[23]"
|| ENDIF
||
CHK: NOT (FT018_AmReclnh5000 = EMPTY AND FT018MAmReclnh5000 = EMPTY) MAIN
"^FLError[20]"
|| IF FT018_ (VALUE INHERITANCE) = NONRESPONSE OR FT018M (VALUE
INHERITANCE) = NONRESPONSE
|||
||| BRACKETS (FLUnfolding[16], FLCurr, BRs.Brackets[44].BR1, BRs.Brackets[44].BR2,
BRs.Brackets[44].BR3)
|||
|| ENDIF
||
|| IF Index <> 5
|||
||| FT020_ ANY FURTHER GIFT OR INHERITANCE
||| Haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] [seit dem letzten
||| Interview/{empty}] noch einmal ein Geschenk erhalten oder eine Erbschaft in Geld,
Gegenständen oder Immobilien gemacht, deren Wert über [{5000}]
||| [Euro] lag?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
|| ENDIF
||
|| LOOP cnt3:= 2 TO 5
|||
||| IF FT_Receive_FinancialAssistance_LOOP[cnt3 - FT020_ (ANY FURTHER GIFT OR
INHERITANCE) = 1. Ja
|||
||| FT016_ IN WHICH YEAR GIFT OR INHERITANCE RECEIVED
||| [Denken Sie jetzt bitte an das größte Geschenk oder die größte Erbschaft, die Sie erhalten
haben./{empty}] In welchem Jahr haben Sie
||| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] dieses Geschenk oder diese
||| Erbschaft erhalten?
||| (1890..2007)
|||
||| FT017_ FROM WHOM INHERITED 5000 OR MORE
||| Von wem haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] dieses
||| Geschenk oder diese Erbschaft erhalten?
||| {Beziehungskarte}
|||
||| IF FT017_ (FROM WHOM INHERITED 5000 OR MORE) = >Beziehungskarte
|||
||| FT024_ NAME OTHER CHILD
|||

```

```

||||| IWER:NAME DES KINDES NOTIEREN
||||| _____
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| FT018_ VALUE INHERITANCE
||||| Wie hoch war der Wert dieses Geschenks oder dieser Erbschaft zum damaligen
Zeitpunkt?
||||| IWER:BETRAG IN [Euro] EINGEBEN
||||| {Betrag eintragen}
|||||
||||| IF FT018_ (VALUE INHERITANCE) = RESPONSE
|||||
CHK: FT018_AmReclnh5000 >= VAL (FL5000) MAIN "^FLError[23]"
||||| ENDIF
|||||
||||| IF FT018_ (VALUE INHERITANCE) = EMPTY AND MN004_ (EURO COUNTRY) = 1
|||||
||||| FT018M VALUE INHERITANCE
||||| Wie hoch war der Wert dieses Geschenks oder dieser Erbschaft zum damaligen
Zeitpunkt?
||||| IWER:BETRAG IN [Euro] EINGEBEN. FALLS DER BETRAG IN EINER
ANDEREN WÄHRUNG ALS IN EURO ANGEGEBEN WIRD, BITTE VERMERKEN
(STRG+M)
||||| {Betrag eintragen}
|||||
CHK: FT018MAmReclnh5000 >= VAL (FL5000) MAIN "^FLError[23]"
||||| ENDIF
|||||
CHK: NOT (FT018_AmReclnh5000 = EMPTY AND FT018MAmReclnh5000 = EMPTY) MAIN
"^FLError[20]"
||||| IF FT018_ (VALUE INHERITANCE) = NONRESPONSE OR FT018M (VALUE
INHERITANCE) = NONRESPONSE
|||||
||||| BRACKETS (FLUnfolding[16], FLCurr, BRs.Brackets[44].BR1,
BRs.Brackets[44].BR2, BRs.Brackets[44].BR3)
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| IF Index <> 5
|||||
||||| FT020_ ANY FURTHER GIFT OR INHERITANCE
||||| Haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] [seit dem letzten
||||| Interview/{empty}] noch einmal ein Geschenk erhalten oder eine Erbschaft in Geld,
Gegenständen oder Immobilien gemacht, deren Wert über [{5000}]
||||| [Euro] lag?
||||| 1. Ja
||||| 5. Nein
|||||
||||| ENDIF

```

```

| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | ENDLOOP
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | FT021_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN FT
| | |
| | | IWER:INTERVIEWER CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM MODUL
| | | BEANTWORTET?
| | | 1. Zielperson
| | | 2. Zielperson und Stellvertreter
| | | 3. Nur Stellvertreter
| | |
| | |
| | | ENDIF

| | | IF MN024_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1
| | |
| | | | IF MN008_ (HOUSEHOLD RESPONDENT) = 1
| | | |
| | | | | HO001_ INTERVIEW IN HOUSE R
| | | | |
| | | | | IWER:FINDET DAS INTERVIEW IM HAUS ODER DER WOHNUNG DER
| | | | | ZIELPERSON STATT?
| | | | | 1. Ja
| | | | | 5. Nein
| | | | |
| | | | |
| | | | | IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1
| | | | |
| | | | | | HO044_ CHANGE PLACE OF RESIDENCE
| | | | | | Nun habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Wohnung. Sind Sie seit [{Monat und Jahr des
| | | | | | letzten Interviews}] in eine andere Wohnung oder in ein anderes
| | | | | | Haus gezogen?
| | | | | | 1. Ja
| | | | | | 5. Nein
| | | | | |
| | | | | | IF HO044_ (CHANGE PLACE OF RESIDENCE) = 1. Ja
| | | | | |
| | | | | | | HO045_ MAIN REASON MOVE
| | | | | | | Bitte sehen Sie sich Karte 40 an. Was war der Hauptgrund für den Umzug?
| | | | | | | 1. Familiäre Gründe
| | | | | | | 2. Berufliche Gründe
| | | | | | | 3. Wunsch nach einer kleineren/größeren/anderen Wohnung
| | | | | | | 4. Wunsch nach einer anderen Wohngegend
| | | | | | | 97. Andere Gründe
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | | ENDIF

```

```

|||
|| ENDIF
||
|| HO002_ OWNER, TENANT OR RENT FREE
|| [{empty}/Jetzt habe ich einige Fragen zu Ihrer Wohnung. ] Wohnen Sie als Eigentümer, als
Hauptmieter, als Untermieter oder wohnen Sie mietfrei?
|| IWER:UNTERMIETER IST, WER EINE WOHNUNG VON EINER PERSON MIETET,
DIE DIE WOHNUNG SELBST VON EINEM DRITTEN GEMietet HAT
|| 1. Eigentümer
|| 3. Mieter
|| 4. Untermieter
|| 5. Mietfrei
||
||
|| IF HO002_ (OWNER, TENANT OR RENT FREE) <> 1. Eigentümer AND
HO002_ (OWNER, TENANT OR RENT FREE) <> 5. Mietfrei
|||
||| HO003_ RENT PAYMENT PERIOD
||| Auf welchen Zeitraum hat sich Ihre letzte Mietzahlung bezogen? War das
||| IWER:LAUT VORLESEN
||| 1. Eine Woche
||| 2. Einen Monat
||| 3. Drei Monate
||| 4. Sechs Monate
||| 97. Einen anderen Zeitraum
|||
||| IF HO003_ (RENT PAYMENT PERIOD) = 97. Einen anderen Zeitraum
|||
||| HO004_ OTHER PERIOD
||| Welchen anderen Zeitraum meinen Sie?
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
||| HO005_ LAST PAYMENT
||| Wie hoch war Ihre letzte Mietzahlung?
||| IWER:BETRAG IN [Euro]
||| {Betrag eintragen}
|||
||| IF HO005_ (LAST PAYMENT) = NONRESPONSE
|||
||| BRACKETS (FLUnfolding[23], FLCurr, BRs.Brackets[35].BR1, BRs.Brackets[35].BR2,
BRs.Brackets[35].BR3)
|||
||| ENDIF
|||
||| HO007_ LAST PAYMENT INCLUDE ALL CHARGES AND SERVICES
||| Waren in Ihrer letzten Mietzahlung alle Nebenkosten enthalten, zum Beispiel für Wasser,
Müllabfuhr, oder Heizung?
||| 1. Ja
||| 5. Nein

```

```
|||
||| IF HO007_ (LAST PAYMENT INCLUDE ALL CHARGES AND SERVICES) = 5. Nein
|||
||| HO008_ CHARGES AND SERVICES
||| Ungefähr wie viel haben Sie [in der letzten Woche/im letzten Monat/in den letzten drei
Monaten/in den letzten sechs Monaten/{empty}] für
||| Nebenkosten bezahlt, die nicht in der Miete enthalten waren?
||| IWER:BETRAG IN [Euro]
||| {Betrag eintragen}
|||
||| IF HO008_ (CHARGES AND SERVICES) = NONRESPONSE
|||
||| BRACKETS (FLUnfolding[27], FLCurr, BRs.Brackets[36].BR1,
BRs.Brackets[36].BR2, BRs.Brackets[36].BR3)
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| HO010_ BEHIND WITH RENT
||| Waren Sie in den letzten zwölf Monaten jemals mehr als zwei Monate mit der Miete im
Rückstand?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| ENDIF
|||
||| IF HO002_ (OWNER, TENANT OR RENT FREE) = 1. Eigentümer OR
HO002_OwnerTenant.ORD = 2
|||
||| HO011_ HOW PROPERTY ACQUIRED
||| Wie haben Sie diese Immobilie erworben? Haben Sie sie ...
||| IWER:LAUT VORLESEN
||| 1. Ausschließlich mit eigenen Mitteln gebaut oder gekauft
||| 2. Mit Hilfe der Familie gebaut oder gekauft
||| 3. Als Erbschaft erhalten
||| 4. Als Geschenk erhalten
||| 5. Mit anderen Mitteln erworben
|||
|||
||| HO012_ YEAR ACQUIRED THE HOUSE
||| In welchem Jahr war das?
||| (1900..2007)
|||
||| HO013_ MORTGAGES OR LOANS ON PROPERTY
||| Ist diese Immobilie mit Hypotheken oder Krediten belastet?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF HO013_ (MORTGAGES OR LOANS ON PROPERTY) = 1. Ja
|||
```

```

|||| HO014_ YEARS LEFT OF MORTGAGE OR LOAN
|||| Wie viele Jahre laufen diese Hypotheken oder Kredite noch?
|||| IWER:WENN MEHR ALS EINE HYPOTHEK/KREDIT, NACH HÖCHSTER
KREDITSUMME FRAGEN!
|||| _____ (1..50)
||||
|||| HO015_ AMOUNT STILL TO PAY ON MORTGAGE OR LOAN
|||| Wie viel müssen Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] noch
|||| bezahlen, bis die Hypotheken oder Kredite getilgt sind (ohne Zinsen)?
|||| IWER:GESAMTBETRAG IN [Euro]
|||| {Betrag eintragen}
||||
|||| IF HO015_ (AMOUNT STILL TO PAY ON MORTGAGE OR LOAN) = NONRESPONSE
||||
||||| BRACKETS (FLUnfolding[25], FLCurr, BRs.Brackets[37].BR1,
BRs.Brackets[37].BR2, BRs.Brackets[37].BR3)
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| HO017_ REGULARLY REPAY MORTGAGE OR LOANS
||||| Leisten Sie regelmäßig Zahlungen zur Tilgung der Hypotheken oder Kredite?
||||| 1. Ja
||||| 5. Nein
|||||
||||| IF HO017_ (REGULARLY REPAY MORTGAGE OR LOANS) = 1. Ja
|||||
||||| HO020_ AMOUNT REGULAR REPAYMENTS ON MORTGAGE OR LOAN
||||| In den letzten zwölf Monaten, ungefähr wie viel haben Sie für alle Hypotheken und
Kredite, mit denen diese Immobilie belastet ist, gezahlt?
||||| IWER:BETRAG IN [Euro]
||||| {Betrag eintragen}
|||||
||||| IF HO020_ (AMOUNT REGULAR REPAYMENTS ON MORTGAGE OR LOAN) =
NONRESPONSE
|||||
|||||| BRACKETS (FLUnfolding[26], FLCurr, BRs.Brackets[38].BR1,
BRs.Brackets[38].BR2, BRs.Brackets[38].BR3)
||||||
|||||| ENDIF
||||||
|||||| HO022_ BEHIND WITH REPAYMENTS MORTGAGE OR LOAN
|||||| Waren Sie in den letzten zwölf Monaten mit Ihren Rückzahlungen jemals mehr als zwei
Monate im Rückstand?
|||||| 1. Ja
|||||| 5. Nein
||||||
|||||| ENDIF
||||||
|||| ENDIF
||||

```

```

|| ENDIF
||
|| IF HO002_ (OWNER, TENANT OR RENT FREE) <> 5. Mietfrei
||
|| HO023_ SUBLET OR LET PARTS OF ACCOMMODATION
|| | [Vermieten/Untervermieten] Sie Teile dieser Räumlichkeiten?
|| | 1. Ja
|| | 5. Nein
||
|| ENDIF
||
|| IF HO002_ (OWNER, TENANT OR RENT FREE) = 1. Eigentümer OR
|| HO002_OwnerTenant.ORD = 2
||
|| HO024_ VALUE OF THE HOUSE
|| | Was glauben Sie - wenn Sie Ihre Immobilie heute verkaufen würden, wie viel würden Sie
|| | dafür bekommen?
|| | IWER:BETRAG IN [Euro]
|| | {Betrag eintragen}
||
|| IF HO024_ (VALUE OF THE HOUSE) = NONRESPONSE
||
|| | BRACKETS (FLUnfolding[28], FLCurr, BRs.Brackets[39].BR1, BRs.Brackets[39].BR2,
|| | BRs.Brackets[39].BR3)
||
|| | ENDIF
||
|| ENDIF
||
|| HO026_ OWN SECONDARY HOMES ETC
|| | Besitzen Sie [oder/oder/oder/oder /{empty}/{empty}/{empty}]
|| | [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}]
|| | Zweitwohnungen, Ferienhäuser, andere Immobilien, Land oder Forstgüter?
|| | IWER:BITTE FERIENWOHNRECHTE (Z.B. TIME-SHARING) UNBERÜCKSICHTIGT
|| | LASSEN
|| | 1. Ja
|| | 5. Nein
||
|| IF HO026_ (OWN SECONDARY HOMES ETC) = 1. Ja
||
|| | HO027_ VALUE OF REAL ESTATE
|| | Was glauben Sie - wenn Sie diese Immobilie(n) heute verkaufen würden, wie viel würden
|| | Sie dafür bekommen?
|| | IWER:WENN SICH DIE IMMOBILIE IM AUSLAND BEFINDET, WERT IN [Euro]
|| | ANGEBEN
|| | {Betrag eintragen}
||
|| | IF HO027_ (VALUE OF REAL ESTATE) = NONRESPONSE
||
|| | | BRACKETS (FLUnfolding[29], FLCurr, BRs.Brackets[40].BR1, BRs.Brackets[40].BR2,
|| | | BRs.Brackets[40].BR3)

```

```

|||
||| ENDIF
|||
||| HO029_ RECEIVE INCOME OR RENT OF REAL ESTATE
||| Haben Sie [oder/oder/oder/oder /{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] im Jahr [{letztes
||| Jahr}] Mieteinnahmen oder andere Einkünfte aus diesen Immobilien bezogen?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF HO029_ (RECEIVE INCOME OR RENT OF REAL ESTATE) = 1. Ja
|||
||| HO030_ AMOUNT INCOME OR RENT OF REAL ESTATE LAST YEAR
||| Wie hoch waren im Jahr [{letztes Jahr}] die Mieteinnahmen oder anderen Einkünfte aus
diesen Immobilien nach Abzug von Steuern?
||| IWER:BETRAG IN [Euro]
||| {Betrag eintragen}
|||
||| IF HO030_ (AMOUNT INCOME OR RENT OF REAL ESTATE LAST YEAR) =
NONRESPONSE
|||
||| BRACKETS (FLUnfolding[30], FLCurr, BRs.Brackets[41].BR1,
BRs.Brackets[41].BR2, BRs.Brackets[41].BR3)
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1 AND HO044_ (CHANGE PLACE OF
RESIDENCE) = 1. Ja OR MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0
|||
||| HO032_ NUMBER OF ROOMS
||| Jetzt habe ich ein paar Fragen zu den Räumlichkeiten in diesem Haushalt. Wie viele
Zimmer gibt es, die den Mitgliedern Ihres Haushalts selbst zur
||| Verfügung stehen - ohne Küche, Toilette und Bad oder Diele [und ohne Zimmer, die
möglicherweise vermietet oder untervermietet sind/{empty}]?
||| IWER:KELLER, SPEICHER, ABSTELLRAUM USW. NICHT MITZÄHLEN
||| _____ (1..25)
|||
||| HO050_ INDOOR BATH OR SHOWER
||| Gibt es in Ihrer Wohnung ein Bad oder eine Dusche nur für den persönlichen Gebrauch
der Haushaltsmitglieder?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| HO051_ INDOOR FLUSHING TOILET
||| Gibt es in Ihrer Wohnung eine Toilette mit Wasserspülung nur für den persönlichen
Gebrauch der Haushaltsmitglieder?
||| 1. Ja

```

||| 5. Nein

||| **HO052\_ CENTRAL HEATING**

||| Gibt es in Ihrer Wohnung eine Zentralheizung?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

||| **HO053\_ AIR CONDITION**

||| Gibt es in Ihrer Wohnung eine Klimaanlage?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

||| **HO054\_ ELEVATOR**

||| Gibt es bei Ihnen im Haus einen Aufzug?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

||| **HO055\_ BALCONY TERRACE OR GARDEN**

||| Haben Sie einen Balkon, eine Terasse oder einen Garten?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

||| **HO033\_ SPECIAL FEATURES IN THE HOUSE**

||| Gibt es bei Ihnen besondere Einrichtungselemente, um Menschen mit körperlichen Behinderungen oder gesundheitlichen Problemen zu helfen?

||| IWER:Z.B. VERBREITERTE KORRIDORE, RAMPEN, AUTOMATISCHE TÜREN, TREPPENLIFTE, ALARMKNÖPFE, BESONDERHEITEN IN KÜCHE ODER BAD

||| 1. Ja

||| 5. Nein

||| **HO034\_ YEARS IN ACCOMMODATION**

||| Seit wie vielen Jahren wohnen Sie schon in dieser Wohnung oder in diesem Haus?

||| IWER:AUF GANZE JAHRE AUFRUNDEN

||| \_\_\_\_\_ (0..120)

||| **HO035\_ YEARS IN COMMUNITY**

||| Und seit ungefähr wie vielen Jahren leben Sie schon im selben Ort?

||| IWER:AUF GANZE JAHRE AUFRUNDEN. NUR DAUER SEIT LETZTEM UMZUG IN DEN ORT RECHNEN.

||| \_\_\_\_\_ (0..120)

CHK: HO034\_YrsAcc <= HO035\_YrsComm MAIN "^FLError[13]"

||| *IF HO001\_ (INTERVIEW IN HOUSE R) = 5. Nein*

||| **HO036\_ TYPE OF BUILDING**

||| In welcher Art von Gebäude leben Sie?

||| IWER:LAUT VORLESEN

||| 1. Bauernhaus

||| 2. Frei stehendes Ein- oder Zweifamilienhaus

||| 3. Ein- oder Zweifamilienhaus als Doppelhaushälfte oder Reihnhaus

||| 4. Gebäude mit 3 bis 8 Wohnungen

- ||| 5. Gebäude mit 9 oder mehr Wohnungen, aber nicht mehr als 8 Stockwerke
- ||| 6. Hochhaus mit 9 oder mehr Stockwerken
- ||| 7. Altenwohnanlage
- ||| 8. Altenheim

||| *IF HO036\_ (TYPE OF BUILDING) = 4. Gebäude mit 3 bis 8 Wohnungen OR HO036\_TypeAcc.ORD = 5*

||| **HO042\_ NUMBER OF FLOORS OF BUILDING**

||| Einschließlich Erdgeschoss, wieviele Stockwerke hat das Haus, in dem Sie leben?  
||| \_\_\_\_\_ (1..99)

||| *ENDIF*

||| *IF HO036\_ (TYPE OF BUILDING) > 3. Ein- oder Zweifamilienhaus als Doppelhaushälfte oder Reihenhaus*

||| **HO043\_ NUMBER OF STEPS TO ENTRANCE**

||| Wieviele Stufen müssen Sie steigen, um zu Ihrer Wohnungstür zu gelangen?  
||| **IWER: ZÄHLEN SIE KEINE STUFEN, DIE MAN DURCH DIE BENUTZUNG EINES AUFZUGES VERMEIDEN KANN.**

- ||| 1. Bis zu 5
- ||| 2. 6 bis 15
- ||| 3. 16 bis 25
- ||| 4. Mehr als 25

||| *ENDIF*

||| **HO037\_ AREA WHERE YOU LIVE**

||| Bitte sehen Sie sich Karte 41 an. Wie würden Sie Ihren Wohnort beschreiben?

- ||| 1. Großstadt
- ||| 2. Vorstadt oder Außenbezirk einer Großstadt
- ||| 3. Größere Stadt
- ||| 4. Kleinstadt
- ||| 5. Ländliche Gegend / Dorf

||| *ENDIF*

||| **HO056\_ AREA FACILITIES**

||| Wie sieht es mit der unmittelbaren Umgebung Ihrer Wohnung aus? Würden Sie sagen, dass es genügend Einrichtungen wie Apotheken, Ärzte oder Lebensmittelgeschäfte gibt?

- ||| 1. Ja
- ||| 5. Nein

||| **HO057\_ AREA PUBLIC TRANSPORTATION**

||| Ist Ihre Wohnung gut an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen?

- ||| 1. Ja
- ||| 5. Nein

```
|||
||| HO058_ AREA POLLUTION NOISE OR OTHER PROBLEMS
||| Würden Sie sagen, dass es in Ihrer Wohngegend Probleme mit Umweltverschmutzung,
Lärm oder anderen Umweltproblemen gibt?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| HO059_ AREA VANDALISM OR CRIME
||| Würden Sie sagen, dass Ihre Wohngegend unter Vandalismus oder Kriminalität leidet?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| ENDIF
|||
||| HO038_ TIME IN OTHER ACCOMMODATION
||| Von Ferienreisen oder kurzen Besuchen abgesehen - verbringen Sie regelmäßig einen Teil
des Jahres an einem anderen Wohnsitz?
||| IWER:FALLS UNKLAR: MEHR ALS EINEN MONAT.
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF HO038_ (TIME IN OTHER ACCOMMODATION) = 1. Ja
|||
||| HO039_ LOCATION OF RESIDENCE
||| Wo befindet sich dieser Wohnsitz?
||| IWER:LAUT VORLESEN
||| 1. Im gleichen Ort
||| 2. In einem anderen Teil des Landes
||| 3. In einem anderen Land (bitte Land angeben)
|||
||| IF HO039_ (LOCATION OF RESIDENCE) = 3. In einem anderen Land (bitte Land
angeben)
|||
||| HO040_ COUNTRY OF ACCOMMODATION
||| In welchem Land befindet sich dieser Wohnsitz?
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| HO041_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN HO
|||
||| IWER:CHECK: WER HAT AUF DIE FRAGEN IN DIESEM MODUL
GEANTWORTET?
||| 1. Zielperson
||| 2. Zielperson und Stellvertreter
||| 3. Nur Stellvertreter
|||
|||
||| ENDIF
```

|  
*ENDIF*

*IF MN024\_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1*

|  
*IF MN008\_ (HOUSEHOLD RESPONDENT) = 1*

|| **HH001\_ OTHER CONTRIBUTION TO HOUSEHOLD INCOME**

|| Obwohl wir Sie [oder andere Mitglieder ihres Haushaltes/{empty}] möglicherweise schon früher danach gefragt haben, möchten wir noch einmal auf die

|| wirtschaftliche Situation Ihres Haushalts zurückkommen, damit wir auch alles richtig verstanden haben. Gab es im letzten Jahr, also im Jahr

|| [{letztes Jahr}], ein Haushaltsmitglied, das zum Einkommen Ihres Haushalts beigetragen hat, das aber nicht an diesem Interview teilnimmt?

|| IWER: WENN NÖTIG, NAMEN DER FÜR EIN INTERVIEW AUSGEWÄHLTEN PERSONEN VORLESEN: An diesem Interview nehmen Teil: [{Liste mit Zielpersonen}]

|| 1. Ja

|| 5. Nein

|| *IF HH001\_ (OTHER CONTRIBUTION TO HOUSEHOLD INCOME) = 1. Ja*

||| **HH002\_ TOTAL INCOME OTHER HOUSEHOLD MEMBERS**

||| Können Sie uns den ungefähren Gesamtbetrag aller Einkünfte der anderen Haushaltsmitglieder im Jahr [{letztes Jahr}] nach Abzug von Steuern und

||| Sozialversicherungsbeiträgen nennen?

||| IWER: WENN KEINE EINKÜNFTE, 0 KODIEREN; BETRAG IN [Euro]

||| {Betrag eintragen}

||| *IF HH002\_ (TOTAL INCOME OTHER HOUSEHOLD MEMBERS) = NONRESPONSE*

||| BRACKETS (FLUnfolding[31], FLCurr, BRs.Brackets[33].BR1, BRs.Brackets[33].BR2, BRs.Brackets[33].BR3)

||| *ENDIF*

|| *ENDIF*

|| **HH010\_ INCOME FROM OTHER SOURCES**

|| Manche Haushalte erhalten staatliche Leistungen wie z.B. Wohngeld, Kindergeld oder Sozialhilfe. Hat Ihr Haushalt oder eine Person in diesem Haushalt

|| im Jahr [{letztes Jahr}] solche Zahlungen erhalten?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

|| *IF HH010\_ (INCOME FROM OTHER SOURCES) = 1. Ja*

||| **HH011\_ ADDITIONAL INCOME RECEIVED BY ALL HOUSEHOLD MEMBERS IN LAST YEAR**

||| Bitte sagen Sie uns, ungefähr wie viel Ihr Haushalt im Jahr [{letztes Jahr}] insgesamt an solchen staatlichen Leistungen erhalten hat (nach Steuern

```

||| und Abgaben).
||| IWER:BETRAG IN [Euro]
||| {Betrag eintragen}
|||
||| IF HH011_ (ADDITIONAL INCOME RECEIVED BY ALL HOUSEHOLD MEMBERS IN
LAST YEAR) = NONRESPONSE
|||
||| | BRACKETS (FLUnfolding[35], FLCurr, BRs.Brackets[34].BR1, BRs.Brackets[34].BR2,
BRs.Brackets[34].BR3)
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| HH017_ TOTAL INCOME RECEIVED BY ALL HOUSEHOLD MEMBERS IN LAST
MONTH
|| Alles in allem - wie hoch war [{letztes Jahr}] das gesamte Einkommen Ihres kompletten
Haushalts, nach Steuern, in einem durchschnittlichen Monat?
|| {Betrag eintragen}
||
|| IF HH017_ (TOTAL INCOME RECEIVED BY ALL HOUSEHOLD MEMBERS IN LAST
MONTH) = DONTKNOW OR HH017_ (TOTAL INCOME RECEIVED BY ALL
|| HOUSEHOLD MEMBERS IN LAST MONTH) = REFUSAL
|||
||| HH018_ TOTAL INCOME RECEIVED BY ALL HOUSEHOLD MEMBERS IN LAST
MONTH UB
||| Bitte sehen Sie sich Karte 42 an. Können Sie mir sagen, welcher Buchstabe dem gesamten
Einkommen Ihres Haushalts, nach Steuern, in einem
||| durchschnittlichen Monat [{letztes Jahr}] entspricht?
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
||| HH014_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN HH
|||
||| IWER:INTERVIEWER CHECK: WER HAT AUF DIE FRAGEN IN DIESEM MODUL
GEANTWORTET?
|| 1. Zielperson
|| 2. Zielperson und Stellvertreter
|| 3. Nur Stellvertreter
||
||
|| ENDIF
|
ENDIF

IF MN024_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1
|
| IF MN008_ (HOUSEHOLD RESPONDENT) = 1
||
|| CO001_ Introduction text

```

|| Wir möchten jetzt gerne einige Fragen dazu stellen, welche Ausgaben in Ihrem Haushalt normalerweise anfallen und wie Ihr Haushalt finanziell zurecht

|| kommt.

|| 1. Weiter

||

||

|| **CO002\_ AMOUNT SPENT ON FOOD AT HOME**

|| Sehen Sie sich bitte Karte 43 an. Wenn Sie an die letzten zwölf Monate denken - ungefähr wie viel hat Ihr Haushalt in einem typischen Monat für

|| Nahrungsmittel ausgegeben, die zu Hause verbraucht wurden?

|| IWER:BETRAG IN [Euro]

|| {Betrag eintragen}

||

|| **CO003\_ AMOUNT SPENT ON FOOD OUTSIDE THE HOME**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 43 an. Bleiben wir bei den letzten zwölf Monaten - ungefähr wie viel hat Ihr Haushalt in einem typischen Monat für

|| Speisen und Getränke ausgegeben, die nicht zu Hause konsumiert wurden?

|| IWER:BETRAG IN [Euro]

|| {Betrag eintragen}

||

|| **CO010\_ CONSUME HOME PRODUCED FOOD**

|| Konsumieren Sie [und andere Haushaltsmitglieder/{empty}] Gemüse, Obst oder Fleisch, das Sie selbst angebaut, gezüchtet, gesammelt oder gejagt haben?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| *IF CO010\_ (CONSUME HOME PRODUCED FOOD) = 1. Ja*

||

|| **CO011\_ VALUE OF HOME PRODUCED FOOD**

|| Welchen Wert haben die in Ihrem Haushalt selbst hergestellten Nahrungsmittel, die Sie in einem typischen Monat des letzten Jahres verbraucht haben?

|| Mit anderen Worten - wieviel hätten Sie für diese Nahrungsmittel bezahlen müssen, wenn Sie sie hätten kaufen müssen?

|| {Betrag eintragen}

||

|| *ENDIF*

||

|| **CO004\_ AMOUNT SPENT ON TELEPHONES IN LAST MONTH**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 43 an. In den letzten zwölf Monaten - ungefähr wie viel hat Ihr Haushalt in einem typischen Monat für

|| Telefongespräche und -gebühren ausgegeben?

|| IWER:BETRAG IN [Euro]

|| {Betrag eintragen}

||

|| **CO007\_ IS HOUSEHOLD ABLE TO MAKE ENDS MEET**

|| Wenn Sie jetzt an das gesamte Monatseinkommen Ihres Haushalts denken - was würden Sie dann sagen, wie Ihr Haushalt finanziell über die Runden

|| kommt...

|| IWER:LAUT VORLESEN

|| 1. Mit großen Schwierigkeiten

|| 2. Mit einigen Schwierigkeiten

```

|| 3. Einigermaßen leicht
|| 4. Leicht
||
||
|| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1
|||
||| CO008_ SITUATION IMPROVEMENT THINKING BACK ONE YEAR
||| Würden Sie sagen, die derzeitige finanzielle Situation Ihres Haushaltes hat sich seit wir
||| Sie das letzte mal im [{Monat und Jahr des letzten
||| Interviews}] befragt haben ...
||| IWER:LAUT VORLESEN
||| 1. Deutlich verbessert
||| 2. Etwas verbessert
||| 3. Nicht verändert
||| 4. Etwas verschlechtert
||| 5. Deutlich verschlechtert
|||
|||
|| ENDIF
||
|| CO009_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN CO
||
|| IWER:INTERVIEWER CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM MODUL
|| BEANTWORTET?
|| 1. Zielperson
|| 2. Zielperson und Stellvertreter
|| 3. Nur Stellvertreter
||
||
|| ENDIF
|
| ENDIF
|
| IF MN007_ (FINANCIAL RESPONDENT) = 1
|
| AS001_ INTRODUCTION 1 TO ASSETS
| Bei den nächsten Fragen geht es um verschiedene Arten von Geldanlagen, die Sie
| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}]
| möglicherweise haben.
| 1. Weiter
|
|
| AS060_ HAS BANK ACCOUNT
| Haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] derzeit Geld auf
| einem Bankkonto, Girokonto, Bank- oder Postsparbuch?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF AS060_ (HAS BANK ACCOUNT) = 5. Nein

```

```

||
|| AS061_ REASON FOR NOT HAVING A BANK ACCOUNT
|| Bitte sehen Sie sich Karte 44 an. Was ist der wichtigste dort aufgeführte Grund, warum Sie
||
|| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}][Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}][Mann/Frau/Partn
er/Partnerin/{empty}/{empty}] derzeit kein Bankkonto,
|| Girokonto, Bank- oder Postsparbuch haben?
|| 1. Ich mag / wir mögen Banken nicht
|| 2. Mindesteinlage / Kontoführungsgebühren sind zu hoch
|| 3. Keine Bank mit bequemen Öffnungszeiten oder Lage
|| 4. Brauche/will kein Konto/Sparbuch
|| 5. Habe nicht genug Geld
|| 6. Kinder oder andere Verwandte kümmern sich um Ersparnisse
|| 95. Ich habe / wir haben doch ein Konto/Sparbuch
|| 97. Anderer Grund
||
||
|| ENDIF
||
|| IF AS060_ (HAS BANK ACCOUNT) = 1. Ja OR AS061_ (REASON FOR NOT HAVING A
BANK ACCOUNT) = 95. Ich habe / wir haben doch ein
|| Konto/Sparbuch
||
|| AS003_ AMOUNT BANK ACCOUNT
|| Ungefähr wie viel Geld haben Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]
|| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}]
|| derzeit insgesamt auf Bankkonten, Girokonten, Bank- oder Postsparbüchern?
|| IWER:BETRAG IN [Euro]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER ANGEBEN
|| {Betrag eintragen}
||
|| CHK: AS003_AmBankAcc <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
|| IF AS003_ (AMOUNT BANK ACCOUNT) = NONRESPONSE
||
|| | BRACKETS (FLUnfolding[45], FLCurr, BRs.Brackets[3].BR1, BRs.Brackets[3].BR2,
BRs.Brackets[3].BR3)
||
|| ENDIF
||
|| AS005_ INTEREST FROM BANK ACCOUNTS
|| Nach Abzug von Steuern, ungefähr wie hoch waren die Zinseinkünfte, die Sie
|| [und/und/und/und/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
|| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] [{letztes Jahr}] aus diesen Konten
bezogen haben?
|| IWER:BETRAG IN [Euro]; NACH ABZUG VON STEUERN; GESAMTBETRAG FÜR
BEIDE PARTNER ANGEBEN
|| {Betrag eintragen}
||
|| CHK: AS005_IntBankAcc <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
|| IF AS005_ (INTEREST FROM BANK ACCOUNTS) = NONRESPONSE
||
|| | BRACKETS (FLUnfolding[46], FLCurr, BRs.Brackets[4].BR1, BRs.Brackets[4].BR2,

```

```

BRs.Brackets[4].BR3)
||
|| ENDIF
||
| ENDIF
|
| AS062_ HAS BONDS
| Haben Sie
| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}][Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}][Mann/Frau/Partn
er/Partnerin/{empty}/{empty}] derzeit Geld in
| festverzinslichen Wertpapieren angelegt?
| IWER:FESTVERZINSLICHE WERTPAPIERE WERDEN VOM STAAT ODER VON
UNTERNEHMEN AUSGEGEBEN UM KAPITAL AUFZUNEHMEN
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF AS062_ (HAS BONDS) = 1. Ja
|
| AS007_ AMOUNT IN BONDS
| Und ungefähr wie viel Geld hatten Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] in festverzinslichen Wertpapieren
angelegt?
| IWER:BETRAG IN [Euro]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER ANGEBEN
| {Betrag eintragen}
|
| CHK: AS007_ AmBonds <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
| IF AS007_ (AMOUNT IN BONDS) = NONRESPONSE
|
|
| BRACKETS (FLUnfolding[47], FLCurr, BRs.Brackets[5].BR1, BRs.Brackets[5].BR2,
BRs.Brackets[5].BR3)
|
| ENDIF
|
| AS009_ INTEREST FROM BONDS
| Nach Abzug von Steuern, ungefähr wie hoch waren die Zinseinkünfte, die Sie
[und/und/und/und/{empty}/{empty}]
| [{empty}/{empty}/{empty}/{empty}/{empty}/{empty}]
[Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] [{letztes Jahr}] aus diesen festverzinslichen
| Wertpapieren bezogen haben?
| IWER:BETRAG IN [Euro]; NACH ABZUG VON STEUERN; GESAMTBETRAG FÜR
BEIDE PARTNER ANGEBEN
| {Betrag eintragen}
|
| CHK: AS009_ IntBonds <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
| IF AS009_ (INTEREST FROM BONDS) = NONRESPONSE
|
|
| BRACKETS (FLUnfolding[48], FLCurr, BRs.Brackets[6].BR1, BRs.Brackets[6].BR2,
BRs.Brackets[6].BR3)
|
| ENDIF

```

```

| |
| ENDIF
|
| AS063_ HAS STOCKS
| Haben Sie
| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}][Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}][Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] derzeit Geld in
| Aktien angelegt?
| IWER:AKTIEN SIND ANTEILE AN UNTERNEHMEN
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF AS063_ (HAS STOCKS) = 1. Ja
| |
| | AS011_ AMOUNT IN STOCKS
| | Ungefähr wie viel Geld haben Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]
| | [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}]
| | derzeit in Aktien angelegt?
| | IWER:BETRAG IN [Euro]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER ANGEBEN
| | {Betrag eintragen}
| |
| | CHK: AS011_AmStocks <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
| | IF AS011_ (AMOUNT IN STOCKS) = NONRESPONSE
| | |
| | | BRACKETS (FLUnfolding[49], FLCurr, BRs.Brackets[7].BR1, BRs.Brackets[7].BR2,
| | | BRs.Brackets[7].BR3)
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | AS015_ DIVIDEND FROM STOCKS
| | | Nach Abzug von Steuern, ungefähr wie hoch waren die Dividenden, die Sie
| | | [und/und/und/und/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
| | | [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] [{letztes Jahr}] aus diesen Aktien
| | | bezogen haben?
| | | IWER:BETRAG IN [Euro]; NACH ABZUG VON STEUERN; GESAMTBETRAG FÜR
| | | BEIDE PARTNER ANGEBEN
| | | {Betrag eintragen}
| | |
| | | CHK: AS015_DivStocks <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
| | | IF AS015_ (DIVIDEND FROM STOCKS) = NONRESPONSE
| | | |
| | | | BRACKETS (FLUnfolding[50], FLCurr, BRs.Brackets[8].BR1, BRs.Brackets[8].BR2,
| | | | BRs.Brackets[8].BR3)
| | | |
| | | | ENDIF
| | | |
| | | | ENDIF
| | | |
| | | | AS064_ HAS MUTUAL FUNDS
| | | | Haben Sie
| | | | [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}][Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}][Mann/Frau/Partn

```

er/Partnerin/{empty}/{empty}} derzeit Geld in  
| Investmentfonds angelegt?  
| IWER:IN INVESTMENTFONDS WIRD DAS GELD VIELER ANLEGER VON EINEM  
MANAGER VERWALTET, DER FÜR DIESE GELD IN AKTIEN UND/ODER  
WERTPAPIERE INVESTIERT

- | 1. Ja
- | 5. Nein

| *IF AS064\_ (HAS MUTUAL FUNDS) = 1. Ja*

|| **AS017\_ AMOUNT IN MUTUAL FUNDS**

|| Ungefähr wie viel Geld haben Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]

[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}]

|| derzeit in Investmentfonds angelegt?

|| IWER:BETRAG IN [Euro]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER ANGEBEN

|| {Betrag eintragen}

||

CHK: AS017\_AmMutFunds <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

|| *IF AS017\_ (AMOUNT IN MUTUAL FUNDS) = NONRESPONSE*

|||

||| BRACKETS (FLUnfolding[51], FLCurr, BRs.Brackets[9].BR1, BRs.Brackets[9].BR2,  
BRs.Brackets[9].BR3)

|||

|| *ENDIF*

||

|| **AS019\_ MUTUAL FUNDS MOSTLY STOCKS OR BONDS**

|| Bestehen diese Investmentfonds vorwiegend aus Aktien oder aus festverzinslichen  
Wertpapieren?

- || 1. Vorwiegend Aktien
- || 2. Jeweils zur Hälfte aus Aktien und Wertpapieren
- || 3. Vorwiegend Wertpapiere

||

||

|| **AS058\_ INTEREST OR DIVIDEND ON MUTUAL FUNDS**

|| Nach Abzug von Steuern, ungefähr wie hoch waren die Dividenden und Zinseinkünfte, die  
Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]

|| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}]

|| [{letztes Jahr}] aus Investmentfonds erhalten haben?

|| IWER:BETRAG IN [Euro]; NACH ABZUG VON STEUERN; GESAMTBETRAG FÜR  
BEIDE PARTNER ANGEBEN

|| {Betrag eintragen}

||

CHK: AS058\_IntMutFunds <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

|| *IF AS058\_ (INTEREST OR DIVIDEND ON MUTUAL FUNDS) = NONRESPONSE*

|||

||| BRACKETS (FLUnfolding[52], FLCurr, BRs.Brackets[10].BR1, BRs.Brackets[10].BR2,  
BRs.Brackets[10].BR3)

|||

|| *ENDIF*

||

|| *ENDIF*

```

|
| AS065_ HAS INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS
| Haben Sie
| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}][Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}][Mann/Frau/Partn
er/Partnerin/{empty}/{empty}] derzeit Geld in einer
| sonstigen vertraglich festgelegten privaten Altersvorsorge angelegt?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF AS065_ (HAS INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS) = 1. Ja
| |
| | IF MN005_ (INTERVIEW MODE) <> 1
| | |
| | | AS020_ WHO HAS INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS
| | | Wer verfügt über eine vertraglich festgelegte private Altersvorsorge? Sie [, Ihr/, Ihre/, Ihr/,
Ihre/{empty}/{empty}]
| | | [Ehemann/Ehefrau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] [oder/oder/oder/oder
/{empty}/{empty}] [beide/beide/beide/beide/{empty}/{empty}]?
| | | 1. Nur Zielperson
| | | 2. Nur [Ehemann/Ehefrau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}]
| | | 3. Beide
| | |
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | IF MN005_ (INTERVIEW MODE) = 1 OR AS020_ (WHO HAS INDIVIDUAL
RETIREMENT ACCOUNTS) = 1. Nur Zielperson OR AS020_ (WHO HAS
INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS) = 3. Beide
| | |
| | | AS021_ AMOUNT INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS
| | | Wie viel Geld haben Sie derzeit in dieser privaten Altersvorsorge angelegt?
| | | IWER:BETRAG IN [Euro]; BETRAG NUR FÜR ZIELPERSON ANGEBEN
| | | {Betrag eintragen}
| | |
| | | CHK: AS021_AmIndRet <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
| | | IF AS021_ (AMOUNT INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS) = NONRESPONSE
| | | |
| | | | BRACKETS (FLUnfolding[53], FLCurr, BRs.Brackets[11].BR1, BRs.Brackets[11].BR2,
BRs.Brackets[11].BR3)
| | | |
| | | | ENDIF
| | | |
| | | | AS023_ INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS MOSTLY IN STOCKS OR
BONDS
| | | | Besteht diese private Altersvorsorge vorwiegend aus Aktien oder aus festverzinslichen
Wertpapieren?
| | | | IWER:FALLS ANDERE ANLAGEFORM BITTE VERMERKEN (STRG+M)!
| | | | 1. Vorwiegend Aktien
| | | | 2. Jeweils zur Hälfte aus Aktien und Wertpapieren
| | | | 3. Vorwiegend Wertpapiere
| | | |
| | | |

```

```

|||
|| ENDIF
||
|| IF AS020_ (WHO HAS INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS) = 2. Nur ^FL_AS020_5
|| OR AS020_ (WHO HAS INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS) = 3.
|| Beide
|||
||| AS024_ PARTNER AMOUNT INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS
||| Wie viel Geld hat [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}}
|[Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty}} derzeit in dieser privaten Altersvorsorge
||| angelegt?
||| IWER:BETRAG IN [Euro]; BETRAG NUR FÜR PARTNER ANGEBEN
||| {Betrag eintragen}
|||
|CHK: AS024_PAmIndRet <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
||| IF AS024_ (PARTNER AMOUNT INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS) =
||| NONRESPONSE
|||
||| BRACKETS (FLUnfolding[55], FLCurr, BRs.Brackets[12].BR1, BRs.Brackets[12].BR2,
BRs.Brackets[12].BR3)
|||
||| ENDIF
|||
||| AS026_ PARTNER INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS MOSTLY IN STOCKS
||| OR BONDS
||| Besteht diese private Altersvorsorge vorwiegend aus Aktien oder aus festverzinslichen
Wertpapieren?
||| IWER:FALLS ANDERE ANLAGEFORM BITTE VERMERKEN (STRG+M)!
||| 1. Vorwiegend Aktien
||| 2. Jeweils zur Hälfte aus Aktien und Wertpapieren
||| 3. Vorwiegend Wertpapiere
|||
||| ENDIF
|||
| ENDIF
|
| AS066_ HAS CONTRACTUAL SAVING
| Haben Sie [oder Ihr/oder Ihre/oder Ihr/oder
Ihre/{empty}]{empty}}[Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty}} derzeit Geld in
Bausparverträgen
| angelegt?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF AS066_ (HAS CONTRACTUAL SAVING) = 1. Ja
||
|| AS027_ AMOUNT CONTRACTUAL SAVING
|| Wie viel Geld haben Sie [und/und/und/und/{empty}]{empty}}
|[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}} [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty}} derzeit
|| in Bausparverträgen angelegt?
|| IWER:BETRAG IN [Euro]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER ANGEBEN

```

```

|| {Betrag eintragen}
||
CHK: AS027_AmContSav <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
|| IF AS027_ (AMOUNT CONTRACTUAL SAVING) = NONRESPONSE
|||
||| BRACKETS (FLUnfolding[57], FLCurr, BRs.Brackets[13].BR1, BRs.Brackets[13].BR2,
BRs.Brackets[13].BR3)
|||
||| ENDIF
||
|| ENDIF
|
| AS067_ HAS LIFE INSURANCE
| Halten Sie [oder/oder/oder/oder
|/{empty}/{empty}][Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}][Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty
|}/{empty}] derzeit
| irgendwelche Lebensversicherungen?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF AS067_ (HAS LIFE INSURANCE) = 1. Ja
||
|| AS029_ LIFE INSURANCE POLICIES TERM OR WHOLE LIFE
|| Handelt es sich bei Ihren Lebensversicherungen um Risikolebensversicherungen, um
Kapitallebensversicherungen oder um beides?
|| IWER:RISIKOLEBENSVERSICHERUNGEN BEZIEHEN SICH AUF EINE FESTE
ZEITSPANNE UND SCHÜTTEN EINEN VORHER BESTIMMTEN BETRAG NUR
DANN AUS, WENN DER BESITZER
|| INNERHALB DIESER ZEITSPANNE STIRBT. HINGEGEN HABEN
KAPITALLEBENSVERSICHERUNGEN EINE SPARKOMPONENTE, DEREN WERT
MIT DER ZEIT ANSTEIGT UND DIE IN
|| TEILZAHLUNGEN ÜBER DIE ZEIT ODER ALS EINMALZAHLUNG
AUSGESCHÜTTET WERDEN KANN.
|| 1. Risikolebensversicherungen
|| 2. Kapitallebensversicherungen
|| 3. Beides
|| 97. Andere
||
||
|| IF AS029_ (LIFE INSURANCE POLICIES TERM OR WHOLE LIFE) = 2.
Kapitallebensversicherungen OR AS029_ (LIFE INSURANCE POLICIES TERM OR
|| WHOLE LIFE) = 3. Beides
|||
||| AS030_ FACE VALUE LIFE POLICIES
||| Wie hoch ist der Nennwert aller Kapitallebensversicherungen, die Sie
[und/und/und/und/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
||| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] besitzen?
||| IWER:BETRAG IN [Euro]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER ANGEBEN
||| {Betrag eintragen}
|||
||| IF AS030_ (FACE VALUE LIFE POLICIES) = NONRESPONSE

```

```

|||
||| BRACKETS (FLUnfolding[42], FLCurr, BRs.Brackets[14].BR1, BRs.Brackets[14].BR2,
BRs.Brackets[14].BR3)
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| IF AS029_ (LIFE INSURANCE POLICIES TERM OR WHOLE LIFE) = 2.
Kapitallebensversicherungen OR AS029_ (LIFE INSURANCE POLICIES TERM OR
||| WHOLE LIFE) = 3. Beides
|||
||| AS032_ AMOUNT DEPENDENTS GET FROM LIFE INSURANCE POLICIES
||| Ungefähr wie viel Geld werden Ihre Angehörigen oder andere Begünstigte aus [Ihren
Risikolebensversicherungen/Ihren Kapitallebensversicherungen]
||| erhalten, wenn Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}]
sterben?
||| IWER:BETRAG IN [Euro]; DEN GESAMTBETRAG FÜR ALLE BEGÜNSTIGTEN
EINTRAGEN
||| {Betrag eintragen}
|||
||| IF AS032_ (AMOUNT DEPENDENTS GET FROM LIFE INSURANCE POLICIES) =
NONRESPONSE
|||
||| BRACKETS (FLUnfolding[43], FLCurr, BRs.Brackets[1].BR1, BRs.Brackets[1].BR2,
BRs.Brackets[1].BR3)
|||
||| ENDIF
|||
||| AS034_ PAID ON LIFE INSURANCE POLICIES
||| Ungefähr wie viel haben Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}]
||| [{letztes Jahr}] in [diese Risikolebensversicherungen/diese Kapitallebensversicherungen]
eingezahlt?
||| IWER:BETRAG IN [Euro]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER EINTRAGEN
||| {Betrag eintragen}
|||
||| IF AS034_ (PAID ON LIFE INSURANCE POLICIES) = NONRESPONSE
|||
||| BRACKETS (FLUnfolding[44], FLCurr, BRs.Brackets[2].BR1, BRs.Brackets[2].BR2,
BRs.Brackets[2].BR3)
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| IF AS029_ (LIFE INSURANCE POLICIES TERM OR WHOLE LIFE) = 1.
Risikolebensversicherungen OR AS029_ (LIFE INSURANCE POLICIES TERM OR
||| WHOLE LIFE) = 3. Beides
|||

```

```

||| AS032_ AMOUNT DEPENDENTS GET FROM LIFE INSURANCE POLICIES
||| Ungefähr wie viel Geld werden Ihre Angehörigen oder andere Begünstigte aus [Ihren
Risikolebensversicherungen/Ihren Kapitallebensversicherungen]
||| erhalten, wenn Sie [und/und/und/und/{empty}]{empty}}
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}} [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty}}
sterben?
||| IWER:BETRAG IN [Euro]; DEN GESAMTBETRAG FÜR ALLE BEGÜNSTIGTEN
EINTRAGEN
||| {Betrag eintragen}
|||
||| IF AS032_ (AMOUNT DEPENDENTS GET FROM LIFE INSURANCE POLICIES) =
NONRESPONSE
|||
||| | BRACKETS (FLUnfolding[43], FLCurr, BRs.Brackets[1].BR1, BRs.Brackets[1].BR2,
BRs.Brackets[1].BR3)
|||
||| ENDIF
|||
||| AS034_ PAID ON LIFE INSURANCE POLICIES
||| Ungefähr wie viel haben Sie [und/und/und/und/{empty}]{empty}}
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}} [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty}}
||| [{letztes Jahr}] in [diese Risikolebensversicherungen/diese Kapitallebensversicherungen]
eingezahlt?
||| IWER:BETRAG IN [Euro]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER EINTRAGEN
||| {Betrag eintragen}
|||
||| IF AS034_ (PAID ON LIFE INSURANCE POLICIES) = NONRESPONSE
|||
||| | BRACKETS (FLUnfolding[44], FLCurr, BRs.Brackets[2].BR1, BRs.Brackets[2].BR2,
BRs.Brackets[2].BR3)
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|
| AS041_ OWN FIRM COMPANY BUSINESS
| Gehört Ihnen [oder/oder/oder/oder /{empty}]{empty}}
[Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}]{empty}} [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty}}
derzeit
| eine Firma, ein Unternehmen oder ein Geschäft?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF AS041_ (OWN FIRM COMPANY BUSINESS) = 1. Ja
||
|| AS042_ AMOUNT SELLING FIRM
|| Wenn Sie diese Firma verkaufen würden, ungefähr wie viel Geld würde Ihnen dann nach
Tilgung möglicher Schulden bleiben?
|| IWER:BETRAG IN [Euro]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER ANGEBEN

```

```

|| {Betrag eintragen}
||
CHK: AS042_AmSellFirm <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
|| IF AS042_ (AMOUNT SELLING FIRM) = NONRESPONSE
||
|| BRACKETS (FLUnfolding[58], FLCurr, BRs.Brackets[15].BR1, BRs.Brackets[15].BR2,
BRs.Brackets[15].BR3)
||
|| ENDIF
||
|| AS044_ PERCENTAGE SHARE FIRM OWNED
|| Welcher Anteil an dieser Firma gehört Ihnen [oder/oder/oder/oder /{empty}/{empty}]
|| [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]
|| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}]?
|| IWER:PROZENT EINGEBEN
|| _____
||
CHK: AS044_ShareFirm <= 100 MAIN "^FLError[18]"
|| IF AS044_ (PERCENTAGE SHARE FIRM OWNED) = NONRESPONSE
||
|| BRACKETS (FLUnfolding[59], FLPercent, BRs.Brackets[16].BR1,
BRs.Brackets[16].BR2, BRs.Brackets[16].BR3)
||
|| ENDIF
||
|| ENDIF
||
|| AS049_ NUMBER OF CARS
|| Wie viele Autos besitzen Sie [oder/oder/oder/oder /{empty}/{empty}]
|| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
|| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}]? Bitte zählen Sie Firmenwagen nicht mit.
|| _____ (0..10)
||
|| IF AS049_ (NUMBER OF CARS) > 0
||
|| AS051_ AMOUNT SELLING CARS
|| Wenn Sie [dieses/diese] [Auto/Autos] verkaufen würden, wie viel Geld hätten Sie dann
noch übrig?
|| IWER:BETRAG IN [Euro]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER ANGEBEN
|| {Betrag eintragen}
||
CHK: AS051_AmSellingCars <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"
|| IF AS051_ (AMOUNT SELLING CARS) = NONRESPONSE
||
|| BRACKETS (FLUnfolding[61], FLCurr, BRs.Brackets[18].BR1, BRs.Brackets[18].BR2,
BRs.Brackets[18].BR3)
||
|| ENDIF
||
|| ENDIF
||

```

| **AS053\_ INTRODUCTION 2 TO ASSETS**

| Die nächsten Fragen beziehen sich auf Geld, das Sie [oder/oder/oder/oder  
/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]

| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] möglicherweise jemandem schulden. Bitte  
zählen Sie Hypotheken oder Schulden auf Grundstücken,

| Wohneigentum oder Firmen nicht mit.

| 1. Weiter

| **AS054\_ OWE MONEY**

| Sehen Sie sich bitte Karte 45 an. Falls Sie [oder/oder/oder/oder /{empty}/{empty}]  
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]

| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] zur Zeit Schulden haben - um welche Art  
von Schulden handelt es sich dann?

| IWER:ZUTREFFENDES KODIEREN

| 1. Schulden auf Autos oder andere Fahrzeuge (Motorräder, Boote, usw.)

| 2. Überfällige Kreditkarten- oder Kundenkartenrechnungen

| 3. Kredite (bei einer Bank, einer Bausparkasse oder einem anderen Geldinstitut)

| 4. Schulden bei Verwandten oder Freunden

| 5. (Öffentliche) Kredite zur Finanzierung des Studiums (z.B. BAFöG)

| 6. Überfällige Rechnungen (Telefon, Strom, Heizung, Miete)

| 96. Keine Schulden

| 97. Andere Schulden

| **CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN AS054\_OweMonAny)) MAIN "^FLError[5]"**

| *IF NOT 96. Keine Schulden IN AS054\_(OWE MONEY)*

|| **AS055\_ AMOUNT OWING MONEY IN TOTAL**

|| Insgesamt wie hoch sind die Schulden, die Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]  
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]

|| [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] haben?

|| IWER:BETRAG IN [Euro]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER ANGEBEN

|| {Betrag eintragen}

|| **CHK: AS055\_AmOweMon <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"**

|| *IF AS055\_(AMOUNT OWING MONEY IN TOTAL) = NONRESPONSE*

||| BRACKETS (FLUnfolding[62], FLCurr, BRs.Brackets[19].BR1, BRs.Brackets[19].BR2,  
BRs.Brackets[19].BR3)

|| *ENDIF*

| *ENDIF*

| **AS068\_ RISK AVERSION**

| Bitte sehen Sie sich Karte 46 an. Wenn Menschen Ihr Geld anlegen, können Sie eine Anlage  
wählen, die nur einen geringen Gewinn bei gleichzeitig

| geringem Risiko, Geld zu verlieren, versprechen, z.B. ein Sparbuch oder ein sicheres  
Wertpapier. Sie können aber auch eine Anlage wählen, mit der

| ein hoher Gewinn, dafür aber auch ein hohes Verlustrisiko verbunden ist, z.B. Aktien.

| Welche der Aussagen auf der Karte kommt Ihrer finanziellen

| Risikobereitschaft, wenn Sie solche Entscheidungen treffen, am nächsten?  
| IWER:ANTWORTEN NUR VORLESEN, WENN NÖTIG. FALLS MEHR ALS EINE  
ANTWORT GEGEBEN WIRD, WÄHLEN SIE DIE ERSTE KATEGORIE, DIE ZUTRIFFT  
| 1. Ich gehe ein erhebliches finanzielles Risiko ein in der Erwartung erheblichen Gewinn zu  
machen  
| 2. Ich gehe ein überdurchschnittliches finanzielles Risiko ein in der Erwartung  
überdurchschnittlichen Gewinn zu machen  
| 3. Ich gehe ein durchschnittliches finanzielles Risiko ein in der Erwartung durchschnittlichen  
Gewinn zu machen  
| 4. Ich bin nicht bereit, irgendwelche finanziellen Risiken einzugehen

| *IF MN014\_ (NUMBER OF ELIGIBLE PERSONS) < MN023\_ ( # PERSONS OVER 17)*

|| **AS069\_ SAVINGS AND INVESTMENTS OF OTHER ADULTS IN THE HOUSEHOLD**

|| Ungefähr wie hoch sind die gesamten Ersparnisse und Geldanlagen aller anderen  
volljährigen Erwachsenen, die mit Ihnen zusammen leben (ausser Ihrem

|| Partner / Ihrer Partnerin), abzüglich aller eventuell vorhandenen Schulden?

|| IWER:BETRAG IN [Euro]; GESAMTBETRAG ALLER ANDEREN PERSONEN -  
AUSSER PARTNER - ANGEBEN

|| {Betrag eintragen}

CHK: AS069\_AmSavInvOth <> EMPTY MAIN "^FLError[20]"

|| *IF AS069\_ (SAVINGS AND INVESTMENTS OF OTHER ADULTS IN THE HOUSEHOLD)*  
*= NONRESPONSE*

||| BRACKETS (FLUnfolding[63], FLCurr, BRs.Brackets[20].BR1, BRs.Brackets[20].BR2,  
BRs.Brackets[20].BR3)

|| *ENDIF*

| *ENDIF*

| **AS057\_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN AS**

| IWER:INTERVIEWER CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM MODUL  
BEANTWORTET?

| 1. Zielperson

| 2. Zielperson und Stellvertreter

| 3. Nur Stellvertreter

| *ENDIF*

**AC011\_ INTRODUCTION WELL-BEING**

Wir sind auch daran interessiert, wie die Menschen im Allgemeinen über ihr Leben denken.

IWER:BEGINN EINES MODULS, IN DEM KEINE ANGABEN DURCH EINEN  
STELLVERTRETER ERLAUBT SIND. FALLS DIE ZIELPERSON NICHT IN DER LAGE  
SEIN SOLLTE, DIE

FOLGENDEN FRAGEN SELBST ZU BEANTWORTEN, GEBEN SIE BEI JEDER FRAGE

STRG+K EIN UND MACHEN SIE AM ENDE DES MODULS EINE ENTSPRECHENDE ANMERKUNG MIT STRG+M.

1. Weiter

#### **AC012\_ HOW SATISFIED WITH LIFE**

Auf einer Skala von 0 bis 10, bei der 0 'voll unzufrieden' und 10 'voll zufrieden' bedeutet, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?

\_\_\_\_\_ (0..10)

#### **AC013\_ INTRODUCTION CASP ITEMS**

Bitte sehen Sie sich Karte 47 an. Ich werde nun einige Aussagen vorlesen, mit denen Menschen ihr Leben oder ihre Gefühle beschreiben. Wir würden gerne wissen, wie oft - falls überhaupt - Sie in den vergangenen vier Wochen die folgenden Gefühle oder Gedanken hatten: häufig, manchmal, selten, oder nie.

1. Weiter

#### **AC014\_ AGE PREVENTS FROM DOING THINGS**

Wie oft denken Sie, dass Ihr Alter Sie daran hindert, Dinge zu tun, die Sie gerne tun würden? Häufig, manchmal, selten oder nie?

1. häufig
2. manchmal
3. selten
4. nie

#### **AC015\_ OUT OF CONTROL**

Wie oft haben Sie das Gefühl, keinen Einfluss darauf zu haben, was mit Ihnen geschieht? (Häufig, manchmal, selten oder nie?)

1. häufig
2. manchmal
3. selten
4. nie

#### **AC016\_ FEEL LEFT OUT OF THINGS**

Wie oft haben Sie das Gefühl, am Rande zu stehen? (Häufig, manchmal, selten oder nie?)

1. häufig
2. manchmal
3. selten
4. nie

#### **AC017\_ DO THE THINGS YOU WANT TO DO**

Wie oft denken Sie, dass Sie die Dinge tun können, die Sie tun möchten? (Häufig, manchmal, selten oder nie?)

1. häufig
2. manchmal
3. selten
4. nie

#### **AC018\_ FAMILY RESPONSIBILITIES PREVENT**

Wie oft denken Sie, dass Sie familiäre Verpflichtungen daran hindern, zu tun, was Sie tun möchten? (Häufig, manchmal, selten oder nie?)

1. häufig
2. manchmal
3. selten
4. nie

**AC019\_ SHORTAGE OF MONEY STOPS**

Wie oft denken Sie, dass es das fehlende Geld ist, dass Sie davon abhält, die Dinge tun, die Sie tun möchten? (Häufig, manchmal, selten oder nie?)

1. häufig
2. manchmal
3. selten
4. nie

**AC020\_ LOOK FORWARD TO EACH DAY**

Wie oft freuen Sie sich auf jeden neuen Tag? (Häufig, manchmal, selten oder nie?)

1. häufig
2. manchmal
3. selten
4. nie

**AC021\_ LIFE HAS MEANING**

Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben einen Sinn hat? (Häufig, manchmal, selten oder nie?)

1. häufig
2. manchmal
3. selten
4. nie

**AC022\_ LOOK BACK ON LIFE WITH HAPPINESS**

Wie oft blicken Sie - unterm Strich - mit einem Gefühl des Glücks auf Ihr Leben zurück? (Häufig, manchmal, selten oder nie?)

1. häufig
2. manchmal
3. selten
4. nie

**AC023\_ FEEL FULL OF ENERGY**

Wie oft fühlen Sie sich heutzutage voller Energie? (Häufig, manchmal, selten oder nie?)

1. häufig
2. manchmal
3. selten
4. nie

**AC024\_ FULL OF OPPORTUNITIES**

Wie oft haben Sie das Gefühl, dass das Leben viele Chancen bietet? (Häufig, manchmal, selten oder nie?)

1. häufig
2. manchmal
3. selten

4. nie

**AC025\_ FUTURE LOOKS GOOD**

Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Zukunft gut für Sie aussieht? (Häufig, manchmal, selten, oder nie?)

1. häufig
2. manchmal
3. selten
4. nie

*IF AC199\_ (WELL-BEING: RANDOM NR 1..2) = 1*

| **AC026\_ INTRODUCTION FEELINGS**

| Denken Sie jetzt an die letzte Woche und an die Gefühle, die sie hatten. Bitte sagen Sie mir für jedes der folgenden Gefühle, ob sie es während der letzten Woche häufig empfunden haben.

- | 1. Weiter

| **AC027\_ FELT DEPRESSED**

| Während der vergangenen Woche haben Sie sich häufig demprimiert gefühlt. (Würden Sie sagen ja oder nein?)

- | 1. Ja
- | 5. Nein

| **AC028\_ FELT EVERYTHING EFFORT**

| Während der vergangenen Woche hatten Sie häufig das Gefühl, das alles, was Sie getan haben, anstrengend war. (Würden Sie sagen ja oder nein?)

- | 1. Ja
- | 5. Nein

| **AC029\_ SLEEP WAS RESTLESS**

| Während der vergangenen Woche haben Sie häufig unruhig geschlafen. (Würden Sie sagen ja oder nein?)

- | 1. Ja
- | 5. Nein

| **AC030\_ HAPPY**

| Während der vergangenen Woche waren Sie häufig glücklich. (Würden Sie sagen ja oder nein?)

- | 1. Ja
- | 5. Nein

| **AC031\_ FELT LONELY**

| Während der vergangenen Woche haben Sie sich häufig einsam gefühlt. (Würden Sie sagen ja oder nein?)

- | 1. Ja
- | 5. Nein

| **AC032\_ ENJOYED LIFE**

| Während der vergangenen Woche haben Sie häufig das Leben genossen. (Würden Sie sagen ja oder nein?)

| 1. Ja

| 5. Nein

| **AC033\_ FELT SAD**

| Während der vergangenen Woche waren Sie häufig traurig. (Würden Sie sagen ja oder nein?)

| 1. Ja

| 5. Nein

| **AC034\_ COULD NOT GET GOING**

| Während der vergangenen Woche sind Sie häufig nicht in die Gänge gekommen. (Würden Sie sagen ja oder nein?)

| 1. Ja

| 5. Nein

| *ENDIF*

| *IF MN024\_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1*

| **AC001\_ INTRODUCTION AC ACTIVITIES**

| Jetzt habe ich ein paar Fragen zu den Motiven für Ihre Aktivitäten, Ihre Zufriedenheit damit, und was Sie von der Zukunft erwarten.

| IWER:MODUL, IN DEM KEINE ANGABEN DURCH EINEN STELLVERTRETERERLAUBT SIND. FALLS DIE ZIELPERSON NICHT IN DER LAGE SEIN SOLLTE, DIE FOLGENDEN FRAGEN

| SELBST ZU BEANTWORTEN, GEBEN SIE BEI JEDER FRAGE STRG+K EIN UND MACHEN SIE AM ENDE DES MODULS EINE ENTSPRECHENDE ANMERKUNG MIT STRG+M.

| 1. Weiter

| **AC002\_ ACTIVITIES IN LAST MONTH**

| Bitte sehen Sie sich Karte 48 an. Haben Sie im letzten Monat eine der dort aufgeführten Aktivitäten ausgeübt oder waren Sie daran beteiligt?

| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN. TEILNAHME AN KIRCHLICHEN AKTIVITÄTEN SCHLIESST KIRCHGANG MIT EIN.

| 1. Ehrenamtliche Tätigkeit

| 2. Betreuung eines kranken oder behinderten Erwachsenen

| 3. Hilfe für Freunde oder Nachbarn

| 4. Teilnahme an einem Fort- oder Weiterbildungskurs

| 5. Teilnahme an Aktivitäten von Vereinen (z.B. Sport- oder Heimatverein)

| 6. Teilnahme an kirchlichen Aktivitäten

| 7. Teilnahme an Aktivitäten einer politischen Organisation oder Bürgerinitiative

| 96. Keine der genannten

| **CHK: NOT (( > 1) AND (a96 IN AC002\_ActLastMonth)) MAIN "^FLError[5]"**

| *LOOP cnt1:= 1 TO 7*

||

|| *IF cnt1 IN AC002\_(ACTIVITIES IN LAST MONTH)*

|||

||| **AC003\_ HOW OFTEN ACTIVITY IN THE LAST FOUR WEEKS**

||| Wie häufig haben Sie in den letzten vier Wochen [eine ehrenamtliche Tätigkeit ausgeübt/einen kranken oder behinderten Erwachsenen betreut/Freunden ||| oder Nachbarn geholfen/an Fort- oder Weiterbildungskursen teilgenommen/an Aktivitäten von Vereinen teilgenommen/an kirchlichen Aktivitäten ||| teilgenommen/an Aktivitäten einer politischen Organisation oder Bürgerinitiative teilgenommen]?

||| 1. Fast täglich  
||| 2. Fast jede Woche  
||| 3. Weniger häufig

|||  
|||

#### ||| **AC004\_ MOTIVATIONS**

||| Bitte sehen Sie sich Karte 49 an. Aus welchem der dort aufgeführten Gründe haben Sie [eine ehrenamtliche Tätigkeit ausgeübt/einen kranken oder ||| behinderten Erwachsenen betreut/Freunden oder Nachbarn geholfen/an Fort- oder Weiterbildungskursen teilgenommen/an Aktivitäten von Vereinen ||| teilgenommen/an kirchlichen Aktivitäten teilgenommen/an Aktivitäten einer politischen Organisation oder Bürgerinitiative teilgenommen]?

#### ||| **IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN**

||| 1. Um mit anderen Menschen zusammen zu sein  
||| 2. Um einen sinnvollen Beitrag zu leisten  
||| 3. Weil ich gebraucht werde  
||| 4. Um Geld zu verdienen  
||| 5. Um mein Wissen und Können zu nutzen oder um fit zu bleiben  
||| 96. Aus keinem der genannten Gründe

|||  
|||

CHK: NOT (( > 1) AND (a96 IN AC004\_Motiv)) MAIN "^FLError[5]"

|| *ENDIF*

||

| *ENDLOOP*

|

| *IF 1. Ehrenamtliche Tätigkeit IN AC002\_ (ACTIVITIES IN LAST MONTH) OR 2. Betreuung eines kranken oder behinderten Erwachsenen IN*

| *AC002\_ (ACTIVITIES IN LAST MONTH) OR 3. Hilfe für Freunde oder Nachbarn IN AC002\_(ACTIVITIES IN LAST MONTH)*

||

#### || **AC005\_ INTRODUCTION STATEMENTS AC**

|| Ich werde Ihnen jetzt ein paar Aussagen vorlesen, die sich auf Ihr Engagement für andere Menschen beziehen. Sagen Sie mir bitte, ob Sie voll

|| zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.

|| 1. Weiter

||

|| *LOOP cnt2:= 1 TO 3*

|||

||| *IF cnt2 IN AC002\_(ACTIVITIES IN LAST MONTH)*

|||

#### ||| **AC006\_ FULLY SATISFIED WITH WHAT ACHIEVED SO FAR**

||| Wenn ich überlege, wie viel Zeit und Mühe ich in [meine ehrenamtliche Tätigkeit /die Betreuung eines kranken oder behinderten Erwachsenen/die

||| Hilfe für Freunde oder Nachbarn/die Teilnahme an einem Fort- oder Weiterbildungskurs

/die Teilnahme an Vereinsaktivitäten/die Teilnahme an  
||| kirchlichen Aktivitäten/die Teilnahme an Aktivitäten einer politischen Organisation oder  
Bürgerinitiative] investiert habe, bin ich mit dem bisher  
||| Erreichten vollauf zufrieden. (Würden Sie sagen, dass Sie dieser Aussage voll  
zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen?)

||| 1. Stimme voll zu

||| 2. Stimme zu

||| 3. Stimme nicht zu

||| 4. Stimme gar nicht zu

|||

||| **AC007\_ RECEIVED ADEQUATE APPRECIATION FROM OTHERS**

||| Wenn ich überlege, wie viel Zeit und Mühe ich in [meine ehrenamtliche Tätigkeit /die  
Betreuung eines kranken oder behinderten Erwachsenen/die

||| Hilfe für Freunde oder Nachbarn/die Teilnahme an einem Fort- oder Weiterbildungskurs

/die Teilnahme an Vereinsaktivitäten/die Teilnahme an

||| kirchlichen Aktivitäten/die Teilnahme an Aktivitäten einer politischen Organisation oder  
Bürgerinitiative] investiert habe, war die Anerkennung

||| meiner Leistung durch andere immer angemessen. (Würden Sie sagen, dass Sie dieser  
Aussage voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht

||| zustimmen?)

||| 1. Stimme voll zu

||| 2. Stimme zu

||| 3. Stimme nicht zu

||| 4. Stimme gar nicht zu

|||

||| *ENDIF*

|||

|| *ENDLOOP*

||

| *ENDIF*

|

*ENDIF*

**EX001\_ INTRODUCTION AND EXAMPLE**

Zum Schluss habe ich einige Fragen dazu, für wie wahrscheinlich Sie das Eintreten  
bestimmter Ereignisse halten. Wenn ich Ihnen eine Frage stelle,  
nennen Sie bitte eine Zahl zwischen 0 und 100. Versuchen wir es mit einem Beispiel -  
nehmen wir das Wetter. Sehen Sie sich bitte Karte 50 an und  
sagen Sie mir dann, für wie wahrscheinlich Sie es halten, dass morgen ein sonniger Tag wird.  
Wenn Sie jetzt zum Beispiel "90" sagen, würde das  
bedeuten, dass es morgen mit einer Wahrscheinlichkeit von 90 Prozent ein sonniger Tag wird.  
Sie können alle Zahlen von 0 bis 100 verwenden.

\_\_\_\_\_ (0..100)

**EX002\_ CHANCE OF RECEIVING INHERITANCE**

Bitte sehen Sie sich Karte 50 an. Wenn Sie an die nächsten zehn Jahre denken - für wie  
wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie eine Erbschaft machen  
werden (eingeschlossen Grundstücke, Immobilien und andere Wertgegenstände)?

\_\_\_\_\_ (0..100)

*IF EX002\_ (CHANCE OF RECEIVING INHERITANCE) > 0*

|  
| **EX003\_ CHANCE INHERITANCE MORE THAN 50000**  
| Bitte sehen Sie sich Karte 50 an. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie innerhalb der  
nächsten zehn Jahre eine Erbschaft im Wert von mehr  
| als 50 000 [Euro] machen werden?  
| \_\_\_\_\_ (0..100)

|  
*ENDIF*

**EX004\_ CHANCE OF LEAVING INHERITANCE MORE THAN 50000**  
(Bitte sehen Sie sich Karte 50 an.) Grundstücke, Immobilien und andere Wertgegenstände  
eingeschlossen - für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass  
Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]  
[Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] ein Erbe im Wert von  
insgesamt 50 000 [Euro] oder mehr hinterlassen werden? Denken Sie dabei nicht nur an die  
nächsten 10 Jahre, sondern überhaupt.  
\_\_\_\_\_ (0..100)

*IF EX004\_ (CHANCE OF LEAVING INHERITANCE MORE THAN 50000) = 0*

|  
| **EX005\_ CHANCE OF LEAVING ANY INHERITANCE**  
| (Bitte sehen Sie sich Karte 50 an.)Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie  
[oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]  
| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Ehemann/Ehefrau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}]  
überhaupt ein Erbe hinterlassen werden?  
| IWER:GRUNDSTÜCKE, IMMOBILIEN UND WERTGEGENSTÄNDE EINBEZIEHEN  
| \_\_\_\_\_ (0..100)

|  
*ELSE*

| *IF EX004\_ (CHANCE OF LEAVING INHERITANCE MORE THAN 50000) > 0*

||  
|| **EX006\_ CHANCE OF LEAVING INHERITANCE MORE THAN 150000**  
|| (Bitte sehen Sie sich Karte 50 an.)Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie  
[oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]  
|| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] ein  
Erbe im Wert von insgesamt 150 000 [Euro] hinterlassen werden?  
|| IWER:GRUNDSTÜCKE, IMMOBILIEN UND WERTGEGENSTÄNDE EINBEZIEHEN  
|| \_\_\_\_\_ (0..100)

||  
|| *ENDIF*

||  
*ENDIF*

*IF Sec\_EP.EP005\_CurrentJobSit = a2 OR 1 IN Sec\_EP.EP098\_TypeOfPension*

|  
| **EX007\_ GOVERNMENT REDUCES PENSION**  
| (Bitte sehen Sie sich Karte 50 an.) Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass die Regierung  
das Rentenniveau senkt, bevor Sie in Ruhestand gehen?  
| \_\_\_\_\_ (0..100)

| *IF MN808\_ (AGE RESPONDENT) < 61*

|

| | **EX025\_ CHANCE TO WORK AFTER AGE OF 63**

| | (Bitte sehen Sie sich Karte 50 an.) Wenn Sie an Arbeit im Allgemeinen und nicht nur an Ihre derzeitige Beschäftigung denken - für wie

| | wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie noch nach Ihrem 63. Geburtstag vollzeit arbeiten werden?

| | \_\_\_\_\_ (0..100)

|

| *ENDIF*

| **EX008\_ GOVERNMENT RAISES RETIREMENT AGE**

| (Bitte sehen Sie sich Karte 50 an.) Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass die Regierung das Rentenalter erhöht, bevor Sie in Ruhestand gehen?

| \_\_\_\_\_ (0..100)

|

| *ENDIF*

*IF MN808\_ (AGE RESPONDENT) < 101*

|

| | **EX009\_ LIVING IN TEN YEARS**

| | (Bitte sehen Sie sich Karte 50 an.) Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie [75/80/85/90/95/100/105/110/120] oder mehr Jahre alt werden?

| | \_\_\_\_\_ (0..100)

|

| *ENDIF*

**EX010\_ CHANCES STANDARD OF LIVING WILL BE BETTER**

(Bitte sehen Sie sich Karte 50 an.) Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Ihr materieller Lebensstandard in fünf Jahren höher sein wird als heute?

IWER:LEBENSSTANDARD BEDEUTET DIE FÄHIGKEIT, WAREN UND DIENSTLEISTUNGEN ZU KAUFEN

\_\_\_\_\_ (0..100)

**EX011\_ CHANCES STANDARD OF LIVING WILL BE WORSE**

(Bitte sehen Sie sich Karte 50 an.) Und für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Ihr materieller Lebensstandard in fünf Jahren niedriger sein wird als heute?

IWER:LEBENSSTANDARD BEDEUTET DIE FÄHIGKEIT, WAREN UND DIENSTLEISTUNGEN ZU KAUFEN

\_\_\_\_\_ (0..100)

**EX026\_ TRUST IN OTHER PEOPLE**

Jetzt möchte ich Ihnen noch eine Frage dazu stellen, wie Sie andere Menschen sehen. Würden Sie im Allgemeinen sagen, dass man den meisten Menschen vertrauen kann oder dass man ger nicht vorsichtig genug im Umgang mit Menschen sein kann? Bitte schauen Sie nicht mehr auf Karte 50 und antworten Sie auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 bedeutet, dass man nicht vorsichtig genug sein kann und 10 bedeutet, dass man den meisten Menschen vertrauen kann.

\_\_\_\_\_ (0..10)

**EX028\_ LEFT OR RIGHT IN POLITICS**

In der Politik spricht man häufig von “links” und “rechts”. Auf einer Skala, bei der 0 links meint und 10 rechts – wo würden Sie sich selbst einordnen?

\_\_\_\_\_ (0..10)

**EX029\_ RELIGIOUS BACKGROUND**

Wie sieht es mit Ihrem religiösen Hintergrund aus? Wie häufig beten Sie heutzutage?

IWER:LAUT VORLESEN

1. Mehr als einmal am Tag
2. Einmal am Tag
3. Mehrmals pro Woche
4. Einmal pro Woche
5. Weniger als einmal pro Woche
6. Nie

**EX023\_ END NON PROXY**

IWER:ENDE DES MODULS, IN DEM KEINE ANGABEN DURCH EINEN STELLVERTRETER ERLAUBT SIND. FALLS DIE ZIELPERSON NICHT IN DER LAGE WAR, DIE VORHERGEHENDEN FRAGEN SELBST ZU BEANTWORTEN, MACHEN SIE EINE ENTSPRECHENDE ANMERKUNG MIT STRG+M.

1. Weiter

*IF MN101\_ (MN101\_Longitudinal) = 0 AND MN022\_ (SAMPLE TYPE) = 0*

| **EX106\_ HAND OUT DROP-OFF QUESTIONNAIRE A**

| IWER:BITTE SELBSTAUSFÜLLER A AUSHÄNDIGEN. TRAGEN SIE VORNAMEN, HAUSHALTSNUMMER [{{Haushaltsnummer}}] UND PERSONENNUMMER [{{Personennummer}}] EIN.

| TRAGEN SIE DIE LAUFENDE NUMMER DES SELBSTAUSFÜLLERS IN DAS CAPI-INSTRUMENT EIN.

| \_\_\_\_\_

*ENDIF*

*IF MN808\_ (AGE RESPONDENT) < 65 AND MN022\_ (SAMPLE TYPE) = 1*

| **EX107\_ HAND OUT DROP-OFF QUESTIONNAIRE B**

| IWER:BITTE SELBSTAUSFÜLLER B AUSHÄNDIGEN. TRAGEN SIE VORNAMEN, HAUSHALTSNUMMER [{{Haushaltsnummer}}] UND PERSONENNUMMER [{{Personennummer}}] EIN.

| TRAGEN SIE DIE LAUFENDE NUMMER DES SELBSTAUSFÜLLERS IN DAS CAPI-INSTRUMENT EIN.

| \_\_\_\_\_

|  
| *ENDIF*

| *IF MN808\_ (AGE RESPONDENT) >= 65 AND MN022\_ (SAMPLE TYPE) = 1*

| | **EX108\_** HAND OUT DROP-OFF QUESTIONNAIRE C

| | IWER:BITTE SELBSTAUSFÜLLER B AUSHÄNDIGEN. TRAGEN SIE VORNAMEN,  
| | HAUSHALTSNUMMER [{Haushaltsnummer}] UND PERSONENNUMMER  
| | [{Personennummer}] EIN.

| | TRAGEN SIE DIE LAUFENDE NUMMER DES SELBSTAUSFÜLLERS IN DAS CAPI-  
| | INSTRUMENT EIN.

| | \_\_\_\_\_

| | *ENDIF*

| *IF MN005\_ (INTERVIEW MODE) = 2*

| | **EX100\_** PARTNER AVAILABLE AND WILLING TO PARTICIPATE

| | IWER:STEHT DER PARTNER DER ZIELPERSON FÜR EIN INTERVIEW DIREKT IM  
| | ANSCHLUSS ZUR VERFÜGUNG ODER FÜHREN SIE DIREKT IM ANSCHLUSS EIN  
| | STELLVERTRETER-INTERVIEW FÜR DEN PARTNER DER ZIELPERSON DURCH?

| | 1. Ja, Partner (oder Stellvertreter) steht für Interview direkt im Anschluss zur Verfügung

| | 5. Nein, Partner (oder Stellvertreter) steht nicht für Interview direkt im Anschluss zur  
| | Verfügung

| | *IF EX100\_ (PARTNER AVAILABLE AND WILLING TO PARTICIPATE) = 5. Nein, Partner  
| | (oder Stellvertreter) steht nicht für Interview direkt im  
| | Anschluss zur Verfügung*

| | | **EX101\_** INTRODUCTION PARTNER INFORMATION

| | | Bevor wir zum Ende kommen, möchte ich Sie bitten, mir noch ein paar Informationen über  
| | | [Ihren/Ihre/Ihren/Ihre/{empty}]{empty}]

| | | [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty}] zu geben, [der/die] heute nicht befragt  
| | | wird.

| | | 1. Weiter

| | | **EX102\_** PARTNER YEARS OF EDUCATION

| | | Wie viele Jahre hat sich [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}]

| | | [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}]{empty}] vollzeit in schulischer und beruflicher  
| | | Ausbildung befunden?

| | | \_\_\_\_\_ (0..21)

| | | **EX103\_** PARTNER CURRENT JOB SITUATION

| | | Wie würden Sie allgemein die derzeitige Erwerbssituation

| | | [Ihres/Ihrer/Ihres/Ihrer/{empty}]{empty}]

| | | [Mannes/Frau/Partners/Partnerin/{empty}]{empty}]

| | | beschreiben?

| | | 1. Im Ruhestand

- || 2. Abhängig oder selbstständig beschäftigte (einschließlich Arbeit im Familienbetrieb)
- || 3. Arbeitslos oder arbeitsuchend
- || 4. Dauerhaft erwerbsunfähig wegen Krankheit oder Behinderung
- || 5. Hausfrau/-mann
- || 6. Andere Erwerbssituation

|| *IF EX103\_ (PARTNER CURRENT JOB SITUATION) <> 1. Im Ruhestand AND EX103\_ (PARTNER CURRENT JOB SITUATION) <> 2. Abhängig oder selbstständig beschäftigte (einschließlich Arbeit im Familienbetrieb)*

||| **EX104\_ PARTNER EVER DONE PAID WORK**

||| War [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin/{empty}/{empty}] jemals erwerbstätig?

- ||| 1. Ja
- ||| 5. Nein

|| *ENDIF*

|| *IF EX103\_ (PARTNER CURRENT JOB SITUATION) = 1. Im Ruhestand OR EX103\_ (PARTNER CURRENT JOB SITUATION) = 2. Abhängig oder selbstständig beschäftigte (einschließlich Arbeit im Familienbetrieb) OR EX104\_ (PARTNER EVER DONE PAID WORK) = 1. Ja*

||| **EX105\_ PARTNER EMPLOYEE OR A SELF-EMPLOYED**

||| Bei [seiner/ihrer] [letzten/derzeitigen/letzten] Erwerbstätigkeit, [war/ist/war] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Mann/Frau/Partner/Partnerin] abhängig, im öffentlichen Dienst oder selbstständig beschäftigt?

- ||| 1. Abhängig beschäftigt
- ||| 2. Im öffentlichen Dienst
- ||| 3. Selbstständig

|| *ENDIF*

| *ENDIF*

*ENDIF*

#### **EX024\_ THANK YOU FOR PARTICIPATION**

Vielen Dank. Dies war die letzte Frage. Ich möchte Ihnen nochmals sehr für die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt danken. Ich weiss, dass es ein langer und schwieriger Fragebogen war, aber Ihre Hilfe war wirklich sehr wertvoll. Durch Ihre Teilnahme ermöglichen Sie den Forschern, besser zu verstehen, wie sich die Bevölkerungsalterung in Europa auf unsere Zukunft auswirken wird.

1. Weiter

#### **EX027\_ CONSENT TO RECONTACT**

Möglicherweise wird das Forschungsprojekt in ein oder zwei Jahren mit einem dann sehr viel kürzeren Interview fortgesetzt. Dürfen wir Ihre Adresse bei uns aufbewahren, damit wir Sie persönlich über die Ergebnisse des Projektes informieren

und ggf. für eine Nachbefragung wieder kontaktieren können?

IWER:ACHTUNG: DIESE FRAGE NUR BEI EINER ERSTBEFRAGUNG STELLEN!!! LASSEN SIE DANN DIE ZIELPERSON DAS PANELBLATT UNTERSCHREIBEN.

FALLS DIE ZIELPERSON

NACHFRAGT ODER ZÖGERT, WEISEN SIE DARAUF HIN, DASS SIE IMMER NOCH "NEIN" SAGEN KANN, WENN WIR SIE WIEDER KONTAKTIEREN.

1. Panelbereitschaft erklärt
5. Keine Panelbereitschaft

#### **IV001\_ INTRODUCTION TO IV**

IN DIESEM MODUL GEHT ES UM BEOBACHTUNGEN WÄHREND DES INTERVIEWS, DIE SIE NACH JEDEM ABGESCHLOSSENEN INTERVIEW EINTRAGEN SOLLTEN.

1. Weiter

*IF Sec\_DN.DN038\_IntCheck = a3 OR Sec\_PH.PH054\_IntCheck = a3 OR  
Sec\_BR.BR017\_IntCheck = a3 OR Sec\_HC.HC063\_IntCheck = a3 OR  
Sec\_EP.EP210\_IntCheck  
= a3 OR Sec\_CH.CH023\_IntCheck = a3 OR Sec\_SP.SP022\_IntCheck = a3 OR  
Sec\_FT.FT021\_IntCheck = a3 OR Sec\_HO.HO041\_IntCheck = a3 OR  
Sec\_HH.HH014\_IntCheck  
= a3 OR Sec\_CO.CO009\_IntCheck = a3 OR Sec\_AS.AS057\_IntCheck = a3*

|

#### **| IV020\_ RELATIONSHIP PROXY**

| Ein Stellvertreter hat einige oder alle Fragen für [{Name der Zielperson}] beantwortet. In welcher Beziehung steht der Stellvertreter zu [{Name der Zielperson}]?

- | 1. Ehegatte
- | 2. (Schwieger-)Sohn/Tochter
- | 3. (Schwieger-)Vater/Mutter
- | 4. Bruder/Schwester
- | 5. Enkel/Enkelin
- | 6. Anderer Verwandter
- | 7. Pfleger/Pflegerin
- | 8. Haushaltshilfe
- | 9. Freund/Bekannter
- | 10. Andere Beziehung

|

*ENDIF*

#### **IV002\_ THIRD PERSONS PRESENT**

War (zeitweilig) eine dritte Person - ausser einem Stellvertreter - während des Interviews mit [{Name der Zielperson}] anwesend?

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

1. Niemand
2. Ehegatte oder Partner
3. Ein Elternteil oder beide Eltern

4. Kind oder Kinder
5. Andere Verwandte
6. Andere Personen anwesend

*IF NOT 1. Niemand IN IV002\_ (THIRD PERSONS PRESENT) AND  
IV002\_PersPresent.CARDINAL = 1*

|  
| **IV003\_ INTERVENED IN INTERVIEW**  
| Haben diese Personen in das Interview eingegriffen?  
| 1. Ja, häufig  
| 2. Ja, gelegentlich  
| 3. Nein

|  
|  
*ENDIF*

**IV004\_ WILLINGNESS TO ANSWER**

Wie würden Sie die Antwortbereitschaft von [{Name der Zielperson}] beschreiben?

1. Sehr gut
2. Gut
3. Mittelmäßig
4. Schlecht
5. Am Anfang gut, wurde im Lauf des Interviews schlechter
6. Am Anfang schlecht, wurde im Lauf des Interviews besser

*IF IV004\_ (WILLINGNESS TO ANSWER) = 5. Am Anfang gut, wurde im Lauf des Interviews schlechter*

|  
| **IV005\_ WHY WILLINGNESS WORSE**  
| Weshalb wurde die Antwortbereitschaft der Zielperson im Lauf des Interviews schlechter?  
| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN ANKREUZEN  
| 1. Zielperson verlor Interesse  
| 2. Konzentration der Zielperson ließ nach oder sie wurde müde  
| 3. Andere Gründe, bitte angeben

| *IF 3. Andere Gründe, bitte angeben IN IV005\_(WHY WILLINGNESS WORSE)*

||  
|| **IV006\_ WHICH OTHER REASON**  
|| Welche anderen Gründe?

|| \_\_\_\_\_

||  
||  
| *ENDIF*

|  
*ENDIF*

**IV007\_ RESP. ASK FOR CLARIFICATION**

Hat [{Name der Zielperson}] bei einer oder mehreren Fragen um Erklärung gebeten?

1. Niemals
2. Fast nie

3. Ab und zu
4. Häufig
5. Sehr häufig
6. Immer

#### **IV008\_ RESPONDENT UNDERSTOOD QUESTIONS**

Hatten Sie insgesamt das Gefühl, dass [{Name der Zielperson}] die Fragen verstanden hat?

1. Niemals
2. Fast nie
3. Ab und zu
4. Häufig
5. Sehr häufig
6. Immer

#### **IV018\_ HELP NEEDED READING SHOWCARDS**

Hat die Zielperson während des Interviews Hilfe beim Lesen der Karten benötigt?

1. Ja, wegen Augenproblemen
2. Ja, wegen unzureichender Lesefähigkeit
3. Nein

*IF MN008\_ (HOUSEHOLD RESPONDENT) = 1*

|

| *IF Sec\_HO.HO001\_Place = a1*

||

|| **IV009\_ WHICH AREA BUILDING LOCATED**

|| In was für einer Art von Gegend liegt das Gebäude?

- || 1. Großstadt
- || 2. Vorstadt oder Außenbezirk einer Großstadt
- || 3. Größere Stadt
- || 4. Kleinstadt
- || 5. Ländliche Gegend / Dorf

||

||

|| **IV010\_ TYPE OF BUILDING**

|| In welcher Art von Gebäude lebt der Haushalt?

- || 1. Bauernhaus
- || 2. Frei stehendes Ein- oder Zweifamilienhaus
- || 3. Ein- oder Zweifamilienhaus als Doppelhaushälfte oder Reihenhaus
- || 4. Gebäude mit 3 bis 8 Wohnungen
- || 5. Gebäude mit 9 oder mehr Wohnungen, aber nicht mehr als 8 Stockwerke
- || 6. Hochhaus mit 9 oder mehr Stockwerken
- || 7. Altenwohnanlage
- || 8. Altenheim

||

||

|| *IF IV010\_ (TYPE OF BUILDING) = 4. Gebäude mit 3 bis 8 Wohnungen OR*

*IV010\_TypeBuilding.ORD = 5*

|||

||| **IV011\_ NUMBER OF FLOORS OF BUILDING**

||| Wie viele Stockwerke hat das Gebäude, einschliesslich Erdgeschoss?

||| \_\_\_\_\_ (1..99)

|||

|| *ENDIF*

||

|| *IF IV010\_ (TYPE OF BUILDING) > 3. Ein- oder Zweifamilienhaus als Doppelhaushälfte  
oder Reihenhaus*

|||

||| **IV012\_ NUMBER OF STEPS TO ENTRANCE**

||| Wie viele Stufen musste man hinauf oder hinunter gehen, um die Eingangstür der  
Wohnung des Haushalts zu erreichen?

||| **IWER:ZÄHLEN SIE KEINE STUFEN, DIE MAN DURCH DIE BENUTZUNG EINES  
AUFZUGES VERMEIDEN KANN.**

||| 1. Bis zu 5

||| 2. 6 bis 15

||| 3. 16 bis 25

||| 4. Mehr als 25

|||

|||

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

|

| **IV019\_ INTERVIEWER ID**

| Ihre Interviewer ID:

| \_\_\_\_\_

|

| **IV017\_ OUTRA IV**

| Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Moduls.

| 1. Weiter

|

|

| *ELSE*

|

|

| *ENDIF*