

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 in diesem Interview werden wir Fragen über die Haushalts- und Familienfinanzen stellen, z.B. über Ihre Altersvorsorge und finanzielle

|| Unterstützung für Kinder oder andere Verwandte. Wir brauchen diese Fragen nur einem von Ihnen zu stellen. Wer von Ihnen ist am besten geeignet,

|| Fragen über finanzielle Angelegenheiten zu beantworten?

|| **IWER:NUR EINE PERSON ALS AUSKUNFTGEBER ÜBER FINANZEN CODIEREN**

|| 1. Name von Person 1

|| 2. Name von Person 2

||

| *ELSE*

||

||

| *ENDIF*

|

ENDIF

IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0

|

|

ENDIF

DN001_ INTRO DEMOGRAPHICS

Ich möchte nochmals wiederholen, dass dieses Interview freiwillig und vertraulich ist. Ihre Antworten werden nur für Forschungszwecke verwendet.

Falls wir auf eine Frage stoßen sollten, die Sie nicht beantworten wollen, lassen Sie es mich wissen und wir wenden uns der nächsten Frage zu. Zu

Beginn möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrem persönlichen und familiären Hintergrund stellen.

1. Weiter

DN042_ MALE OR FEMALE

BEOBACHTUNG

IWER:NOTIEREN SIE DAS GESCHLECHT DER BEFRAGTEN PERSON AUS IHRER BEOBACHTUNG (BEI UNSICHERHEIT NACHFRAGEN)

1. Männlich

2. Weiblich

DN043_ CONFIRM MONTH/YEAR BIRTH

Könnten Sie mir bitte bestätigen: Sie wurden im [{Geburtsmonat der befragten Person}] [{Geburtsjahr der befragten Person}] 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. Jänner

|| 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**

| Sind Sie im Gebiet des heutigen Österreich 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 zum Zeitpunkt Ihrer Geburt gehört hat.

|| _____

||

|| **DN006_ YEAR CAME TO LIVE IN COUNTRY**

|| In welchem Jahr sind Sie in das Gebiet des heutigen Österreich gezogen?

|| (1875..2008)

||

| *ENDIF*

| **DN007_ CITIZENSHIP COUNTRY**

| Besitzen Sie die österreichische Staatsbürgerschaft?

- | 1. Ja
- | 5. Nein

| *IF DN007_ (CITIZENSHIP COUNTRY) = 5. Nein*

| **DN008_ OTHER CITIZENSHIP**

| Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

| _____

| *ENDIF*

| **DN009_ WHERE LIVED SINCE 1989**

| IWER:FRAGE TRIFFT IN ÖSTERREICH NICHT ZU. STRG UND R GLEICHZEITIG DRÜCKEN

| **DN010_ HIGHEST EDUCATIONAL DEGREE OBTAINED**

| Sehen Sie sich bitte Karte 2 an. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

| IWER:"GYMNASIUM UNTERSTUFE" ALS "HAUPTSCHULE" KODIEREN

- | 1. Volksschule
- | 2. Hauptschule
- | 3. Gymnasium (öffentlich) mit Matura
- | 4. Gymnasium (privat) mit Matura
- | 5. Berufsbildende Schule mit Matura (HAK, HTL,...)
- | 6. Berufsbildende Schule ohne Matura
- | 95. Noch kein Abschluss/noch in Ausbildung
- | 96. Kein Schulabschluss
- | 97. Anderer Schulabschluss (auch Ausland)

| *IF DN010_ (HIGHEST EDUCATIONAL DEGREE OBTAINED) = 97. Anderer Schulabschluss (auch Ausland)*

| **DN011_ OTHER HIGHEST EDUCATION**

| Welchen anderen Schulabschluss haben Sie?

| _____

| *ENDIF*

| **DN012_ FURTHER EDUCATION**

| Bitte sehen Sie sich Karte 3 an. Welchen höheren Bildungsabschluss oder welche berufliche Ausbildung haben Sie?

| IWER:BEI MEHR ALS EINER ANTWORT KODIEREN SIE ALLE ABSCHLÜSSE

- | 1. Lehrabschlussprüfung
- | 2. Meisterprüfung
- | 3. Fachakademie (Sozialakademie, Krankenpflegeausbildung, Pädagog. Akademie,...)
- | 4. Hochschulabschluss

| 5. Weiterführender Hochschulabschluss (Doktorat)

| 95. Noch in Ausbildung

| 96. Kein Berufsabschluss

| 97. Anderer Abschluss (auch Ausland)

|

| *IF 97. Anderer Abschluss (auch Ausland) IN DN012_(FURTHER EDUCATION)*

||

|| **DN013_ OTHER EDUCATION**

|| Welchen anderen höheren Bildungsabschluss oder welche andere berufliche Ausbildung haben Sie?

|| _____

||

| *ENDIF*

|

ENDIF

DN041_ YEARS EDUCATION

Wie viele Jahre waren Sie ganztags in Ausbildung?

IWER:LEHRE ZÄHLT NICHT ALS GANZTAGSAUSBILDUNG

_____ (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}] geändert?

| 1. Ja, der Familienstand hat sich geändert.

| 5. Nein, der Familienstand hat sich nicht geändert.

|

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. Hier geht es um Ihren Familienstand - sind Sie ...?

| 1. Verheiratet und mit dem/der Ehepartner/in zusammenlebend

| 3. Verheiratet, getrennt vom/von der Ehepartner/in lebend

| 4. Ledig

| 5. Geschieden

| 6. Verwitwet

|

| *IF DN014_ (MARITAL STATUS) = 1. Verheiratet und mit dem/der Ehepartner/in 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**

||

|| IWER:FRAGE TRIFFT IN ÖSTERREICH NICHT ZU. STRG UND R GLEICHZEITIG DRÜCKEN

|| (1890..2007)

||

| *ELSE*

||

|| *IF DN014_ (MARITAL STATUS) = 3. Verheiratet, getrennt vom/von der Ehepartner/in 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 MEHREREN SCHEIDUNGEN, DAS 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:TRAGEN SIE DAS JAHR EIN, IN DEM DER/DIE PARTNER/PARTNERIN GESTORBEN IST

||| (1890..2007)

|||

||| *ENDIF*

|||

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

||

```

| ENDIF
|
| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0 AND DN014_ (MARITAL STATUS) = 3.
Verheiratet, getrennt vom/von der Ehepartner/in 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}/Ex-/Ex-
/verstorbener/verstorbene][Mann/Frau/Mann/Frau/Mann/Frau] geboren?
|| IWER:GEBURTSJAHR DES LETZTEN PARTNERS EINTRAGEN
|| (1875..2008)
||
|| DN021_ HIGHEST EDUCATIONAL DEGREE OF PARTNER
|| Bitte sehen Sie sich Karte 5 an. Welchen höchsten Schulabschluss hat
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/Ihre]
|| [{empty}/{empty}/Ex-/Ex-/verstorbener/verstorbene][Mann/Frau/Mann/Frau/Mann/Frau]?
|| 1. Volksschule
|| 2. Hauptschule
|| 3. Gymnasium (öffentlich) mit Matura
|| 4. Gymnasium (privat) mit Matura
|| 5. Berufsbildende Schule mit Matura (HAK, HTL,...)
|| 6. Berufsbildende Schule ohne Matura
|| 95. Noch kein Abschluss/noch in Ausbildung
|| 96. Kein Schulabschluss
|| 97. Anderer Schulabschluss (auch Ausland)
||
||
|| IF DN021_ (HIGHEST EDUCATIONAL DEGREE OF PARTNER) = 97. Anderer
Schulabschluss (auch Ausland)
||
|| DN022_ OTHER HIGHEST EDUCATIONAL DEGREE PARTNER OBTAINED
|| Welchen anderen Schulabschluss hat [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/Ihre] [{empty}/{empty}/Ex-
/Ex-/verstorbener/verstorbene][Mann/Frau/Mann/Frau/Mann/Frau]?
|| _____
||
|| ENDIF
||
|| DN023_ FURTHER EDUCATION OR VOCATIONAL TRAINING OBTAINED OF
PARTNER
|| Bitte sehen Sie sich Karte 6 an. Welchen höheren Bildungsabschluss oder welche
berufliche Ausbildung hat [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/Ihre]
|| [{empty}/{empty}/Ex-/Ex-/verstorbener/verstorbene] [Mann/Frau/Mann/Frau/Mann/Frau]?
|| IWER:BEI MEHR ALS EINER ANTWORT KODIEREN SIE ALLE ABSCHLÜSSE
|| 1. Lehrabschlussprüfung
|| 2. Meisterprüfung
|| 3. Fachakademie (Sozialakademie, Krankenpflegeausbildung, Pädagog. Akademie,...)
|| 4. Hochschulabschluss
|| 5. Weiterführender Hochschulabschluss (Doktorat)
|| 95. Noch in Ausbildung
|| 96. Kein Berufsabschluss

```

|| 97. Anderer Abschluss (auch Ausland)

||
||

|| *IF 97. Anderer Abschluss (auch Ausland) IN DN023_(FURTHER EDUCATION OR VOCATIONAL TRAINING OBTAINED OF PARTNER)*

|||

||| **DN024_ OTHER EDUCATION PARTNER**

||| Welchen anderen höheren Bildungsabschluss oder welche andere berufliche Ausbildung hat [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/Ihre]

||| [{{empty}}/{{empty}}/Ex-/Ex-

/verstorbener/verstorbene][Mann/Frau/Mann/Frau/Mann/Frau]?

||| _____

|||

|| *ENDIF*

||

|| **DN025_ LAST JOB OF PARTNER**

|| Welchen Beruf übte [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/Ihr/Ihre] [{{empty}}/{{empty}}/Ex-/Ex-/verstorbener/verstorbene][Mann/Frau/Mann/Frau/Mann/Frau] zuletzt aus? Bitte

|| geben Sie die genaue Bezeichnung an.

|| IWER:Z.B. NICHT "ANGESTELLTER" SONDERN "BÜROKAUFMANN", NICHT "ARBEITER" SONDERN "MASCHINENSCHLOSSER". IM FALLE EINES BEAMTEN ERFRAGEN SIE BITTE DIE

|| DIENSTBEZEICHNUNG, Z.B. "STUDIENRAT" ODER "POLIZEIOBERINSPEKTOR". SCHREIBEN SIE "HAUSFRAU/ -MANN" NUR DANN, WENN DIE PERSON NIE EINER BEZAHLTEN

|| TÄTIGKEIT NACHGEGANGEN IST.

|| _____

||

| *ENDIF*

|

| *IF MN002_Person[1].MaritalStatus = a3*

||

|| **DN040_ PARTNER OUTSIDE HOUSEHOLD**

|| Haben Sie einen Partner/eine Partnerin, der/die außerhalb dieses Haushaltes wohnt?

|| 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**

| Nun ein paar 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**

|| Ist [Ihre/Ihr] [leibliche/leiblicher] [Mutter/Vater] noch am Leben?

|| 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**

||| Welchen Beruf übt bzw. übte [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] zuletzt aus? Bitte nennen Sie mir die genaue Bezeichnung.

||| IWER:Z.B. NICHT "ANGESTELLTER" SONDERN "BÜROKAUFMANN"; NICHT "ARBEITER" SONDERN "MASCHINENSCHLOSSER". IM FALLE EINES BEAMTEN ERFRAGEN SIE BITTE DIE

||| DIENSTBEZEICHNUNG, Z.B. "STUDIENRAT" ODER

"POLIZEIOBERINSPEKTOR". SCHREIBEN SIE "HAUSFRAU/ -MANN" NUR DANN, WENN DIE PERSON NIE EINER BEZAHLTEN

||| TÄTIGKEIT NACHGEGANGEN IST.

||| _____

|||

|| 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]?

||| IWER:KARTE 5 ZEIGEN

- ||| 1. Im selben Haushalt
- ||| 2. Im selben Haus
- ||| 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 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 selben Haushalt*

||| **DN032_ PERSONAL CONTACT WITH PARENT DURING PAST 12 MONTHS**

||| Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten persönlichen, telefonischen oder schriftlichen Kontakt zu [Ihrer/Ihrem] [Mutter/Vater]?

||| IWER:JEGLICHER KONTAKT - AUCH E-MAIL, SMS ODER MMS

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

||| *ENDIF*

||| **DN033_ HEALTH OF PARENT**

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

||| Würden Sie sagen, er ist...

||| IWER: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**

||| Ist [Ihre/Ihr] [leibliche/leiblicher] [Mutter/Vater] noch am Leben?

||| 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**

||| Welchen Beruf übt bzw. übte [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] zuletzt aus? Bitte nennen Sie mir die genaue Bezeichnung.

||| IWER:Z.B. NICHT "ANGESTELLTER" SONDERN "BÜROKAUFMANN"; NICHT "ARBEITER" SONDERN "MASCHINENSCHLOSSER". IM FALLE EINES BEAMTEN ERFRAGEN SIE BITTE DIE

||| DIENSTBEZEICHNUNG, Z.B. "STUDIENRAT" ODER

||| "POLIZEIOBERINSPEKTOR". SCHREIBEN SIE "HAUSFRAU/ -MANN" NUR DANN, WENN DIE PERSON NIE EINER BEZAHLTEN

||| TÄTIGKEIT NACHGEGANGEN IST.

||| _____

|||

||| *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]?

||| IWER:KARTE 5 ZEIGEN

||| 1. Im selben Haushalt

||| 2. Im selben Haus

- ||| 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 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 selben Haushalt*

||| **DN032_ PERSONAL CONTACT WITH PARENT DURING PAST 12 MONTHS**

||| Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten persönlichen, telefonischen oder schriftlichen Kontakt zu [Ihrer/Ihrem] [Mutter/Vater]?

||| **IWER:JEGLICHER KONTAKT - AUCH E-MAIL, SMS ODER MMS**

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

||| *ENDIF*

||| **DN033_ HEALTH OF PARENT**

||| Wie würden Sie den Gesundheitszustand [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters] beschreiben?
Würden Sie sagen, er ist...

||| **IWER:VORLESEN**

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

||| *ENDIF*

||| *ELSE*

||| *IF RESPONDENT ID > 2*

||| **DN026_ IS NATURAL PARENT STILL ALIVE**

||| Ist [Ihre/Ihr] [leibliche/leiblicher] [Mutter/Vater] noch am Leben?

```

|||| 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
|||| Welchen Beruf übt bzw. übte [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] zuletzt aus? Bitte nennen Sie mir
die genaue Bezeichnung.
|||| IWER:Z.B. NICHT "ANGESTELLTER" SONDERN "BÜROKAUFMANN"; NICHT
"ARBEITER" SONDERN "MASCHINENSCHLOSSER". IM FALLE EINES BEAMTEN
ERFRAGEN SIE BITTE DIE
|||| DIENSTBEZEICHNUNG, Z.B. "STUDIENRAT" ODER
"POLIZEIOBERINSPEKTOR". SCHREIBEN SIE "HAUSFRAU/ -MANN" NUR DANN,
WENN DIE PERSON NIE EINER BEZAHLTEN
|||| TÄTIGKEIT NACHGEGANGEN IST.
|||| _____
||||
|||| 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]?
|||| IWER:KARTE 5 ZEIGEN
|||| 1. Im selben Haushalt
|||| 2. Im selben Haus
|||| 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

```


| *IF MN017_ (FATHER IN HOUSEHOLD) = 5 AND RESPONDENT ID = 1*

||

|| **DN026_ IS NATURAL PARENT STILL ALIVE**

|| Ist [Ihre/Ihr] [leibliche/leiblicher] [Mutter/Vater] noch am Leben?

|| 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**

|| Welchen Beruf übt bzw. übte [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] zuletzt aus? Bitte nennen Sie mir die genaue Bezeichnung.

|| IWER:Z.B. NICHT "ANGESTELLTER" SONDERN "BÜROKAUFMANN"; NICHT "ARBEITER" SONDERN "MASCHINENSCHLOSSER". IM FALLE EINES BEAMTEN ERFRAGEN SIE BITTE DIE

|| DIENSTBEZEICHNUNG, Z.B. "STUDIENRAT" ODER

|| "POLIZEIOBERINSPEKTOR". SCHREIBEN SIE "HAUSFRAU/ -MANN" NUR DANN, WENN DIE PERSON NIE EINER BEZAHLTEN

|| TÄTIGKEIT NACHGEGANGEN IST.

|| _____

||

|| *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]?

|| IWER:KARTE 5 ZEIGEN

|| 1. Im selben Haushalt

|| 2. Im selben Haus

- ||| 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 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 selben Haushalt*

||| **DN032_ PERSONAL CONTACT WITH PARENT DURING PAST 12 MONTHS**

||| Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten persönlichen, telefonischen oder schriftlichen Kontakt zu [Ihrer/Ihrem] [Mutter/Vater]?

||| **IWER:JEGLICHER KONTAKT - AUCH E-MAIL, SMS ODER MMS**

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

||| *ENDIF*

||| **DN033_ HEALTH OF PARENT**

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

||| Würden Sie sagen, er ist...

||| **IWER: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**

||| Ist [Ihre/Ihr] [leibliche/leiblicher] [Mutter/Vater] noch am Leben?

```

||| 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
||| Welchen Beruf übt bzw. übte [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] zuletzt aus? Bitte nennen Sie mir
die genaue Bezeichnung.
||| IWER:Z.B. NICHT "ANGESTELLTER" SONDERN "BÜROKAUFMANN"; NICHT
"ARBEITER" SONDERN "MASCHINENSCHLOSSER". IM FALLE EINES BEAMTEN
ERFRAGEN SIE BITTE DIE
||| DIENSTBEZEICHNUNG, Z.B. "STUDIENRAT" ODER
"POLIZEIOBERINSPEKTOR". SCHREIBEN SIE "HAUSFRAU/ -MANN" NUR DANN,
WENN DIE PERSON NIE EINER BEZAHLTEN
||| TÄTIGKEIT NACHGEGANGEN IST.
||| _____
|||
||| 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]?
||| IWER:KARTE 5 ZEIGEN
||| 1. Im selben Haushalt
||| 2. Im selben Haus
||| 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 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 selben Haushalt
|||
||| DN032_ PERSONAL CONTACT WITH PARENT DURING PAST 12 MONTHS
||| Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten persönlichen, telefonischen oder
||| schriftlichen Kontakt zu [Ihrer/Ihrem] [Mutter/Vater]?
||| IWER:JEGLICHER KONTAKT - AUCH E-MAIL, SMS ODER MMS
||| 1. Täglich
||| 2. Mehrmals pro Woche
||| 3. Etwa einmal pro Woche
||| 4. Etwa alle zwei Wochen
||| 5. Etwa einmal im Monat
||| 6. Weniger als einmal im Monat
||| 7. Nie
|||
||| ENDIF
|||
||| DN033_ HEALTH OF PARENT
||| Wie würden Sie den Gesundheitszustand [Ihrer/Ihres] [Mutter/Vaters] beschreiben?
||| Würden Sie sagen, er ist...
||| IWER:VORLESEN
||| 1. Ausgezeichnet
||| 2. Sehr gut
||| 3. Gut
||| 4. Mittelmäßig
||| 5. Schlecht
|||
||| ENDIF
|||
||| ELSE
|||
||| IF RESPONDENT ID > 2
|||
||| DN026_ IS NATURAL PARENT STILL ALIVE
||| Ist [Ihre/Ihr] [leibliche/leiblicher] [Mutter/Vater] noch am Leben?
||| 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**
||||| Welchen Beruf übt bzw. übte [Ihre/Ihr] [Mutter/Vater] zuletzt aus? Bitte nennen Sie mir die genaue Bezeichnung.
||||| IWER:Z.B. NICHT "ANGESTELLTER" SONDERN "BÜROKAUFMANN"; NICHT "ARBEITER" SONDERN "MASCHINENSCHLOSSER". IM FALLE EINES BEAMTEN ERFRAGEN SIE BITTE DIE
||||| DIENSTBEZEICHNUNG, Z.B. "STUDIENRAT" ODER "POLIZEIOBERINSPEKTOR". SCHREIBEN SIE "HAUSFRAU/ -MANN" NUR DANN, WENN DIE PERSON NIE EINER BEZAHLTEN
||||| TÄTIGKEIT NACHGEGANGEN IST.

||||| _____
|||||
||||| *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]?
||||| IWER:KARTE 5 ZEIGEN
||||| 1. Im selben Haushalt
||||| 2. Im selben Haus
||||| 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 im Ausland
|||||

| 5. Nein

| *IF DN034_ (EVER HAD ANY SIBLINGS) = 1. Ja*

|| **DN035_ OLDEST YOUNGEST CHILD**

|| Waren Sie das älteste Kind, das jüngste Kind oder irgendwo dazwischen?

|| 1. Das älteste

|| 2. Das jüngste

|| 3. In der Mitte

| *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 Ihrer Brüder leben noch?

| IWER:INKLUDIERT AUCH NICHT-LEIBLICHE BRÜDER

| _____ (0..20)

| **DN037_ HOW MANY SISTERS ALIVE**

| Und wieviele Ihrer Schwestern leben noch?

| IWER:INKLUDIERT AUCH NICHT-LEIBLICHE SCHWESTERN

| _____ (0..20)

ENDIF

DN038_ INTERVIEWER CHECK DN

IWER: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM ABSCHNITT BEANTWORTET?

1. Nur der/die Befragte

2. Der/die Befragte und ein/e Stellvertreter/in

3. Nur ein/e Stellvertreter/in

PH001_ INTRO HEALTH

Nun möchte ich Ihnen ein paar Fragen zu Ihrer Gesundheit stellen.

1. Weiter

PH003_ HEALTH IN GENERAL QUESTION 2

Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist...

IWER: 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 bei unserem Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}], würden Sie sagen, dass Ihr Gesundheitszustand jetzt besser, ungefähr gleich gut oder schlechter ist?

- | 1. Besser
- | 2. Ungefähr gleich gut
- | 3. Schlechter

| *IF PH062_ (COMPARE HEALTH LAST WAVE) = 1. Besser*

|| **PH063_ HEALTH BETTER LAST WAVE**

|| Ist Ihr Gesundheitszustand 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 Ihr Gesundheitszustand viel schlechter oder etwas schlechter?

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

||| *ENDIF*

|| *ENDIF*

| *ENDIF*

PH004_ LONG-TERM ILLNESS

Manche Menschen haben chronische oder langwierige Gesundheitsprobleme. Langwierig bedeutet hier, dass diese Probleme Sie über einen längeren Zeitraum beeinträchtigen. Haben Sie selbst irgendwelche langwierigen gesundheitlichen Probleme, Krankheiten, Behinderungen oder Gebrechen?

IWER:DIES BEZIEHT PSYCHISCHE STÖRUNGEN MIT EIN

- 1. Ja
- 5. Nein

PH005_ LIMITED ACTIVITIES

In welchem Maße sind Sie wegen eines gesundheitlichen Problems, das Sie bereits mindestens 6 Monate haben, bei alltäglichen Betätigungen eingeschränkt?

IWER:VORLESEN

1. Stark eingeschränkt
2. Eingeschränkt, aber nicht stark
3. Nicht eingeschränkt

PH061_ PROBLEM THAT LIMITS PAID WORK

Haben Sie gesundheitliche Probleme oder Behinderungen, die die Art oder das Ausmaß Ihrer bezahlten Tätigkeiten einschränken?

1. Ja
5. Nein

PH006_ DOCTOR TOLD YOU HAD CONDITIONS

Bitte sehen Sie sich Karte 8 an. [Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, dass Sie eine der dort angeführten Krankheiten haben?/Leiden Sie derzeit unter einer der dort angeführten Krankheiten?] [{"empty"}]/Damit meinen wir, dass Ihnen ein Arzt gesagt hat, dass Sie unter dieser Krankheit leiden und dass Sie derzeit entweder deswegen behandelt werden oder unter Symptomen dieser Krankheit leiden.] Nennen Sie mir bitte die entsprechende Nummer bzw. Nummern.

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN

1. Herzanfall, einschließlich Herzinfarkt, Koronarthrombose oder eine andere Herzkrankheit einschließlich Herzinsuffizienz
2. Bluthochdruck oder Hypertonie
3. Hoher Cholesterinspiegel
4. Schlaganfall oder Gehirngefäßerkrankung
5. Diabetes oder hoher Blutzuckerspiegel
6. Chronische Lungenerkrankung wie chronische Bronchitis oder Lungenaufblähung (Emphysem)
7. Asthma
8. Arthritis, einschließlich Osteoarthritis oder Rheuma
9. Osteoporose
10. Krebs oder Malignom, auch Leukämie oder Lymphome, ausgenommen jedoch leichtere Formen von Hautkrebs
11. Magen-oder Zwölffingerdarmgeschwür, sonstige gutartige Geschwüre des Verdauungstraktes
12. Parkinson'sche Krankheit
13. Grauer Star
14. Hüftbruch oder Oberschenkelhalsbruch
15. Andere Knochenbrüche
16. Alzheimersche Krankheit, Demenz, organisches Psychosyndrom, Senilität oder andere schwerwiegende Erinnerungsschwächen
17. Gutartiger Tumor (Fibrome, Polypen, Angiome)
96. Keine
97. Andere, hier nicht erwähnte Krankheiten

CHK: NOT ((> 1) AND (96 IN PH006_DocCond)) MAIN "^FLError[5]"

IF 97. Andere, hier nicht erwähnte Krankheiten 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, hier nicht erwähnte Krankheiten IN  
| PH006_(DOCTOR TOLD YOU HAD CONDITIONS)
```

```
||  
|| IF IndexSub <> 18
```

```
|||  
||| IF IndexSub = 10
```

```
||||  
|||| PH008_ CANCER IN WHICH ORGANS  
|||| Welche Art von Krebs hatten oder haben Sie?  
|||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN  
|||| 1. Gehirntumor  
|||| 2. Mundhöhlenkrebs  
|||| 3. Kehlkopfkrebs  
|||| 4. Rachenhöhlenkrebs  
|||| 5. Schilddrüsenkrebs  
|||| 6. Lungenkrebs  
|||| 7. Brustkrebs  
|||| 8. Speiseröhrenkrebs  
|||| 9. Magenkrebs  
|||| 10. Leberkrebs  
|||| 11. Bauchspeicheldrüsenkrebs  
|||| 12. Nierenkrebs  
|||| 13. Prostatakrebs  
|||| 14. Hodenkrebs  
|||| 15. Eierstockkrebs  
|||| 16. Gebärmutterhalskrebs  
|||| 17. Gebärmutterschleimhautkrebs  
|||| 18. Dickdarm- oder Mastdarmkrebs  
|||| 19. Blasenkrebs  
|||| 20. Hautkrebs  
|||| 21. Lymphdrüsenkrebs (Non-Hodgkin Lymphome)  
|||| 22. Leukämie  
|||| 97. Andere Krebsart
```

```
||||  
||||  
||||  
|||| ENDIF
```

```
||||  
|||| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0
```

```
||||  
|||| PH009_ AGE WHEN CONDITION STARTED  
|||| Wie alt waren Sie ungefähr, als Ihnen ein Arzt zum ersten Mal gesagt hat, dass Sie [einen
```

Herzanfall oder ein anderes Problem am
||| Herzen/Bluthochdruck /einen hohen Cholesterinspiegel/einen Schlaganfall oder eine
Gehirngefäßerkrankung/Diabetes /eine chronische
||| Lungenkrankheit/Asthma /Arthritis oder Rheuma/Osteoporose /Krebs /ein Magen- oder
Zwölffingerdarmgeschwür/die Parkinson'sche Krankheit/Grauen
||| Star/einen Hüftbruch oder Oberschenkelhalsbruch/andere Knochenbrüche/die
Alzheimersche Krankheit/einen gutartigen Tumor/{andere, eingetragen unter
||| PH007_OthCond}} haben?
||| _____ (0..125)
|||

CHK: PH009_AgeCond <= MN808_AgeRespondent MAIN "^FLError[4]"

||| *ENDIF*

|||

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

|

ENDLOOP

IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1

|

| **PH067_ HAD CONDITION**

| Haben Sie seit unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}]

[einen Herzanfall oder Herzinfarkt gehabt/einen Schlaganfall

gehabt oder eine Gehirngefäßerkrankung diagnostiziert bekommen/Krebs diagnostiziert
bekommen/einen Hüftbruch erlitten]?

| 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 vor unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten

Interviews}] [einen Herzanfall oder Herzinfarkt gehabt/einen

Schlaganfall gehabt oder eine Gehirngefäßerkrankung diagnostiziert bekommen/Krebs
diagnostiziert bekommen/einen Hüftbruch erlitten]?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||

||| *IF PH068_ (HAD CONDITION CHECK) = 1. Ja*

||||

|||| **PH069_ HAD CONDITION CONFIRM**

|||| Zur Überprüfung: Heißt das, dass Sie seit unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr
des letzten Interviews}] [einen weiteren Herzanfall oder

Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder eine weitere Gehirngefäßerkrankung/ein
weiteres Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren


```

| | | Hüftbruch] hatten?
| | | 1. Ja, hatte [einen weiteren Herzanfall oder Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder
eine weitere Gehirngefäßerkrankung/ein weiteres
| | | Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren Hüftbruch]
| | | 2. Nein, hatte seit dem letzten Gespräch k[einen weiteren Herzanfall oder
Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder eine weitere
| | | Gehirngefäßerkrankung/ein weiteres Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren
Hüftbruch]
| | | 3. Nicht sicher, ob die Person [einen weiteren Herzanfall oder Herzinfarkt/einen weiteren
Schlaganfall oder eine weitere Gehirngefäßerkrankung/ein
| | | weiteres Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren Hüftbruch] hatte
| | |
| | |
| | | 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
| | | Wie viele [Herzanfälle oder Herzinfarkte/Schlaganfälle oder
Gehirngefäßerkrankungen/Krebsgeschwüre oder Malignome/Hüftbrüche] hatten Sie seit
| | | unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}]?
| | | 1. 1
| | | 2. 2
| | | 3. 3 oder mehr
| | |
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | PH067_ HAD CONDITION
| | | Haben Sie seit unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}]
[einen Herzanfall oder Herzinfarkt gehabt/einen Schlaganfall
| | | gehabt oder eine Gehirngefäßerkrankung diagnostiziert bekommen/Krebs diagnostiziert
bekommen/einen Hüftbruch erlitten]?
| | | 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 vor unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten

```

```

Interviews}} [einen Herzanfall oder Herzinfarkt gehabt/einen
||| Schlaganfall gehabt oder eine Gehirngefäßerkrankung diagnostiziert bekommen/Krebs
diagnostiziert bekommen/einen Hüftbruch erlitten]?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF PH068_ (HAD CONDITION CHECK) = 1. Ja
|||
|||| PH069_ HAD CONDITION CONFIRM
|||| Zur Überprüfung: Heißt das, dass Sie seit unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr
des letzten Interviews}}] [einen weiteren Herzanfall oder
|||| Herzinfarkt/einen weiteren Schlafanfall oder eine weitere Gehirngefäßerkrankung/ein
weiteres Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren
|||| Hüftbruch] hatten?
|||| 1. Ja, hatte [einen weiteren Herzanfall oder Herzinfarkt/einen weiteren Schlafanfall oder
eine weitere Gehirngefäßerkrankung/ein weiteres
|||| Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren Hüftbruch]
|||| 2. Nein, hatte seit dem letzten Gespräch k[einen weiteren Herzanfall oder
Herzinfarkt/einen weiteren Schlafanfall oder eine weitere
|||| Gehirngefäßerkrankung/ein weiteres Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren
Hüftbruch]
|||| 3. Nicht sicher, ob die Person [einen weiteren Herzanfall oder Herzinfarkt/einen weiteren
Schlafanfall oder eine weitere Gehirngefäßerkrankung/ein
|||| weiteres Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren Hüftbruch] hatte
||||
||||
||| 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
|| Wie viele [Herzanfälle oder Herzinfarkte/Schlaganfälle oder
Gehirngefäßerkrankungen/Krebsgeschwüre oder Malignome/Hüftbrüche] hatten Sie seit
|| unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}}]?
|| 1. 1
|| 2. 2
|| 3. 3 oder mehr
||
||
| ENDIF
|
| PH067_ HAD CONDITION
| Haben Sie seit unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}}]
[einen Herzanfall oder Herzinfarkt gehabt/einen Schlaganfall
| gehabt oder eine Gehirngefäßerkrankung diagnostiziert bekommen/Krebs diagnostiziert

```

bekommen/einen Hüftbruch erlitten]?

| 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 vor unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] [einen Herzanfall oder Herzinfarkt gehabt/einen

||| Schlaganfall gehabt oder eine Gehirngefäßerkrankung diagnostiziert bekommen/Krebs diagnostiziert bekommen/einen Hüftbruch erlitten]?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||

||| *IF PH068_ (HAD CONDITION CHECK) = 1. Ja*

||||

|||| **PH069_ HAD CONDITION CONFIRM**

|||| Zur Überprüfung: Heißt das, dass Sie seit unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] [einen weiteren Herzanfall oder

|||| Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder eine weitere Gehirngefäßerkrankung/ein weiteres Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren

|||| Hüftbruch] hatten?

|||| 1. Ja, hatte [einen weiteren Herzanfall oder Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder eine weitere Gehirngefäßerkrankung/ein weiteres

|||| Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren Hüftbruch]

|||| 2. Nein, hatte seit dem letzten Gespräch k[einen weiteren Herzanfall oder Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder eine weitere

|||| Gehirngefäßerkrankung/ein weiteres Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren Hüftbruch]

|||| 3. Nicht sicher, ob die Person [einen weiteren Herzanfall oder Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder eine weitere Gehirngefäßerkrankung/ein

|||| weiteres Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren Hüftbruch] hatte

||||

||||

|||| *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**

|| Wie viele [Herzanfälle oder Herzinfarkte/Schlaganfälle oder

Gehirngefäßkrankungen/Krebsgeschwüre oder Malignome/Hüftbrüche] hatten Sie seit
|| unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}]?

|| 1. 1

|| 2. 2

|| 3. 3 oder mehr

||

||

| *ENDIF*

|

| **PH067_ HAD CONDITION**

| Haben Sie seit unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}]

[einen Herzanfall oder Herzinfarkt gehabt/einen Schlaganfall

gehabt oder eine Gehirngefäßkrankung diagnostiziert bekommen/Krebs diagnostiziert
bekommen/einen Hüftbruch erlitten]?

| 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 vor unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten
Interviews}] [einen Herzanfall oder Herzinfarkt gehabt/einen

Schlaganfall gehabt oder eine Gehirngefäßkrankung diagnostiziert bekommen/Krebs
diagnostiziert bekommen/einen Hüftbruch erlitten]?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||

||| *IF PH068_ (HAD CONDITION CHECK) = 1. Ja*

||||

|||| **PH069_ HAD CONDITION CONFIRM**

|||| Zur Überprüfung: Heißt das, dass Sie seit unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr
des letzten Interviews}] [einen weiteren Herzanfall oder

Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder eine weitere Gehirngefäßkrankung/ein
weiteres Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren

Hüftbruch] hatten?

|||| 1. Ja, hatte [einen weiteren Herzanfall oder Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder
eine weitere Gehirngefäßkrankung/ein weiteres

Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren Hüftbruch]

|||| 2. Nein, hatte seit dem letzten Gespräch k[einen weiteren Herzanfall oder
Herzinfarkt/einen weiteren Schlaganfall oder eine weitere

Gehirngefäßkrankung/ein weiteres Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren
Hüftbruch]

|||| 3. Nicht sicher, ob die Person [einen weiteren Herzanfall oder Herzinfarkt/einen weiteren
Schlaganfall oder eine weitere Gehirngefäßkrankung/ein

weiteres Krebsgeschwür oder Malignom/einen weiteren Hüftbruch] hatte

||||

```

| | | |
| | | 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
| | | Wie viele [Herzanfälle oder Herzinfarkte/Schlaganfälle oder
Gehirngefäßerkrankungen/Krebsgeschwüre oder Malignome/Hüftbrüche] hatten Sie seit
| | | unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}]?
| | | 1. 1
| | | 2. 2
| | | 3. 3 oder mehr
| | |
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | ENDIF

```

PH010_ BOTHERED BY SYMPTOMS

Sehen Sie sich bitte Karte 9 an. Falls Sie in den letzten 6 Monaten oder länger eine oder mehrere der dort angeführten gesundheitlichen Beschwerden hatten, nennen Sie mir bitte die entsprechenden Nummern.

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN

1. Rücken-, Knie-, Hüft- oder sonstige Gelenkschmerzen
2. Herzbeschwerden oder Angina Pectoris, Schmerzen in der Brust bei sportlicher Betätigung
3. Atemlosigkeit, Schwierigkeiten beim Atmen
4. Anhaltender Husten
5. Geschwollene Beine
6. Schlafprobleme
7. Stürze
8. Furcht vor Stürzen
9. Schwindel, Ohnmacht oder Erinnerungslücken
10. Magen-Darm-Probleme, einschließlich Verstopfung, Winde, Durchfall
11. Inkontinenz oder unbeabsichtigter Harnabgang
12. Müdigkeit
96. Keine
97. Andere Symptome, die noch nicht erwähnt wurden

```
CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN PH010_Symptoms)) MAIN "^FLError[5]"
```

PH011_ CURRENT DRUGS AT LEAST ONCE A WEEK

Bei der nächsten Frage geht es um Medikamente. Sehen Sie sich bitte Karte 10 an. Nehmen Sie derzeit einmal wöchentlich oder öfter wegen einer dieser Krankheiten oder Beschwerden Medikamente ein?

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN

1. Hoher Cholesterinspiegel
2. Bluthochdruck
3. Herzinfarkt oder Probleme der Hirndurchblutung
4. Andere Herzerkrankungen
5. Asthma
6. Diabetes
7. Gelenksschmerzen oder -entzündungen
8. Sonstige Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen usw.)
9. Schlafprobleme
10. Angstzustände oder Depressionen
11. Hormonelle Osteoporose
12. Nicht-hormonelle Osteoporose
13. Sodbrennen
14. Chronische Bronchitis
96. Keine davon
97. Medikamente für sonstige Beschwerden, die noch nicht erwähnt wurden

CHK: NOT ((> 1) AND (96 IN PH011_CurrentDrugs)) MAIN "^FLError[5]"

PH012_ WEIGHT OF RESPONDENT

Wieviel wiegen Sie ungefähr?

IWER:ANGABE IN KILO

_____ (0.00..250.00)

IF Preload.W1_PH012_Weight - PH012_ (WEIGHT OF RESPONDENT) > 5

| **PH065_ CHECK LOSS WEIGHT**

| Haben Sie seit unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] abgenommen?

| 1. Ja

| 5. Nein, habe seit dem letzten Gespräch nicht abgenommen

| *IF PH065_ (CHECK LOSS WEIGHT) = 1. Ja*

|| **PH066_ REASON LOST WEIGHT**

|| Haben Sie aufgrund einer Krankheit abgenommen oder haben Sie in den letzten zwei Jahren eine spezielle Diät gehalten?

|| 1. Aufgrund einer Krankheit

|| 2. Eine spezielle Diät gehalten

|| 3. Aufgrund einer Krankheit und eine spezielle Diät gehalten

|| 97. Andere Gründe für das Abnehmen

| *ENDIF*

ENDIF

IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0

| **PH013_ HOW TALL ARE YOU?**

| Wie groß sind Sie?
| IWER:ANGABEN IN ZENTIMETER
| _____ (0.00..230.00)
|
ENDIF

PH041_ USE GLASSES

Tragen Sie normalerweise eine Brille oder Kontaktlinsen?

1. Ja
5. Nein

PH043_ EYESIGHT DISTANCE

Wie gut können Sie [mit Ihrer Brille oder Ihren Kontaktlinsen/{empty}] auf mittlere Entfernung sehen, z.B. einen Bekannten auf der anderen Straßenseite erkennen?

IWER:VORLESEN

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

PH044_ EYESIGHT READING

Wie gut sehen 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 Ihrem Hörgerät/{empty}]...

IWER:VORLESEN ...

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

PH047_ HEARING WITH BACKGROUND NOISE

Fällt es Ihnen schwer, [mit Ihrem Hörgerät/{empty}] bei Hintergrundgeräuschen, z.B. durch einen laufenden Fernseher, ein Radio oder durch spielende Kinder, einem Gespräch zu folgen?

1. Ja
5. Nein

PH056_ HEARING WITH ONE PERSON

Können Sie [mit Hilfe Ihres Hörgeräts/{empty}] bei einem Gespräch mit nur einer Person alles Gesagte deutlich verstehen?

1. Ja
5. Nein

PH024_ USE DENTURES

Haben Sie eine Zahnprothese?

1. Ja
5. Nein

PH025_ BITE ON HARD FOODS

[Können Sie/Können Sie][mit Ihrer Zahnprothese/{empty}] harte Nahrung, wie zum Beispiel einen knackigen Apfel, ohne Probleme beißen und kauen?

1. Ja
5. Nein

PH048_ HEALTH AND ACTIVITIES

Sehen Sie sich bitte Karte 11 an. Wir möchten etwas über die Schwierigkeiten erfahren, die sich aufgrund gesundheitlicher oder körperlicher Probleme bei bestimmten Tätigkeiten ergeben könnten. Bitte sagen Sie mir, ob Sie bei den auf Karte 11 angeführten Aktivitäten Probleme haben. Lassen Sie dabei solche Schwierigkeiten außer Acht, bei denen Sie davon ausgehen, dass sie weniger als 3 Monate andauern. (Haben Sie aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen Probleme bei einer oder mehreren der auf dieser Karte genannten Tätigkeiten?)

IWER:NACHFRAGEN: NOCH WEITERE AKTIVITÄTEN? ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

1. 100 Meter gehen
2. Etwa zwei Stunden lang sitzen
3. Nach längerem Sitzen von einem Sessel aufstehen
4. Stiegensteigen: mehrere Stockwerke ohne zu pausieren
5. Stiegensteigen: ein Stockwerk ohne zu pausieren
6. In die Hocke gehen, sich hinknien oder bücken
7. Die Arme bis zur Schulter oder darüber anheben
8. Ziehen oder Schieben von großen Gegenständen, etwa einem Lehnstuhl
9. Gewichte über 5 Kilo heben oder tragen, z.B. eine schwere Einkaufstasche
10. Aufheben einer kleinen Münze (Groschen, 20 Cent Stück) von einem Tisch
96. Bei keiner dieser Tätigkeiten

CHK: NOT ((> 1) AND (96 IN PH048_HeADLa)) MAIN "^FLError[5]"

PH049_ MORE HEALTH AND ACTIVITIES

Bitte sehen Sie sich Karte 12 an. Dort sind einige weitere alltägliche Tätigkeiten angeführt. Bitte sagen Sie mir, ob Sie dabei wegen körperlicher, seelischer oder emotionaler Probleme oder wegen Gedächtnisproblemen Schwierigkeiten haben. Bitte lassen Sie wieder solche Schwierigkeiten außer Acht, bei denen Sie davon ausgehen, dass sie weniger als 3 Monate andauern. (Haben Sie aufgrund eines Gesundheits- oder

Gedächtnisprobleme Schwierigkeiten bei einer Tätigkeit, die auf Karte 12 erwähnt ist?)
IWER:NACHFRAGEN: NOCH ANDERE TÄTIGKEITEN? ALLE ZUTREFFENDEN
MARKIEREN.

1. Ankleiden, einschließlich Schuhe und Socken anziehen
2. Durch einen Raum gehen
3. Baden oder duschen
4. Essen, z.B. beim Schneiden von Fleisch oder Brot
5. Ins Bett legen oder wieder aufstehen
6. Gang zur Toilette, einschließlich hinsetzen und aufstehen
7. Sich mit einem Stadtplan an einem fremden Ort zurechtzufinden
8. Eine warme Mahlzeit zubereiten
9. Lebensmittel einkaufen
10. Telefonieren
11. Medikamente einnehmen
12. Haus- und Gartenarbeit
13. Geldangelegenheiten erledigen, z.B. Bezahlung von Rechnungen und Überblick über Ausgaben bewahren
96. Keine dieser Tätigkeiten

```
CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN PH049_HeADLb)) MAIN "^FLError[5]"
```

```
IF NOT 96. Bei keiner dieser Tätigkeiten IN PH048_ (HEALTH AND ACTIVITIES) OR  
PH048_ (HEALTH AND ACTIVITIES) = DONTKNOW OR  
PH048_ (HEALTH AND ACTIVITIES) = REFUSAL AND 96. Keine dieser Tätigkeiten IN  
PH049_ (MORE HEALTH AND ACTIVITIES) OR PH049_ (MORE  
HEALTH AND ACTIVITIES) = DONTKNOW OR PH049_ (MORE HEALTH AND  
ACTIVITIES) = REFUSAL
```

```
|  
| PH050_ HELP ACTIVITIES
```

```
| Denken Sie jetzt an die Tätigkeiten, bei denen Sie Probleme haben. Hilft Ihnen manchmal  
jemand dabei?
```

```
| IWER:EINSCHLIESSLICH PARTNER ODER ANDERE PERSONEN IM HAUSHALT
```

```
| 1. Ja
```

```
| 5. Nein
```

```
| IF PH050_ (HELP ACTIVITIES) = 1. Ja
```

```
|| PH051_ HELP MEETS NEEDS
```

```
|| Würden Sie sagen, die Hilfe entspricht Ihren Bedürfnissen...
```

```
|| IWER:VORLESEN...
```

```
|| 1. Immer
```

```
|| 2. In der Regel
```

```
|| 3. Manchmal
```

```
|| 4. Fast nie
```

```
||  
| ENDIF
```

```
| PH059_ USE OF AIDS
```

```
| Bitte sehen Sie sich Karte 13 an. Verwenden Sie irgendeinen der Gegenstände auf dieser  
Karte?
```

```
| IWER:BITTE RUFHILFE/SENIORENALARM/SCHWESTERNNOTRUF NUR
```

CODIEREN, FALLS DIESE(R) DAZU DIEN EINE PFLEGEHILFSKRAFT
BEISPIELSWEISE NACH EINEM STURZ

| O.Ä. ZU RUFEN!

| 1. Spazierstock

| 2. Gehwagen

| 3. Rollstuhl

| 4. Elektrischer Rollstuhl

| 5. Buggy oder elektrischer Roller

| 6. Besondere Eßutensilien

| 7. Rufhilfe, Seniorenalarm, Schwesternnotruf

| 96. Nichts davon

|

|

ENDIF

PH060_ HEALTH IN GENERAL QUESTION 3

Wie würden Sie auf einer Skala von 0 bis 10, wo 0 den schlechtest-möglichen und 10 den best-möglichen Gesundheitszustand beschreibt, Ihren eigenen Gesundheitszustand allgemein bewerten?

_____ (0..10)

PH054_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN PH

IWER:CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM ABSCHNITT BEANTWORTET?

1. Nur der/die Befragte

2. Der/die Befragte und ein/e Stellvertreter/in

3. Nur ein/e Stellvertreter/in

IF MN024_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1

|

| *IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0*

||

|| **BR001_ EVER SMOKED DAILY**

|| Bei den nun folgenden Fragen geht es um Tabak- und Alkoholkonsum. Haben Sie jemals mindestens ein Jahr lang täglich 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**

|| [Die folgenden Fragen betreffen den Tabak- und Alkoholkonsum./{empty}] Rauchen Sie derzeit?

|| 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 seit unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] aufgehört zu rauchen?

|| 1. Ja, ich habe nach dem letzten Gespräch aufgehört.

|| 2. Nein, ich habe beim letzten Gespräch schon nicht mehr geraucht.

|| 3. Nein, ich rauche immer noch.

||

||

|| *ENDIF*

||

|| *IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0*

||

|| **BR003_ HOW MANY YEARS SMOKED**

|| Wieviele Jahre insgesamt [rauchen/haben] [Sie/Sie] [schon/geraucht]?

|| IWER:BEZIEHEN SIE PERIODEN, IN DENEN NICHT GERAUCHT WURDE, NICHT MIT EIN. KODIEREN SIE 1 WENN DER/DIE BEFRAGTE 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 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:VORLESEN; ALLES ZUTREFFENDE MARKIEREN

|| 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**

|| Wie viele Zigaretten [rauchen/haben] [Sie/Sie] durchschnittlich pro Tag [{empty}/geraucht]?

|| _____ (0..120)

||

|| *ENDIF*

|

```

| IF 2. Pfeife IN BR005_(WHAT DO OR DID YOU SMOKE)
| |
| | BR007_ AVERAGE AMOUNT OF PIPES PER DAY
| | Wie viele Pfeifen [rauchen/haben] [Sie/Sie] durchschnittlich pro Tag [{empty}/geraucht]?
| | _____ (0..120)
| |
| | ENDIF
|
| IF 3. Zigarren oder Zigarillos IN BR005_(WHAT DO OR DID YOU SMOKE)
| |
| | BR008_ AVERAGE AMOUNT OF CIGARS PER DAY
| | Wie viele Zigarren oder Zigarillos [rauchen/haben] [Sie/Sie] durchschnittlich pro Tag
| | [{empty}/geraucht]?
| | _____ (0..120)
| |
| | ENDIF
|
| BR010_ DAYS A WEEK CONSUMED ALCOHOL LAST 3 MONTHS
| Falls Sie Alkohol trinken, möchte ich Sie bitten, nun Fragen zu diesem Thema zu
| beantworten. Sehen Sie sich bitte Karte 14 an. Wie oft haben Sie in
| den letzten drei Monaten alkoholische Getränke, wie Bier, Most, Wein, Schnaps oder
| Mixgetränke, getrunken?
| 1. Täglich oder fast täglich
| 2. Fünf- oder sechsmal pro Woche
| 3. Drei- oder viermal pro Woche
| 4. Ein- oder zweimal pro Woche
| 5. Ein- oder zweimal pro Monat
| 6. Weniger als einmal im Monat
| 7. Kein einziges Mal in den letzten 3 Monaten
|
|
| IF BR010_ (DAYS A WEEK CONSUMED ALCOHOL LAST 3 MONTHS) < 7. Kein einziges
Mal in den letzten 3 Monaten
| |
| | BR019_ HOW MANY DRINKS IN A DAY
| | An den Tagen an denen Sie in den letzten drei Monaten getrunken haben, wie viele
| | alkoholische Getränke haben Sie da pro Tag konsumiert?
| | IWER:ALS DAUMENREGEL IST EIN ALKOHOLISCHES GETRÄNK: 1
| | FLASCHE/DOSE BIER=33CL, 1 GLAS TAFELWEIN=12CL, 1 GLAS STÄRKERER
| | DESSERTWEIN=8CL UND 1 GLAS
| | SPIRITUOSEN=4CL
| | _____ (1..70)
| |
| | BR020_ HOW OFTEN FOUR OR MORE DRINKS LAST 3 MONTHS
| | An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten haben Sie zu einem Anlass vier oder mehr
| | alkoholische Getränke getrunken?
| | _____ (0..90)
| |
| | ELSE
| |
| | IF BR010_ (DAYS A WEEK CONSUMED ALCOHOL LAST 3 MONTHS) = 7. Kein

```

*einziges Mal in den letzten 3 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 jemals alkoholische Getränke getrunken?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

|

| **BR015_ SPORTS OR ACTIVITIES THAT ARE VIGOROUS**

| Wir möchten gerne wissen, ob Sie sich in Ihrem Alltag körperlich betätigen und wie oft Sie dies tun. Wie oft betreiben Sie körperlich sehr

| anstrengende Tätigkeiten, sei es Sport oder körperlich anstrengende Arbeiten (im Haushalt oder im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit)?

| IWER:VORLESEN

| 1. Mehr als einmal pro Woche

| 2. Einmal pro Woche

| 3. Ein- bis dreimal pro Monat

| 4. Kaum oder nie

|

|

| **BR016_ ACTIVITIES REQUIRING A MODERATE LEVEL OF ENERGY**

| Und wie oft machen Sie Dinge, die einen mäßigen Grad an Anstrengung erfordern, wie z.B. normale Gartenarbeit, Auto waschen oder spazierengehen?

| IWER:VORLESEN

| 1. Mehr als einmal pro Woche

| 2. Einmal pro Woche

| 3. Ein- bis dreimal pro Monat

| 4. Kaum oder nie

|

|

| **BR017_ INTERVIEWER CHECK BR**

|

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

| 1. Nur der/die Befragte

| 2. Der/die Befragte und ein/e Stellvertreter/in

| 3. Nur ein/e Stellvertreter/in

|

|

| *ENDIF*

CF019_ INSTRUCTION FOR CF

IWER:DIES IST DER KOGNITIVE TEIL DES TESTS: WÄHREND SIE DIESEN
ABSCHNITT DURCHARBEITEN, VERGEWISSEN SIE SICH, DASS KEINE DRITTE
PERSON IM RAUM

IST.DIES IST DER BEGINN DES NON-PROXY ABSCHNITTS. DIE BEANTWORTUNG DER FRAGEN DURCH EINEN/E STELLVERTRETER/IN IST NICHT ERLAUBT. SOLLTE DER/DIE BEFRAGTE NICHT IN DER LAGE SEIN, DIE FRAGEN SELBST ZU BEANTWORTEN, DRÜCKEN SIE GLEICHZEITIG STRG UND K BEI DER JEWEILIGEN FRAGE, UND MACHEN SIE AM ENDE DES ABSCHNITTS EINEN VERMERK, INDEM SIE STRG UND M GLEICHZEITIG DRÜCKEN.

1. Weiter

IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0

|

| **CF001_ SELF-RATED READING SKILLS**

| Bei dieser Studie geht es unter anderem um Lesen und Schreiben. Wie würden Sie - bei Alltagsdingen - Ihre Fähigkeit zu lesen einschätzen? Würden

| Sie sagen, sie ist...

| IWER:VORLESEN

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

|

| **CF002_ SELF-RATED WRITING SKILLS**

| Wie würden Sie - bei Alltagsdingen - Ihre Fähigkeit zu schreiben einschätzen? Würden Sie sagen, sie ist...

| IWER:VORLESEN

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

|

|

ENDIF

CF003_ DATE-DAY OF MONTH

In einem weiteren Teil dieser Studie geht es um Erinnerungsvermögen und Konzentrationsfähigkeit. Als erstes möchte ich Sie nach dem Datum fragen:

Den wievielten haben wir heute?

IWER:EINTRAGEN OB KORREKTES DATUM ({{Tag des Monats}}) ANGEGEBEN WURDE

- 1. Datum korrekt angegeben
- 2. Datum nicht korrekt angegeben/weiß Datum nicht

CF004_ DATE-MONTH

Und welches Monat haben wir?

IWER:EINTRAGEN, OB KORREKTES MONAT ({{system month of the year}})

ANGEGEBEN WURDE

1. Monat korrekt angegeben
2. Monat nicht korrekt angegeben/weiß Monat nicht

CF005_ DATE-YEAR

Welches Jahr haben wir?

IWER:EINTRAGEN OB KORREKTES JAHR ({{derzeitiges Jahr}}) ANGEGEBEN WURDE

1. Jahr korrekt angegeben
2. Jahr nicht korrekt angegeben/weiß Jahr nicht

CF006_ DAY OF THE WEEK

Können Sie mir sagen, welchen Wochentag wir heute haben?

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 nun eine Reihe von Wörtern von meinem Computerbildschirm vorlesen. Wir haben die Liste absichtlich lang gemacht, dass sich praktisch niemand alle Wörter merken kann. Die meisten Leute können nur wenige wiedergeben. Bitte hören Sie genau zu, da ich die Liste nicht wiederholen kann. Wenn ich fertig bin, werde ich Sie bitten, so viele der Wörter wie möglich laut zu wiederholen, egal in welcher Reihenfolge. Haben Sie noch Fragen zum Ablauf?

IWER:DRÜCKEN SIE "ENTER", UM MIT DEM TEST ZU BEGINNEN. HEFT BEREIT HALTEN!

1. Weiter

IF CF007_ (INTRODUCTION TEN WORDS LIST LEARNING) = RESPONSE

|

| *IF CF009_ (VERBAL FLUENCY INTRO) = EMPTY*

||

|| **CF101_ TEN WORDS LIST LEARNING FIRST TRIAL**

|| Sind Sie bereit?

|| IWER:WARTEN SIE BIS DIE WÖRTER AUF DEM BILDSCHIRM ERSCHEINEN. SCHREIBEN SIE DIE WÖRTER AUF DAS DAFÜR VORGESEHENE BLATT. GEBEN SIE DER BEFRAGTEN

|| PERSON MAXIMAL 1 MINUTE ZEIT. GEBEN SIE DIE KORREKT ERINNERTEN WÖRTER EIN.

|| 1. Test beginnen

||

||

|| **CF102_ TEN WORDS LIST LEARNING SHOW MOVIE**

||

|| 1. Weiter

||

|| **CF008_ TEN WORDS LIST LEARNING FIRST TRIAL**

|| Sagen Sie mir nun 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. Keinen dieser Begriffe

||

CHK: NOT ((> 1) AND (96 IN CF008_Learn1)) MAIN "^FLError[5]"

| *ENDIF*

|

ENDIF

CF009_ VERBAL FLUENCY INTRO

Nun möchte ich Sie bitten, so viele unterschiedliche Tiere wie möglich aufzuzählen. Sie haben eine Minute Zeit. Fertig, los.

IWER:GEBEN SIE GENAU EINE MINUTE. FALLS DIE BEFRAGTE PERSON VOR DEM ENDE DER ZEIT AUFHÖRT, ERMUNTERN SIE SIE WEITERZUMACHEN UND NOCH MEHR NAMEN ZU

FINDEN. FALLS DIE BEFRAGTE PERSON MEHR ALS 15 SEKUNDEN NICHTS SAGT, WIEDERHOLEN SIE DIE GRUNDANWEISUNG ("Nun möchte ich Sie bitten, möglichst viele

Tiere aufzuzählen."). DER ZEITRAHMEN VON GENAU EINER MINUTE WIRD AUCH IN DIESEM FALL NICHT AUSGEDEHNT!

1. Weiter

IF CF009_ (VERBAL FLUENCY INTRO) = RESPONSE

|

| *IF CF011_ (INTRODUCTION NUMERACY) = EMPTY*

||

|| **CF010_ VERBAL FLUENCY SCORE**

||

|| IWER:ALS ERGEBNIS GILT DIE SUMME ALLER AKZEPTABLEN TIERNAMEN: ALLE VERTRETER DES TIERREICHS, ECHTE ODER AUCH FABELTIERE, AUSSER WIEDERHOLUNGEN UND

|| EIGENNAMEN. AUCH DIE FOLGENDEN WERDEN EINZELN MITGEZÄHLT: NAMEN VON TIERARTEN UND RASSEN INNERHALB EINER TIERART, MÄNNLICHE UND WEIBLICHE NAMEN

|| SOWIE DIE NAMEN VON JUNGEN EINER TIERART. TRAGEN SIE DIE ANZAHL DER TIERE EIN (0..100))

|| _____ (0..100)

||

| *ENDIF*

|

ENDIF

CF011_ INTRODUCTION NUMERACY

Ich würde Ihnen nun gerne ein paar Fragen stellen, bei denen es darum geht, wie Menschen im Alltag mit Zahlen umgehen.

IWER:FALLS NÖTIG, ERMUNTERN SIE DIE BEFRAGTE PERSON DAZU, JEDE RECHENAUFGABE ZU LÖSEN

1. Weiter

CF012_ NUMERACY-CHANCE DISEASE 10 PERC. OF 1000

Wenn die Wahrscheinlichkeit eine Krankheit zu bekommen 10 Prozent beträgt, wieviele von 1000 (tausend) Personen würden dann aller Erwartung nach diese Krankheit bekommen?

IWER:LESEN SIE DIE ANTWORTEN NICHT VOR!

1. 100

2. 10

3. 90

4. 900

97. Andere Antwort

IF CF012_ (NUMERACY-CHANCE DISEASE 10 PERC. OF 1000) <> 1. 100

|

CF013_ NUMERACY-HALF PRICE

| Bei einem Räumungsverkauf verkauft ein Geschäft alle Waren zum halben Preis. Vorher hat ein Sofa 300 {{Währung}} gekostet. Wieviel kostet es während des Räumungsverkaufs?

| IWER:LESEN SIE DIE ANTWORTEN NICHT VOR!

| 1. 150 {{Währung}}

| 2. 600 {{Währung}}

| 97. Andere Antwort

|

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 {{Währung}}. Das entspricht zwei Dritteln des ursprünglichen Kaufpreises. Wieviel hat das Auto gekostet, als es neu war?

| IWER:LESEN SIE DIE ANTWORTEN NICHT VOR!

| 1. 9.000 {{Währung}}.

| 2. 4.000 {{Währung}}

| 3. 8.000 {{Währung}}

| 4. 12.000 {{Währung}}

| 5. 18.000 {{Währung}}

| 97. Andere Antwort

|

IF CF014_ (NUMERACY-6000 IS TWO-THIRDS WHAT IS TOTAL PRICE) = 1. 9.000

^FLCurr.

||

CF015_ AMOUNT IN THE SAVINGS ACCOUNT

|| Nehmen wir an, Sie hätten 2.000 {{Währung}} auf einem Sparbuch, für das Sie 10 Prozent Zinsen pro Jahr bekommen. Wieviel Geld hätten Sie dann

```
|| nach zwei Jahren auf Ihrem Sparbuch?  
|| IWER:ANTWORTEN NICHT VORLESEN  
|| 1. 2.420 [{{Währung}}]  
|| 2. 2.020 [{{Währung}}]  
|| 3. 2.040 [{{Währung}}]  
|| 4. 2.100 [{{Währung}}]  
|| 5. 2.200 [{{Währung}}]  
|| 6. 2.400 [{{Währung}}]  
|| 97. Andere Antwort  
||  
| ENDIF  
|  
ENDIF
```

IF CF007_ (INTRODUCTION TEN WORDS LIST LEARNING) = RESPONSE

| **CF016_ TEN WORDS LIST LEARNING DELAYED RECALL**

| Erinnern Sie sich noch daran, dass ich Ihnen eine Liste mit Wörtern vorgelesen habe und Sie jene Wörter wiederholt haben an die Sie sich erinnern

| konnten? Würden Sie mir nun bitte alle Wörter sagen, an die Sie sich jetzt noch erinnern können?

| IWER: SCHREIBEN SIE DIE WÖRTER AUF UND ZÄHLEN SIE DIE RICHTIGEN WÖRTER

- | 1. Butter
- | 2. Arm
- | 3. Brief
- | 4. Königin
- | 5. Karte
- | 6. Gras
- | 7. Ecke
- | 8. Stein
- | 9. Buch
- | 10. Stock
- | 96. Keinen dieser Begriffe

```
CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN CF016_Learn4)) MAIN "^FLError[5]"
```

ENDIF

CF017_ CONTEXTUAL FACTORS DURING THE COGNITIVE FUNCTION TEST

IWER: GAB ES IRGENDWELCHE EINFLUSSFAKTOREN, DIE DIE BEFRAGTE PERSON WÄHREND DER DURCHFÜHRUNG DER TESTS BEEINTRÄCHTIGT HABEN KÖNNTEN?

- 1. Ja
- 5. Nein

CF018_ WHO WAS PRESENT DURING CF

IWER: CHECK: WER WAR WÄHREND DER KOGNITIVEN TESTS IM RAUM?

IWER: ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

- 1. Nur Befragungsperson
- 2. Auch Partner/in

3. Auch Kind(er)
4. Auch andere Person(en)

CHK: NOT ((> 1) AND (1 IN CF018_IntCheck)) MAIN "^FL[Error[22]]"

MH001_ INTRO MENTAL HEALTH

Vorhin haben wir über Ihre körperliche Gesundheit gesprochen. Ein anderer Aspekt Ihrer Gesundheit ist Ihr seelisches Wohlbefinden - also wie Sie sich in Bezug auf das fühlen, was um Sie herum passiert.

1. Weiter

MH002_ DEPRESSION

Haben Sie sich im letzten Monat traurig oder niedergeschlagen gefühlt?

IWER:FALLS DIE BEFRAGTE PERSON NACHFRAGT, ERKLÄREN SIE, DASS WIR MIT "TRAURIG ODER NIEDERGESCHLAGEN" MEINEN, SICH SCHLECHT, UNGLÜCKLICH, ODER DEPRIMIERT ZU FÜHLEN

1. Ja
5. Nein

MH003_ HOPES FOR THE FUTURE

Was erhoffen Sie sich von der Zukunft?

IWER:NOTIEREN SIE NUR, OB IRGENDWELCHE HOFFNUNGEN GENANNT WERDEN ODER NICHT

1. Irgendeine Hoffnung genannt
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 von Selbstmordgedanken oder Todeswunsch
2. Keine derartigen Gefühle geäußert

MH005_ FEELS GUILTY

Neigen Sie zu Selbstvorwürfen oder Schuldgefühlen?

1. Offensichtlich übertriebene Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe
2. Keine solchen Gefühle
3. Äußert Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe, aber es ist unklar, ob dies übertriebene Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe sind

IF MH005_ (FEELS GUILTY) = 3. Äußert Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe, aber es ist unklar, ob dies übertriebene Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe sind

|

MH006_ BLAME FOR WHAT

| Weshalb machen Sie sich Vorwürfe?

| IWER:GEBEN SIE BITTE 1 NUR FÜR ÜBERTRIEBENE SCHULDGEFÜHLE EIN,

ALSO FÜR SOLCHE, DIE IN KEINEM BEZUG ZU DEN GENANNTEN UMSTÄNDEN STEHEN. Z. B.:

| WENN DIE VOM BEFRAGTEN GENANNT "VERFEHLUNG" BELANGLLOS, BZW. ALS SOLCHE KAUM ERKENNBAR IST. BERECHTIGTE ODER ANGEMESSENE SCHULDGEFÜHLE SOLLEN ALS 2

| EINGEGEBEN WERDEN.

| 1. Die angegebenen Beispiele stellen übertriebene Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe dar
| 2. Die angegebenen Beispiele stellen keine eindeutig übertriebenen Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe dar, oder es ist unklar

|

ENDIF

MH007_ TROUBLE SLEEPING

Hatten Sie in letzter Zeit Schlafstörungen?

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

MH008_ LESS OR SAME INTEREST IN THINGS

Wie hat sich in den letzten Wochen Ihr Interesse an Ihrer Umgebung oder an Aktivitäten entwickelt?

1. Weniger Interesse als üblich
2. Keine Veränderung im Ausmaß des Interesses
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 gleichgeblieben?

- | 1. Ja
- | 5. Nein

|

ENDIF

MH010_ IRRITABILITY

Waren Sie in letzter Zeit reizbarer?

1. Ja
5. Nein

MH011_ APPETITE

Wie war Ihr Appetit?

1. Weniger Lust am Essen
2. Lust am Essen unvermindert
3. Unspezifische oder nicht-kodierbare Antwort

IF MH011_ (APPETITE) = 3. Unspezifische oder nicht-kodierbare Antwort

|

MH012_ EATING MORE OR LESS

| Haben Sie also mehr oder weniger als üblich gegessen?

- | 1. Weniger
- | 2. Mehr
- | 3. Weder noch

|
ENDIF

MH013_ FATIGUE

Haben Sie sich im letzten Monat zu kraftlos gefühlt, um Dinge zu tun, die Sie gerne getan hätten?

- 1. Ja
- 5. Nein

MH014_ CONCENTRATION ON ENTERTAINMENT

Wie steht es bei Ihnen mit der Konzentration? Können Sie sich beispielsweise auf einen Film, eine Fernseh- oder Radiosendung konzentrieren?

- 1. Schwierigkeiten mit der Konzentration auf TV, Radio, Film u. dgl.
- 2. Keine derartigen Schwierigkeiten erwähnt

MH015_ CONCENTRATION ON READING

Können Sie sich beim Lesen konzentrieren?

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

MH016_ ENJOYMENT

Was haben Sie in der letzten Zeit gerne gemacht?

- 1. Kann keine erfreuliche Aktivität nennen
- 2. Nennt Aktivität(en) (VÖLLIG BELIEBIG), die Freude bereitet/n

MH017_ TEARFULNESS

Haben Sie im letzten Monat einmal geweint?

IWER:ENDE DES NON-PROXY ABSCHNITTS. WENN DER BEFRAGTE NICHT IN DER LAGE WAR, DIE VORHERGEHENDEN FRAGEN ZU BEANTWORTEN, DRÜCKEN SIE STRG UND M GLEICHZEITIG UND MACHEN SIE EINE NOTIZ.

- 1. Ja
- 5. Nein

MH018_ DEPRESSION EVER

Gab es [seit dem letzten Interview im/in Ihrem Leben] [{Monat und Jahr des letzten Interviews}/{empty}] Zeiten, in denen Sie an Anzeichen von Depression gelitten haben, die länger als zwei Wochen andauerten?

- 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 Anzeichen zum ersten Mal aufgetreten sind?

|| _____ (0..120)

||

| *ENDIF*

| **MH020_ EVER TREATED BY DOCTOR OR PSYCHIATRIST**

| Wurden Sie deshalb [{}empty{/jemals}] von Ihrem Hausarzt oder von einem Psychiater behandelt?

| 1. Ja

| 5. Nein

| **MH021_ EVER ADMITTED TO HOSPITAL OR PSYCHIATRIC WARD**

| Waren Sie [{}empty{/jemals}] zur Behandlung in einer Nervenklinik oder in einer psychiatrischen Station?

| 1. Ja

| 5. Nein

|

| *ENDIF*

MH022_ EVER TOLD AFFECTIVE OR EMOTIONAL DISORDERS

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, dass Sie unter anderen Gemütskrankheiten oder emotionalen Störungen, wie Angstgefühlen und nervösen oder psychiatrischen Problemen leiden?

1. Ja

5. Nein

HC002_ SEEN OR TALKED TO MEDICAL DOCTOR

Ich würde Ihnen jetzt gerne einige Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Betreuung in den letzten zwölf Monaten stellen. Wie oft haben Sie während der

letzten zwölf Monate mit einem Arzt über Ihre Gesundheit gesprochen? Bitte zählen Sie Zahnarztbesuche und stationäre Krankenhausaufenthalte nicht

mit, berücksichtigen Sie aber Behandlungen in der Notaufnahme oder Krankenhausambulanz.

IWER:MIT "STATIONÄRER KRANKENHAUSAUFENTHALT" MEINEN WIR EINEN KRANKENHAUSAUFENTHALT, BEI DEM DER PATIENT MINDESTENS EINE NACHT IM KRANKENHAUS

VERBRINGT. WENN MEHR ALS 98, 98 EINTRAGEN

_____ (0..98)

IF HC002_ (SEEN OR TALKED TO MEDICAL DOCTOR) > 0

|

| **HC003_ CONTACTS WITH GENERAL PRACTITIONER**

| Wie viele dieser Besuche waren bei einem praktischen Arzt bzw. Ihrem Hausarzt?

| IWER:WENN MEHR ALS 98, 98 EINTRAGEN

| _____ (0..98)

|

CHK: HC003_CGPract <= HC002_STtoMDdoctor 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 Karte 15 genannten Fachärzte aufgesucht?

| 1. Ja

| 5. Nein

|

| *IF HC004_ (CONTACTS WITH SPECIALISTS) = 1. Ja*

||

|| **HC005_ LAST CONSULTATION TO SPECIALIST**

|| Sehen Sie sich weiter Karte 15 an. Bitte geben Sie an, welche dieser Fachärzte Sie in den letzten zwölf Monaten aufgesucht haben?

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

|| 1. Internist, Spezialist für Herz- oder Lungenkrankheiten, Magen-Darm-Leiden, Diabetes usw.

|| 2. Hautarzt

|| 3. Neurologe

|| 4. Augenarzt

|| 5. Hals-Nasen-Ohrenarzt

|| 6. Rheumatologe oder Physiotherapeut

|| 7. Orthopäde

|| 8. Chirurg

|| 9. Psychiater/Therapeut

|| 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 in den letzten zwölf Monaten beim Zahnarzt?

IWER:EINSCHLIESSLICH KONTROLLUNTERSUCHUNGEN UND BESUCHEN WEGEN ZAHNPROTHESEN ODER MUNDHÖHLENERKRANKUNGEN

1. Ja

5. Nein

IF HC010_ (SEEN A DENTIST/DENTAL HYGIENIST) = 1. Ja

|

| **HC011_ CONTACT DENTIST FOR ROUTINE CONTROL/PREVENTION OR TREATMENT**

| War das wegen einer Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchung, wegen einer Behandlung, oder wegen beidem?

| IWER:BEI MEHR ALS EINEM ARZTBESUCH GEBEN SIE FÜR ALLE BESUCHE GEMEINSAM EIN

- | 1. Nur wegen Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchung
- | 2. Nur wegen einer Behandlung
- | 3. Wegen beidem

|

|

ENDIF

HC012_ IN HOSPITAL LAST 12 MONTHS

Sind Sie in den letzten zwölf Monaten stationär in einem Krankenhaus behandelt worden?

Bitte berücksichtigen Sie Aufenthalte in medizinischen,

chirurgischen, psychiatrischen oder anderen spezialisierten Anstalten.

1. Ja

5. Nein

IF HC012_ (IN HOSPITAL LAST 12 MONTHS) = 1. Ja

|

| **HC013_ TIMES BEING PATIENT IN HOSPITAL**

| Wie oft waren Sie letztes Jahr zu einer stationären Behandlung im Krankenhaus?

| IWER:ZÄHLEN SIE NUR GESONDERTE AUFENTHALTE. KODIEREN SIE 10 FÜR 10 ODER MEHR AUFENTHALTE.

| _____ (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 welchen dieser Gründe mussten Sie in den letzten zwölf Monaten zu einer stationären Behandlung ins

| Krankenhaus: wegen einer Operation, wegen medizinischer Tests, wegen einer Behandlung ohne Operation, oder wegen psychischer Probleme?

| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN EINTRAGEN

| 1. Operation

| 2. Medizinische Tests, Behandlung ohne Operation (ausgenommen psychiatrische Beh.)

| 3. Psychische Probleme

|

| *IF 1. Operation IN HC015_ (REASONS FOR HAVING STAYED IN HOSPITAL) AND 2. Medizinische Tests, Behandlung ohne Operation (ausgenommen*

| *psychiatrische Beh.) IN HC015_ (REASONS FOR HAVING STAYED IN HOSPITAL) OR 3.*

| *Psychische 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 viele verschiedene stationäre Krankenhausaufenthalte hatten Sie in den letzten zwölf Monaten wegen einer Operation?

|| IWER:ZÄHLEN SIE NUR GESONDERTE AUFENTHALTE

|| _____ (1..98)

||

CHK: HC016_TimsurginPT <= HC013_TiminHos MAIN "^FLError[9]"

| *ENDIF*

|
| *IF 3. Psychische Probleme IN HC015_ (REASONS FOR HAVING STAYED IN HOSPITAL)
AND 1. Operation IN HC015_ (REASONS FOR HAVING STAYED IN
HOSPITAL) OR 2. Medizinische Tests, Behandlung ohne Operation (ausgenommen
psychiatrische Beh.) 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 viele verschiedene stationäre Krankenhausaufenthalte hatten Sie in den letzten zwölf
Monaten wegen psychischer Probleme?

| | IWER:ZÄHLEN SIE NUR GESONDERTE AUFENTHALTE

| | _____ (1..98)

| |

CHK: HC022_TimpsyinPT <= HC013_TiminHos MAIN "^FLError[9]"

| *ENDIF*

|

ENDIF

HC023_ OUTPATIENT SURGERY LAST 12 MONTHS

Hatten Sie während der letzten zwölf Monate eine ambulante Operation?

IWER:ERKLÄREN SIE: MIT "AMBULANTER OPERATION" MEINEN WIR EINE
OPERATION OHNE STATIONÄREN KRANKENHAUSAUFENTHALT (D.H. NICHT
ÜBER NACHT)

1. Ja

5. Nein

IF HC023_ (OUTPATIENT SURGERY LAST 12 MONTHS) = 1. Ja

|

| **HC024_ TIMES HAD OUTPATIENT SURGERY**

| Wie viele verschiedene ambulante Operationen hatten Sie in den letzten zwölf Monaten?

| IWER:ZÄHLEN SIE NUR GESONDERTE OPERATIONEN

| _____ (1..98)

|

ENDIF

IF MN024_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1

|

| **HC029_ IN A NURSING HOME**

| Waren Sie in den letzten zwölf Monaten stationär in einem Pflegeheim untergebracht?

| IWER:EIN PFLEGEHEIM STELLT ZUMINDEST ALLE FOLGENDEN LEISTUNGEN
ZUR VERFÜGUNG: VERTEILEN DER MEDIKAMENTE, RUND UM DIE UHR ZUR
VERFÜGUNG STEHENDES

| HILFSPERSONAL UND AUFSICHT (NICHT NOTWENDIGERWEISE EINE
KRANKENSCHWESTER), UNTERKUNFT UND VERPFLEGUNG. DAUERHAFT
BEDEUTET OHNE UNTERBRECHUNG WÄHREND

| DER LETZTEN ZWÖLF MONATE. WENN DIE BEFRAGTE PERSON VOR WENIGER
ALS ZWÖLF MONATEN ENDGÜLTIG IN EIN PFLEGEHEIM ÜBERSIEDELT IST,
GEBEN SIE 1 (JA,

| ZEITWEISE) AN.

- | 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 viele verschiedene stationäre Aufenthalte in einem Pflegeheim hatten Sie in den letzten zwölf Monaten?

|| **IWER:ZÄHLEN SIE NUR GESONDERTE AUFENTHALTE**

|| _____ (1..365)

|| **HC031_ WEEKS STAYED IN A NURSING HOME**

|| Wie viele Wochen waren Sie insgesamt in den letzten zwölf Monaten stationär in einem Pflegeheim untergebracht?

|| **IWER:GANZE MONATE ZÄHLEN ALS 4 WOCHEN, ANGEFANGENE WOCHEN ZÄHLEN ALS GANZE**

|| _____ (1..52)

| *ENDIF*

| **HC064_ IN OTHER INSTITUTIONS LAST 12 MONTHS**

| Waren Sie während der letzten zwölf Monate stationär in irgendeiner anderen Institution als einem Krankenhaus oder Pflegeheim untergebracht? Bitte

| berücksichtigen Sie alle Aufenthalte, die Sie noch nicht erwähnt haben, z.B. in Institutionen für Rehabilitation, Erholungsurlaub, etc.

| 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 in den letzten zwölf Monaten stationär in irgendeiner anderen Institution als einem Krankenhaus oder Pflegeheim untergebracht?

|| **IWER:ZÄHLEN SIE NUR SEPARATE AUFENTHALTE. KODIEREN SIE 10 FÜR 10 ODER MEHR AUFENTHALTE.**

|| _____ (1..10)

|| **HC066_ TOTAL NIGHTS STAYED IN OTHER INSTITUTIONS**

|| Wie viele Nächte haben Sie insgesamt stationär in irgendeiner anderen Institution als einem Krankenhaus oder Pflegeheim verbracht?

|| _____ (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 in den letzten zwölf Monaten zu Hause eine Betreuung erhalten, wie sie dort angeführt ist?

```

|| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN EINTRAGEN
|| 1. Professionelle oder bezahlte Pflege oder persönliche Betreuung
|| 2. Professionelle oder bezahlte Haushaltshilfe, für Hausarbeiten, die Sie wegen eines
gesundheitlichen Problems nicht selbst erledigen konnten
|| 3. Essen auf Rädern
|| 96. Nichts davon
||
||
|| CHK: NOT (( > 1) AND (96 IN HC032_HomeCare)) MAIN "^FLError[5]"
|| IF 1. Professionelle oder bezahlte Pflege oder persönliche Betreuung IN
HC032_(RECEIVED HOME CARE IN OWN HOME)
||
|| HC033_ WEEKS RECEIVED PROFESSIONAL NURSING CARE
|| Wie viele Wochen haben Sie in den letzten zwölf Monaten zu Hause professionelle oder
bezahlte Pflege erhalten?
|| IWER:GANZE MONATE ZÄHLEN ALS 4 WOCHEN, ANGEFANGENE WOCHEN
ZÄHLEN ALS GANZE
|| _____ (1..52)
||
|| HC034_ HOURS RECEIVED PROFESSIONAL NURSING CARE
|| Wie viele Stunden pro Woche haben Sie durchschnittlich während dieser Zeit zu Hause
professionelle oder bezahlte Pflege erhalten?
|| IWER:AUF GANZE STUNDEN RUNDEN
|| _____ (1..168)
||
|| ENDIF
||
|| IF 2. Professionelle oder bezahlte Haushaltshilfe, für Hausarbeiten, die Sie wegen eines
gesundheitlichen Problems nicht selbst erledigen
|| konnten IN HC032_(RECEIVED HOME CARE IN OWN HOME)
||
|| HC035_ WEEKS RECEIVED HELP FROM PAID PROFESSIONALS
|| Wie viele Wochen hatten Sie in den letzten zwölf Monaten eine professionelle oder
bezahlte Haushaltshilfe, weil Sie selbst aus gesundheitlichen
|| Gründen nicht in der Lage waren, die Hausarbeit zu erledigen?
|| IWER:GANZE MONATE ZÄHLEN ALS 4 WOCHEN; ANGEFANGENE WOCHEN
ZÄHLEN ALS GANZE
|| _____ (1..52)
||
|| IF HC035_(WEEKS RECEIVED HELP FROM PAID PROFESSIONALS) = RESPONSE
||
|| HC036_ HOURS HELP FROM PAID PROFESSIONALS
|| Wie viele Stunden pro Woche haben Sie diese Hilfe durchschnittlich während dieser Zeit
erhalten?
|| IWER:AUF GANZE 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 in den letzten zwölf Monaten Essen auf Rädern erhalten, weil Sie sich selbst wegen gesundheitlicher Probleme keine

|| Mahlzeiten zubereiten konnten?

|| IWER:ZÄHLEN SIE 4 WOCHEN FÜR JEDEN VOLLEN MONAT

|| _____ (1..52)

||

|| *ENDIF*

||

|| *ENDIF*

|

| **HC038_ RECEIVED CARE FROM PRIVATE PROVIDERS**

| Bitte sehen Sie sich Karte 18 an. Haben Sie während der letzten zwölf Monate eine dieser Leistungen von einem selbst bezahlten privaten Anbieter

| oder über eine private Zusatzversicherung in Anspruch genommen, weil Sie die Leistungen vom öffentlichen Gesundheitssystem nicht im benötigten

| Ausmaß bekamen oder zu lange warten mussten?

| IWER:FALLS NÖTIG, ERKLÄREN SIE REHABILITATION SO: SPEZIFISCHE BETREUUNG, UM GRUNDSÄTZLICHE FUNKTIONEN ZURÜCKZUERLANGEN, Z.B. MOBILITÄT, SPRACHE

| ODER DIE KRAFT, ALLTÄGLICHE AKTIVITÄTEN WIEDER AUSZUFÜHREN

| 1. Ja

| 5. Nein

|

| *IF HC038_ (RECEIVED CARE FROM PRIVATE PROVIDERS) = 1. Ja*

||

|| **HC039_ TYPE OF RECEIVED CARE FROM PRIVATE PROVIDERS**

|| Welche Leistungen haben Sie in Anspruch genommen?

|| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

|| 1. Operation

|| 2. Betreuung durch praktischen Arzt/Hausarzt

|| 3. Betreuung durch Facharzt

|| 4. Medikamente

|| 5. Zahnbehandlung und Zahnersatz

|| 6. Stationäre Rehabilitation im Krankenhaus

|| 7. Ambulante Rehabilitation

|| 8. Heil- und Hilfsmittel

|| 9. Betreuung im Pflegeheim

|| 10. Hauskrankenpflege

|| 11. Bezahlte Haushaltshilfe

|| 97. Andere, noch nicht erwähnte Leistungen

||

CHK: NOT ((> 1) AND (96 IN HC039_PrivProv)) MAIN "^FLError[5]"

| *ENDIF*

|

| **HC044_ INTRODUCTION CARE EXPENSES**

| Nun möchte ich Ihnen ein paar Fragen zu Ihren Ausgaben für Gesundheitsleistungen und private Krankenversicherungen stellen.

| 1. Weiter

```

|
| IF HC012_ (IN HOSPITAL LAST 12 MONTHS) = 1. Ja
|
| | HC045_ PAID OUT-OF-POCKET FOR INPATIENT CARE
| | Wie viel haben Sie in den letzten zwölf Monaten ungefähr für Ihre stationäre
| | Krankenhausbehandlung selbst ausgegeben? Berücksichtigen Sie bitte
| | keine Rückerstattungen des Dienstgebers oder Krankenkassenzuschüsse, falls Sie solche
| | erhalten haben.
| | IWER:FALLS NÖTIG, ERKLÄREN SIE: MIT "SELBST BEZAHLT" MEINEN WIR
| | ALLES, WAS NICHT DURCH DIE KRANKENVERSICHERUNG ABGEDECKT IST.
| | FALLS SIE ETWAS
| | VORSTRECKEN, DAS SIE SPÄTER VON DER VERSICHERUNG ZURÜCK
| | BEKOMMEN, GILT DAS NICHT ALS "SELBST BEZAHLT". FALLS DIE
| | VERSICHERUNG ZUNÄCHST BEZAHLT UND
| | SIE DIES SPÄTER ZURÜCKZAHLEN MÜSSEN, IST DAS "SELBST BEZAHLT".
| | BETRAG IN [{Währung}]
| | {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_ PAID OUT-OF-POCKET FOR OUTPATIENT CARE
| | Wie viel haben Sie in den letzten zwölf Monaten ungefähr für ambulante Behandlungen
| | selbst ausgegeben? Berücksichtigen Sie bitte keine
| | Rückerstattungen des Dienstgebers oder Krankenkassenzuschüsse, falls Sie solche erhalten
| | haben.
| | IWER:ERKLÄREN SIE: DAZU GEHÖREN KOSTEN FÜR ÄRZTLICHE BETREUUNG,
| | EINSCHLIESSLICH ZAHNARZT, LABORTTESTS, UNTERSUCHUNGEN ODER
| | ÄRZTLICH VERSCHRIEBENE
| | THERAPIEN SOWIE AMBULANTE OPERATIONEN, NICHT JEDOCH KOSTEN FÜR
| | MEDIKAMENTE UND ALTERNATIVE MEDIZIN! BETRAG IN [{Währung}]
| | {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_ PAID-OUT-OF-POCKET FOR PRESCRIBED DRUGS
| | Wie viel haben Sie in den letzten zwölf Monaten ungefähr für Ihre rezeptpflichtigen
| | Medikamente selbst ausgegeben? Berücksichtigen Sie bitte

```

| keine Rückerstattungen des Dienstgebers oder Krankenkassenzuschüsse, falls Sie solche erhalten haben.

| IWER:INKLUSIVE REZEPTGEBÜHR. LASSEN SIE KOSTEN FÜR SELBSTBEHANDLUNG ODER NICHT VERSCHRIEBENE MEDIKAMENTE UNBERÜCKSICHTIGT. BETRAG IN [{Währung}].

| {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 Pflege oder persönliche

| Betreuung IN HC032_ (RECEIVED HOME CARE IN OWN HOME) OR 2. Professionelle oder bezahlte Haushaltshilfe, für Hausarbeiten, die Sie wegen eines

| gesundheitlichen Problems 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_ PAID OUT-OF-POCKET FOR DAY CARE, NURSING HOME AND HOME-BASED CARE**

|| Wie viel haben Sie in den letzten zwölf Monaten ungefähr für Pflegeleistungen in Pflegeheimen, in Tagesheimstätten oder für häusliche Pflege

|| selbst ausgegeben? Berücksichtigen Sie bitte keine Rückerstattungen des Dienstgebers oder Krankenkassenzuschüsse, falls Sie solche erhalten haben.

|| IWER:BETRAG IN [{Währung}]. DIE KOSTEN FÜR DAUERHAFTES PFLEGELEISTUNGEN IN PFLEGEHEIMEN SIND EXKLUSIVE DER AUSGABEN FÜR KOST UND LOGIS ANZUGEBEN.

|| {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_ INTRO HEALTH INSURANCE COVERAGE**

| Bitte sehen Sie sich Karte 19 an. Ich werde Ihnen nun einige Arten von medizinischer Versorgung vorlesen. Sagen Sie mir bitte, wer bei Ihrer

| derzeitigen Krankenversicherung abgesehen von einem möglichen Selbstbehalt schlussendlich die Kosten trägt: Nur Sie selbst, vor allem Sie selbst,

| vor allem Ihre (öffentliche oder private) Krankenversicherung oder nur Ihre (öffentliche oder

private) Krankenversicherung?

| 1. Weiter

|

| *LOOP cnt: = 1 TO 10*

||

|| **HC068_ CURRENT HEALTH INSURANCE COVERAGE**

|| Wer zahlt für [Besuche bei einem praktischen Arzt/Hausarzt (Vertragsarzt)/Besuche bei einem Facharzt (Vertragsarzt), wenn sie von einem praktischen

|| Arzt/Hausarzt verschrieben wurden/Besuche bei einem Facharzt (Vertragsarzt), wenn sie nicht von einem praktischen Arzt/Hausarzt verschrieben

|| wurden/Besuche bei einem Wahlarzt/Zahnpflege (d.h. Pflege durch einen Zahnarzt im Rahmen einer Kontrolle oder Vorsorgeuntersuchung)/verschriebene

|| Medikamente/Krankenhausaufenthalte in öffentlichen

Krankenhäusern/Krankenhausaufenthalte in privaten Krankenhäusern/Aufenthalte in

|| Pflegeheimen/Pflege zu Hause im Fall von chronischen Krankheiten oder Behinderungen]?

(Nur Sie selbst, vor allem Sie selbst, vor allem Ihre

|| (öffentliche oder private) Krankenversicherung oder nur Ihre (öffentliche oder private) Krankenversicherung)?

|| **IWER: WENN DIE BEFRAGTE PERSON ZUERST SELBST ZAHLT, SPÄTER ABER EINE RÜCKERSTATTUNG VON EINER KRANKENVERSICHERUNG BEKOMMT, IST DAS NICHT "NUR VON**

|| **DER BEFRAGTEN PERSON GEZAHLT". ZAHNPFLEGE INKLUDIERT PROFESSIONELLE MUNDHYGIENE/ZAHNREINIGUNG**

|| 1. Nur von der befragten Person gezahlt

|| 2. Vor allem von der befragten Person gezahlt

|| 3. Vor allem von (öffentlicher oder privater) Krankenversicherung der befragten Person gezahlt oder rückerstattet

|| 4. Nur von (öffentlicher oder privater) Krankenversicherung der befragten Person gezahlt oder rückerstattet

||

||

| *ENDLOOP*

|

| *IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1*

||

|| **HC069_ CHANGES HEALTH INSURANCE COVERAGE**

|| Wir sind daran interessiert, wie sich Ihre Krankenversicherung seit unserem letzten Gespräch im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] verändert

|| haben könnte. Hat es seit [{Monat und Jahr des letzten Interviews}], unter Berücksichtigung aller Ihrer (öffentlicher oder privater)

|| Krankenversicherungen, eine Veränderung Ihres Versicherungsschutzes für gesundheitliche Probleme gegeben, entweder zum Besseren oder zum

|| Schlechteren?

|| 1. Keine Veränderung

|| 2. Der Versicherungsschutz ist jetzt besser.

|| 3. Der Versicherungsschutz ist jetzt schlechter.

||

||

|| *IF HC069_ (CHANGES HEALTH INSURANCE COVERAGE) = 2. Der Versicherungsschutz ist jetzt besser.*

|||

||| **HC070_ CHANGES BETTER HEALTH INSURANCE COVERAGE**

||| Bitte sehen Sie sich Karte 19 an. Für welche der aufgelisteten Arten von Behandlung hat sich Ihr Versicherungsschutz verbessert?

||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN ZAHNPFLEGE INKLUDIERT
PROFESSIONELLE MUNDHYGIENE/ZAHNREINIGUNG

||| 1. Besuche bei einem praktischen Arzt/Hausarzt (Vertragsarzt)

||| 2. Besuche bei einem Facharzt (Vertragsarzt), wenn sie von einem praktischen Arzt/Hausarzt verschrieben wurden

||| 3. Besuche bei einem Facharzt (Vertragsarzt), wenn sie nicht von einem praktischen Arzt/Hausarzt verschrieben wurden

||| 4. Besuche bei einem Wahlarzt

||| 5. Zahnpflege (d.h. Pflege durch einen Zahnarzt im Rahmen einer Kontrolle oder Vorsorgeuntersuchung)

||| 6. verschriebene Medikamente

||| 7. Krankenhausaufenthalte in öffentlichen Krankenhäusern

||| 8. Krankenhausaufenthalte in privaten Krankenhäusern

||| 9. Aufenthalte in Pflegeheimen

||| 10. Pflege zu Hause im Fall von chronischen Krankheiten oder Behinderungen

|||

|| *ELSE*

|||

||| *IF HC069_ (CHANGES HEALTH INSURANCE COVERAGE) = 3. Der Versicherungsschutz ist jetzt schlechter.*

||||

|||| **HC071_ CHANGES WORSE HEALTH INSURANCE COVERAGE**

|||| Bitte sehen Sie sich Karte 19 an. Für welche der aufgelisteten Arten von Behandlung hat sich Ihr Versicherungsschutz verschlechtert?

|||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN ZAHNPFLEGE INKLUDIERT
PROFESSIONELLE MUNDHYGIENE/ZAHNREINIGUNG

|||| 1. Besuche bei einem praktischen Arzt/Hausarzt (Vertragsarzt)

|||| 2. Besuche bei einem Facharzt (Vertragsarzt), wenn sie von einem praktischen Arzt/Hausarzt verschrieben wurden

|||| 3. Besuche bei einem Facharzt (Vertragsarzt), wenn sie nicht von einem praktischen Arzt/Hausarzt verschrieben wurden

|||| 4. Besuche bei einem Wahlarzt

|||| 5. Zahnpflege (d.h. Pflege durch einen Zahnarzt im Rahmen einer Kontrolle oder Vorsorgeuntersuchung)

|||| 6. verschriebene Medikamente

|||| 7. Krankenhausaufenthalte in öffentlichen Krankenhäusern

|||| 8. Krankenhausaufenthalte in privaten Krankenhäusern

|||| 9. Aufenthalte in Pflegeheimen

|||| 10. Pflege zu Hause im Fall von chronischen Krankheiten oder Behinderungen

||||

||| *ENDIF*

|||

|| *ENDIF*

||

|| *IF HC069_ (CHANGES HEALTH INSURANCE COVERAGE) = 2. Der*

Versicherungsschutz ist jetzt besser. OR HC069_ (CHANGES HEALTH INSURANCE

COVERAGE) = 3. Der Versicherungsschutz ist jetzt schlechter.

|||

||| **HC072_ REASONS CHANGES HEALTH INSURANCE COVERAGE**

||| Ist die Veränderung im Ihrem Versicherungsschutz ein Resultat von...

||| **IWER:VORLESEN. ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN**

||| 1. einem Ereignis in Ihrem Leben, das zu einer automatischen Änderung in Ihrem Versicherungsschutz geführt hat, z.B. Scheidung,

||| Arbeitsplatzwechsel...

||| 2. Ihrer eigenen Entscheidung den Versicherungsschutz zu ändern.

||| 3. Änderungen im Krankenversicherungssystem.

|||

|||

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

|

ENDIF

HC063_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN HC

IWER:CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM ABSCHNITT BEANTWORTET?

1. Nur der/die Befragte

2. Der/die Befragte und ein/e Stellvertreter/in

3. Nur ein/e Stellvertreter/in

IF MN024_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1

|

| **EP001_ INTRODUCTION EMPLOYMENT AND PENSIONS**

| Ich werde Ihnen jetzt einige Fragen über Ihre derzeitige Beschäftigungssituation stellen.

| 1. Weiter

|

|

| **EP005_ CURRENT JOB SITUATION**

| Sehen Sie sich jetzt Karte 20 an. Wie würden Sie Ihre derzeitige Beschäftigungssituation am ehesten beschreiben?

| **IWER:NUR EINE ANTWORT KODIEREN. NUR WENN DER/DIE BEFRAGTE**

UNSICHER IST: 1. ARBEITE NICHT MEHR/PENSION (PENSION AUS DER EIGENEN ARBEIT EINSCHLIESSLICH

ALTERSTEILZEIT, FRÜHPENSION) 2. ANGESTELLT ODER SELBSTÄNDIG

(BEZAHLTE ARBEIT, EINSCHLIESSLICH UNBEZAHLTE ARBEIT IM FAMILIENBETRIEB UND

ARBEITSKRÄFTE DIE NOCH BEI EINER FIRMA ANGESTELLT SIND ABER MOMENTAN NICHT BEZAHLT WERDEN) 3. ARBEITSLOS (OHNE ARBEIT, EINSCHLIESSLICH KURZFRISTIGE

ARBEITSLOSIGKEIT) 4. DAUERHAFT KRANK ODER ARBEITSUNFÄHIG (EINSCHLIESSLICH ERWERBSBEHINDERT UND TEILINVALID) 5.

HAUSFRAU/HAUSMANN (EINSCHLIESSLICH

BETREUUNG VON ENKELKINDERN ODER ANDEREN

FAMILIENMITGLIEDERN)PENSION BEZIEHT SICH NUR AUF DIE PENSION AUS DER EIGENEN ARBEIT. BEZIEHER VON

HINTERBLIEBENENPENSIONEN, DIE KEINE WEITERE PENSION AUS DER EIGENEN ARBEIT ERHALTEN DÜRFEN NICHT ALS PENSIONIERT KODIERT

WERDEN. FALLS DIE
| KATEGORIEN 2 BIS 5 FÜR DIESE PERSON NICHT PASSEN SOLLTEN, DANN
SONSTIGE KODIEREN. SONSTIGE INKLUDIERT ABER AUCH RENTIER, STUDENT,
AUF KOSTEN DES

| EIGENEN VERMÖGEN LEBEN UND EHRENAMTLICHE TÄTIGKEITEN)

- | 1. Arbeite nicht mehr/Pension
- | 2. Angestellt oder selbstständig (einschließlich Familienbetrieb)
- | 3. Arbeitslos und auf Arbeitssuche
- | 4. Dauerhaft krank oder arbeitsunfähig
- | 5. Hausfrau/Hausmann
- | 97. Sonstige (Rentier, Student, auf Kosten des eigenen Vermögens leben, ehrenamtliche Tätigkeit)

|
|
| *IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 1. Arbeite nicht mehr/Pension*

|| **EP328_ RETIREMENT MONTH**

|| In welchem Monat und Jahr gingen Sie in Pension? MONAT: JAHR:

- || 1. Jänner
- || 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 gingen Sie in Pension? MONAT: [{Monat der Pensionierung}]
JAHR

|| (1900..2007)

| *ENDIF*

| *IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0 AND EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 1.*
Arbeite nicht mehr/Pension OR

| *MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1 AND EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 1.*
Arbeite nicht mehr/Pension AND EP336_ (RETIRED AFTER INTERVIEW

| *WAVE 1) = 1*

|| **EP064_ MAIN REASON FOR EARLY RETIREMENT**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 21 an. Was waren die Gründe dafür, dass Sie in Pension
gegangen sind?

|| IWER:ALLE ANTWORTEN EINTRAGEN

- || 1. Hatte Anspruch auf staatliche Pension
- || 2. Hatte Anspruch auf private Firmenpension

- || 3. Hatte Anspruch auf private Pension
- || 4. Erhielt Angebot für vorzeitigen Ruhestand mit Überbrückungszahlungen
- || 5. Wurde gekündigt
- || 6. Aus Gesundheitsgründen
- || 7. Schlechte Gesundheit eines Verwandten/Freundes
- || 8. Um zur selben Zeit in Pension zu gehen wie Mann/Frau/Partner
- || 9. Um mehr Zeit mit der Familie zu verbringen
- || 10. Um das Leben zu genießen

|| **EP065_ RETIREMENT BEEN A RELIEF OR A CONCERN**

|| Ist Ihr Pensionistendasein für Sie eher eine Erleichterung oder ein Grund zur Sorge?

- || 1. Erleichterung
- || 2. Sorge
- || 3. Keins von beiden
- || 4. Erleichterung und Sorge

|| **EP059_ OPPORTUNITIES TO WORK AFTER THE OFFICIAL RETIREMENT AGE**

|| Gab es an Ihrem letzten Arbeitsplatz die Möglichkeit, auch nach der Pensionierung weiter zu arbeiten, in Form von Teilzeit- oder Vollzeitarbeit?

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

|| *ENDIF*

|| *IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 3. Arbeitslos und auf Arbeitssuche*

|| **EP067_ HOW BECAME UNEMPLOYED**

|| Können Sie uns etwas darüber erzählen, wie Sie arbeitslos wurden.

|| **IWER:VORLESEN**

- || 1. Weil Ihr Betrieb/Büro zugesperrt hat
- || 2. Weil Sie gekündigt haben
- || 3. Weil Sie gekündigt wurden
- || 4. Durch einvernehmliche Lösung
- || 5. Weil Ihr befristetes Arbeitsverhältnis ausgelaufen war
- || 6. Weil Sie den Wohnsitz wechselten
- || 97. Sonstiges

|| *ENDIF*

|| *IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) <> 2. Angestellt oder selbstständig (einschließlich Familienbetrieb)*

|| **EP002_ DID ANY PAID WORK**

|| [Wir sind an Ihren Arbeitserfahrungen seit unserem letzten Interview interessiert./{empty}]

Haben Sie [seit unserem letzten Interview im /in den

|| letzten vier Wochen][{Monat und Jahr des letzten Interviews}] irgendeine bezahlte Arbeit verrichtet, sei es als [Selbständiger/Selbständige] oder

|| in einem Dienstverhältnis, auch wenn dies nur stundenweise war?

- || 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 krank oder arbeitsunfähig AND
| | | EP002_ (DID ANY PAID WORK) = 1. Ja OR
| | | EP006_ (EVER DONE PAID WORK) = 1. Ja
| | |
| | | EP068_ DISABILITY CAUSED BY WORK
| | | Sie haben vorhin gesagt, dass Sie dauerhaft krank oder arbeitsunfähig sind. Liegt die
| | | Ursache dafür in Ihrer beruflichen Tätigkeit?
| | | 1. Ja
| | | 5. Nein
| | |
| | | ENDIF
| | |
| | | IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1
| | |
| | | IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 2. Angestellt oder selbstständig
| | | (einschließlich Familienbetrieb) OR EP002_ (DID ANY PAID
| | | WORK) = 1. Ja
| | |
| | | |
| | | | EP125_ CONTINUOUSLY WORKING
| | | | Haben Sie in der Zeit zwischen unserem letzten Interview im [{Monat und Jahr des letzten
| | | | Interviews}] und jetzt durchgehend gegen Bezahlung
| | | | gearbeitet?
| | | | 1. Ja
| | | | 5. Nein
| | | |
| | | | ENDIF
| | | |
| | | | IF EP125_ (CONTINUOUSLY WORKING) = 1. Ja
| | | |
| | | | EP141_ CHANGE IN JOB
| | | | Bitte sehen Sie sich Karte 22 an. Hat sich seit unserem letzten Interview im [{Monat und
| | | | Jahr des letzten Interviews}] Ihre Beschäftigung auf eine
| | | | der folgenden Arten geändert?

```

||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN EINTRAGEN

||| 1. ein Wechsel der Beschäftigungsart (z.B. von unselbständig zu selbständig)

||| 2. ein Wechsel des Arbeitgebers

||| 3. eine Beförderung

||| 4. ein Wechsel des Dienstortes

||| 5. ein Wechsel der Vertragslaufzeit (befristet auf unbefristet oder umgekehrt)

||| 96. keine der genannten Änderungen

|||

|||

||| *ENDIF*

|||

||| *IF EP125_ (CONTINUOUSLY WORKING) = 5. Nein*

|||

||| **EP331_ INTRODUCTION WHEN WORKING**

||| Wann haben Sie gearbeitet? Bitten sagen Sie mir alle Anfangs- und Enddaten falls Sie mehrere Beschäftigungsverhältnisse hatten.

||| 1. Weiter

|||

||| **EP127_ PERIOD FROM MONTH**

||| Ab welchem Monat und Jahr waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT: JAHR:

||| 1. Jänner

||| 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**

||| Ab welchem Monat und Jahr waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT

[EP127_PeriodFromMonthJAHR]

||| 1. 2003 oder früher

||| 2. 2004

||| 3. 2005

||| 4. 2006

||| 5. 2007

|||

||| **EP129_ PERIOD TO MONTH**

||| Bis zu welchem Monat und Jahr waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT: JAHR:

||| IWER:FALLS DIE PERIODE NOCH NICHT ENDETE GEBEN SIE 13 (HEUTE) AN

||| 1. Jänner

||| 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 waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT: [{Monat in
dem Ereignis endet}] JAHR:
||| 1. 2004
||| 2. 2005
||| 3. 2006
||| 4. 2007
|||
||| ENDIF
|||
||| EP133_ OTHER PERIODS
||| [Haben/Waren] Sie seit [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] darüberhinaus noch
[gearbeitet/arbeitslos]?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
|||
||| LOOP cnt:= 2 TO 20
|||
||| IF riiodOtherEpisodes[cnt - EP133_ (OTHER PERIODS) = 1. Ja
|||
||| EP127_ PERIOD FROM MONTH
||| Ab welchem Monat und Jahr waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT: JAHR:
||| 1. Jänner
||| 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
||| Ab welchem Monat und Jahr waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT
[EP127_PeriodFromMonthJAHR]
||| 1. 2003 oder früher
||| 2. 2004

```

```

||||| 3. 2005
||||| 4. 2006
||||| 5. 2007
|||||
||||| EP129_ PERIOD TO MONTH
||||| Bis zu welchem Monat und Jahr waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT: JAHR:
||||| IWER:FALLS DIE PERIODE NOCH NICHT ENDETE GEBEN SIE 13 (HEUTE) AN
||||| 1. Jänner
||||| 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 waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT: [{Monat
in dem Ereignis endet}] JAHR:
||||| 1. 2004
||||| 2. 2005
||||| 3. 2006
||||| 4. 2007
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| EP133_ OTHER PERIODS
||||| [Haben/Waren] Sie seit [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] darüberhinaus noch
[gearbeitet/arbeitslos]?
||||| 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/Hausmann OR MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1 AND EP005_ (CURRENT

```

JOB SITUATION) = 5. Hausfrau/Hausmann AND EP002_ (DID ANY PAID WORK) = 1. Ja AND EP335_ (WORKED TILL TODAY) = 5

||

|| **EP069_ REASON STOP WORKING**

|| Sie sagten uns, dass Sie derzeit [Hausmann/Hausfrau] sind, haben jedoch in der Vergangenheit bereits gearbeitet. Warum haben Sie aufgehört zu

|| arbeiten?

|| IWER:VORLESEN

|| 1. Aufgrund gesundheitlicher Probleme

|| 2. Es war zu anstrengend

|| 3. Es war zu teuer, jemanden einzustellen, der sich um den Haushalt oder die Familie kümmert

|| 4. Weil Sie sich um Ihre Kinder oder Enkel kümmern wollten

|| 5. Weil Sie gekündigt wurden oder die Arbeitsstätte geschlossen wurde

|| 6. Weil das Familieneinkommen ausreichte

|| 97. Sonstiges

||

||

|| **ENDIF**

|

| *IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1*

||

|| *IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) <> 3. Arbeitslos und auf Arbeitssuche AND EP125_ (CONTINUOUSLY WORKING) = 5. Nein OR*

|| *EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) <> 2. Angestellt oder selbstständig (einschließlich Familienbetrieb) AND EP002_ (DID ANY PAID WORK) = 5.*

|| *Nein*

||

|| **EP325_ UNEMPLOYED**

|| Jetzt würde ich gerne mehr über die Zeit seit unserem letzten Interview im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] erfahren, in der Sie keiner

|| bezahlten Beschäftigung nachgegangen sind. Waren Sie in dieser Zeit arbeitslos und haben nach einem Arbeitsplatz gesucht?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| **ENDIF**

||

|| *IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 3. Arbeitslos und auf Arbeitssuche*

||

|| **EP332_ INTRODUCTION WHEN UNEMPLOYED**

|| Jetzt würde ich gerne mehr über die Zeit seit unserem letzten Interview erfahren, in der Sie arbeitslos waren und nach einem Arbeitsplatz gesucht

|| haben.

|| 1. Weiter

||

|| **ENDIF**

||

|| *IF EP325_ (UNEMPLOYED) = 1. Ja OR EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 3. Arbeitslos und auf Arbeitssuche*

||

||| **EP333_ INTRODUCTION DATES UNEMPLOYED**

||| Wann waren Sie arbeitslos und haben nach einem Arbeitsplatz gesucht? Bitten sagen Sie mir alle Anfangs- und Enddaten falls Sie mehrere Male arbeitslos waren.

||| 1. Weiter

||| **EP127_ PERIOD FROM MONTH**

||| Ab welchem Monat und Jahr waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT: JAHR:

||| 1. Jänner

||| 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**

||| Ab welchem Monat und Jahr waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT
[EP127_PeriodFromMonthJAHR]

||| 1. 2003 oder früher

||| 2. 2004

||| 3. 2005

||| 4. 2006

||| 5. 2007

||| **EP129_ PERIOD TO MONTH**

||| Bis zu welchem Monat und Jahr waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT: JAHR:
||| IWER:FALLS DIE PERIODE NOCH NICHT ENDETE GEBEN SIE 13 (HEUTE) AN

||| 1. Jänner

||| 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 waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT: [{Monat in

dem Ereignis endet}} JAHR:

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

|||
||| *ENDIF*

||| **EP133_ OTHER PERIODS**

||| [Haben/Waren] Sie seit [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] darüberhinaus noch [gearbeitet/arbeitslos]?

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

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

||| *IF riodOtherEpisodes[cnt - EP133_ (OTHER PERIODS) = 1. Ja*

||||| **EP127_ PERIOD FROM MONTH**

||||| Ab welchem Monat und Jahr waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT: JAHR:

- ||||| 1. Jänner
- ||||| 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**

||||| Ab welchem Monat und Jahr waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT
[EP127_PeriodFromMonthJAHR]

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

||||| **EP129_ PERIOD TO MONTH**

||||| Bis zu welchem Monat und Jahr waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT: JAHR:

||||| IWER:FALLS DIE PERIODE NOCH NICHT ENDETE GEBEN SIE 13 (HEUTE) AN

- ||||| 1. Jänner
- ||||| 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 waren Sie [beschäftigt/arbeitslos]? MONAT: [{Monat
in dem Ereignis endet}] JAHR:
||||| 1. 2004
||||| 2. 2005
||||| 3. 2006
||||| 4. 2007
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| EP133_ OTHER PERIODS
||||| [Haben/Waren] Sie seit [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] darüberhinaus noch
[gearbeitet/arbeitslos]?
||||| 1. Ja
||||| 5. Nein
|||||
||||| ENDIF
|||||
||| ENDLOOP
|||
||| ENDIF
|||
||| EP110_ RECEIVED PUBLIC BENEFITS
||| Außerdem würden wir gerne etwas über die Zeit seit unseren letzten Interview erfahren, in
der Sie öffentliche Leistungen wie z.B. Frühpension
||| oder Arbeitslosengeld erhalten haben. Bitte Sehen Sie sich Karte 23 an. Haben Sie seit
[Monat und Jahr des letzten Interviews}] irgendwelche der
||| aufgelisteten öffentlichen Leistungen erhalten?
||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN EINTRAGEN
||| 1. Alterspension
||| 2. Frühpension
||| 3. Arbeitslosengeld bzw. Notstandshilfe
||| 4. Krankengeld
||| 5. Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension
||| 6. Sozialhilfe
||| 96. Nichts davon
|||
|||
||| 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 [die Alterspension/die Frühpension/das Arbeitslosengeld bzw. die Notstandshilfe/das Krankengeld/die Invaliditäts- bzw.

||| Berufsunfähigkeitspension/die Sozialhilfe] erhalten? Bitten sagen Sie mir alle Anfangs- und Enddaten falls Sie mehrmals öffentliche Leistungen

||| erhalten haben.

||| 1. Weiter

|||

||| **EP111_ RECEIVE PAYMENT PERIOD FROM MONTH**

||| Ab welchem Monat und Jahr haben Sie [die Alterspension/die Frühpension/das Arbeitslosengeld bzw. die Notstandshilfe/das Krankengeld/die

||| Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension/die Sozialhilfe] erhalten?

||| 1. Jänner

||| 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 [die Alterspension/die Frühpension/das Arbeitslosengeld bzw. die Notstandshilfe/das Krankengeld/die

||| Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension/die Sozialhilfe] erhalten? MONAT:

||| [{Monat der ersten Zahlung}] 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 [die Alterspension/die Frühpension/das Arbeitslosengeld bzw. die Notstandshilfe/das Krankengeld/die

||| Invaliditäts-bzw. Berufsunfähigkeitspension/die Sozialhilfe] erhalten?

||| IWER:FALLS DIE PERIODE NOCH NICHT ENDETE GEBEN SIE 13 (HEUTE) AN

||| 1. Jänner

||| 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 [die Alterspension/die Frühpension/das Arbeitslosengeld bzw. die Notstandshilfe/das Krankengeld/die

||| Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension/die Sozialhilfe] erhalten? MONAT:
[{{Monat der letzten Zahlung}}] JAHR:

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

|||
||| *ENDIF*

||| **EP116_ RECEIVE PAYMENT OTHER EPISODES**

||| Haben Sie seit [{{Monat und Jahr des letzten Interviews}}] zu anderen Zeitpunkten [eine Alterspension/eine Frühpension/Arbeitslosengeld bzw.

||| Notstandshilfe/Krankengeld/eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension/Sozialhilfe] bezogen?

||| 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 [die Alterspension/die Frühpension/das Arbeitslosengeld bzw. die Notstandshilfe/das Krankengeld/die

||| Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension/die Sozialhilfe] erhalten?

||| 1. Jänner
||| 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 [die Alterspension/die Frühpension/das

Arbeitslosengeld bzw. die Notstandshilfe/das Krankengeld/die
||||| Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension/die Sozialhilfe] erhalten? MONAT:
[{{Monat der ersten Zahlung}}] 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 [die Alterspension/die Frühpension/das
Arbeitslosengeld bzw. die Notstandshilfe/das Krankengeld/die

||||| Invaliditäts-bzw. Berufsunfähigkeitspension/die Sozialhilfe] erhalten?

||||| IWER:FALLS DIE PERIODE NOCH NICHT ENDETE GEBEN SIE 13 (HEUTE)
AN

- ||||| 1. Jänner
- ||||| 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 [die Alterspension/die Frühpension/das
Arbeitslosengeld bzw. die Notstandshilfe/das Krankengeld/die

||||| Invaliditäts-bzw. Berufsunfähigkeitspension/die Sozialhilfe] erhalten? MONAT:
[{{Monat der letzten Zahlung}}] JAHR:

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

|||||

||||| *ENDIF*

|||||

||||| **EP116_ RECEIVE PAYMENT OTHER EPISODES**

||||| Haben Sie seit [{{Monat und Jahr des letzten Interviews}}] zu anderen Zeitpunkten [eine
Alterspension/eine Frühpension/Arbeitslosengeld bzw.

||||| Notstandshilfe/Krankengeld/eine Invaliditäts- bzw.

Berufsunfähigkeitspension/Sozialhilfe] bezogen?

- ||||| 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
| | | | Abfertigung bzw. Abfindung erhalten?
| | | | 1. Ja
| | | | 5. Nein
| | | |
| | | | IF EP326_ (RECEIVED SEVERANCE PAYMENT) = 1. Ja
| | | |
| | | | EP122_ RECEIVE SEVERANCE MONTH
| | | | In welchem MONAT und Jahr haben Sie die Abfertigung bzw. Abfindung erhalten?
| | | | IWER:FALLS MEHR ALS EINE BITTE DIE AKTUELLSTE ANGEBEN
| | | | 1. Jänner
| | | | 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
| | | | In welchem Monat und JAHR haben Sie die Abfertigung bzw. Abfindung erhalten?
| | | | IWER:FALLS MEHR ALS EINE BITTE DIE AKTUELLSTE ANGEBEN
| | | | 1. 2004
| | | | 2. 2005
| | | | 3. 2006
| | | | 4. 2007
| | | |
| | | | ENDIF
| | | |
| | | | ENDIF
| | | |
| | | | IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 2. Angestellt oder selbstständig (einschließlich
| | | | 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

```

|| Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre momentane Hauptbeschäftigung.
|| IWER:SAISONARBEIT IST AUCH ZU BERÜCKSICHTIGEN.DIE
HAUPTBESCHÄFTIGUNG IST JENE, IN DER DER/DIE BEFRAGTE DIE MEISTEN
STUNDEN ARBEITET. FALLS SICH DIE
|| STUNDENZAHLN NICHT UNTERSCHIEDEN, DANN WÄHLEN SIE DIE
BESCHÄFTIGUNG MIT DEM HÖCHSTEN EINKOMMEN.

|| 1. Weiter

|| **EP009_ EMPLOYEE OR SELF-EMPLOYED**

|| Sind Sie bei dieser Beschäftigung Arbeiter[/in] oder Angestellte[r/],
Beamte[r/] oder selbstständig?

|| 1. Arbeiter[/in] oder Angestellte[r/]

|| 2. Beamte[r/]

|| 3. Selbstständig

|| *IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0 OR NOT 96. keine der genannten Änderungen 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**

|| Sehen Sie sich bitte Karte 24 an. Wie beschreibt man am besten diese Beschäftigung?

|| 1. Angehörige gesetzgebender Körperschaften, leitende Verwaltungsbedienstete und
Führungskräfte in der Privatwirtschaft

|| 2. Wissenschaftler

|| 3. Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe

|| 4. Bürokräfte und kaufmännische Angestellte

|| 5. Dienstleistungsberufe, Verkäufer in Geschäften und auf Märkten

|| 6. Fachkräfte in der Landwirtschaft und Fischerei

|| 7. Handwerks- und verwandte Berufe

|| 8. Anlagen- und Maschinenbediener sowie Montierer

|| 9. Hilfsarbeitskräfte

|| 10. Soldaten

|| **EP018_ WHICH INDUSTRY ACTIVE**

|| Sehen Sie sich bitte Karte 25 an. In welcher Branche sind Sie tätig (d.h. was macht die
Firma oder Organisation, für die Sie arbeiten,
|| hauptsächlich)?

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

- ||| 2. Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
- ||| 3. Herstellung von Waren
- ||| 4. Energie- und Wasserversorgung
- ||| 5. Bau
- ||| 6. Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern
- ||| 7. Beherbergungs- und Gaststätten
- ||| 8. Verkehr und Nachrichtenübermittlung
- ||| 9. Kreditinstitute und Versicherungen (ohne Sozialversicherung)
- ||| 10. Grundstücks- und Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen
- ||| 11. Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
- ||| 12. Erziehung und Unterricht
- ||| 13. Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen
- ||| 14. Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen

||| *IF EP009_ (EMPLOYEE OR SELF-EMPLOYED) = 1. Arbeiter^FL_EP009_3 oder Angestellte^FL_EP009_2*

||| **EP019_ FIRM BELONGS TO THE PUBLIC SECTOR**
||| Handelt es sich um eine Anstellung im öffentlichen Sektor?

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

||| *ENDIF*

||| *IF EP009_ (EMPLOYEE OR SELF-EMPLOYED) = 1. Arbeiter^FL_EP009_3 oder Angestellte^FL_EP009_2 OR EP009_EmployeeOrSelf.ORD = 2*

||| **EP021_ RESPONSIBILITY FOR SUPERVISING OTHER EMPLOYEES**
||| Sind Sie bei dieser Beschäftigung für die Aufsicht über die Tätigkeit anderer Mitarbeiter verantwortlich?

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

||| *IF EP021_ (RESPONSIBILITY FOR SUPERVISING OTHER EMPLOYEES) = 1. Ja*

||| **EP022_ NUMBER OF PEOPLE RESPONSIBLE FOR**
||| Für wie viele Personen sind Sie ungefähr 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 Beschäftigte arbeiten in diesem Betrieb?
||||| IWER:OHNE BEFRAGTEN
||||| 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^FL_EP009_3 oder
Angestellte^FL_EP009_2 OR EP009_EmployeeOrSelf.ORD = 2
|||||
||||| EP011_ TERM OF JOB
||||| Haben oder hatten Sie in diesem Beschäftigungsverhältnis ...
||||| IWER:MIT BEFRISTET MEINEN WIR EINEN ARBEITSVERTRAG FÜR WENIGER
ALS 3 JAHRE
||||| 1. Einen befristeten Vertrag
||||| 2. Einen unbefristeten Vertrag
|||||
||||| EP012_ TOTAL CONTRACTED HOURS PER WEEK IN THIS JOB
||||| Wie lange ist Ihre Grundarbeitszeit oder vertragliche Arbeitszeit pro Woche, ohne
Essenspausen und ohne 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 arbeiten Sie tatsächlich wöchentlich in dieser
|| Beschäftigung, ohne Essenspausen[, aber einschließlich bezahlter oder unbezahlter
Überstunden/{empty}]?
|| _____ (0.0..168.0)
||
||||| CHK: EP013_TotWorkedHours < 71 MAIN "^FLError[28]"
||||| EP014_ MONTHS WORKED IN THE JOB (NUMBER)
||||| Wieviele Monate im Jahr sind Sie in diesem Beruf für gewöhnlich beschäftigt
(einschließlich bezahlten Urlaubs)?
||||| _____ (1..12)
|||||
||||| EP301_ MISSED DAYS FROM WORK

```

|| Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihrer Gesundheit an irgendeinem Tag nicht in der Arbeit?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| *IF EP301_ (MISSED DAYS FROM WORK) = 1. Ja*

||

|| **EP302_ HOW MANY DAYS MISSED FROM WORK**

|| Wieviele Tage haben Sie ungefähr gefehlt?

|| _____ (1..365)

||

|| *ENDIF*

||

|| **EP025_ INTRODUCTION WORK SATISFACTION**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 26 an. Ich werde Ihnen jetzt einige Aussagen vorlesen, mit denen man seine Arbeit beschreiben kann. Wir würden gern

|| wissen, inwieweit diese auf Sie und Ihre derzeitige Beschäftigung zutreffen. (Bitte sagen Sie mir, ob Sie den Aussagen voll zustimmen, zustimmen,

|| nicht zustimmen oder überhaupt nicht zustimmen.)

|| 1. Weiter

||

|| **EP026_ SATISFIED WITH JOB**

|| Alles in allem bin ich zufrieden mit meiner Arbeit. Würden Sie sagen, Sie stimmen voll zu, stimmen zu, stimmen nicht zu oder stimmen überhaupt

|| nicht zu?

|| IWER:KARTE 26 ZEIGEN

|| 1. Stimme voll zu

|| 2. Stimme zu

|| 3. Stimme nicht zu

|| 4. Stimme überhaupt nicht zu

||

|| **EP027_ JOB PHYSICALLY DEMANDING**

|| Meine Arbeit ist körperlich anstrengend. Würden Sie sagen, Sie stimmen voll zu, stimmen zu, stimmen nicht zu oder stimmen überhaupt nicht zu?

|| IWER:KARTE 26 ZEIGEN

|| 1. Stimme voll zu

|| 2. Stimme zu

|| 3. Stimme nicht zu

|| 4. Stimme überhaupt nicht zu

||

|| **EP028_ TIME PRESSURE DUE TO A HEAVY WORKLOAD**

|| Wegen des hohen Arbeitsaufkommens stehe ich ständig unter Zeitdruck. Würden Sie sagen, Sie stimmen voll zu, stimmen zu, stimmen nicht zu oder

|| stimmen überhaupt nicht zu?

|| IWER:KARTE 26 ZEIGEN

|| 1. Stimme voll zu

|| 2. Stimme zu

|| 3. Stimme nicht zu

|| 4. Stimme überhaupt nicht zu

||

|| **EP029_ LITTLE FREEDOM TO DECIDE HOW I DO MY WORK**

|| Ich habe kaum die Möglichkeit, selbst zu bestimmen, wie ich meine Arbeit gestalte.
Würden Sie sagen, Sie stimmen voll zu, stimmen zu, stimmen nicht
zu oder stimmen überhaupt nicht zu?

|| IWER:KARTE 26 ZEIGEN

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

||

|| **EP030_ I HAVE AN OPPORTUNITY TO DEVELOP NEW SKILLS**

|| Ich habe die Möglichkeit, mir neue Fertigkeiten anzueignen. Würden Sie sagen, Sie
stimmen voll zu, stimmen zu, stimmen nicht zu oder stimmen
überhaupt nicht zu?

|| IWER:KARTE 26 ZEIGEN

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

||

|| **EP031_ SUPPORT IN DIFFICULT SITUATIONS**

|| Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung. Würden Sie sagen, Sie
stimmen voll zu, stimmen zu, stimmen nicht zu oder stimmen
überhaupt nicht zu?

|| IWER:KARTE 26 ZEIGEN

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

||

|| **EP032_ RECEIVE THE RECOGNITION DESERVING FOR MY WORK**

|| Für meine Arbeit erhalte ich die Anerkennung, die ich verdiene. Würden Sie sagen, Sie
stimmen voll zu, stimmen zu, stimmen nicht zu oder stimmen
überhaupt nicht zu?

|| IWER:KARTE 26 ZEIGEN

- || 1. Stimme voll zu
- || 2. Stimme zu
- || 3. Stimme nicht zu
- || 4. Stimme überhaupt 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, Sie stimmen voll zu, stimmen
zu, stimmen nicht zu oder stimmen überhaupt nicht zu?

|| IWER:KARTE 26 ZEIGEN.IM ZWEIFELSFALL ERKLÄREN: WIR MEINEN
ANGEMESSEN FÜR DIE ERBRACHTE ARBEIT

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

||

|| *IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 2. Angestellt oder selbstständig*

(einschließlich Familienbetrieb)

|||

||| **EP034_ PROSPECTS FOR JOB ADVANCEMENT ARE POOR**

||| Die [Aufstiegschancen/Chancen für ein berufliches Weiterkommen] in meinem Bereich sind schlecht. Würden Sie sagen, Sie stimmen voll zu, stimmen zu,

||| stimmen nicht zu oder stimmen überhaupt nicht zu?

||| IWER:KARTE 26 ZEIGEN

||| 1. Stimme voll zu

||| 2. Stimme zu

||| 3. Stimme nicht zu

||| 4. Stimme überhaupt nicht zu

|||

||| **EP035_ JOB SECURITY IS POOR**

||| Mein Arbeitsplatz ist gefährdet. Würden Sie sagen, Sie stimmen voll zu, stimmen zu, stimmen nicht zu oder stimmen überhaupt nicht zu?

||| IWER:KARTE 26 ZEIGEN

||| 1. Stimme voll zu

||| 2. Stimme zu

||| 3. Stimme nicht zu

||| 4. Stimme überhaupt nicht zu

|||

||| **EP036_ LOOK FOR EARLY RETIREMENT**

||| Bei dieser Frage brauchen wir die Karte 26 nicht mehr. Wenn Sie an Ihre derzeitige Beschäftigung denken, würden Sie dann gerne so früh wie

||| möglich in Pension gehen?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||

||| **EP037_ AFRAID HEALTH LIMITS ABILITY TO WORK BEFORE REGULAR RETIREMENT**

||| Machen Sie sich Sorgen darüber, dass Sie Ihre derzeitige Beschäftigung aus gesundheitlichen Gründen nicht bis zum Erreichen des regulären

||| Pensionsalters ausüben können?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||

||| **ENDIF**

|||

||| *IF EP009_ (EMPLOYEE OR SELF-EMPLOYED) = 1. Arbeiter^FL_EP009_3 oder Angestellte^FL_EP009_2 OR EP009_EmployeeOrSelf.ORD = 2*

|||

||| **EP038_ FREQUENCY OF PAYMENT**

||| Ich stelle Ihnen nun ein paar Fragen zu Ihrem Einkommen aus Ihrer Beschäftigung. Wie oft werden Sie bezahlt?

||| IWER:LESEN SIE DIE ANTWORTEN NICHT VOR!

||| 1. Einmal pro Woche

||| 2. Alle vierzehn Tage

||| 3. Einmal pro Monat

||| 4. Jedes Quartal (dreimonatlich)

||| 5. Halbjährlich

||| 6. Jährlich

```

||| 97. Anders (bitte genau angeben)
|||
|||
||| IF EP038_ (FREQUENCY OF PAYMENT) = 97. Anders (bitte genau angeben)
|||
||| EP039_ OTHER FREQUENCY OF PAYMENT
|||
||| IWER:ANDERE FREQUENZ DER AUSZAHLUNG EINTRAGEN.
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
||| EP201_ TAKEN HOME FROM WORK AFTER TAX
||| Wieviel haben Sie bei Ihrer letzten Lohn-/Gehaltsauszahlung netto erhalten, d.h. nach
||| Abzug von Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen u.dgl.?
||| IWER:BETRAG IN [{Währung}]
||| {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
||| Inkludierte dieser Betrag irgendeine Form von Prämien, Zusatz- oder Sonderzahlungen?
||| IWER:PAUSCHALBETRÄGE SIND HIER BEISPIELSWEISE WEIHNACHTS- ODER
||| URLAUBSGELD, ANDERE SONDERZAHLUNGEN
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF EP214_ (AMOUNT INCLUDE ADDITIONAL PAYMENTS) = 1. Ja
|||
||| EP314_ TOTAL AMOUNT OF ADDITIONAL PAYMENTS
||| Wieviel Einkommen haben Sie in Summe aus Prämien, Zusatz- oder Sonderzahlungen
||| netto erhalten, d.h. nach Abzug von Steuern,
||| Sozialversicherungsbeiträgen u.dgl.?
||| IWER:BETRAG IN [{Währung}]
||| {Betrag eintragen}
|||
||| ENDIF
|||
||| EP041_ TAKEN HOME FROM WORK BEFORE TAX
||| Wie hoch war Ihr letzter Bruttobezug, d.h. vor Abzug von Steuern und
||| Sozialversicherungsbeiträgen u.dgl.?
||| IWER:BETRAG IN [{Währung}]
||| {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
|||| Sprechen wir jetzt über Ihr Einkommen aus Ihrem Unternehmen nach Abzug der Kosten
für Material, Ausrüstung und Waren, die Sie für Ihre Arbeit
|||| benötigen. Wie hoch war im letzten Jahr der durchschnittliche Gewinn pro Monat vor
Abzug von Steuern?
|||| IWER:BETRAG IN [{Währung}]
|||| {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
||||| Und wie hoch war im letzten Jahr Ihr durchschnittlicher Gewinn pro Monat nach Abzug
von Steuern?
||||| {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. Angestellt oder selbstständig
(einschließlich Familienbetrieb)
||||
|||| EP007_ CURRENTLY MORE THAN ONE JOB
|||| Bis jetzt haben wir über Ihre Hauptbeschäftigung gesprochen. Haben Sie zur Zeit mehr als

```

eine Beschäftigung?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| *IF EP007_ (CURRENTLY MORE THAN ONE JOB) = 1. Ja*

||

|| **EP321_ TOTAL HOURS WORKED PER WEEK SECOND JOB**

|| [Ohne Berücksichtigung Ihrer vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit, /{empty}][wie viele/Wie viele] Stunden arbeiten Sie normalerweise in diesem

|| Beschäftigungsverhältnis, ohne Mittagspausen [jedoch mit allen bezahlten oder unbezahlten Überstunden/{empty}]?

|| _____ (0.0..168.0)

||

|| **EP322_ MONTHS WORKED IN SECOND JOB (NUMBER)**

|| Wieviele Monate pro Jahr arbeiten Sie normalerweise in diesem Beschäftigungsverhältnis (bezahlten Urlaub eingeschlossen)?

|| _____ (1..12)

||

|| *ENDIF*

||

|| *ENDIF*

||

|| *ENDIF*

||

|| *IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0 AND EP006_ (EVER DONE PAID WORK) = 1. Ja OR EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 1. Arbeite nicht*

|| *mehr/Pension OR EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 3. Arbeitslos und auf Arbeitssuche*

||

|| **EP048_ INTRODUCTION PAST JOB**

|| Sprechen wir nun über die letzte Arbeit, die Sie [vor Ihrer Pensionierung/vor Ihrer Arbeitslosigkeit/{empty}] ausgeübt haben.

|| 1. Weiter

||

|| **EP050_ YEAR LAST JOB END**

|| In welchem Jahr endete Ihre letzte Beschäftigung?

|| (1900..2007)

||

|| **EP049_ YEARS WORKING IN LAST JOB**

|| Wie viele Jahre sind Sie dieser Beschäftigung nachgegangen?

|| _____ (0..99)

||

|| **EP051_ EMPLOYEE OR A SELF EMPLOYED IN LAST JOB**

|| Waren Sie bei dieser Beschäftigung Angestellte[r/{empty}] (Arbeiter/in), Beamte[r/{empty}] oder selbständig?

|| 1. Angestellte[r/{empty}] (Arbeiter/in)

|| 2. Beamte[r/{empty}]

|| 3. Selbständig

||

||

|| **EP052_ NAME OR TITLE OF JOB**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 27 an. Wie beschreibt man am besten diese Beschäftigung?

|| IWER:ANTWORTEN 1..10 EINTRAGEN.

|| 1. Angehörige gesetzgebender Körperschaften, leitende Verwaltungsbedienstete und Führungskräfte in der Privatwirtschaft

|| 2. Wissenschaftler

|| 3. Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe

|| 4. Bürokräfte und kaufmännische Angestellte

|| 5. Dienstleistungsberufe, Verkäufer in Geschäften und auf Märkten

|| 6. Fachkräfte in der Landwirtschaft und Fischerei

|| 7. Handwerks- und verwandte Berufe

|| 8. Anlagen- und Maschinenbediener sowie Montierer

|| 9. Hilfsarbeitskräfte

|| 10. Soldaten

||

||

|| **EP054_ WHICH INDUSTRY ACTIVE**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 28 an. In welcher Branche waren Sie tätig (d.h. was hat die Firma oder Organisation, für die Sie gearbeitet haben,

|| hauptsächlich gemacht)?

|| IWER:ANTWORTEN 1 ... 10 EINGEBEN

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

|| 2. Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden

|| 3. Herstellung von Waren

|| 4. Energie- und Wasserversorgung

|| 5. Bau

|| 6. Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern

|| 7. Beherbergungs- und Gaststätten

|| 8. Verkehr und Nachrichtenübermittlung

|| 9. Kreditinstitute und Versicherungen (ohne Sozialversicherung)

|| 10. Grundstücks- und Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen

|| 11. Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung

|| 12. Erziehung und Unterricht

|| 13. Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen

|| 14. Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen

||

||

|| *IF EP051_EmployeeORSelf.ORD = 1*

||

|| **EP055_ FIRM BELONGED TO THE PUBLIC SECTOR**

|| Handelte es sich dabei um eine Stelle im öffentlichen Sektor?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| *ENDIF*

||

|| *IF EP051_EmployeeORSelf.ORD = 1 OR EP051_EmployeeORSelf.ORD = 2*

||

|| **EP057_ RESPONSIBILITY FOR SUPERVISING THE WORK**

|| Waren Sie bei dieser Beschäftigung für die Aufsicht über die Tätigkeit anderer Mitarbeiter verantwortlich?

||| 1. Ja
 ||| 5. Nein
 |||
 ||| *IF EP057_ (RESPONSIBILITY FOR SUPERVISING THE WORK) = 1. Ja*
 |||
 ||| **EP058_ NUMBER OF PEOPLE RESPONSIBLE FOR**
 ||| Für wie viele Personen waren Sie ungefähr 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 Beschäftigte hatten Sie?
 ||| IWER:VORLESEN
 ||| 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 möchten nun etwas mehr über Ihr Gehalt bzw. Ihr Einkommen im letzten Jahr, d.h. [{}letztes Jahr{}], erfahren.

1. Weiter

EP204_ ANY EARNINGS FROM EMPLOYMENT LAST YEAR

Haben Sie [{}letztes Jahr{}] Einkünfte aus unselbständiger Arbeit bezogen?

1. Ja

5. Nein

IF EP204_ (ANY EARNINGS FROM EMPLOYMENT LAST YEAR) = 1. Ja

EP205_ EARNINGS EMPLOYMENT PER YEAR AFTER TAXES

Wie hoch war Ihr Jahresnettoeinkommen, d.h. nach Abzug von Steuern und

Sozialversicherungsbeiträgen, aus unselbständiger Arbeit [{letztes Jahr}]

| ungefähr?

| IWER:BETRAG IN [{Währung}]

| {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 [{letztes Jahr}] irgendwelche Einkünfte aus selbstständiger Arbeit bzw. aus einem Familienunternehmen?

1. Ja

5. Nein

IF EP206_ (INCOME FROM SELF-EMPLOYMENT LAST YEAR) = 1. Ja

|

| **EP207_ EARNINGS PER YEAR AFTER TAXES FROM SELF-EMPLOYMENT**

| Wie hoch war Ihr Gewinn aus selbständiger Arbeit [{letztes Jahr}] ungefähr? Und zwar nach Abzug von Steuern und Abgaben, und nach Abzug der Kosten

| für Material, Ausrüstung und Waren, die Sie für Ihre Arbeit benötigten.

| IWER:BETRAG IN [{Währung}]

| {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

Wir werden Ihnen jetzt einige Fragen über Ihr Einkommen aus staatlichen Pensionen und Zuschüssen stellen. Auch wenn wir bereits einige Fragen

darüber gestellt haben, ist es für uns wichtig, alles genau zu verstehen. Als erstes werden wir Sie über die Höhe, dann über die

Auszahlungszeitpunkte und schlussendlich über den Zeitraum, in dem Sie diese Zahlungen erhalten haben, befragen.

1. Weiter

EP071_ INCOME FROM PUBLIC PENSIONS IN LAST YEAR

Bitte sehen Sie sich Karte 29 an. Aus welcher dieser Quellen haben Sie im Jahr [{{letztes Jahr}}] Einkünfte bezogen?

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN EINTRAGEN

1. Staatliche Alterspension
2. Staatliche Zusatzpension oder Pension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung
3. Staatliche Frühpension
4. Staatliche Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der Hauptbeschäftigung)
5. Staatliche Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der Nebenbeschäftigung)
6. Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe
7. Staatliche Hinterbliebenenpension aus der Hauptbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in
8. Staatliche Hinterbliebenenpension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in
9. Kriegsinvalidenrente
10. Staatliches Pflegegeld
96. Nichts davon

```
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 Abzug von Steuern, ungefähr wie hoch war [{{letztes Jahr}}] eine durchschnittliche Zahlung aus [Ihrer staatlichen Alterspension/Ihrer staatlichen
```

```
|| Zusatzpension oder Pension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung/Ihrer staatlichen Frühpension /Ihrer staatlichen Invaliditäts- bzw.
```

```
|| Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der Hauptbeschäftigung)/Ihrer staatlichen Invaliditäts- bzw.
```

```
|| Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der Nebenbeschäftigung)/Ihrem Arbeitslosengeld oder Ihrer Notstandshilfe/Ihrer
```

```
|| staatlichen Hinterbliebenenpension oder Versicherung aus der Hauptbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in/Ihrer staatlichen
```

```
|| Hinterbliebenenpension oder Versicherung aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in/Ihrer
```

```
|| Kriegsinvalidenrente/Ihrem staatlichen Pflegegeld/Ihrer betrieblichen Alterspension aus der letzten Beschäftigung/Ihrer betrieblichen Alterspension
```

```
|| aus einer zweiten Beschäftigung/Ihrer betrieblichen Alterspension aus einer dritten Beschäftigung/Ihrer betrieblichen Frühpension/Ihrer
```

```
|| betrieblichen Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension/Ihrer betrieblichen Hinterbliebenenpension aus der Erwerbstätigkeit Ihres/r Ehe- oder
```

```
|| Lebenspartners/in)?
```

```
|| IWER:BETRAG IN [{{Währung}}] (PRO ZAHLUNGSPERIODE). GEMEINT IST EINE DURCHSCHNITTLICHE ZAHLUNG OHNE ZUSATZ- ODER SONDERZAHLUNGEN WIE Z.B. 13., 14.
```

```
|| MONAT
```

```
|| {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**

|| Wie oft haben Sie diese Zahlungen erhalten?

|| 1. Einmal pro Woche

|| 2. Alle vierzehn Tage

|| 3. Einmal pro Monat

|| 4. Jedes Quartal (dreimonatlich)

|| 5. Halbjährlich

|| 6. Jährlich

|| 97. Anderer Zeitraum (angeben)

||

||

|| *IF EP074_ (PERIOD OF INCOME SOURCE) = 97. Anderer Zeitraum (angeben)*

|||

||| **EP075_ OTHER PERIOD OF RECEIVING BENEFITS**

|||

||| IWER:Anderen Zeitraum spezifizieren

||| _____

|||

|| *ENDIF*

||

|| **EP208_ HOW MANY MONTHS RECEIVED INCOME SOURCE**

|| Für wieviele Monate insgesamt haben Sie [{letztes Jahr}] [eine staatliche

Alterspension/eine staatliche Zusatzpension oder Pension aus einer Zweit-

|| oder Nebenbeschäftigung/eine staatliche Frühpension /eine staatliche Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder

|| Krankengeld (aus der Hauptbeschäftigung)/eine staatliche Invaliditäts- bzw.

Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der

|| Nebenbeschäftigung)/Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe/eine staatliche

Hinterbliebenenpension aus der Hauptbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder

|| Lebenspartners/in/eine staatliche Hinterbliebenenpension aus einer Zweit- oder

Nebenbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in/eine

|| Kriegsinvalidenrente/staatliches Pflegegeld/eine betriebliche Alterspension aus der letzten Beschäftigung/eine betriebliche Alterspension aus einer

|| zweiten Beschäftigung/eine betriebliche Alterspension aus einer dritten Beschäftigung/eine betriebliche Frühpension/eine betriebliche

|| Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension/eine betriebliche Hinterbliebenenpension aus der Erwerbstätigkeit Ihres/r Ehe- oder

|| Lebenspartners/in] bezogen?

|| IWER:GEFRAGT IST DIE ZEITSPANNE WÄHREND DER ZAHLUNGEN

ERHALTEN WURDEN UND NICHT DIE ANZAHL DER ZAHLUNGEN. BEISPIEL:

WENN DIE PENSION ÜBER DAS GANZE

|| JAHR HINWEG BEZOGEN WURDE, DANN IST DIE ANTWORT 12. WENN DER/DIE

BEFRAGTE DIE ZAHLUNG AB NOVEMBER ERHALTEN HAT, DANN IST DIE

ANTWORT 2.

```

|| _____ (1..12)
||
|| IF NOT MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1 AND Index < 11
||
|| EP213_ YEAR RECEIVED INCOME SOURCE
|| | In welchem Jahr erhielten Sie erstmals [diese staatliche Alterspension/diese staatliche
|| | Zusatzpension oder Pension aus einer Zweit- oder
|| | Nebenbeschäftigung/diese staatliche Frühpension /diese staatliche Invaliditäts- bzw.
|| | Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder Krankengeld
|| | (aus der Hauptbeschäftigung)/diese staatliche Invaliditäts- bzw.
|| | Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der
|| | Nebenbeschäftigung)/dieses Arbeitslosengeld bzw. diese Notstandshilfe/diese staatliche
|| | Hinterbliebenenpension aus der Hauptbeschäftigung Ihres/r
|| | Ehe- oder Lebenspartners/in/diese staatliche Hinterbliebenenpension aus einer Zweit- oder
|| | Nebenbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder
|| | Lebenspartners/in/diese Kriegsinvalidenrente/dieses staatliche Pflegegeld/diese
|| | betriebliche Alterspension aus der letzten Beschäftigung/diese
|| | betriebliche Alterspension aus einer zweiten Beschäftigung/diese betriebliche
|| | Alterspension aus einer dritten Beschäftigung/diese betriebliche
|| | Frühpension/diese betriebliche Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension/diese
|| | betriebliche Hinterbliebenenpension aus der Erwerbstätigkeit
|| | Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in]?
|| | (1900..2005}
|| |
|| | ENDIF
|| |
|| | EP081_ LUMP SUM PAYMENT INCOME SOURCE
|| | Haben Sie im Jahr [{letztes Jahr}] zusätzliche oder einmalige Zahlungen aus [dieser
|| | staatlichen Alterspension/dieser staatlichen Zusatzpension oder
|| | Pension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung/dieser staatlichen Frühpension /dieser
|| | staatlichen Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension,
|| | Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der Hauptbeschäftigung)/dieser staatlichen
|| | Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente
|| | oder Krankengeld (aus der Nebenbeschäftigung)/diesem Arbeitslosengeld oder dieser
|| | Notstandshilfe/dieser staatlichen Hinterbliebenenpension aus der
|| | Hauptbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in/dieser staatlichen
|| | Hinterbliebenenpension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung Ihres/r
|| | Ehe- oder Lebenspartners/in/dieser Kriegsinvalidenrente/diesem Pflegegeld/dieser
|| | betrieblichen Alterspension aus der letzten Beschäftigung/dieser
|| | betrieblichen Alterspension aus der zweiten Beschäftigung/dieser betrieblichen
|| | Alterspension aus der dritten Beschäftigung/dieser betrieblichen
|| | Frühpension/dieser betrieblichen Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension/dieser
|| | betrieblichen Hinterbliebenenpension aus der
|| | Erwerbstätigkeit Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in] erhalten?
|| | IWER:DIE EINMAHLZAHLUNG INKLUDIERT SÄMTLICHE PRÄMIEN, ZUSATZ-
|| | UND SONDERZAHLUNGEN WIE Z.B. WEIHNACHTS- BZW. URLAUBSGELD, ETC.
|| | SOFERN DIESE NICHT
|| | BEREITS BEI DEN VORHERGEHENDEN ZAHLUNGEN BERÜCKSICHTIGT
|| | WURDEN.
|| | 1. Ja
|| | 5. Nein

```

```

||
|| IF EP081_ (LUMP SUM PAYMENT INCOME SOURCE) = 1. Ja
||
||| EP082_ TOTAL AMOUNT OF LUMP SUM PAYMENT FROM INCOME SOURCE
||| Wie hoch waren insgesamt diese zusätzlichen oder einmaligen Zahlungen aus [dieser
staatlichen Alterspension/dieser staatlichen Zusatzpension oder
||| Pension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung/dieser staatlichen Frühpension /dieser
staatlichen Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension,
||| Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der Hauptbeschäftigung)/dieser staatlichen
Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente
||| oder Krankengeld (aus der Nebenbeschäftigung)/diesem Arbeitslosengeld oder dieser
Notstandshilfe/dieser staatlichen Hinterbliebenenpension aus der
||| Hauptbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in/dieser staatlichen
Hinterbliebenenpension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung Ihres/r
||| Ehe- oder Lebenspartners/in/dieser Kriegsinvalidenrente/diesem staatlichen
Pflegegeld/dieser betrieblichen Alterspension aus der letzten
||| Beschäftigung/dieser betrieblichen Alterspension aus der zweiten Beschäftigung/dieser
betrieblichen Alterspension aus der dritten
||| Beschäftigung/dieser betrieblichen Frühpension/dieser betrieblichen Berufsunfähigkeits-
oder Invaliditätspension/dieser betrieblichen
||| Hinterbliebenenpension aus der Erwerbstätigkeit Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in] im
letzten Jahr nach Abzug von Steuern?
||| IWER:BETRAG IN [FLCURRALLE] ZUSÄTZLICHEN ZAHLUNGEN UND
EINMALZAHLUNGEN INKLUDIEREN!
||| {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 zu den staatlichen Pensionen kann man auch betriebliche Pensionen, also solche die der Arbeitgeber zur Verfügung stellt, beziehen.

1. Weiter

EP324_ OCCUPATIONAL PENSION INCOME SOURCES

Sehen Sie sich bitte Karte 30 an. Aus welcher dieser Quellen haben Sie im Jahr [{letztes Jahr}] Einkünfte bezogen?

1. Betriebliche Alterspension aus der letzten Beschäftigung
2. Betriebliche Alterspension aus einer zweiten Beschäftigung

3. Betriebliche Alterspension aus einer dritten Beschäftigung
4. Betriebliche Frühpension
5. Betriebliche Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension
6. Betriebliche Hinterbliebenenpension aus der Erwerbstätigkeit Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in
96. Nichts davon

LOOP cnt:= 11 TO 16

| *IF cnt - >1. Betriebliche Alterspension aus der letzten Beschäftigung IN EP324_(OCCUPATIONAL PENSION INCOME SOURCES)*

|| **EP078_ TYPICAL PAYMENT OF PENSION IN LAST YEAR**

|| Nach Abzug von Steuern, ungefähr wie hoch war [{letztes Jahr}] eine durchschnittliche Zahlung aus [Ihrer staatlichen Alterspension/Ihrer staatlichen

|| Zusatzpension oder Pension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung/Ihrer staatlichen Frühpension /Ihrer staatlichen Invaliditäts- bzw.

|| Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der Hauptbeschäftigung)/Ihrer staatlichen Invaliditäts- bzw.

|| Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der Nebenbeschäftigung)/Ihrem Arbeitslosengeld oder Ihrer Notstandshilfe/Ihrer

|| staatlichen Hinterbliebenenpension oder Versicherung aus der Hauptbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in/Ihrer staatlichen

|| Hinterbliebenenpension oder Versicherung aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in/Ihrer

|| Kriegsinvalidenrente/Ihrem staatlichen Pflegegeld/Ihrer betrieblichen Alterspension aus der letzten Beschäftigung/Ihrer betrieblichen Alterspension

|| aus einer zweiten Beschäftigung/Ihrer betrieblichen Alterspension aus einer dritten Beschäftigung/Ihrer betrieblichen Frühpension/Ihrer

|| betrieblichen Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension/Ihrer betrieblichen Hinterbliebenenpension aus der Erwerbstätigkeit Ihres/r Ehe- oder

|| Lebenspartners/in)?

|| IWER:BETRAG IN [{Währung}] (PRO ZAHLUNGSPERIODE). GEMEINT IST EINE DURCHSCHNITTLICHE ZAHLUNG OHNE ZUSATZ- ODER SONDERZAHLUNGEN WIE Z.B. 13., 14.

|| MONAT

|| {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**

|| Wie oft haben Sie diese Zahlungen erhalten?

|| 1. Einmal pro Woche

|| 2. Alle vierzehn Tage

|| 3. Einmal pro Monat
|| 4. Jedes Quartal (dreimonatlich)
|| 5. Halbjährlich
|| 6. Jährlich
|| 97. Anderer Zeitraum (angeben)
||
||
|| *IF EP074_ (PERIOD OF INCOME SOURCE) = 97. Anderer Zeitraum (angeben)*

||| **EP075_ OTHER PERIOD OF RECEIVING BENEFITS**

||| IWER:Anderen Zeitraum spezifizieren

||| _____

|| *ENDIF*

|| **EP208_ HOW MANY MONTHS RECEIVED INCOME SOURCE**

|| Für wieviele Monate insgesamt haben Sie [{letztes Jahr}] [eine staatliche
Alterspension/eine staatliche Zusatzpension oder Pension aus einer Zweit-
|| oder Nebenbeschäftigung/eine staatliche Frühpension /eine staatliche Invaliditäts- bzw.
Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder
|| Krankengeld (aus der Hauptbeschäftigung)/eine staatliche Invaliditäts- bzw.
Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der
|| Nebenbeschäftigung)/Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe/eine staatliche
Hinterbliebenenpension aus der Hauptbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder
|| Lebenspartners/in/eine staatliche Hinterbliebenenpension aus einer Zweit- oder
Nebenbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in/eine
|| Kriegsinvalidenrente/staatliches Pflegegeld/eine betriebliche Alterspension aus der letzten
Beschäftigung/eine betriebliche Alterspension aus einer
|| zweiten Beschäftigung/eine betriebliche Alterspension aus einer dritten Beschäftigung/eine
betriebliche Frühpension/eine betriebliche
|| Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension/eine betriebliche Hinterbliebenenpension aus
der Erwerbstätigkeit Ihres/r Ehe- oder
|| Lebenspartners/in] bezogen?

|| IWER:GEFRAGT IST DIE ZEITSPANNE WÄHREND DER ZAHLUNGEN

ERHALTEN WURDEN UND NICHT DIE ANZAHL DER ZAHLUNGEN. BEISPIEL:
WENN DIE PENSION ÜBER DAS GANZE

|| JAHR HINWEG BEZOGEN WURDE, DANN IST DIE ANTWORT 12. WENN DER/DIE
BEFRAGTE DIE ZAHLUNG AB NOVEMBER ERHALTEN HAT, DANN IST DIE
ANTWORT 2.

|| _____ (1..12)

|| *IF NOT MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1 AND Index < 11*

||| **EP213_ YEAR RECEIVED INCOME SOURCE**

||| In welchem Jahr erhielten Sie erstmals [diese staatliche Alterspension/diese staatliche
Zusatzpension oder Pension aus einer Zweit- oder

||| Nebenbeschäftigung/diese staatliche Frühpension /diese staatliche Invaliditäts- bzw.
Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder Krankengeld

||| (aus der Hauptbeschäftigung)/diese staatliche Invaliditäts- bzw.

Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der

||| Nebenbeschäftigung)/dieses Arbeitslosengeld bzw. diese Notstandshilfe/diese staatliche Hinterbliebenenpension aus der Hauptbeschäftigung Ihres/r
||| Ehe- oder Lebenspartners/in/diese staatliche Hinterbliebenenpension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder
||| Lebenspartners/in/diese Kriegsinvalidenrente/dieses staatliche Pflegegeld/diese betriebliche Alterspension aus der letzten Beschäftigung/diese
||| betriebliche Alterspension aus einer zweiten Beschäftigung/diese betriebliche Alterspension aus einer dritten Beschäftigung/diese betriebliche
||| Frühpension/diese betriebliche Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension/diese betriebliche Hinterbliebenenpension aus der Erwerbstätigkeit
||| Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in]?
||| (1900..2005 }

|||
||| *ENDIF*

|| **EP081_ LUMP SUM PAYMENT INCOME SOURCE**

|| Haben Sie im Jahr [{letztes Jahr}] zusätzliche oder einmalige Zahlungen aus [dieser staatlichen Alterspension/dieser staatlichen Zusatzpension oder
|| Pension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung/dieser staatlichen Frühpension /dieser staatlichen Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension,
|| Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der Hauptbeschäftigung)/dieser staatlichen Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente
|| oder Krankengeld (aus der Nebenbeschäftigung)/diesem Arbeitslosengeld oder dieser Notstandshilfe/dieser staatlichen Hinterbliebenenpension aus der
|| Hauptbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in/dieser staatlichen Hinterbliebenenpension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung Ihres/r
|| Ehe- oder Lebenspartners/in/dieser Kriegsinvalidenrente/diesem Pflegegeld/dieser betrieblichen Alterspension aus der letzten Beschäftigung/dieser
|| betrieblichen Alterspension aus der zweiten Beschäftigung/dieser betrieblichen Alterspension aus der dritten Beschäftigung/dieser betrieblichen
|| Frühpension/dieser betrieblichen Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension/dieser betrieblichen Hinterbliebenenpension aus der
|| Erwerbstätigkeit Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in] erhalten?
|| IWER:DIE EINMAHLZAHLUNG INKLUDIERT SÄMTLICHE PRÄMIEN, ZUSATZ- UND SONDERZAHLUNGEN WIE Z.B. WEIHNACHTS- BZW. URLAUBSGELD, ETC. SOFERN DIESE NICHT
|| BEREITS BEI DEN VORHERGEHENDEN ZAHLUNGEN BERÜCKSICHTIGT WURDEN.

|| 1. Ja

|| 5. Nein

|| *IF EP081_ (LUMP SUM PAYMENT INCOME SOURCE) = 1. Ja*

||| **EP082_ TOTAL AMOUNT OF LUMP SUM PAYMENT FROM INCOME SOURCE**

||| Wie hoch waren insgesamt diese zusätzlichen oder einmaligen Zahlungen aus [dieser staatlichen Alterspension/dieser staatlichen Zusatzpension oder
||| Pension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung/dieser staatlichen Frühpension /dieser staatlichen Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension,
||| Versehrtenrente oder Krankengeld (aus der Hauptbeschäftigung)/dieser staatlichen Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, Versehrtenrente
||| oder Krankengeld (aus der Nebenbeschäftigung)/diesem Arbeitslosengeld oder dieser

Notstandshilfe/dieser staatlichen Hinterbliebenenpension aus der
||| Hauptbeschäftigung Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in/dieser staatlichen
Hinterbliebenenpension aus einer Zweit- oder Nebenbeschäftigung Ihres/r
||| Ehe- oder Lebenspartners/in/dieser Kriegsinvalidenrente/diesem staatlichen
Pflegegeld/dieser betrieblichen Alterspension aus der letzten
||| Beschäftigung/dieser betrieblichen Alterspension aus der zweiten Beschäftigung/dieser
betrieblichen Alterspension aus der dritten
||| Beschäftigung/dieser betrieblichen Frühpension/dieser betrieblichen Berufsunfähigkeits-
oder Invaliditätspension/dieser betrieblichen
||| Hinterbliebenenpension aus der Erwerbstätigkeit Ihres/r Ehe- oder Lebenspartners/in] im
letzten Jahr nach Abzug von Steuern?

||| IWER:BETRAG IN [FLCURRALLE] ZUSÄTZLICHEN ZAHLUNGEN UND
EINMALZAHLUNGEN INKLUDIEREN!

||| {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

Schauen Sie sich bitte Karte 31 an. Haben Sie im Jahr [{letztes Jahr}] regelmäßige Zahlungen
aus einer der folgenden Quellen erhalten?

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN EINTRAGEN

1. Regelmäßige Zahlungen aus einer Lebensversicherung
2. Regelmäßige Zahlungen aus einer privaten Pensionsversicherung
3. Unterhaltszahlungen
4. Regelmäßige Unterstützung von Hilfsorganisationen
5. Zahlungen aus einer privaten Pflegeversicherung
96. Nichts davon

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**

|| Welchen Betrag haben Sie [{letztes Jahr}] ungefähr aus [Ihrer Lebensversicherung/Ihrer
privaten Pensionsversicherung/Ihrer Unterhaltszahlung/Ihrer

|| regelmäßigen Unterstützung von Hilfsorganisationen/Ihrer privaten Pflegeversicherung]

nach Abzug von Steuern und Abgaben durchschnittlich pro

|| Zahlung bekommen?

|| IWER:BETRAG IN [{Währung}]

|| {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**

|| Wie oft erhielten Sie diese Zahlungen?

|| 1. Wöchentlich

|| 2. Vierzehntägig

|| 3. Monatlich

|| 4. Jedes Quartal/dreimonatlich

|| 5. Halbjährlich

|| 6. Jährlich

|| 97. Anderer Zeitraum (angeben)

||

|| *IF EP090_ (PERIOD RECEIVED REGULAR PAYMENTS) = 97. Anderer Zeitraum (angeben)*

||

|| **EP091_ OTHER PERIOD OF RECEIVING REGULAR PAYMENTS**

||

|| IWER:ANDEREN ZEITRAUM SPEZIFIZIEREN

|| _____

||

|| *ENDIF*

||

|| **EP096_ MONTHS RECEIVED REGULAR PAYMENTS**

|| Für wieviele Monate insgesamt haben Sie [Zahlungen aus einer
Lebensversicherung/Zahlungen aus einer privaten

|| Pensionsversicherung/Unterhaltszahlungen/regelmäßige Unterstützung von
Hilfsorganisationen/Zahlungen aus einer privaten Pflegeversicherung] im

|| Jahr [{letztes Jahr}] erhalten?

|| _____ (1..12)

||

|| **EP092_ ADDITIONAL PAYMENTS FOR THIS BENEFIT IN LAST YEAR**

|| Haben Sie [{letztes Jahr}] aus [Ihrer Lebensversicherung/Ihrer privaten
Pensionsversicherung/Ihrer Unterhaltszahlung/Ihrer regelmäßigen

|| Unterstützung von Hilfsorganisationen/Ihren Zahlungen aus der privaten
Pflegeversicherung] zusätzliche oder einmalige Zahlungen erhalten?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| *IF EP092_ (ADDITIONAL PAYMENTS FOR THIS BENEFIT IN LAST YEAR) = 1. Ja*

||

```

||| EP209_ ADDITIONAL PAYMENTS AFTER TAXES
||| Wieviel haben Sie an Zusatzzahlungen nach Abzug von Steuern und
Sozialversicherungsbeiträgen bekommen?
||| IWER:BETRAG IN [{Währung}]
||| {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
| Sprechen wir jetzt über Ihre zukünftigen Pensionsansprüche. Sehen Sie sich bitte Karte 32
an. Haben Sie Anspruch auf eine der aufgeführten Arten
| von Renten oder Pensionen, die Sie jetzt noch nicht beziehen?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF EP097_ (PENSION CLAIMS) = 1. Ja
||
|| EP098_ TYPE OF PENSION YOU WILL BE ENTITLED TO
|| Auf welche Pension oder Pensionen werden Sie Anspruch haben?
|| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN. DER/DIE BEFRAGTE BRAUCHT
DIESE PENSIONEN NOCH NICHT ZU BEZIEHEN
|| 1. Staatliche Pension
|| 2. Staatliche Frühpension
|| 3. Staatliche Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension oder Erwerbsunfähigkeitspension
|| 4. Private (betriebliche) Alterspension
|| 5. Private (betriebliche) Frühpension
|| 96. Keine dieser Formen
||
||
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
||| Nennen Sie uns bitte den Namen der Institution (Pensionskasse), die Ihre [staatliche
Pension /staatliche Frühpension/staatliche Invaliditäts- bzw.

```

|||| Berufsunfähigkeitspension oder Erwerbsunfähigkeitspension/private (betriebliche)
Alterspension /private (betriebliche) Frühpension
|||| /{empty}/{empty}/{empty}/{empty}] ausbezahlen wird.

|||| _____
||||

|||| **EP102_ COMPULSORY OF VOLUNTARY PLAN OR FUND**

|||| Ist die Beteiligung an [der staatlichen Pension /der staatlichen Frühpension /der
staatlichen Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension oder
|||| Erwerbsunfähigkeitspension/der privaten (betriebliche) Alterspension /der privaten
(betriebliche) Frühpension /{empty}/{empty}/{empty}/{empty}]
|||| verpflichtend oder freiwillig?

|||| 1. Verpflichtend

|||| 2. Freiwillig

||||
||||

|||| **EP103_ YEARS CONTRIBUTING TO PLAN**

|||| Wie viele Jahre haben Sie für Ihre [staatliche Pension /staatliche Frühpension/staatliche
Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension oder
|||| Erwerbsunfähigkeitspension/private (betriebliche) Alterspension /private (betriebliche)
Frühpension /{empty}/{empty}/{empty}/{empty}] bereits
|||| Beiträge einbezahlt?

|||| _____ (0..120)

||||
||||

|||| **EP106_ EXPECTED AGE TO COLLECT THIS PENSION**

|||| Ab welchem Alter erwarten Sie, diese Pensionzahlungen zum ersten Mal zu beziehen?

|||| _____ (30..75)

||||
||||

CHK: EP106_ExpRetAge >= MN808_AgeRespondent MAIN "^FLError[25]"

|||| *IF EP005_ (CURRENT JOB SITUATION) = 2. Angestellt oder selbstständig
(einschließlich Familienbetrieb)*

|||| **EP109_ PERCENTAGE OF SALARY RECEIVED AS PENSION**

|||| Bitte denken Sie an die Zeit, wenn Sie diese Pension das erste Mal beziehen werden.
Wieviel Prozent Ihres letzten Einkommens wird die [staatliche

|||| Pension /staatliche Frühpension /staatliche Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension
oder Erwerbsunfähigkeitspension/private (betriebliche)

|||| Alterspension/private (betriebliche) Frühpension] ausmachen?

|||| IWER:MIT LETZTEM EINKOMMEN IST DESSEN HÖHE VOR
PENSIONSANTRITT GEMEINT

|||| _____ (0..100)

||||
|||| *ENDIF*

||||
||| *ENDIF*

|||
|| *ENDLOOP*

||
| *ENDIF*

| *ENDIF*

EP210_ WHO ANSWERED SECTION EP

IWER:CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM ABSCHNITT BEANTWORTET?

1. Nur der/die Befragte
2. Der/die Befragte und ein/e Stellvertreter/in
3. Nur ein/e Stellvertreter/in

GS001_ WILLING TO HAVE HANDGRIP MEASURED

Jetzt möchte ich messen, wie kräftig Sie zugreifen können. Ich werde Sie bitten, diesen Griff für einige Sekunden so fest wie möglich zu drücken und dann loszulassen. Ich werde abwechselnd zwei Messungen von Ihrer rechten und Ihrer linken Hand nehmen. Wären Sie einverstanden, dass wir diesen Versuch machen?

IWER:DEMONSTRIEREN SIE DEN HANDKRAFTMESSER

1. Die befragte Person stimmt der Messung zu
2. Die befragte Person lehnt die Durchführung der Messung ab
3. Die befragte Person kann die Messung nicht vornehmen

IF GS001_ (WILLING TO HAVE HANDGRIP MEASURED) <> 1. Die befragte Person stimmt der Messung zu

| GS010_ WHY NOT COMPLETED GS TEST

| IWER:WARUM WOLLTE DIE BEFRAGTE PERSON DIE HANDKRAFTMESSUNG NICHT DURCHFÜHREN? ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN

- | 1. Die befragte Person glaubte, dass es gefährlich wäre
- | 2. Interviewer glaubte, dass es gefährlich wäre
- | 3. Die befragte Person lehnte ab, ohne einen Grund zu nennen
- | 4. Die befragte Person versuchte es, konnte den Test aber nicht abschließen
- | 5. Die befragte Person hat die Anweisungen nicht verstanden
- | 6. Die befragte Person hatte eine Operation, eine Verletzung, eine Schwellung, o.ä. auf beiden Händen während der letzten 6 Monate
- | 97. Andere Gründe (angeben)

| *IF 97. Andere Gründe (angeben) IN GS010_(WHY NOT COMPLETED GS TEST)*

|| GS011_ OTHER REASON

|| IWER:GEBEN SIE DIE ANDEREN GRÜNDE AN

|| _____

| *ENDIF*

ENDIF

GS002_ RECORD RESPONDENT STATUS

IWER:ZUSTAND DER BEFRAGTEN PERSON EINTRAGEN

1. Die befragte Person kann beide Hände benutzen
2. Die befragte Person kann rechte Hand nicht benutzen
3. Die befragte Person kann linke Hand nicht benutzen

IF GS001_ (WILLING TO HAVE HANDGRIP MEASURED) <> 1. Die befragte Person stimmt der Messung zu

|
| **GS003_** END OF TEST BECAUSE RESPONDENT IS UNABLE OR NOT WILLING TO DO TEST

| TEST ABBRECHEN

| IWER:KEINE MESSUNG DER HANDKRAFT

| 1. Weiter

|

ENDIF

IF GS001_ (WILLING TO HAVE HANDGRIP MEASURED) = 1. Die befragte Person stimmt der Messung zu

|

| *IF GS002_ (RECORD RESPONDENT STATUS) = 1. Die befragte Person kann beide Hände benutzen*

||

|| **GS004_** DOMINANT HAND

|| Sind Sie Rechts- oder Linkshänder?

|| 1. Rechtshänder

|| 2. Linkshänder

||

| *ENDIF*

|

| **GS005_** INTRODUCTION TO TEST

|

| IWER:BRINGEN SIE DIE BEFRAGTE PERSON IN DIE RICHTIGE POSITION.

PASSEN SIE DEN HANDKRAFTMESSER AN DIE HAND DER BEFRAGTEN PERSON AN, INDEM SIE DEN

| HEBEL DREHEN, UND SETZEN SIE DEN PFEIL AUF NULL. ERKLÄREN SIE NOCH EINMAL DIE VORGEHENSWEISE.LASSEN SIE DIE BEFRAGTE PERSON MIT EINER HAND

| ÜBEN.BENUTZEN SIE DIE ERGEBNISKARTE, UM DIE ERGEBNISSE ZU

NOTIEREN UND ÜBERTRAGEN SIE DIE ERGEBNISSE NACH DEM TEST AUF IHREN COMPUTER.

| 1. Weiter

|

| *IF GS002_ (RECORD RESPONDENT STATUS) = 1. Die befragte Person kann beide Hände benutzen OR GS002_ (RECORD RESPONDENT STATUS) = 2.*

| *Die befragte Person kann rechte Hand nicht benutzen*

||

|| **GS006_** FIRST MEASUREMENT, LEFT HAND

|| LINKE HAND, ERSTE MESSUNG

|| IWER:NUR AUF DAS NÄCHSTE GANZZAHLIGE ERGEBNIS RUNDEN UND EINTRAGEN

|| _____ (0..100)

||

|| **GS007_ SECOND MEASUREMENT, LEFT HAND**

|| LINKE HAND, ZWEITE MESSUNG

|| IWER:NUR AUF DAS NÄCHSTE GANZZAHLIGE ERGEBNIS RUNDEN UND
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. Die befragte Person kann beide Hände
benutzen OR GS002_ (RECORD RESPONDENT STATUS) = 3.*

| *Die befragte Person kann linke Hand nicht benutzen*

||

|| **GS008_ FIRST MEASUREMENT, RIGHT HAND**

|| RECHTE HAND, ERSTE MESSUNG

|| IWER:NUR AUF DAS NÄCHSTE GANZZAHLIGE ERGEBNIS RUNDEN UND
EINTRAGEN

|| _____ (0..100)

||

|| **GS009_ SECOND MEASUREMENT, RIGHT HAND**

|| RECHTE HAND, ZWEITE MESSUNG

|| IWER:NUR AUF DAS NÄCHSTE GANZZAHLIGE ERGEBNIS RUNDEN UND
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 STRENGTE SICH DIE BEFRAGTE PERSON FÜR DIE MESSUNG
AN?

| 1. Die befragte Person strengte sich für die Messung sehr an

| 2. Die befragte Person konnte sich wegen einer Verletzung, Schmerzen oder anderem
Unbehagen nicht voll anstrengen

| 3. Die befragte Person schien sich nicht voll anzustrengen, ohne einen offensichtlichen
Grund dafür zu haben

|

|

| **GS013_ THE POSITION OF R FOR THIS TEST**

|

| IWER:IN WELCHER POSITION BEFAND SICH DIE BEFRAGTE PERSON FÜR DEN
TEST?

| 1. Stehend

| 2. Sitzend

| 3. Liegend

|

|
| **GS014_ R RESTED HIS/HER ARMS ON A SUPPORT**

|
| IWER:LEGTE DIE BEFRAGTE PERSON SEINEN/IHREN ARM WÄHREND DER
MESSUNG AUF EINER UNTERLAGE AB?

- | 1. Ja
- | 5. Nein

|
ENDIF

PF001_ INTRODUCTION

Der nun folgende Test, den ich mit Ihnen durchführen möchte, ist ein Lungenfunktionstest. Das ist ein Test, bei dem gemessen wird wie schnell Sie Luft aus Ihrer Lunge ausstoßen können. Es ist wichtig, dass Sie so fest und schnell es geht ausatmen. Ich möchte den Test zweimal mit Ihnen machen. Wenn wir bereit sind, werde ich Sie bitten aufzustehen und so tief wie möglich einzuatmen. Dann müssen Sie Ihre Lippen um das Mundstück schließen und so fest und schnell es geht ausatmen. Ich zeige Ihnen kurz wie das funktioniert.
IWER:TEST VORZEIGEN

- 1. Weiter

PF002_ SAFE TO DO THE TEST

Haben Sie das Gefühl, dass dieser Test ohne Gefahr für Sie durchgeführt werden kann?

- 1. Ja
- 5. Nein

IF PF002_ (SAFE TO DO THE TEST) = 1. Ja

|
| **PF003_ VALUE FIRST MEASUREMENT**

| IWER:WERT DER ERSTEN MESSUNG EINTRAGEN (30 WENN WENIGER ALS 60;
890 WENN ÜBER DER LETZTEN MARKIERUNG; 993 WENN DER/DIE BEFRAGTE
DEN TEST VERSUCHTE

| ABER NICHT DURCHFÜHREN KONNTE; 999 WENN DER/DIE BEFRAGTE DEN
TEST NICHT DURCHFÜHREN WOLLTE.)

| _____ (30..999)

|
| **PF004_ VALUE SECOND MEASUREMENT**

| IWER:WERT DER ZWEITEN MESSUNG EINTRAGEN (30 WENN WENIGER ALS 60;
890 WENN ÜBER DER LETZTEN MARKIERUNG; 993 WENN DER/DIE BEFRAGTE
DEN TEST VERSUCHTE

| ABER NICHT DURCHFÜHREN KONNTE; 999 WENN DER/DIE BEFRAGTE DEN
TEST NICHT DURCHFÜHREN WOLLTE.)

| _____ (30..999)

|
| *IF PF003_ (VALUE FIRST MEASUREMENT) <> REFUSAL OR PF004_ (VALUE
SECOND MEASUREMENT) <> REFUSAL*

||

|| **PF005_ EFFORT R GAVE TO THIS MEASUREMENT**

||

|| **IWER:WIE SEHR STRENGTE SICH DER/DIE BEFRAGTE FÜR DIE MESSUNG AN?**

|| 1. Der/Die Befragte strengte sich für die Messung sehr an

|| 2. Der/Die Befragte konnte sich wegen einer Verletzung, Schmerzen oder anderem Unbehagen nicht voll anstrengen

|| 3. Der/Die Befragte schien sich nicht voll anzustrengen, ohne einen offensichtlichen Grund dafür zu haben

||

||

|| **PF006_ POSITION OF R FOR THIS TEST**

||

|| **IWER:IN WELCHER POSITION BEFAND SICH DER/DIE BEFRAGTE FÜR DEN TEST?**

|| 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**

|

| **IWER:WARUM WOLLTE DER/DIE BEFRAGTE DEN LUNGENFUNKTIONSTEST NICHT DURCHFÜHREN? ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN**

| 1. Der/Die Befragte glaubte, dass es gefährlich wäre

| 2. Interviewer glaubte, dass es gefährlich wäre

| 3. Der/Die Befragte lehnte ab, ohne einen Grund zu nennen

| 4. Der/Die Befragte versuchte es, konnte den Test aber nicht abschließen

| 5. Der/Die Befragte hat die Anweisungen nicht verstanden

| 97. Andere Gründe (angeben)

|

|

| *IF 97. Andere Gründe (angeben) IN PF007_(WHY PF NOT COMPLETED)*

||

|| **PF008_ OTHER REASON NOT COMPLETED PF**

||

|| **IWER:GEBEN SIE DIE ANDEREN GRÜNDE AN**

|| _____

||

| *ENDIF*

|

| *ENDIF*

IF MN808_ (AGE RESPONDENT) > 74

| **WS001_ RECORD RESPONDENT STATUS**

| IWER:BEGINN DES TESTS ÜBER DIE GEHGESCHWINDIGKEIT. ZUSTAND DER BEFRATEN PERSON EINTRAGEN

- | 1. Eigene Beobachtung: Geht ohne fremde Hilfe und ohne Gehhilfe
- | 2. Eigene Beobachtung: Geht mit fremder Hilfe oder mit Gehhilfe
- | 3. Nicht beim Gehen beobachtet - Rollstuhl
- | 4. Nicht beim Gehen beobachtet - bettlägerig
- | 5. Nicht beim Gehen beobachtet - unsicher ob die befragte Person beeinträchtigt ist

| *IF WS001_ (RECORD RESPONDENT STATUS) <> 1. Eigene Beobachtung: Geht ohne fremde Hilfe und ohne Gehhilfe*

|| **WS002_ INTRODUCTION TO RESPONDENT**

|| Nun geht es um eine weitere Aufgabe, bei der Sie eine kurze Strecke gehen sollen. Können Sie ohne fremde Hilfe gehen? Wenn nötig, können Sie dabei auch einen Stock oder eine Gehhilfe verwenden.

- || 1. Ja
- || 2. Ja, aber keine Gehhilfe verfügbar
- || 3. Nein

| *ENDIF*

| *IF WS001_ (RECORD RESPONDENT STATUS) = 1. Eigene Beobachtung: Geht ohne fremde Hilfe und ohne Gehhilfe OR WS002_ (INTRODUCTION TO RESPONDENT) = 1. Ja*

|| **WS003_ IS IT SAFE TO CARRY OUT THE TEST**

|| Ich würde nun gerne überprüfen, ob Sie eine sehr kurze Strecke problemlos gehen können (eventuell mit Stock oder Gehhilfe). Zunächst möchte ich prüfen, ob dieser Test auch ohne Gefahr durchgeführt werden kann. Haben Sie irgendwelche Probleme beim Gehen, z.B. wegen einer kürzlichen Operation, wegen einer Verletzung oder sonstiger Beschwerden, die Sie daran hindern den Gehstest durchzuführen?

|| IWER:GEMEINT SIND NUR PROBLEME DIE DIE BEFRAGTE PERSON DARAN HINDERN DEN GEHTEST DURCHZUFÜHREN

- || 1. Keine Einschränkung
- || 2. Ja, vor kurzem durchgeführte Operation
- || 3. Ja, eine Verletzung
- || 4. Ja, andere gesundheitliche Beschwerden

|| *IF WS003_ (IS IT SAFE TO CARRY OUT THE TEST) = 1. Keine Einschränkung*

||| **WS004_ RESPONDENT WILLING TO DO WALKING TEST**

||| Sind Sie bereit, den Gehstest 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 DER/DIE BEFRAGTE DEN GEHTEST GEFAHRLOS
DURCHFÜHREN KANN?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| IF WS001_ (RECORD RESPONDENT STATUS) <> 1. Eigene Beobachtung: Geht ohne
fremde Hilfe und ohne Gehhilfe AND WS002_ (INTRODUCTION TO
RESPONDENT) <> 1. Ja OR WS003_ (IS IT SAFE TO CARRY OUT THE TEST) <> 1.
Keine Einschränkung OR WS005_ (DOES RESPONDENT FEEL SAFE TO
CONTINUE) <> 1. Ja
|||
||| WS006_ END OF TEST BECAUSE RESPONDENT IS UNABLE TO DO TEST
|||
||| IWER:ES WÄRE SICHERER DIESEN TEST ZU ÜBERSPRINGEN UND MIT DEN
NÄCHSTEN FRAGEN WEITER ZU MACHEN.
||| 1. Weiter
|||
||| ENDIF
|||
||| IF WS003_ (IS IT SAFE TO CARRY OUT THE TEST) = 1. Keine Einschränkung 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:PRÜFEN SIE, OB ANGEMESSENER PLATZ VORHANDEN IST
||| 1. Angemessener Platz vorhanden
||| 2. Kein angemessener Platz vorhanden
|||
||| IF WS007_ (CHECK AVAILABLE SPACE FOR TEST) = 1. Angemessener Platz vorhanden
|||
||| WS008_ EXPLAIN WALKING COURSE
|||
||| IWER:NEHMEN SIE DAS INTERVIEWER-BOOKLET ZUR HAND, BEREITEN SIE
DIE GEHSTRECKE VOR UND DEMONSTRIEREN SIE DEN GEHTEST FÜR DIE
BEFRAGTE PERSON
||| 1. Weiter
|||
||| IF WS008_ (EXPLAIN WALKING COURSE) = 1. Weiter

```

```

||||
|||| WS010_ RESULT OF FIRST TRIAL
|||| ERGEBNIS DES ERSTEN VERSUCHS EINTRAGEN
|||| 1. Erfolgreich abgeschlossen
|||| 2. Versucht, konnte aber nicht abgeschlossen werden
|||| 3. Durch Interviewer aus Sicherheitsgründen abgebrochen
|||| 4. Nicht versucht, Befragungsperson fühlte sich nicht sicher
|||| 5. Befragungsperson versteht Anleitungen nicht
|||| 6. Verweigerung durch Befragungsperson
||||
|||| IF WS010_ (RESULT OF FIRST TRIAL) = 1. Erfolgreich abgeschlossen
||||
|||| WS011_ TIME OF FIRST WALKING SPEED TEST
||||
|||| IWER:ZEIT IN SEKUNDEN MIT ZWEI KOMMASTELLEN NOTIEREN
|||| _____ (0.50..30.00)
||||
|||| WS012_ RESULT OF SECOND TRIAL
||||
|||| IWER:GEHTEST WIEDERHOLEN UND AUCH ERGEBNIS DES ZWEITEN
VERSUCHS EINTRAGEN
|||| 1. Erfolgreich abgeschlossen
|||| 2. Versucht, konnte aber nicht abgeschlossen werden
|||| 3. Durch Interviewer aus Sicherheitsgründen abgebrochen
|||| 4. Nicht versucht, Befragungsperson fühlte sich nicht sicher
|||| 5. Befragungsperson versteht Anleitungen nicht
|||| 6. Verweigerung durch Befragungsperson
||||
||||
|||| IF WS012_ (RESULT OF SECOND TRIAL) = 1. Erfolgreich abgeschlossen
||||
|||| WS013_ TIME OF SECOND WALKING SPEED TEST
||||
|||| IWER:ZEIT IN SEKUNDEN MIT ZWEI KOMMASTELLEN 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
|||| IWER: NOTIEREN, WENN BEFRAGUNGSPERSON ÜBER SCHMERZEN
BERICHTET, SONST FRAGEN: Hatten Sie während des Tests Schmerzen?
|||| 1. Ja
|||| 5. Nein
||||
|||| WS015_ RECORD TYPE OF FLOOR SURFACE

```

```

|||
||| IWER:ART DES BODENBELAGS EINTRAGEN
||| 1. Linoleum/Fliesen/Holz/Parkett
||| 2. Dünner Teppich
||| 3. Dicker Teppich
||| 4. Beton
||| 5. Nicht sicher
||| 97. Anderer Bodenbelag
|||
|||
||| IF WS015_ (RECORD TYPE OF FLOOR SURFACE) = 97. Anderer Bodenbelag
|||
||| WS016_ OTHER TYPE OF FLOOR SURFACE
|||
||| IWER:WAS FÜR EIN BODENBELAG?
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
||| WS017_ TYPE OF AID USED DURING TEST
|||
||| IWER:ART DER GEHHILFE EINTRAGEN
||| 1. Keine
||| 2. Spazierstock
||| 3. Krücken
||| 4. Gehwagen
||| 97. Andere Gehhilfe
|||
||| IF WS017_ (TYPE OF AID USED DURING TEST) = 97. Andere Gehhilfe
|||
||| WS018_ OTHER TYPE OF AID USED DURING TEST
|||
||| IWER:WAS FÜR EINE ANDERE (GEH-)HILFE?
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| IF WS007_ (CHECK AVAILABLE SPACE FOR TEST) = 2. Kein angemessener Platz
||| vorhanden OR WS007_ (CHECK AVAILABLE SPACE FOR TEST) = 1.
||| Angemessener 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, ALSO, WARUM ER AUS SICHERHEITSGRÜNDEN

```

ABGEBROCHEN, VERWEIGERT ODER
|| SONST NICHT BEENDET WURDE

|| _____

||
| *ENDIF*

|
|
ENDIF

IF MN808_ (AGE RESPONDENT) < 75

|
| **CS001_ INTRODUCTION CS**

| Der nächste Test misst die Belastbarkeit und Ausdauer Ihrer Beine. Ich möchte nun, dass Sie Ihre Arme über dem Oberkörper kreuzen und sich so hinsetzen, dass Ihre Füße fest am Boden stehen. Dann möchte ich Sie bitten aufzustehen und dabei Ihre Arme in gekreuzter Position zu belassen. Ich zeige Ihnen kurz was ich meine.

| IWER:VORZEIGEN

| 1. Weiter

|
| **CS002_ SAFE TO DO CS**

| Haben Sie das Gefühl, dass Sie ohne Schwierigkeiten oder Gefahr für Sie aufstehen können, ohne Ihre Arme zu benutzen?

| 1. Ja

| 5. Nein

| *IF CS002_ (SAFE TO DO CS) = 1. Ja*

||
|| **CS003_ SET UP TEST**

|| IWER:ALLES FÜR TEST VORBEREITEN UND DEN INTERVIEWERANWEISUNGEN FOLGEN

|| 1. Weiter

|| **CS004_ SINGLE CS TEST RESULTS**

||
|| IWER:TESTERGEBNIS EINTRAGEN

|| 1. Der/Die Befragte stand auf ohne die Arme zu benutzen

|| 2. Der/Die Befragte benutzte die Arme um aufzustehen

|| 3. Test wurde abgebrochen

||
||
|| *IF CS004_ (SINGLE CS TEST RESULTS) = 3. Test wurde abgebrochen*

||
|| **CS005_ WHY NOT COMPLETED SINGLE CS TEST**

||
|| IWER:WARUM WOLLTE DER/DIE BEFRAGTE DEN TEST (EINMAL AUFSTEHEN) NICHT DURCHFÜHREN ODER BEENDEN? (ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN)

|| 1. Der/Die Befragte versuchte es, konnte den Test aber nicht abschließen

- ||| 2. Der/Die Befragte konnte nicht ohne Hilfe stehen
- ||| 3. Der/Die Befragte glaubte, dass es gefährlich wäre
- ||| 4. Interviewer glaubte, dass es gefährlich wäre
- ||| 5. Der/Die Befragte lehnte ab, ohne einen Grund zu nennen
- ||| 6. Der/Die Befragte hat die Anweisungen nicht verstanden
- ||| 97. Andere Gründe (angeben)

||| *IF 97. Andere Gründe (angeben) IN CS005_(WHY NOT COMPLETED SINGLE CS TEST)*

||| **CS006_ OTHER REASON NOT COMPLETED SINGLE CS TEST**

||| IWER:GEBEN SIE DIE ANDEREN GRÜNDE AN

||| _____

||| *ENDIF*

||| *ENDIF*

||| *IF CS004_ (SINGLE CS TEST RESULTS) = 1. Der/Die Befragte stand auf ohne die Arme zu benutzen*

||| **CS007_ SAFE TO DO FIVE TIMES CS**

||| Haben Sie das Gefühl, dass Sie ohne Gefahr fünfmal hintereinander aufstehen können ohne Ihre Arme zu benutzen?

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

||| *IF CS007_ (SAFE TO DO FIVE TIMES CS) = 1. Ja*

||| **CS008_ TIME IN SECONDS USED FOR FIVE STANDS**

||| IWER:BENÖTIGTE GESAMTZEIT IN SEKUNDEN (FÜR FÜNFMAL AUFSTEHEN) NOTIEREN. WENN DER/DIE BEFRAGTE DEN TEST NICHT INNERHALB EINER MINUTE BEENDEN

||| KONNTE, CODE 99 EINTRAGEN

||| _____ (0.00..99.00)

||| *IF CS008_ (TIME IN SECONDS USED FOR FIVE STANDS) = 99*

||| **CS009_ WHY NOT COMPLETED THE FIVE CS TEST**

||| IWER:WARUM WOLLTE DER/DIE BEFRAGTE DEN TEST (FÜNFMAL AUFSTEHEN) NICHT DURCHFÜHREN ODER BEENDEN? (ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN)

- |||| 1. Der/Die Befragte versuchte es, konnte den Test aber nicht abschließen
- |||| 2. Der/Die Befragte konnte nicht ohne Hilfe stehen
- |||| 3. Der/Die Befragte glaubte, dass es gefährlich wäre
- |||| 4. Interviewer glaubte, dass es gefährlich wäre
- |||| 5. Der/Die Befragte lehnte ab, ohne einen Grund zu nennen

derzeitigen Ehemann oder Lebensgefährten/und Ihrer derzeitigen

|| Ehefrau oder Lebensgefährtin/{empty}}?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| **CH003_ INTRODUCTION TEXT ON QUESTIONS ABOUT CHILDREN**

|| Wir würden nun gerne mehr über [dieses Kind wissen./diese Kinder wissen. 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}/1./2./3./4./5./6./7./8./9./10./11./12./13./14./15./16./17./18./19./20./21./22./23./24./25./26./27./28./29./30.]

|| Kindes?

|| _____

||

|| **CH005_ SEX OF CHILD N**

|| Ist [{Name des Kindes}] männlich oder weiblich?

|| IWER:NUR BEI UNKLARHEIT NACHFRAGEN

|| 1. Männlich

|| 2. Weiblich

||

|| **CH006_ YEAR OF BIRTH CHILD N**

|| In welchem Jahr wurde [{Name des Kindes}] geboren?

|| (1875..2008)

||

|| **CH007_ WHERE DOES CHILD N LIVE**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 33 an. Wo lebt [{Name des Kindes}]?

|| 1. Im selben Haushalt

|| 2. Im selben Haus

|| 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 im Ausland

||

|| *IF CH007_ChLWh.ORD = 9*

||

|| **CH008_ WHICH COUNTRY**

|| In welchem Land?

|| _____

||

|| *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
| | | | | Wir würden nun gerne mehr über einige dieser Kinder wissen. Fangen wir bei [{Name
des Kindes}] an.
| | | | | 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:VORLESEN
| | | | | | | 1. Ein leibliches Kind
| | | | | | | 2. Ein Stiefkind
| | | | | | | 3. Ein Adoptivkind
| | | | | | | 4. Ein Pflegekind
| | | | | | |
| | | | | | | ELSE
| | | | | | | |
| | | | | | | | CH011_ OWN CHILD
| | | | | | | | Ist [{Name des Kindes}]...
| | | | | | | | IWER:VORLESEN
| | | | | | | | 1. Ein leibliches Kind von Ihnen und Ihrem/r derzeitigen Partner/in
| | | | | | | | 2. Ein leibliches Kind von Ihnen aus einer früheren Partnerschaft
| | | | | | | | 3. Ein leibliches Kind Ihres/r derzeitigen Partners/in aus einer früheren Partnerschaft
| | | | | | | | 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. Welcher Familienstand trifft auf [{Name des Kindes}]
zu?
| | | | | | | | | 1. Verheiratet und mit dem/der Ehepartner/in zusammenlebend

```

```

||||| 3. Verheiratet, getrennt vom/von der Ehepartner/in lebend
||||| 4. Ledig
||||| 5. Geschieden
||||| 6. Verwitwet
|||||
||||| IF CH012_MaritalStatusChildN.ORD > 2
|||||
||||| CH013_ DOES CHILD HAVE PARTNER
||||| Hat [{Name des Kindes}] einen Partner/eine Partnerin, der/die mit [ihm/ihr]
zusammenlebt?
||||| 1. Ja
||||| 5. Nein
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| IF CH007_ (WHERE DOES CHILD N LIVE) <> 1. Im selben Haushalt AND
CH007_ (WHERE DOES CHILD N LIVE) <> DONTKNOW AND
||||| CH007_ (WHERE DOES CHILD N LIVE) <> REFUSAL
|||||
||||| CH014_ CONTACT WITH CHILD
||||| Wie oft haben Sie [oder Ihr/oder Ihre/oder Ihr/oder Ihre/{empty}/{empty}]
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] [{Name
||||| des Kindes}] in den letzten zwölf Monaten gesehen bzw. mit ihm/ihr telefonisch oder
brieflich Kontakt gehabt?
||||| IWER:ALS KONTAKTE ZÄHLEN AUCH E-MAIL, SMS, MMS USW.
||||| 1. Täglich
||||| 2. Mehrmals pro Woche
||||| 3. Etwa einmal pro Woche
||||| 4. Etwa alle zwei Wochen
||||| 5. Etwa einmal im Monat
||||| 6. Weniger als einmal im Monat
||||| 7. Nie
|||||
||||| CH015_ YEAR CHILD MOVED FROM HOUSEHOLD
||||| In welchem Jahr ist [{Name des Kindes}] aus dem Elternhaus ausgezogen?
||||| IWER:LETZTEN AUSZUG ZÄHLEN. TIPPEN SIE "2008" FALLS DAS KIND
NOCH IMMER ZU HAUSE LEBT (ZB. 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. Was ist der derzeitige Erwerbsstatus von [{Name des
Kindes}]?
||||| 1. Vollzeit beschäftigt
||||| 2. Teilzeit beschäftigt

```

- ||||| 3. Selbstständig oder im Familienbetrieb tätig
- ||||| 4. Arbeitslos
- ||||| 5. In Ausbildung oder Umschulung
- ||||| 6. In Karenz
- ||||| 7. Pension oder Frühpension
- ||||| 8. Dauernd erwerbsunfähig (wegen Behinderung oder Krankheit)
- ||||| 9. Hausfrau/-mann
- ||||| 97. Anderes

|||||
 |||||

||||| **CH017_ CHILD EDUCATION**

||||| Sehen Sie sich bitte Karte 36 an. Welchen höchsten Schulabschluss hat [{Name des Kindes}]?

||||| IWER:"GYMNASIUM UNTERSTUFE" ALS "HAUPTSCHULE" KODIEREN

- ||||| 1. Volksschule
- ||||| 2. Hauptschule
- ||||| 3. Gymnasium (öffentlich) mit Matura
- ||||| 4. Gymnasium (privat) mit Matura
- ||||| 5. Berufsbildende Schule mit Matura (HAK, HTL,...)
- ||||| 6. Berufsbildende Schule ohne Matura
- ||||| 95. Noch kein Abschluss/noch in Ausbildung
- ||||| 96. Kein Schulabschluss
- ||||| 97. Anderer Schulabschluss (auch Ausland)

|||||
 |||||

||||| **CH018_ FURTHER EDUCATION OR VOCATIONAL TRAINING**

||||| Bitte sehen Sie sich Karte 37 an. Welchen höheren Bildungsabschluss oder welche berufliche Ausbildung hat [{Name des Kindes}] ?

||||| IWER:BEI MEHR ALS EINER ANTWORT KODIEREN SIE ALLE ABSCHLÜSSE

- ||||| 1. Lehrabschlussprüfung
- ||||| 2. Meisterprüfung
- ||||| 3. Fachakademie (Sozialakademie, Krankenpflegeausbildung, Pädagog. Akademie,...)
- ||||| 4. Hochschulabschluss
- ||||| 5. Weiterführender Hochschulabschluss (Doktorat)
- ||||| 95. Noch in höherer Ausbildung
- ||||| 96. Kein Berufsabschluss
- ||||| 97. Anderer Abschluss (auch Ausland)

|||||
 |||||

||||| **CH019_ NUMBER OF CHILDREN OF CHILD**

||||| Wie viele Kinder hat [{Name des Kindes}] ?

||||| IWER:ZÄHLEN SIE ALLE LEIBLICHEN, PFLEGE-, ADOPTIV- UND STIEFKINDER, EINSCHLIESSLICH DER KINDER EINES EHE- ODER LEBENSPARTNERS

||||| _____ (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 Enkel haben Sie [und Ihr/und Ihre/und Ihr/und Ihre/{empty}/{empty}]
|[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}]
|| insgesamt?
|| IWER:AUCH ENKELKINDER AUS FRÜHEREN PARTNERSCHAFTEN MITZÄHLEN
|| _____ (0..20)
||
|| IF CH021_ (NUMBER OF GRANDCHILDREN) > 0
|||
||| CH022_ HAS GREAT-GRANDCHILDREN
||| Haben Sie [oder Ihr/oder Ihre/oder Ihr/oder Ihre/{empty}/{empty}]
|[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] Urenkel ?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| ENDIF
|||
| ENDIF
|
| CH023_ WHO ANSWERED QUESTIONS IN SECTION CH
|
| IWER:CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM ABSCHNITT BEANTWORTET?
| 1. Nur der/die Befragte
| 2. Der/die Befragte und ein/e Stellvertreter/in
| 3. Nur ein/e Stellvertreter/in
| ENDIF
|
| IF MN006_ (FAMILY RESPONDENT) = 1
|
| SP001_ INTRODUCTION SP
| Wir möchten gerne wissen, wie sich Menschen gegenseitig helfen. Die folgenden Fragen
| betreffen praktische Hilfe, die Sie anderen geleistet haben,
| oder die Sie selbst von anderen erhalten haben.
| 1. Weiter
|
|
| SP002_ RECEIVED HELP FROM OTHERS

```

| Bitte sehen Sie sich Karte 38 an. Denken Sie nun bitte an [die Zeit seit dem letzten Interview
im/die letzten zwölf Monate][{Monat und Jahr des
| letzten Interviews}/{empty}]. Hat Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}}
| [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}]{empty}}
| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährten/Lebensgefährtin/{empty}]{empty}} in dieser Zeit
jemand, der nicht im gleichen Haushalt mit Ihnen wohnt, Hilfe in
| einer der aufgelisteten Formen zukommen lassen? Zum Beispiel ein Familienmitglied, das
nicht im gleichen Haushalt wohnt, oder ein Freund, Bekannter
| oder Nachbar?

| 1. Ja

| 5. Nein

| *IF SP002_ (RECEIVED HELP FROM OTHERS) = 1. Ja*

|| **SP003_ WHO GAVE YOU HELP**

|| Welches Familienmitglied, das nicht im gleichen Haushalt mit Ihnen wohnt, oder welcher
Freund, Bekannter oder Nachbar hat Ihnen

|| [oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}} [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}]{empty}}]

[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährten/Lebensgefährtin/{empty}]{empty}}]

|| [am meisten/{empty}]] [{empty}/noch] in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten
zwölf Monaten] geholfen?

|| {Liste mit Verwandten und Freunden}

|| *IF SP003_ (WHO GAVE YOU HELP) = >Liste mit Verwandten und Freunden*

||| **SP023_ NAME OTHER CHILD**

||| IWER:DEN NAMEN DES KINDES EINTRAGEN

||| _____

|| *ENDIF*

|| **SP004_ WHICH TYPES OF HELP**

|| Bitte sehen Sie sich Karte 38 an. Welche Art von Hilfe haben Sie in [der Zeit seit dem
letzten Interview/den letzten zwölf Monaten] von dieser

|| Person empfangen?

|| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN. DIE FRAGE BEZIEHT DAS HÜTEN
VON ENKELKINDERN NICHT MIT EIN, DANACH WIRD SPÄTER IN SP014
GEFRAGT

|| 1. Persönliche Pflege, z.B. Hilfe beim Anziehen, Waschen oder Baden, Essen, Zubettgehen
oder Aufstehen, Benutzen der Toilette

|| 2. Praktische Hilfe im Haushalt, z.B. kleine Reparaturen, Gartenarbeit, Transport, Einkauf,
Hausarbeit

|| 3. Hilfe bei 'Papierkram', wie Ausfüllen von Formularen, finanzielle oder rechtliche
Angelegenheiten regeln

|| **SP005_ HOW OFTEN RECEIVED HELP FROM THIS PERSON**

|| Wie oft haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}}]

[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}}]

|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}]{empty}} insgesamt in [der


```

Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten ]
|| Hilfe in dieser Form von dieser Person erhalten? Bitte zählen Sie alles zusammen. War es
....
|| IWER:VORLESEN
|| 1. Fast jeden Tag
|| 2. Fast jede Woche
|| 3. Fast jeden Monat
|| 4. Seltener
||
|| SP006_ HOURS RECEIVED HOUSEHOLD HELP
|| Wie viele Stunden ungefähr [an einem typischen Tag/in einer typischen Woche/in einem
typischen Monat/in den letzten zwölf Monaten ] erhielten Sie
|| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] Hilfe
|| von dieser Person?
|| IWER:AUF GANZE STUNDEN AUFRUNDEN
|| _____ (0..3000)
||
|| IF Index <> 3
|||
||| SP007_ ANY OTHER HELPER FROM OUTSIDE THE HOUSEHOLD
||| Gibt es noch jemanden aus Ihrer Familie (außerhalb Ihres Haushalts), Ihrem Freundeskreis
oder unter Ihren Nachbarn, der Ihnen
||| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährten/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}]
||| bei den auf Karte 38 aufgezählten Dingen in [der Zeit seit dem letzten Interview/den
letzten zwölf Monaten] geholfen hat?
||| 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 Familienmitglied, das nicht im gleichen Haushalt mit Ihnen wohnt, oder welcher
Freund, Bekannter oder Nachbar hat Ihnen
||| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährten/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}]
||| [am meisten/{empty}] [{empty}/noch] in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten
zwölf Monaten ] geholfen?
||| {Liste mit Verwandten und Freunden}
|||
||| IF SP003_ (WHO GAVE YOU HELP) = >Liste mit Verwandten und Freunden
|||
||| SP023_ NAME OTHER CHILD
|||
||| IWER:DEN NAMEN DES KINDES EINTRAGEN

```

||||| _____

|||||

||||| *ENDIF*

|||||

||||| **SP004_ WHICH TYPES OF HELP**

||||| Bitte sehen Sie sich Karte 38 an. Welche Art von Hilfe haben Sie in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten] von dieser

||||| Person empfangen?

||||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN. DIE FRAGE BEZIEHT DAS HÜTEN VON ENKELKINDERN NICHT MIT EIN, DANACH WIRD SPÄTER IN SP014 GEFRAGT

||||| 1. Persönliche Pflege, z.B. Hilfe beim Anziehen, Waschen oder Baden, Essen, Zubettgehen oder Aufstehen, Benutzen der Toilette

||||| 2. Praktische Hilfe im Haushalt, z.B. kleine Reparaturen, Gartenarbeit, Transport, Einkauf, Hausarbeit

||||| 3. Hilfe bei 'Papierkram', wie Ausfüllen von Formularen, finanzielle oder rechtliche Angelegenheiten regeln

|||||

|||||

||||| **SP005_ HOW OFTEN RECEIVED HELP FROM THIS PERSON**

||||| Wie oft haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]

[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]

||||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] insgesamt in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten]

||||| Hilfe in dieser Form von dieser Person erhalten? Bitte zählen Sie alles zusammen. War es

....

||||| IWER:VORLESEN

||||| 1. Fast jeden Tag

||||| 2. Fast jede Woche

||||| 3. Fast jeden Monat

||||| 4. Seltener

|||||

||||| **SP006_ HOURS RECEIVED HOUSEHOLD HELP**

||||| Wie viele Stunden ungefähr [an einem typischen Tag/in einer typischen Woche/in einem typischen Monat/in den letzten zwölf Monaten] erhielten Sie

||||| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]

[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] Hilfe

||||| von dieser Person?

||||| IWER:AUF GANZE STUNDEN AUFRUNDEN

||||| _____ (0..3000)

|||||

||||| *IF Index <> 3*

|||||

||||| **SP007_ ANY OTHER HELPER FROM OUTSIDE THE HOUSEHOLD**

||||| Gibt es noch jemanden aus Ihrer Familie (außerhalb Ihres Haushalts), Ihrem Freundeskreis oder unter Ihren Nachbarn, der Ihnen

||||| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]

[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährten/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}]

||||| bei den auf Karte 38 aufgezählten Dingen in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten] geholfen hat?

||||| 1. Ja

```
|||| 5. Nein
||||
|||| ENDIF
||||
|||| ENDIF
||||
||| ENDLOOP
||
| ENDIF
|
ENDIF
```

SP008_ GIVEN HELP IN THE TIME SINCE THE LAST INTERVIEW

Nun möchte ich Sie zu den Hilfestellungen befragen, die Sie anderen gegeben haben. Bitte sehen Sie sich Karte 38 an. Haben Sie selbst [seit dem letzten Interview im/in den letzten zwölf Monaten] [{Monat und Jahr des letzten Interviews}/{empty}] einem Familienmitglied, das nicht im gleichen Haushalt mit Ihnen wohnt, oder einem Freund, Bekannten oder Nachbarn in einer der aufgelisteten Formen geholfen?

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 Ihres Haushalts, Freund oder Nachbarn haben Sie in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten] [am häufigsten/{empty}] geholfen?
| {Liste mit Verwandten und Freunden}

| *IF SP009_ (TO WHOM DID YOU GIVE HELP) = >Liste mit Verwandten und Freunden*

|| **SP024_ NAME OTHER CHILD**

|| IWER:DEN NAMEN DES KINDES EINTRAGEN

|| _____

| *ENDIF*

| **SP010_ TYPES OF HELP GIVEN**

| Bitte sehen Sie sich Karte 38 an. Welche Arten von Hilfe haben Sie dieser Person in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten]
| zukommen lassen?

| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN. DIE FRAGE BEZIEHT DAS HÜTEN VON ENKELKINDERN NICHT MIT EIN, DANACH WIRD SPÄTER IN SP014 GEFRAGT

| 1. Persönliche Pflege, z.B. Hilfe beim Anziehen, Waschen oder Baden, Essen, Zubettgehen oder Aufstehen, Benutzen der Toilette

| 2. Praktische Hilfe im Haushalt, z.B. kleine Reparaturen, Gartenarbeit, Transport, Einkauf, Hausarbeit

| 3. Hilfe bei 'Papierkram', wie Ausfüllen von Formularen, finanzielle oder rechtliche

Angelegenheiten regeln

| **SP011_ HOW OFTEN GIVE HELP**

| Wie oft haben Sie in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten] insgesamt dieser Person geholfen? War es...

| IWER:VORLESEN

- | 1. Fast jeden Tag
- | 2. Fast jede Woche
- | 3. Fast jeden Monat
- | 4. Seltener

| **SP012_ HOURS GIVEN HELP**

| Ungefähr wie viele Stunden haben Sie solche Hilfe insgesamt [an einem typischen Tag/in einer typischen Woche/in einem typischen Monat/in den letzten zwölf Monaten] geleistet?

| IWER:AUF GANZE STUNDEN AUFRUNDEN

| _____ (0..3000)

| *IF Index <> 3*

|| **SP013_ HAVE YOU GIVEN HELP TO OTHERS**

|| Gibt es sonst noch ein Familienmitglied außerhalb Ihres Haushalts, einen Freund, einen Nachbarn, dem Sie bei einer der auf Karte 38 angeführten

|| Tätigkeiten in [der Zeit seit dem letzten Interview/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 Ihres Haushalts, Freund oder Nachbarn haben Sie in [der Zeit seit dem letzten Interview/den

||| letzten zwölf Monaten] [am häufigsten/{empty}] geholfen?

||| {Liste mit Verwandten und Freunden}

||| *IF SP009_ (TO WHOM DID YOU GIVE HELP) = >Liste mit Verwandten und Freunden*

||| **SP024_ NAME OTHER CHILD**

||| IWER:DEN NAMEN DES KINDES EINTRAGEN

||| _____

||| *ENDIF*

||| **SP010_ TYPES OF HELP GIVEN**

||| Bitte sehen Sie sich Karte 38 an. Welche Arten von Hilfe haben Sie dieser Person in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten]

||| zukommen lassen?

||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN. DIE FRAGE BEZIEHT DAS HÜTEN VON ENKELKINDERN NICHT MIT EIN, DANACH WIRD SPÄTER IN SP014 GEFRAGT

||| 1. Persönliche Pflege, z.B. Hilfe beim Anziehen, Waschen oder Baden, Essen, Zubettgehen oder Aufstehen, Benutzen der Toilette

||| 2. Praktische Hilfe im Haushalt, z.B. kleine Reparaturen, Gartenarbeit, Transport, Einkauf, Hausarbeit

||| 3. Hilfe bei 'Papierkram', wie Ausfüllen von Formularen, finanzielle oder rechtliche Angelegenheiten regeln

|||
|||

||| **SP011_ HOW OFTEN GIVE HELP**

||| Wie oft haben Sie in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten] insgesamt dieser Person geholfen? War es...

||| IWER:VORLESEN

||| 1. Fast jeden Tag

||| 2. Fast jede Woche

||| 3. Fast jeden Monat

||| 4. Seltener

|||
|||

||| **SP012_ HOURS GIVEN HELP**

||| Ungefähr wie viele Stunden haben Sie solche Hilfe insgesamt [an einem typischen Tag/in einer typischen Woche/in einem typischen Monat/in den letzten

||| zwölf Monaten] geleistet?

||| IWER:AUF GANZE STUNDEN AUFRUNDEN

||| _____ (0..3000)

|||
|||

||| *IF Index <> 3*

|||
|||

||| **SP013_ HAVE YOU GIVEN HELP TO OTHERS**

||| Gibt es sonst noch ein Familienmitglied außerhalb Ihres Haushalts, einen Freund, einen Nachbarn, dem Sie bei einer der auf Karte 38 angeführten

||| Tätigkeiten in [der Zeit seit dem letzten Interview/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**

| Haben Sie in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten] regelmäßig oder gelegentlich auf [Ihr Enkelkind/Ihre Enkelkinder] aufgepasst, während die Eltern nicht da waren?

| 1. Ja

| 5. Nein

| *IF SP014_ (LOOK AFTER GRANDCHILDREN) = 1. Ja*

|| **SP015_ PARENTS FROM GRANDCHILDREN**

|| Welches Ihrer Kinder ist ein Elternteil [des Enkelkindes, das/der Enkelkinder, die] Sie betreut haben?

|| 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**

|||| Wie oft passten Sie in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf Monaten] auf den Nachwuchs von [FLChild[i]] auf?

|||| IWER:VORLESEN

|||| 1. Fast jeden Tag

|||| 2. Fast jede Woche

|||| 3. Fast jeden Monat

|||| 4. Seltener

|||| **SP017_ HOURS LOOKING AFTER GRANDCHILDREN**

|||| Ungefähr wie viele Stunden [an einem typischen Tag/in einer typischen Woche/in einem typischen Monat/in den letzten zwölf Monaten] betreuen Sie den

|||| Nachwuchs von [FLChild[i]]?

|||| IWER:AUF GANZE STUNDEN RUNDEN

|||| _____ (0..9000)

||| *ENDIF*

|| *ENDLOOP*

| *ENDIF*

ENDIF

IF MN013_ (HOUSEHOLD SIZE) > 1

| **SP018_ GIVEN HELP TO SOMEONE IN THE HOUSEHOLD**

| Reden wir nun über Hilfe innerhalb Ihres Haushalts. Lebt jemand bei Ihnen, dem Sie in [der Zeit seit dem letzten Interview/den letzten zwölf

| Monaten] regelmäßig bei persönlicher Pflege, wie Waschen, aus dem Bett Aufstehen oder Anziehen geholfen haben?

| IWER:UNTER REGELMÄSSIG VERSTEHEN WIR TÄGLICHE ODER FAST

TÄGLICHE HILFE FÜR MINDESTENS DREI MONATE. KURZZEITIGE HILFE BEI

KRANKHEIT VON

| FAMILIENMITGLIEDERN IST HIER NICHT GEMEINT.

| 1. Ja

| 5. Nein

| *IF SP018_ (GIVEN HELP TO SOMEONE IN THE HOUSEHOLD) = 1. Ja*

|| **SP019_ TO WHOM GIVEN HELP IN THIS HOUSEHOLD**

|| Um wen handelt es sich dabei?

|| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

|| {Liste mit Verwandten und Freunden}

|| *IF >Liste mit Verwandten und Freunden IN SP019_(TO WHOM GIVEN HELP IN THIS HOUSEHOLD)*

||| **SP025_ NAME OTHER CHILD**

||| IWER:DEN NAMEN DES KINDES EINTRAGEN

||| _____

|| *ENDIF*

| *ENDIF*

| *IF NOT 96 IN Sec_PH.Health_B2.PH048_HeADLa*

|| **SP020_ SOMEONE IN THIS HOUSEHOLD HELPED YOU REGULARLY WITH PERSONAL CARE**

|| Und gibt es jemanden in Ihrem Haushalt, der Ihnen regelmäßig während [der Zeit seit dem letzten Interview/der letzten zwölf Monate] bei

|| persönlicher Pflege, wie Waschen, aus dem Bett Aufstehen oder Anziehen geholfen hat?

|| IWER:UNTER REGELMÄSSIG VERSTEHEN WIR TÄGLICHE ODER FAST TÄGLICHE HILFE FÜR MINDESTENS DREI MONATE. KURZZEITIGE HILFE BEI KRANKHEIT IST HIER NICHT

|| GEMEINT.

|| 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**

||| Um wen handelt es sich dabei?

||| IWER:ALLE ZUTREFFENDEN KODIEREN

||| {Liste mit Verwandten und Freunden}

||| *IF >Liste mit Verwandten und Freunden IN SP021_(WHO HELPES YOU WITH PERSONAL CARE IN THE HOUSEHOLD)*

||| **SP026_ NAME OTHER CHILD**

```

||| IWER:DEN NAMEN DES KINDES EINTRAGEN
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
ENDIF

```

SP022_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN SP

IWER:BITTE ÜBERPRÜFEN: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM ABSCHNITT BEANTWORTET?

1. Nur der/die Befragte
2. Der/die Befragte und ein/e Stellvertreter/in
3. Nur ein/e Stellvertreter/in

IF MN007_ (FINANCIAL RESPONDENT) = 1

| FT001_ INTRODUCTION FINANCIAL TRANSFERS

| Manche Menschen helfen ihren Eltern, Kindern, Enkeln, anderen Verwandten, Freunden, Bekannten und Nachbarn, indem sie ihnen Geld oder Geschenke geben
| oder sie finanziell unterstützen, während andere dies nicht tun.
| 1. Weiter

| FT002_ GIVEN FINANCIAL GIFT 250 OR MORE

| Denken Sie nun bitte an die [Zeit seit dem letzten Interview im/letzten zwölf Monate] [Monat und Jahr des letzten Interviews]/{empty}}. Ohne freie
| Kost und Unterkunft zu berücksichtigen, haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}]/{empty}} [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]/{empty}}
| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}]/{empty}} jemanden (aus diesem Haushalt oder von außerhalb) mit einem Geldbetrag oder
| Geschenk im Wert von [{250}] [{Währung}] oder mehr unterstützt?
| IWER:MIT FINANZIELLER UNTERSTÜTZUNG IST HIER GEMEINT, DASS GELD GEGEBEN WIRD, RECHNUNGEN BEZAHLT WERDEN, ODER ANDERE KOSTEN, WIE Z.B. ARZTRECHNUNGEN
| ODER VERSICHERUNGEN, AUSBILDUNGSGEBÜHREN, DIE ABZAHLUNG FÜR EIN HAUS, MIETE U.Ä. ÜBERNOMMEN WERDEN. KREDITE ODER SPENDEN AN
| WOHLTÄTIGKEITSORGANISATIONEN SIND NICHT ZU BERÜCKSICHTIGEN, NUR GESCHENKE UND HILFELEISTUNG!
| 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

| Wem haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}]/{empty}}


```

[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}]
|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}]{empty}]{empty}]
[{}in den letzten zwölf Monaten] [{}ausserdem noch] eine
|| solche finanzielle Hilfe oder ein Geschenk zukommen lassen?
|| IWER:DAS INSTRUMENT ERLAUBT DIE WIEDERHOLUNG DER SCHLEIFE ÜBER
GEGEBENE GESCHENKE BIS ZU DREI MAL
|| {Liste mit Verwandten und Freunden}
||
|| IF FT003_ (TO WHOM DID YOU PROVIDE FINANCIAL GIFT 250 OR MORE) = >Liste
mit Verwandten und Freunden
|||
||| FT022_ NAME OTHER CHILD
|||
||| IWER:DEN NAMEN DES KINDES EINTRAGEN
||| _____
|||
||| 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}]
|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}]{empty}] dieser Person
insgesamt in [der Zeit seit dem letzten Interview im/den letzten
|| zwölf Monaten] [{}Monat und Jahr des letzten Interviews]{empty}] gegeben?
|| IWER:FALLS MEHR ALS EIN GESCHENK GEGEBEN WURDE, ADDIEREN SIE
DEN WERT ZU EINEM GESAMTBETRAG IN [{}Währung}]
|| {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
||| Bitte sehen Sie sich Karte 39 an. Was war der Hauptgrund für die finanzielle Hilfe bzw. das
Geschenk?
||| 1. Für den Lebensunterhalt
||| 2. Um ein Haus oder eine Wohnung zu kaufen oder einzurichten
||| 3. Um eine größere Anschaffung zu tätigen (außer Immobilien)
||| 4. Wegen eines familiären Ereignisses (Geburt, Hochzeit, andere Festlichkeit)
||| 5. Als Hilfe bei einer Scheidung
||| 6. Als Hilfe bei Todesfall oder Krankheit
||| 7. Als Hilfe bei Arbeitslosigkeit

```

```

|| 8. Zur Aus- oder Weiterbildung
|| 9. Als Hilfe bei einer gesetzlichen Verpflichtung (z.B. Alimente oder Zahlungen für die
Pflege der Eltern)
|| 96. Ohne bestimmten Grund
|| 97. Anderer Grund
||
|| IF Index <> 3
||
||| FT007_ OTHER PERSONS GIVEN FINANCIAL GIFT 250 OR MORE
||| Denken Sie bitte noch immer an [die Zeit seit dem letzten Interview/die letzten zwölf
Monate]: Haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
||| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] noch anderen
Personen (aus diesem Haushalt
||| oder von außerhalb) mit einem Geldbetrag oder Geschenk geholfen, dessen Wert [{250}]
[{Währung}] oder mehr betragen hat?
||| 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
||| Wem haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}/{empty}]
[{empty}/in den letzten zwölf Monaten] [{empty}/ausserdem noch] eine
||| solche finanzielle Hilfe oder ein Geschenk zukommen lassen?
||| IWER:DAS INSTRUMENT ERLAUBT DIE WIEDERHOLUNG DER SCHLEIFE
ÜBER GEGEBENE GESCHENKE BIS ZU DREI MAL
||| {Liste mit Verwandten und Freunden}
|||
||| IF FT003_ (TO WHOM DID YOU PROVIDE FINANCIAL GIFT 250 OR MORE) =
>Liste mit Verwandten und Freunden
|||
||| FT022_ NAME OTHER CHILD
|||
||| IWER:DEN NAMEN DES KINDES EINTRAGEN
||| _____
|||
||| 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}]
||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] dieser Person
insgesamt in [der Zeit seit dem letzten Interview im/den letzten

```

```

|||| zwölf Monaten] [{Monat und Jahr des letzten Interviews}/{empty}] gegeben?
|||| IWER:FALLS MEHR ALS EIN GESCHENK GEGEBEN WURDE, ADDIEREN SIE
DEN WERT ZU EINEM GESAMTBETRAG IN [{Währung}]
|||| {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
|||| Bitte sehen Sie sich Karte 39 an. Was war der Hauptgrund für die finanzielle Hilfe bzw.
das Geschenk?
|||| 1. Für den Lebensunterhalt
|||| 2. Um ein Haus oder eine Wohnung zu kaufen oder einzurichten
|||| 3. Um eine größere Anschaffung zu tätigen (außer Immobilien)
|||| 4. Wegen eines familiären Ereignisses (Geburt, Hochzeit, andere Festlichkeit)
|||| 5. Als Hilfe bei einer Scheidung
|||| 6. Als Hilfe bei Todesfall oder Krankheit
|||| 7. Als Hilfe bei Arbeitslosigkeit
|||| 8. Zur Aus- oder Weiterbildung
|||| 9. Als Hilfe bei einer gesetzlichen Verpflichtung (z.B. Alimente oder Zahlungen für die
Pflege der Eltern)
|||| 96. Ohne bestimmten Grund
|||| 97. Anderer Grund
||||
|||| IF Index <> 3
||||
|||| FT007_ OTHER PERSONS GIVEN FINANCIAL GIFT 250 OR MORE
|||| Denken Sie bitte noch immer an [die Zeit seit dem letzten Interview/die letzten zwölf
Monate]: Haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
|||| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] noch anderen
Personen (aus diesem Haushalt
|||| oder von außerhalb) mit einem Geldbetrag oder Geschenk geholfen, dessen Wert
[{{250}}] [{Währung}] oder mehr betragen hat?
|||| 1. Ja
|||| 5. Nein
||||
|||| ENDIF
||||
|||| ENDIF
||||

```

```

| | ENDLOOP
| |
| ENDIF
|
| FT008_ INTRODUCTION RECEIVE
| Ich habe Sie gerade nach finanzieller Hilfe gefragt, die Sie geleistet haben. Wir würden nun
| gerne etwas über finanzielle Hilfe oder Geschenke
| erfahren, die Sie selbst bekommen haben.
| 1. Weiter
|
| FT009_ RECEIVED FINANCIAL GIFT OF 250 OR MORE
| Bitte denken Sie an [die Zeit seit dem letzten Interview/die letzten zwölf Monate]. Ohne
| freie Kost und Unterkunft zu berücksichtigen, haben Sie
| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] von
| jemandem (aus diesem Haushalt oder von außerhalb) Geld oder Geschenke im Wert von
| [{250}] [{Währung}] oder mehr erhalten?
| IWER:MIT FINANZIELLER UNTERSTÜTZUNG IST HIER GEMEINT, DASS GELD
| GEGEBEN WIRD, RECHNUNGEN BEZAHLT WERDEN, ODER ANDERE KOSTEN,
| WIE Z.B. ARZTRECHNUNGEN
| ODER VERSICHERUNGEN, AUSBILDUNGSGEBÜHREN, DIE ABZAHLUNG FÜR
| EIN HAUS, MIETE U.A. ÜBERNOMMEN WERDEN. KREDITE ODER EIN ERBE SIND
| NICHT ZU
| BERÜCKSICHTIGEN, NUR GESCHENKE UND HILFELEISTUNG!
| 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 hat Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
| | [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]
| | [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährten/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] [{empty}/noch]
| | [{empty}/in den letzten zwölf Monaten] Geldzuwendungen oder
| | Unterstützung gewährt? [Bitte geben Sie die Person an, die Ihnen am meisten geholfen
| | hat./{empty}]
| | {Liste mit Verwandten und Freunden}
| |
| | IF FT010_ (FROM WHOM RECEIVED FINANCIAL GIFT 250 OR MORE) = >Liste mit
| | Verwandten und Freunden
| |
| | FT023_ NAME OTHER CHILD
| |
| | IWER:DEN NAMEN DES KINDES EINTRAGEN
| | _____
| |
| | ENDIF
| |
| | FT011_ AMOUNT FINANCIAL GIFT RECEIVED 250 OR MORE
| | Ungefähr wie viel hat diese Person Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
| | [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]

```

|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährten/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] insgesamt in [der Zeit seit dem letzten Interview im/den letzten zwölf Monaten]

|| [{Monat und Jahr des letzten Interviews}/{empty}] gegeben?

|| IWER:FALLS MEHR ALS EIN GESCHENK GEGEBEN WURDE, ADDIEREN SIE DEN WERT ZU EINEM GESAMTBETRAG IN [{Währung}]

|| {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 Karte 39 an. Was war der Hauptgrund für die finanzielle Hilfe bzw. das Geschenk?

|| 1. Für den Lebensunterhalt

|| 2. Um ein Haus oder eine Wohnung zu kaufen oder einzurichten

|| 3. Um eine größere Anschaffung zu tätigen (außer Immobilien)

|| 4. Wegen eines familiären Ereignisses (Geburt, Hochzeit, andere Festlichkeit)

|| 5. Als Hilfe bei einer Scheidung

|| 6. Als Hilfe bei Todesfall oder Krankheit

|| 7. Als Hilfe bei Arbeitslosigkeit

|| 8. Zur Aus- oder Weiterbildung

|| 9. Als Hilfe bei einer gesetzlichen Verpflichtung (z.B. Alimente oder Zahlungen für die Pflege der Eltern)

|| 96. Ohne bestimmten Grund

|| 97. Anderer Grund

||

|| *IF Index <> 3*

||

|| **FT014_ FROM OTHER PERSONS RECEIVED FINANCIAL GIFT 250 OR MORE**

|| (Denken Sie bitte noch immer an [die Zeit seit dem letzten Interview/die letzten zwölf Monate].) Haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]

|| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]

[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] noch von anderen Personen (aus diesem Haushalt

|| oder von außerhalb) finanzielle Hilfe, Geschenke oder Unterstützung im Wert von [{250}] [{Währung}] oder mehr bekommen?

|| IWER:DAS INSTRUMENT ERLAUBT AUCH DIE WIEDERHOLUNG DER SCHLEIFE ÜBER ERHALTENE GESCHENKE BIS ZU DREI MAL

|| 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 hat Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
||| [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]
||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährten/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] [{empty}/noch]
||| [{empty}/in den letzten zwölf Monaten] Geldzuwendungen oder
||| Unterstützung gewährt? [Bitte geben Sie die Person an, die Ihnen am meisten geholfen
||| hat./{empty}]
||| {Liste mit Verwandten und Freunden}
|||
||| IF FT010_ (FROM WHOM RECEIVED FINANCIAL GIFT 250 OR MORE) = >Liste mit Verwandten und Freunden
|||
||| FT023_ NAME OTHER CHILD
|||
||| IWER:DEN NAMEN DES KINDES EINTRAGEN
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
||| FT011_ AMOUNT FINANCIAL GIFT RECEIVED 250 OR MORE
||| Ungefähr wie viel hat diese Person Ihnen [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
||| [Ihrem/Ihrer/Ihrem/Ihrer/{empty}/{empty}]
||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährten/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] insgesamt in
||| [der Zeit seit dem letzten Interview im/den letzten zwölf Monaten]
||| [{Monat und Jahr des letzten Interviews}/{empty}] gegeben?
||| IWER:FALLS MEHR ALS EIN GESCHENK GEGEBEN WURDE, ADDIEREN SIE
||| DEN WERT ZU EINEM GESAMTBETRAG IN [{Währung}]
||| {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 Karte 39 an. Was war der Hauptgrund für die finanzielle Hilfe bzw. das Geschenk?

|||| 1. Für den Lebensunterhalt

|||| 2. Um ein Haus oder eine Wohnung zu kaufen oder einzurichten

|||| 3. Um eine größere Anschaffung zu tätigen (außer Immobilien)

|||| 4. Wegen eines familiären Ereignisses (Geburt, Hochzeit, andere Festlichkeit)

|||| 5. Als Hilfe bei einer Scheidung

|||| 6. Als Hilfe bei Todesfall oder Krankheit

|||| 7. Als Hilfe bei Arbeitslosigkeit

|||| 8. Zur Aus- oder Weiterbildung

|||| 9. Als Hilfe bei einer gesetzlichen Verpflichtung (z.B. Alimente oder Zahlungen für die Pflege der Eltern)

|||| 96. Ohne bestimmten Grund

|||| 97. Anderer Grund

||||

|||| *IF Index <> 3*

||||

|||| **FT014_ FROM OTHER PERSONS RECEIVED FINANCIAL GIFT 250 OR MORE**

|||| (Denken Sie bitte noch immer an [die Zeit seit dem letzten Interview/die letzten zwölf Monate].) Haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]

|||| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]

[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] noch von anderen Personen (aus diesem Haushalt

|||| oder von außerhalb) finanzielle Hilfe, Geschenke oder Unterstützung im Wert von [{250}] [{Währung}] oder mehr bekommen?

|||| IWER:DAS INSTRUMENT ERLAUBT AUCH DIE WIEDERHOLUNG DER SCHLEIFE ÜBER ERHALTENE GESCHENKE BIS ZU DREI MAL

|||| 1. Ja

|||| 5. Nein

||||

|||| *ENDIF*

||||

||| *ENDIF*

|||

| *ENDLOOP*

|

| *ENDIF*

|

| **FT015_ EVER RECEIVED GIFT OR INHERITED MONEY 5000 OR MORE**

| Haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]

| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] [, abgesehen von allen Geschenken, über die wir möglicherweise bereits vorher

| gesprochen haben, jemals/seit dem letzten Interview im] [{empty}/{Monat und Jahr des letzten Interviews}] [ein Geschenk bekommen oder/{empty}] Geld,

| Gegenstände oder Immobilien (z.B. Häuser) geerbt, die mehr wert waren als [{5000}] [{Währung}]?

| IWER:DIE BEREITS VORHER BESPROCHENEN GESCHENKE NICHT DAZUZÄHLEN

| 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 an das wertvollste Geschenk oder die größte Erbschaft./{empty}] In welchem
Jahr haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
| | [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] dieses Geschenk
bekommen bzw. diese Erbschaft
| | gemacht?
| | (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}]
| | [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] dieses Geschenk
bzw. diese Erbschaft bekommen?
| | {Liste mit Verwandten und Freunden}
| |
| | IF FT017_ (FROM WHOM INHERITED 5000 OR MORE) = >Liste mit Verwandten und
Freunden
| |
| |
| | FT024_ NAME OTHER CHILD
| |
| | IWER: DEN NAMEN DES KINDES EINTRAGEN
| | _____
| |
| | ENDIF
| |
| | FT018_ VALUE INHERITANCE
| | Wie viel war dieses Geschenk bzw. diese Erbschaft zu dem Zeitpunkt wert, als Sie
[oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
| | [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] es(/sie) erhalten
haben?
| | IWER: BETRAG IN [{Währung}] EINTRAGEN
| | {Betrag eintragen}
| |
| | IF FT018_ (VALUE INHERITANCE) = RESPONSE
| |
| | CHK: FT018_AmRecInh5000 >= VAL (FL5000) MAIN "^FLerror[23]"
| | ENDIF
| |
| | IF FT018_ (VALUE INHERITANCE) = EMPTY AND MN004_ (EURO COUNTRY) = 1
| |
| | FT018M VALUE INHERITANCE
| | Wie viel war dieses Geschenk bzw. dieses Erbe wert, als Sie
[oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
| | [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] es erhalten haben?
| | IWER: BETRAG IN SCHILLING EINTRAGEN. NOTIZ MACHEN (STRG UND M
GLEICHZEITIG DRÜCKEN), FALLS ANDERE EHEMALIGE WÄHRUNG
ANGEGEBEN WIRD!

```



```

||| {Betrag eintragen}
|||
CHK: FT018MAMRecInh5000 >= VAL (FL5000) MAIN "^FLError[23]"
|| ENDIF
||
CHK: NOT (FT018_AmRecInh5000 = EMPTY AND FT018MAMRecInh5000 = 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}]
||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] [in der Zeit seit
dem letzten Interview/{empty}] ein weiteres Geschenk bekommen
||| oder eine weitere Erbschaft gemacht, die mehr wert war als [{5000}] [{Währung}] ?
||| 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 an das wertvollste Geschenk oder die größte Erbschaft./{empty}] In
welchem Jahr haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
||| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] dieses Geschenk
bekommen bzw. diese Erbschaft
||| gemacht?
||| (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}]
||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] dieses Geschenk
bzw. diese Erbschaft bekommen?
||| {Liste mit Verwandten und Freunden}
|||
||| IF FT017_ (FROM WHOM INHERITED 5000 OR MORE) = >Liste mit Verwandten und
Freunden
|||

```

```

||||| FT024_ NAME OTHER CHILD
|||||
||||| IWER:DEN NAMEN DES KINDES EINTRAGEN
||||| _____
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| FT018_ VALUE INHERITANCE
||||| Wie viel war dieses Geschenk bzw. diese Erbschaft zu dem Zeitpunkt wert, als Sie
[oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
||||| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] es(/sie) erhalten
haben?
||||| IWER:BETRAG IN [{Währung}] EINTRAGEN
||||| {Betrag eintragen}
|||||
||||| IF FT018_ (VALUE INHERITANCE) = RESPONSE
|||||
CHK: FT018_AmRecInh5000 >= VAL (FL5000) MAIN "^FLError[23]"
||||| ENDIF
|||||
||||| IF FT018_ (VALUE INHERITANCE) = EMPTY AND MN004_ (EURO COUNTRY) = 1
|||||
||||| FT018M VALUE INHERITANCE
||||| Wie viel war dieses Geschenk bzw. dieses Erbe wert, als Sie
[oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
||||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] es erhalten
haben?
||||| IWER:BETRAG IN SCHILLING EINTRAGEN.NOTIZ MACHEN (STRG UND M
GLEICHZEITIG DRÜCKEN), FALLS ANDERE EHEMALIGE WÄHRUNG
ANGEGEBEN WIRD!
||||| {Betrag eintragen}
|||||
CHK: FT018MAmRecInh5000 >= VAL (FL5000) MAIN "^FLError[23]"
||||| ENDIF
|||||
CHK: NOT (FT018_AmRecInh5000 = EMPTY AND FT018MAmRecInh5000 = 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}]

```

|||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] [in der Zeit seit dem letzten Interview/{empty}] ein weiteres Geschenk bekommen

|||| oder eine weitere Erbschaft gemacht, die mehr wert war als [{5000}] [{Währung}] ?

|||| 1. Ja

|||| 5. Nein

||||

||| *ENDIF*

|||

|| *ENDIF*

||

| *ENDLOOP*

|

| *ENDIF*

|

| **FT021_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN FT**

|

| IWER:CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM ABSCHNITT BEANTWORTET?

| 1. Nur der/die Befragte

| 2. Der/die Befragte und ein/e Stellvertreter/in

| 3. Nur ein/e Stellvertreter/in

|

|

| *ENDIF*

IF MN024_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1

|

| *IF MN008_ (HOUSEHOLD RESPONDENT) = 1*

||

|| **HO001_ INTERVIEW IN HOUSE R**

||

|| IWER:FINDET DAS INTERVIEW IN DER WOHNUNG BZW. IM HAUS DER BEFRAGTEN PERSON STATT?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

||

|| *IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1*

|||

||| **HO044_ CHANGE PLACE OF RESIDENCE**

||| Ich möchte Ihnen nun gerne ein paar Fragen zu Ihrer Wohnung stellen. Sind Sie seit [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] in eine andere

||| Unterkunft, ein anderes Haus oder eine andere Wohnung umgezogen.

||| 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 Ihren Umzug?

||| 1. Familiäre Gründe

||| 2. Die Arbeit

||| 3. Wollte ein kleineres/größeres/anderes Haus od. eine kleinere/größere/andere Wohnung
||| 4. Wollte in andere Gegend
||| 97. Andere Gründe

|||
|||

||| *ENDIF*

|||

||| *ENDIF*

|||

||| **HO002_ OWNER, TENANT OR RENT FREE**

||| [{empty}/Ich möchte Ihnen nun gerne ein paar Fragen zu Ihrer Wohnung stellen.] Wohnen Sie als Eigentümer, als Hauptmieter, als Untermieter oder mietfrei?

||| IWER:FALLS NÖTIG, VORLESEN: EIN UNTERMIETER IST JEMAND, DER EINE UNTERKUNFT VON JEMANDEM MIETET, DER DIESE SELBST VON JEMAND ANDEREM GEMIETET HAT

- ||| 1. Eigentümer
- ||| 2. Mitglied einer Wohngemeinschaft (WG)
- ||| 3. Hauptmieter
- ||| 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**

||| Welchen Zeitraum hat Ihre letzte Mietzahlung abgedeckt? War das ...

||| IWER: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**

||| Um welchen anderen Zeitraum handelt es sich dabei?

||| _____

|||

||| *ENDIF*

|||

||| **HO005_ LAST PAYMENT**

||| Wie hoch war Ihre letzte Mietzahlung?

||| IWER:BETRAG IN [{Währung}]

||| {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**

||| Hat Ihre letzte Mietzahlung alle Betriebskosten enthalten, also Wasser, Müllabfuhr, Instandhaltung der Gemeinschaftsbereiche, Strom oder Heizung?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||

||| *IF HO007_ (LAST PAYMENT INCLUDE ALL CHARGES AND SERVICES) = 5. Nein*

|||

||| **HO008_ CHARGES AND SERVICES**

||| Und wieviel haben Sie während [der letzten Woche/des letzten Monats/der letzten 3 Monate/der letzten 6 Monate/der letzten Zahlungsperiode] ungefähr

||| an Betriebskosten gezahlt, die nicht durch Ihre Miete abgedeckt waren?

||| IWER:BETRAG IN [{Währung}]

||| {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:VORLESEN

||| 1. Ausschließlich mit eigenen Mitteln gekauft oder gebaut

||| 2. Mit Hilfe der Familie gekauft oder gebaut

||| 3. Geerbt

||| 4. Geschenkt bekommen

||| 5. Auf andere Art erworben

|||

||| **HO012_ YEAR ACQUIRED THE HOUSE**

||| In welchem Jahr war das?

||| (1900..2007)

```

|||
||| HO013_ MORTGAGES OR LOANS ON PROPERTY
||| Ist diese Immobilie mit einer Hypothek oder einem Kredit belastet?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF HO013_ (MORTGAGES OR LOANS ON PROPERTY) = 1. Ja
|||
||| HO014_ YEARS LEFT OF MORTGAGE OR LOAN
||| Wie viele Jahre läuft diese Hypothek oder dieser Kredit noch?
||| IWER:BEI MEHR ALS EINER HYPOTHEK / EINEM DARLEHEN: GRÖSSTE(S)
ANGEBEN
||| _____ (1..50)
|||
||| HO015_ AMOUNT STILL TO PAY ON MORTGAGE OR LOAN
||| Wieviel müssen Sie
[oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}][Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] noch von dieser
Hypothek oder diesem Kredit abbezahlen, wenn Sie die Zinszahlungen
||| nicht mit berücksichtigen?
||| IWER:GESAMTBETRAG IN [{Währung}]
||| {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
||| Zahlen Sie Ihre Hypotheken oder Darlehen regelmäßig zurück?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
||| IF HO017_ (REGULARLY REPAY MORTGAGE OR LOANS) = 1. Ja
|||
||| HO020_ AMOUNT REGULAR REPAYMENTS ON MORTGAGE OR LOAN
||| Wieviel haben Sie, in den letzten zwölf Monaten, für alle offenen Kredite und
Hypotheken auf diese Immobilie bezahlt?
||| IWER:BETRAG IN [{Währung}]
||| {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 jemals mehr als zwei Monate mit diesen
Ratenzahlungen 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 einen Teil dieser Wohnung oder des Hauses?
||||| 1. Ja
||||| 5. Nein
|||||
||||| ENDIF
|||||
||||| IF HO002_ (OWNER, TENANT OR RENT FREE) = 1. Eigentümer OR
HO002_OwnerTenant.ORD = 2
|||||
||||| HO024_ VALUE OF THE HOUSE
||||| Wenn Sie Ihre Immobilie heute verkaufen würden, wieviel würden Sie Ihrer Meinung
nach dafür bekommen?
||||| IWER:BETRAG IN [{Währung}]
||||| {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}]
||||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] Zweitwohnungen,
Ferienhäuser, andere Immobilien oder Grund und Boden
||||| (einschließlich Forste)?
||||| IWER:BITTE TIME-SHARING ARRANGEMENTS NICHT BERÜCKSICHTIGEN
||||| 1. Ja
||||| 5. Nein
|||||
||||| IF HO026_ (OWN SECONDARY HOMES ETC) = 1. Ja
|||||

```

```

||| HO027_ VALUE OF REAL ESTATE
||| Wieviel wäre dieser Besitz Ihrer Meinung nach wert, wenn Sie ihn jetzt verkaufen
würden?
||| IWER:FALLS BESITZ IM AUSLAND LIEGT, WERT IN [{Währung}] 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}]
||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] im Jahr [{letztes
Jahr}] Mieteinnahmen oder andere Einkünfte aus diesem Besitz
||| 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 diese Mieteinnahmen oder anderen Einkünfte für Sie
[oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihren/Ihre/Ihren/Ihre/{empty}/{empty}]
||| | [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährten/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] im Jahr [{letztes
Jahr}] nach Steuern?
||| | IWER:BETRAG IN [{Währung}]
||| | {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
||| | Nun haben wir ein paar Fragen zu Ihrer Wohnung. Wie viele Zimmer nutzen die
Mitglieder Ihres Haushalts selbst, einschließlich Schlafzimmer? Zählen
||| | Sie nicht mit: Küche, Badezimmer, Vorräume [sowie vermietete oder untervermietete
Räume/{empty}].

```


||| IWER:ABSTELLRAUM, KELLER, DACHBODEN U. DGL. NICHT MITZÄHLEN!
||| _____ (1..25)

||| **HO050_ INDOOR BATH OR SHOWER**

||| Gibt es in Ihrer Wohnung bzw. in Ihrem Haus ein eigenes Bad oder eine eigene Dusche?

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

||| **HO051_ INDOOR FLUSHING TOILET**

||| Gibt es in Ihrer Wohnung bzw. in Ihrem Haus ein eigenes WC?

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

||| **HO052_ CENTRAL HEATING**

||| Gibt es in Ihrer Wohnung bzw. in Ihrem Haus eine Zentralheizung?

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

||| **HO053_ AIR CONDITION**

||| Gibt es in Ihrer Wohnung bzw. in Ihrem Haus eine Klimaanlage?

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

||| **HO054_ ELEVATOR**

||| Gibt es in Ihrer Wohnung bzw. in Ihrem Haus einen Aufzug?

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

||| **HO055_ BALCONY TERRACE OR GARDEN**

||| Gibt es in Ihrer Wohnung bzw. in Ihrem Haus einen Garten, Balkon oder eine Terrasse?

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

||| **HO033_ SPECIAL FEATURES IN THE HOUSE**

||| Hat Ihr Haus/Ihre Wohnung spezielle Einrichtungen, die für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen oder gesundheitlichen Problemen hilfreich sein können?

||| IWER:Z.B. BREITERE DURCHGÄNGE, RAMPEN, AUTOMATISCHE TÜREN, TREPPENLIFTE, NOTRUFTASTEN, ADAPTIERUNGEN IN KÜCHE ODER BAD

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

||| **HO034_ YEARS IN ACCOMMODATION**

||| Wie viele Jahre leben Sie schon in Ihrer jetzigen Wohnung?

||| IWER:AUF GANZE JAHRE AUFRUNDEN
||| _____ (0..120)

||| **HO035_ YEARS IN COMMUNITY**

||| Und wie viele Jahre leben Sie ungefähr schon in Ihrer jetzigen Gemeinde?

||| IWER:AUF GANZE JAHRE AUFRUNDEN. LÄNGE DER LETZTEN PERIODE
||| EINTRAGEN

||| _____ (0..120)
|||

CHK: HO034_YrsAcc <= HO035_YrsComm MAIN "^FLError[13]"

||| IF HO001_ (INTERVIEW IN HOUSE R) = 5. Nein

|||

||| **HO036_ TYPE OF BUILDING**

||| Wie sieht das Gebäude aus, in dem Sie leben?

||| IWER:VORLESEN

||| 1. Bauernhaus

||| 2. Freistehendes Ein- oder Zweifamilienhaus

||| 3. Ein- oder Zweifamilienhaus als Reihen- oder Doppelhaus

||| 4. Gebäude mit 3-8 Wohnungen

||| 5. Gebäude mit 9 oder mehr Wohnungen aber nicht mehr als 8 Stockwerken

||| 6. Hochhaus mit 9 oder mehr Stockwerken

||| 7. Seniorengerechtes Wohnen mit Betreuungsmöglichkeiten

||| 8. Seniorenheim mit Betreuung rund um die Uhr

|||

|||

||| IF HO036_ (TYPE OF BUILDING) = 4. Gebäude mit 3-8 Wohnungen OR
HO036_TypeAcc.ORD = 5

|||

||| **HO042_ NUMBER OF FLOORS OF BUILDING**

||| Wieviele Stockwerke, inklusive Erdgeschoss, hat das Gebäude, in dem Ihr Haushalt lebt?

||| _____ (1..99)

|||

||| ENDIF

|||

||| IF HO036_ (TYPE OF BUILDING) > 3. Ein- oder Zweifamilienhaus als Reihen- oder
Doppelhaus

|||

||| **HO043_ NUMBER OF STEPS TO ENTRANCE**

||| Wieviele Stufen müssen Sie steigen (rauf oder runter), um zum Haupteingang Ihrer Wohnung zu gelangen?

||| IWER:Berücksichtigen Sie keine Stufen, die durch Benützung des Fahrstuhls vermieden werden können.

||| 1. Bis zu 5

||| 2. 6 bis 15

||| 3. 16 bis 25

||| 4. Mehr als 25

|||

||| ENDIF

|||

||| **HO037_ AREA WHERE YOU LIVE**

||| Sehen Sie sich bitte Karte 41 an. Wie würden Sie die Gegend, in der Sie wohnen, beschreiben?

||| 1. Großstadt

||| 2. Vorstadt, Außenbezirk

||| 3. Größere Stadt

||| 4. Kleinstadt

||| 5. Ländliche Gegend/Dorf

|||
|||

||| *ENDIF*

|||
|||

||| **HO056_ AREA FACILITIES**

||| Und was meinen Sie zur unmittelbaren Umgebung Ihrer Wohnung bzw. Ihres Hauses.

Würden Sie sagen, es gibt in einer annehmbaren Entfernung genügend

Einrichtungen wie Apotheken, Ärzte, Lebensmittelgeschäfte?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||
|||

||| **HO057_ AREA PUBLIC TRANSPORTATION**

||| Würden Sie sagen, Sie sind gut an den öffentlichen Verkehr angebunden?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||
|||

||| **HO058_ AREA POLLUTION NOISE OR OTHER PROBLEMS**

||| Würden Sie sagen, die Gegend leidet unter Luftverschmutzung, Lärm oder anderen Umweltproblemen?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||
|||

||| **HO059_ AREA VANDALISM OR CRIME**

||| Würden Sie sagen, die Gegend leidet unter Vandalismus oder Kriminalität?

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||
|||

||| *ENDIF*

|||
|||

||| **HO038_ TIME IN OTHER ACCOMMODATION**

||| Abgesehen von Urlauben oder Kurzbesuchen, verbringen Sie regelmäßig einen Teil des Jahres an einem anderen Wohnsitz?

||| **IWER:BEI UNKLARHEITEN: LÄNGER ALS EIN MONAT**

||| 1. Ja

||| 5. Nein

|||
|||

||| *IF HO038_ (TIME IN OTHER ACCOMMODATION) = 1. Ja*

|||
|||

||| **HO039_ LOCATION OF RESIDENCE**

||| Wo befindet sich dieser Wohnsitz?

||| **IWER:VORLESEN**

||| 1. In derselben Stadt oder Gemeinde

||| 2. In einem anderen Teil des Landes

||| 3. In einem anderen Land (bitte genau angeben)

|||
|||

||| *IF HO039_ (LOCATION OF RESIDENCE) = 3. In einem anderen Land (bitte genau angeben)*

|||
|||

||| **HO040_ COUNTRY OF ACCOMMODATION**

||| In welchem anderen Land befindet sich dieser Wohnsitz?

||| _____

```

|||
||| ENDIF
|||
||| ENDIF
|||
||| HO041_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN HO
|||
||| IWER:CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM ABSCHNITT BEANTWORTET?
||| 1. Nur der/die Befragte
||| 2. Der/die Befragte und ein/e Stellvertreter/in
||| 3. Nur ein/e Stellvertreter/in
|||
|||
||| ENDIF
|||
ENDIF

IF MN024_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1
|
| IF MN008_ (HOUSEHOLD RESPONDENT) = 1
|||
||| HH001_ OTHER CONTRIBUTION TO HOUSEHOLD INCOME
||| Auch wenn wir Sie [oder andere Haushaltsmitglieder/{empty}] über einige Details bereits
befragt haben, möchten wir sicher gehen, dass wir die
||| Situation in Ihrem Haushalt richtig einschätzen. Im vergangenen Jahr, also [{letztes Jahr}],
gab es da jemanden in Ihrem Haushalt, der am Einkommen
||| des Haushalts beteiligt war, im Rahmen dieses Interviews aber nicht befragt wird?
||| IWER:FALLS NOTWENDIG: LISTE DER IN FRAGE KOMMENDEN PERSONEN
VORLESEN - BEFRAGT WERDEN IM RAHMEN DIESES INTERVIEWS [{In Frage
kommende Personen}]
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
|||
||| IF HH001_ (OTHER CONTRIBUTION TO HOUSEHOLD INCOME) = 1. Ja
|||
||| HH002_ TOTAL INCOME OTHER HOUSEHOLD MEMBERS
||| Nennen Sie uns bitte den ungefähren Gesamtbetrag des Nettoeinkommens, d.h. nach
Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen, des Jahres
||| [{letztes Jahr}] der anderen Haushaltsmitglieder.
||| IWER:NULL EINTRAGEN, WENN KEIN SOLCHES EINKOMMEN VORHANDEN
IST; BETRAG IN [{Währung}]
||| {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 bekommen Zuschüsse wie Wohnbeihilfe, Kindergeld, etc. Hat Ihr
Haushalt oder eines der Mitglieder dieses Haushalts [{letztes Jahr}]
|| eine solche Unterstützung bekommen?
|| 1. Ja
|| 5. Nein
||
|| IF HH010_ (INCOME FROM OTHER SOURCES) = 1. Ja
||
|| HH011_ ADDITIONAL INCOME RECEIVED BY ALL HOUSEHOLD MEMBERS IN
LAST YEAR
||| Ungefähr wie viel Geld, nach Steuern und Abgaben, hat der Haushalt [{letztes Jahr}] aus
solchen Zuschüssen bekommen?
||| IWER:BETRAG IN [{Währung}]
||| {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
|| Zusammenfassend, wie hoch war das Gesamteinkommen aller Personen in Ihrem Haushalt
in einem durchschnittlichen Monat im Jahr [{letztes Jahr}], nach
|| Abzug aller Steuern und Abgaben?
|| {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 den Buchstaben nennen, welcher dem
Gesamteinkommen Ihres Haushalts in einem durchschnittlichen
||| Monat in [{letztes Jahr}] entspricht?
||| _____
|||
||| ENDIF
|||
|| HH014_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN HH
||
|| IWER:CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM ABSCHNITT BEANTWORTET?

```

- || 1. Nur der/die Befragte
- || 2. Der/die Befragte und ein/e Stellvertreter/in
- || 3. Nur ein/e Stellvertreter/in

||
||

| *ENDIF*

|

ENDIF

IF MN024_ (HOUSEHOLD TYPE) = 1

|

| *IF MN008_ (HOUSEHOLD RESPONDENT) = 1*

||

|| **CO001_** Introduction text

|| Wir würden Ihnen jetzt gern ein paar Fragen zu den Ausgaben stellen, die in Ihrem Haushalt normalerweise anfallen, und dazu, wie Ihr Haushalt finanziell zurecht kommt.

|| 1. Weiter

||

||

|| **CO002_** AMOUNT SPENT ON FOOD AT HOME

|| Bitte sehen Sie sich Karte 43 an. Ungefähr wieviel Geld wurde in den letzten zwölf Monaten in Ihrem Haushalt durchschnittlich pro Monat für Lebensmittel ausgegeben?

|| IWER:BETRAG IN [{Währung}]

|| {Betrag eintragen}

||

|| **CO003_** AMOUNT SPENT ON FOOD OUTSIDE THE HOME

|| Bitte sehen Sie sich Karte 43 an. Ungefähr wieviel Geld wurde in den letzten zwölf Monaten in Ihrem Haushalt durchschnittlich pro Monat für Essen außer Haus, z.B. in Restaurants, ausgegeben?

|| IWER:BETRAG IN [{Währung}]

|| {Betrag eintragen}

||

|| **CO010_** CONSUME HOME PRODUCED FOOD

|| Essen Sie [oder andere Haushaltsmitglieder/{empty}] Gemüse, Früchte oder Fleisch, welches Sie selbst angebaut, erzeugt, erlegt oder gesammelt haben?

|| 1. Ja

|| 5. Nein

||

|| *IF CO010_ (CONSUME HOME PRODUCED FOOD) = 1. Ja*

||

|| **CO011_** VALUE OF HOME PRODUCED FOOD

|| Wieviel war das zuhause produzierte Essen wert, das Sie durchschnittlich pro Monat während des letzten Jahres verbraucht haben? Anders gesagt,

|| wieviel hätten Sie für dieses Essen bezahlen müssen, wenn Sie es gekauft hätten?

|| {Betrag eintragen}

||

|| *ENDIF*

||

|| **CO004_** AMOUNT SPENT ON TELEPHONES IN LAST MONTH

```

|| Bitte sehen Sie sich Karte 43 an. Während der letzten zwölf Monate: Ungefähr wie hoch
|| waren in einem durchschnittlichen Monat die Telefonkosten in
|| Ihrem Haushalt?
|| IWER:BETRAG IN [{Währung}]
|| {Betrag eintragen}
||
|| CO007_ IS HOUSEHOLD ABLE TO MAKE ENDS MEET
|| Wenn Sie an das gesamte Haushaltseinkommen im Monat denken, wie würden Sie sagen,
|| kommen Sie in Ihrem Haushalt mit dem Geld aus?
|| IWER:VORLESEN
|| 1. Mit großen Schwierigkeiten
|| 2. Mit gewissen Schwierigkeiten
|| 3. Einigermaßen problemlos
|| 4. Völlig problemlos
||
|| IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 1
||
|| CO008_ SITUATION IMPROVEMENT THINKING BACK ONE YEAR
|| Hat sich seit unserem letzten Interview im [{Monat und Jahr des letzten Interviews}] die
|| finanzielle Lage Ihres Haushalts insgesamt...
|| IWER:VORLESEN
|| 1. sehr verbessert
|| 2. etwas verbessert
|| 3. nicht verändert
|| 4. etwas verschlechtert
|| 5. sehr verschlechtert
||
|| ENDIF
||
|| CO009_ WHO ANSWERED THE QUESTIONS IN CO
|| IWER CHECK: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM ABSCHNITT BEANTWORTET?
|| 1. Nur der/die Befragte
|| 2. Der/die Befragte und ein/e Stellvertreter/in
|| 3. Nur ein/e Stellvertreter/in
||
|| ENDIF
|
| ENDIF
|
| IF MN007_ (FINANCIAL RESPONDENT) = 1
|
| AS001_ INTRODUCTION 1 TO ASSETS
| Bei den folgenden Fragen geht es um verschiedene Arten von Geldanlagen, die Sie
|[oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}]
|[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}]
|[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}]{empty}] möglicherweise
haben.
| 1. Weiter
|

```

```

|
| AS060_ HAS BANK ACCOUNT
| Haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] derzeit Geld auf
| einem Girokonto, Privatkonto, Sparkonto oder Postscheckkonto?
| 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. Wenn Sie sich diese Liste ansehen, was war der wichtigste
|| Grund dafür, dass Sie
|| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] derzeit
|| kein Girokonto, Sparkonto oder Postscheckkonto haben?
|| 1. Will nichts mit einer Bank zu tun haben
|| 2. Die Mindesteinlagen/-gebühren sind zu hoch
|| 3. Keine Bank bietet geeignete Öffnungszeiten oder Filialen
|| 4. Brauche/will kein Konto
|| 5. Habe nicht genug Geld dafür
|| 6. Die Ersparnisse werden von den Kindern oder anderen Verwandten (innerhalb oder
|| außerhalb des Haushalts) verwaltet
|| 95. Eigentlich habe/n ich/wir ein Konto
|| 97. Anderer Grund
||
||
| ENDIF
|
| IF AS060_ (HAS BANK ACCOUNT) = 1. Ja OR AS061_ (REASON FOR NOT HAVING A
| BANK ACCOUNT) = 95. Eigentlich habe/n ich/wir ein Konto
||
|| AS003_ AMOUNT BANK ACCOUNT
|| Ungefähr wieviel Geld haben Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]
|| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] derzeit auf Giro-,
|| Privat-, Spar- oder Postscheckkonten?
|| IWER:BETRAG IN [{Währung}]. GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER
|| EINGEBEN.
|| {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
|| Ungefähr wieviel Zinsertrag haben Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]

```



```

[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] [{"letztes Jahr"}] für
das Geld auf diesen Konten netto, also nach Abzug von
|| Steuern, erhalten?
|| IWER:BETRAG IN [{"Währung"}], NACH STEUERN; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE
PARTNER EINGEBEN
|| {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}][Ehemann/Ehefra
u/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}]
| derzeit Geld in Staats- oder Unternehmensanleihen veranlagt?
| IWER:ANLEIHEN SIND SCHULDTITEL, DIE VOM STAAT ODER PRIVATEN
UNTERNEHMEN AUSGEGEBEN WERDEN, UM KAPITAL AUSZULEIHEN
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF AS062_ (HAS BONDS) = 1. Ja
||
|| AS007_ AMOUNT IN BONDS
|| Ungefähr wieviel Geld haben Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]
[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] derzeit in Anleihen
angelegt?
|| IWER:BETRAG IN [{"Währung"}]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER
EINTRAGEN
|| {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
|| Ungefähr wie hoch war der Zinsertrag, den Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]
[{empty}/{empty}/{empty}/{empty}/{empty}/{empty}]
|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] [{"letztes Jahr"}] aus

```

```

diesen Anleihen netto, also nach Abzug von Steuern, erhalten
|| haben?
|| IWER:BETRAG IN [{Währung}]; NACH STEUERN; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE
PARTNER EINGEBEN
|| {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}]
| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] derzeit Geld in
Aktien oder Unternehmensanteilen angelegt, unabhängig davon, ob
| diese am Aktienmarkt gelistet werden?
| IWER:AKTIEN SIND WERTPAPIERE, DIE ZEIGEN, DASS DER INHABER DIESER
AKTIEN EINEN TEIL EINES UNTERNEHMENS BESITZT UND DAS RECHT HAT
VON DIESEM
| UNTERNEHMEN DIVIDENDENZAHLUNGEN ZU ERHALTEN.
| 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}]
|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] derzeit in Aktien
oder Unternehmensanteilen angelegt, unabhängig davon ob diese
|| am Aktienmarkt gelistet werden?
|| IWER:BETRAG IN [{Währung}], GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER
EINTRAGEN
|| {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
|| Ungefähr wie hoch waren [{letztes Jahr}] die Nettodividenden auf diese Aktien, also nach
Abzug von Steuern?

```

|| IWER:BETRAG IN [{Währung}]; NACH STEUERN; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER EINGEBEN

|| {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}]
| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] derzeit Geld in
Investmentfonds angelegt?

| IWER:INVESTMENTFONDS SIND GELDER DIE VIELEN INVESTOREN GEHÖREN
UND IN EINE GEMEINSAME KASSE ZUSAMMENGELEGT WERDEN. DIESE WIRD
EINEM MANAGER

| ANVERTRAUT, DER DAS GESAMMELTE VERMÖGEN IN AKTIEN UND
ANLEIHEN 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}]

|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] derzeit in
Investmentfonds angelegt?

|| IWER:BETRAG IN [{Währung}]; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER
EINGEBEN

|| {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 Ihre Investmentfonds hauptsächlich aus Aktien oder Anleihen?

|| 1. Hauptsächlich Aktien

|| 2. Halb Aktien, halb Anleihen

|| 3. Hauptsächlich Anleihen

||

```

||
|| AS058_ INTEREST OR DIVIDEND ON MUTUAL FUNDS
|| Wie viel an Zinsen oder Dividenden haben Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]
|| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] ungefähr mit
|| Investmentfonds [{letztes Jahr}] netto, also nach Abzug von Steuern,
|| eingenommen?
|| IWER:BETRAG IN [{Währung}]; NACH STEUERN; GESAMTBETRAG FÜR BEIDE
|| PARTNER EINGEBEN
|| {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}]
| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] derzeit Geld in einer
| privaten Altersvorsorge angelegt?
| IWER:EINE PRIVATE ALTERSVORSORGE IST EIN PENSIONS VORSORGEPLAN,
| DER ES DER PERSON ERMÖGLICHT JÄHRLICH EIN BISSCHEN GELD
| ANZULEGEN, DASS ZUM
| ZEITPUNKT DER PENSIONIERUNG (TEILWEISE) ENTNOMMEN WERDEN KANN
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF AS065_ (HAS INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS) = 1. Ja
||
|| IF MN005_ (INTERVIEW MODE) <> 1
|||
||| AS020_ WHO HAS INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS
||| Wer von Ihnen verfügt über eine private Altersvorsorge? Sie[, Ihr/, Ihre/, Ihr/,
||| Ihre/{empty}/{empty}]
||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}]
||| [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [beide/beide/beide/beide/{empty}/{empty}] ?
||| 1. Nur Befragungsperson
||| 2. Nur [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}]
||| 3. Beide
|||
|||
||| ENDIF
|||
|| IF MN005_ (INTERVIEW MODE) = 1 OR AS020_ (WHO HAS INDIVIDUAL
|| RETIREMENT ACCOUNTS) = 1. Nur Befragungsperson OR AS020_ (WHO HAS
|| INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS) = 3. Beide

```

```

|||
||| AS021_ AMOUNT INDIVIDUAL RETIREMENT ACCOUNTS
||| Wie viel haben Sie derzeit in Ihrer individuellen Altersvorsorge angespart?
||| IWER:BETRAG IN [{Währung}], NUR DEN BETRAG FÜR DIE BEFRAGTE
PERSON EINGEBEN
||| {Betrag eintragen}
|||
CHK: AS021_AmIndRet <> EMPTY MAIN "^FL_Error[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
||| Ist das Geld für Ihre individuelle Altersvorsorge hauptsächlich in Aktien oder in Anleihen
angelegt?
||| 1. Hauptsächlich in Aktien
||| 2. Halb Aktien und halb Anleihen
||| 3. Hauptsächlich in Anleihen
|||
|||
||| 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 hat [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}]{empty} derzeit für die
individuelle
||| Altersvorsorge angespart?
||| IWER:BETRAG IN [{Währung}]; NUR DEN BETRAG FÜR DEN (EHE-)PARTNER
EINGEBEN
||| {Betrag eintragen}
|||
CHK: AS024_PAmIndRet <> EMPTY MAIN "^FL_Error[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
||| Ist das Geld für diese individuelle Altersvorsorge hauptsächlich in Aktien oder in Anleihen

```

angelegt?

- || 1. Hauptächlich in Aktien
- || 2. Halb in Aktien, halb in Anleihen
- || 3. Hauptsächlich in Anleihen

||

||

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

|

| **AS066_ HAS CONTRACTUAL SAVING**

| Haben Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]

| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] derzeit Geld in
Bausparverträgen angelegt?

| IWER:EIN BAUSPARVERTRAG IST EIN KONTO BEI EINEM GELDINSTITUT,
WELCHES DIESES GELD HAUPTSÄCHLICH DAZU VERWENDET DEN KAUF ODER
BAU VON HÄUSERN ZU

| FINANZIEREN

| 1. Ja

| 5. Nein

|

| *IF AS066_ (HAS CONTRACTUAL SAVING) = 1. Ja*

||

|| **AS027_ AMOUNT CONTRACTUAL SAVING**

|| Ungefähr wie viel Geld haben Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}]

[Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]

|| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] derzeit in
Bausparverträgen angelegt?

|| IWER:BETRAG IN [{Währung}], GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER
EINGEBEN

|| {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**

| Besitzen Sie

|

[oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}][Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}][Ehemann/Ehefra
u/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] derzeit

| irgendwelche Lebensversicherungspolice(n)?

| 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 Ablebensversicherungen, um Erlebensversicherungen oder um beides?
 || **IWER:EINE ABLEBENSVERSICHERUNG BIETET VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR EINE BESTIMMTE PERIODE UND ZAHLT EINEN VORHER FESTGELEGTEN BETRAG NUR WENN DER/DIE**
 || **VERSICHERTE INNERHALB DIESER PERIODE STIRBT. IM GEGENSATZ DAZU IST EINE ERLEBENSVERSICHERUNG EINE BESTIMMTE ANLAGEFORM, DIE DIE MÖGLICHKEIT BIETET**
 || **SICH DEN EINGELEGTEN BETRAG SAMT ZINSEN IN MEHREREN RATEN ODER AUF EINMAL AUSZAHLEN ZU LASSEN.**
 || 1. Ablebensversicherung
 || 2. Erlebensversicherung
 || 3. Beides
 || 97. Anderes
 ||
 ||
 || *IF AS029_ (LIFE INSURANCE POLICIES TERM OR WHOLE LIFE) = 2. Erlebensversicherung OR AS029_ (LIFE INSURANCE POLICIES TERM OR WHOLE LIFE) = 3. Beides*
 ||
 || **AS030_ FACE VALUE LIFE POLICIES**
 || Wie hoch ist die Versicherungssumme der Erlebensversicherung(en) die Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
 || [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] besitzen?
 || **IWER:BETRAG IN [{Währung}], GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER EINGEBEN**
 || {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. Erlebensversicherung OR AS029_ (LIFE INSURANCE POLICIES TERM OR WHOLE LIFE) = 3. Beides*
 ||
 || **AS032_ AMOUNT DEPENDENTS GET FROM LIFE INSURANCE POLICIES**
 || Ungefähr wie viel werden Ihre Angehörigen oder andere Begünstigte von dieser [Erlebensversicherungen/Ablebensversicherungen] ausgezahlt bekommen,
 || wenn Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}]
 || sterben?
 || **IWER:BETRAG IN [{Währung}]; VERMERKEN SIE DEN BETRAG, DEN ALLE**

BEGÜNSTIGTEN ZUSAMMEN ERHALTEN

||| {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}]

||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] [{letztes Jahr}] in diese [Erlebensversicherungen/Ablebensversicherungen]

||| eingezahlt?

||| IWER:BETRAG IN [{Währung}], GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER
EINGEBEN

||| {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.*

Ablebensversicherung OR AS029_ (LIFE INSURANCE POLICIES TERM OR WHOLE

LIFE) = 3. Beides

|||

||| **AS032_ AMOUNT DEPENDENTS GET FROM LIFE INSURANCE POLICIES**

||| Ungefähr wie viel werden Ihre Angehörigen oder andere Begünstigte von dieser

[Erlebensversicherungen/Ablebensversicherungen] ausgezahlt bekommen,

||| wenn Sie [und/und/und/und/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]

[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}]

||| sterben?

||| IWER:BETRAG IN [{Währung}]; VERMERKEN SIE DEN BETRAG, DEN ALLE
BEGÜNSTIGTEN ZUSAMMEN ERHALTEN

||| {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}]
||| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] [letztes Jahr] in
diese [Erlebensversicherungen/Ablebensversicherungen]
||| eingezahlt?
||| IWER:BETRAG IN [{Währung}], GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER
EINGEBEN
||| {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
| Sind Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}]
| derzeit Eigentümer einer Firma, eines Geschäfts oder eines Unternehmens?
| 1. Ja
| 5. Nein
|
| IF AS041_ (OWN FIRM COMPANY BUSINESS) = 1. Ja
|
| AS042_ AMOUNT SELLING FIRM
| Wenn Sie diese Firma, dieses Geschäft oder Unternehmen verkaufen würden, wie viel
würde nach Abzahlung etwaiger Schulden übrig bleiben?
| IWER:BETRAG IN [{Währung}], GESAMTBETRAG FÜR BEIDE (LEBENS-
)PARTNER EINGEBEN
| {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
| Welchen Anteil an dieser Firma, diesem Geschäft oder Unternehmen besitzen Sie
[oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}]
| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}]?

```

|| IWER:ANGABE IN PROZENT

|| _____
||

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}]

| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}]{empty}]? Firmenwagen sind
hier nicht gemeint.

| _____ (0..10)

|

| *IF AS049_ (NUMBER OF CARS) > 0*

||

|| **AS051_ AMOUNT SELLING CARS**

|| Wenn Sie [dieses/diese] [Auto/Autos] verkaufen würden, wieviel Geld bliebe Ihnen übrig?

|| IWER:BETRAG IN [{Währung}], GESAMTBETRAG FÜR BEIDE PARTNER
EINTRAGEN

|| {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 folgenden Fragen beziehen sich auf Geld, das Sie

[oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}]

| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}]{empty}] eventuell jemandem
schulden. Dabei geht es nicht um Hypotheken oder Schulden auf

| Grundbesitz, Immobilien oder Firmen.

| 1. Weiter

|

| **AS054_ OWE MONEY**

| Wenn Sie sich Karte 45 ansehen, welche Art von Krediten oder Schulden haben Sie

[oder/oder/oder/oder/{empty}]{empty}]

| [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}]

| [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}]{empty}] derzeit, falls


```

| IF MN014_ (NUMBER OF ELIGIBLE PERSONS) < MN023_ ( # PERSONS OVER 17)
||
|| AS069_ SAVINGS AND INVESTMENTS OF OTHER ADULTS IN THE HOUSEHOLD
|| Ungefähr wie viel Geld haben andere Haushaltsmitglieder (Sie und [Ihr Partner/Ihre
Partnerin] ausgenommen) auf Sparkonten oder in Wertpapieren
|| angelegt? Berücksichtigen Sie nur Personen, die 18 Jahre oder älter sind und ziehen Sie
allfällige Schulden ab.
|| IWER:BETRAG IN [{Währung}], GESAMTBETRAG FÜR ALLE ANDEREN
PERSONEN AUSSER DEM PARTNER
|| {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
| ÜBERPÜFEN SIE: WER HAT DIE FRAGEN IN DIESEM ABSCHNITT
BEANTWORTET?
| 1. Nur der/die Befragte
| 2. Der/die Befragte und ein/e Stellvertreter/in
| 3. Nur ein/e Stellvertreter/in
|
|
| ENDIF

```

AC011_ INTRODUCTION WELL-BEING

Wir sind auch daran interessiert, wie die Menschen im allgemeinen über ihr Leben denken.
IWER:BEGINN DES NON-PROXY ABSCHNITTS. ES IST NICHT ERLAUBT, DASS EIN/E STELLVERTRETER/IN DIE FRAGEN BEANTWORTET. IST DER/DIE BEFRAGTE NICHT IN DER LAGE, EINE DER NACHFOLGENDEN FRAGEN ZU BEANTWORTEN, DRÜCKEN SIE GLEICHZEITIG STRG UND K BEI DER ENTSPRECHENDEN FRAGE UND MACHEN SIE EINEN VERMERK, INDEM SIE GLEICHZEITIG STRG UND M AM ENDE DES ABSCHNITTS DRÜCKEN.
1. Weiter

AC012_ HOW SATISFIED WITH LIFE

Auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 absolut unzufrieden und 10 vollste Zufriedenheit bedeutet, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?
_____ (0..10)

AC013_ INTRODUCTION CASP ITEMS

Sehen Sie sich bitte Karte 47 an. Ich werde Ihnen eine Liste von Aussagen, mit denen Menschen ihr Leben oder ihre Gefühle beschrieben haben, vorlesen. Wie oft, wenn überhaupt, sind Sie in the letzten vier Wochen mit den folgenden Gefühlen und Gedanken konfrontiert gewesen: häufig, manchmal, selten oder nie?

1. Weiter

AC014_ AGE PREVENTS FROM DOING THINGS

Wie oft denken Sie sich, 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, dass Sie nicht mehr so richtig dazugehören? (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 sich, dass Sie die Dinge tun, 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 sich, dass familiäre Verpflichtungen Sie daran hindern, das 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 sich, dass mangelndes Geld Sie daran hindert Dinge zu 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 den nächsten 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

Alles in allem, wie oft blicken Sie 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 fühlten Sie sich in letzter Zeit 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 für Sie gut 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 über Ihre Gefühle in der vergangenen Woche nach. Bitte geben Sie an, ob die folgenden Aussagen auf Sie in der letzten Woche die meiste Zeit über zutreffen haben.

| 1. Weiter

| **AC027_ FELT DEPRESSED**

| Die meiste Zeit der letzten Woche waren Sie deprimiert. (Würden Sie ja oder nein sagen?)

| 1. Ja

| 5. Nein

| **AC028_ FELT EVERYTHING EFFORT**

| (Die meiste Zeit der letzten Woche) hatten Sie das Gefühl, dass alles, was Sie getan haben, anstrengend war. (Würden Sie ja oder nein sagen?)

| 1. Ja

| 5. Nein

| **AC029_ SLEEP WAS RESTLESS**

| (Die meiste Zeit der letzten Woche) haben Sie unruhig geschlafen. (Würden Sie ja oder nein sagen?)

| 1. Ja

| 5. Nein

| **AC030_ HAPPY**

| (Die meiste Zeit der letzten Woche) waren Sie glücklich. (Würden Sie ja oder nein sagen?)

| 1. Ja

| 5. Nein

| **AC031_ FELT LONELY**

| (Die meiste Zeit der letzten Woche) haben Sie sich einsam gefühlt. (Würden Sie ja oder nein sagen?)

| 1. Ja

| 5. Nein

| **AC032_ ENJOYED LIFE**

| (Die meiste Zeit der letzten Woche) haben Sie das Leben genossen. (Würden Sie ja oder nein sagen?)

| 1. Ja

| 5. Nein

| **AC033_ FELT SAD**

| (Die meiste Zeit der letzten Woche) waren Sie traurig. (Würden Sie ja oder nein sagen?)

| 1. Ja

| 5. Nein

| **AC034_ COULD NOT GET GOING**

| (Die meiste Zeit der letzten Woche) sind Sie nicht in Schwung gekommen. (Würden Sie ja oder nein sagen?)

| 1. Ja

| 5. Nein

||| Bitte sehen Sie sich Karte 49 an. Was waren Ihre Beweggründe dafür, dass Sie
 [unentgeltlich bzw. freiwillig bei einer
 ||| Wohltätigkeitsorganisationen/-veranstaltungen gearbeitet/eine kranke oder behinderte
 Person betreut/Freunden oder Nachbarn geholfen/einen
 ||| Weiterbildungskurs besucht/einen Sportverein oder anderen Verein besucht/an Aktivitäten
 von kirchlichen Organisationen teilgenommen/sich bei einer
 ||| politischen Organisation oder Gemeindeeinrichtung beteiligt] haben?
 ||| IWER:MARKIEREN SIE ALLE GENANNTEN GRÜNDE
 ||| 1. Um andere Leute zu treffen
 ||| 2. Um einen nützlichen Beitrag zu leisten
 ||| 3. Weil ich gebraucht werde
 ||| 4. Um Geld zu verdienen
 ||| 5. Um meine Fähigkeiten einsetzen zu können oder fit zu bleiben
 ||| 96. Keine der genannten Gründe
 |||
 |||

CHK: NOT ((> 1) AND (a96 IN AC004_Motiv)) MAIN "^FLError[5]"

|| ENDIF

||

| ENDLOOP

|

| IF 1. Unentgeltliche bzw. freiwillige Arbeit bei Wohltätigkeitsorganisationen/-
veranstaltungen IN AC002_ (ACTIVITIES IN LAST MONTH) OR 2.

| Betreuung eines kranken oder behinderten Erwachsenen IN AC002_ (ACTIVITIES IN LAST
MONTH) OR 3. Freunden oder Nachbarn geholfen IN
| AC002_(ACTIVITIES IN LAST MONTH)

||

|| AC005_ INTRODUCTION STATEMENTS AC

|| Ich werde Ihnen nun ein paar Aussagen vorlesen, die sich auf Ihr Engagement gegenüber
anderen Menschen beziehen. Bitte sagen Sie mir, ob Sie der

|| Aussage voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder überhaupt 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 bedenke, wieviel ich in [meine unentgeltliche bzw. freiwillige Arbeit bei einer
Wohltätigkeitsorganisation/-veranstaltungen/die Betreuung

|||| einer kranken oder behinderten Person/die Unterstützung von Freunden oder
Nachbarn/meinen Weiterbildungskurs /meinen Sportverein oder anderen Verein

|||| /die Nutzung einer religiösen Einrichtung (Kirche, Synagoge, Moschee, etc.) /meine
Beteiligung bei einer politischen Organisation oder

|||| Gemeindeeinrichtung] investiert habe, bin ich vollauf mit dem zufrieden, was ich bisher
erreicht habe. (Würden Sie sagen, Sie stimmen dem voll zu,

|||| stimmen zu, stimmen nicht zu oder stimmen dem überhaupt nicht zu?)

|||| 1. Stimme voll zu

|||| 2. Stimme zu

|||| 3. Stimme nicht zu

|||| 4. Stimme überhaupt nicht zu

```

||||
|||| AC007_ RECEIVED ADEQUATE APPRECIATION FROM OTHERS
|||| Wenn ich bedenke, wieviel ich in [meine unentgeltliche bzw. freiwillige Arbeit bei einer
Wohltätigkeitsorganisationen/-veranstaltungen/die Betreuung
|||| einer kranken oder behinderten Person/die Unterstützung von Freunden oder
Nachbarn/meinen Weiterbildungskurs /meinen Sportverein oder anderen Verein
|||| /die Nutzung einer religiösen Einrichtung (Kirche, Synagoge, Moschee, etc.) /meine
Beteiligung bei einer politischen Organisation oder
|||| Gemeindeeinrichtung] investiert habe, habe ich immer die entsprechende Anerkennung
von anderen erhalten. (Würden Sie sagen, Sie stimmen dem voll zu,
|||| stimmen zu, stimmen nicht zu oder stimmen dem überhaupt nicht zu?)
|||| 1. Stimme voll zu
|||| 2. Stimme zu
|||| 3. Stimme nicht zu
|||| 4. Stimme überhaupt nicht zu
||||
|||| ENDIF
||||
|| ENDLOOP
||
| ENDIF
|
ENDIF

```

EX001_ INTRODUCTION AND EXAMPLE

Als nächstes möchten wir wissen, für wie wahrscheinlich Sie bestimmte Ereignisse halten. Wenn ich Sie gleich etwas frage, nennen Sie mir bitte eine Zahl zwischen 0 und 100. Lassen Sie es uns zusammen mit einem Beispiel versuchen - nehmen wir das Wetter. Wenn Sie sich Karte 50 ansehen, wie wahrscheinlich ist es Ihrer Meinung nach, dass morgen die Sonne scheint? Die Zahl "90" würde zum Beispiel bedeuten, dass die Aussichten auf sonniges Wetter bei 90 Prozent liegen. Sie können jede Zahl zwischen 0 und 100 nennen.

_____ (0..100)

EX002_ CHANCE OF RECEIVING INHERITANCE

Bitte sehen Sie sich Karte 50 an. Wenn Sie an die nächsten 10 Jahre denken, für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie eine Erbschaft machen werden (einschließlich Grundbesitz, Immobilien oder anderer Wertgegenstände)?

_____ (0..100)

IF EX002_ (CHANCE OF RECEIVING INHERITANCE) > 0

EX003_ CHANCE INHERITANCE MORE THAN 50000

Bitte sehen Sie sich Karte 50 an. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den nächsten 10 Jahren eine Erbschaft im Wert von über 50.000 [Währung] machen werden?

_____ (0..100)

ENDIF

EX004_ CHANCE OF LEAVING INHERITANCE MORE THAN 50000

(Bitte sehen Sie sich Karte 50 an.) Denken Sie jetzt bitte nicht mehr nur an die letzten 10 Jahre. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie [oder/oder/oder/oder/{empty}/{empty}] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}] [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] ein Erbe von 50.000 [{Währung}] oder mehr hinterlassen werden? (einschließlich Grundbesitz und anderen Wertsachen)
_____ (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/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] überhaupt ein Erbe hinterlassen werden?
| IWER:EINSCHLIESSLICH GRUNDBESITZ UND ANDERE WERTGEGENSTÄNDE
| _____ (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}] [Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] ein Erbe von insgesamt 150.000 [{Währung}]
|| oder mehr hinterlassen werden?
|| IWER:EINSCHLIESSLICH GRUNDBESITZ UND ANDERE WERTGEGENSTÄNDE
|| _____ (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 Ihre Pension kürzt, bevor Sie sich zur Ruhe setzen?
| _____ (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 Ihre Arbeit im generellen Denken und nicht nur an Ihre derzeitige Anstellung, für wie wahrscheinlich
|| halten Sie es, dass Sie, wenn Sie 63 Jahre alt sind, noch 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 Pensionsalter hinaufsetzt, bevor Sie in Pension 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] Jahre oder älter 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 Lebensstandard in fünf Jahren höher sein wird als heute?

IWER:MIT LEBENSSTANDARD MEINEN WIR DIE FÄHIGKEIT, WAREN ODER 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 Lebensstandard in fünf Jahren niedriger sein wird als heute?

IWER:MIT LEBENSSTANDARD MEINEN WIR DIE FÄHIGKEIT, WAREN ODER DIENSTLEISTUNGEN ZU KAUFEN

_____ (0..100)

EX026_ TRUST IN OTHER PEOPLE

Ich möchte Ihnen nun eine Frage darüber stellen, wie Sie andere Menschen sehen. Würden Sie im allgemeinen sagen, dass man den meisten Menschen trauen kann, oder dass man nicht vorsichtig genug beim Umgang mit anderen Menschen sein kann? Bitte sehen Sie nicht mehr auf die Karte 50. Nennen Sie mir einen Wert auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 bedeutet, dass man im Umgang mit anderen Menschen nicht vorsichtig genug sein kann, und 10 bedeutet, dass man den meisten Menschen trauen kann.

_____ (0..10)

EX028_ LEFT OR RIGHT IN POLITICS

In Bezug auf Politik spricht man oft von „links“ und „rechts“. Wo würden Sie sich selbst auf einer Skala einstufen, bei der 0 für eine linke Einstellung und 10 für eine rechte Einstellung steht?

_____ (0..10)

EX029_ RELIGIOUS BACKGROUND

Sprechen wir jetzt über Ihren religiösen Hintergrund. Wie oft beten Sie in letzter Zeit?

IWER:VORLESEN

1. Mehr als einmal täglich
2. Einmal täglich
3. Mehrmals pro Woche
4. Einmal in der Woche
5. Weniger als einmal in der Woche
6. Niemals

EX023_ END NON PROXY

IWER:ENDE DES NON-PROXY ABSCHNITTS. FALLS DER BEFRAGTE NICHT IN DER LAGE WAR, DIE BISHERIGEN FRAGEN ZU BEANTWORTEN, DANN DRÜCKEN SIE STRG UND M GLEICHZEITIG UND MACHEN SIE EINEN VERMERK.

1. Weiter

IF MN101_ (MN101_Longitudinal) = 0 AND MN022_ (SAMPLE TYPE) = 0

|

| **EX106_ HAND OUT DROP-OFF QUESTIONNAIRE A**

| IWER: GEBEN SIE DEM BEFRAGTEN DEN DROP-OFF FRAGEBOGEN "A".

VERMERKEN SIE DARIN DIE INITIALEN, DIE HAUSHALTS ID [{Haushalts ID}] UND DIE BEFRAGTEN

| ID [{Befragten ID}]. KOPIEREN SIE DIE SERIENNUMMER VOM DROP-OFF INS CAPI.

| _____

|

ENDIF

IF MN808_ (AGE RESPONDENT) < 65 AND MN022_ (SAMPLE TYPE) = 1

|

| **EX107_ HAND OUT DROP-OFF QUESTIONNAIRE B**

| IWER: GEBEN SIE DEM BEFRAGTEN DEN DROP-OFF FRAGEBOGEN "B".

VERMERKEN SIE DARIN DIE INITIALEN, DIE HAUSHALTS ID [Haushalts ID] UND DIE BEFRAGTEN ID

| [Befragten ID]. KOPIEREN SIE DIE SERIENNUMMER VOM DROP-OFF INS CAPI.

| _____

|

ENDIF

IF MN808_ (AGE RESPONDENT) >= 65 AND MN022_ (SAMPLE TYPE) = 1

|

| **EX108_ HAND OUT DROP-OFF QUESTIONNAIRE C**

|

| IWER:IWER: GEBEN SIE DEM BEFRAGTEN DEN DROP-OFF FRAGEBOGEN "C".

VERMERKEN SIE DARIN DIE INITIALEN, DIE HAUSHALTS ID [Haushalts ID] UND DIE

| BEFRAGTEN ID [Befragten ID]. KOPIEREN SIE DIE SERIENNUMMER VOM DROP-OFF INS CAPI.

| _____
|
ENDIF

IF MN005_ (INTERVIEW MODE) = 2

| **EX100_ PARTNER AVAILABLE AND WILLING TO PARTICIPATE**

| IWER:IST DER/DIE PARTNER/PARTNERIN DES/DER BEFRAGTEN VERFÜGBAR
UND BEREIT DAS INTERVIEW JETZT DURCHZUFÜHREN ODER WERDEN SIE IM
FOLGENDEN EIN PROXY

| INTERVIEW FÜR DEN PARTNER DURCHFÜHREN?

| 1. Ja, der/die Partner/Partnerin ist verfügbar und bereit das (Proxy-)Interview jetzt
durchzuführen

| 5. Nein, der/die Partner/Partnerin ist nicht verfügbar oder nicht bereit das (Proxy-)Interview
jetzt durchführen

| *IF EX100_ (PARTNER AVAILABLE AND WILLING TO PARTICIPATE) = 5. Nein, der/die
Partner/Partnerin ist nicht verfügbar oder nicht bereit das
(Proxy-)Interview jetzt durchführen*

|| **EX101_ INTRODUCTION PARTNER INFORMATION**

|| Bevor wir zum Ende des Interviews kommen, möchte ich Sie bitten mir noch einige
Informationen über [Ihren/Ihre/Ihren/Ihre/{empty}]{empty} [Ehemann

|| zu geben, der/Ehefrau zu geben, die/Lebensgefährten zu geben, der/Lebensgefährtin zu
geben, die/{empty}{empty} das Interview heute nicht

|| durchführt?

|| 1. Weiter

|| **EX102_ PARTNER YEARS OF EDUCATION**

|| Wieviele Jahre war [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}]{empty}

[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährte/Lebensgefährtin/{empty}]{empty} ganztags in
Ausbildung?

|| _____ (0..21)

|| **EX103_ PARTNER CURRENT JOB SITUATION**

|| Wie würden Sie die derzeitige Beschäftigungssituation

[Ihres/Ihrer/Ihres/Ihrer/{empty}]{empty}

|| [Ehemannes/Ehefrau/Lebensgefährten/Lebensgefährtin/{empty}]{empty} beschreiben?

|| IWER:VORLESEN

|| 1. Arbeitet nicht mehr/Pension

|| 2. Angestellt oder selbstständig (einschließlich Familienbetrieb)

|| 3. Arbeitslos und auf Arbeitssuche

|| 4. Dauerhaft krank oder arbeitsunfähig

|| 5. Hausfrau/Hausmann

|| 6. Sonstige

|| *IF EX103_ (PARTNER CURRENT JOB SITUATION) <> 1. Arbeitet nicht mehr/Pension
AND EX103_ (PARTNER CURRENT JOB SITUATION) <> 2.*

```

|| Angestellt oder selbstständig (einschließlich Familienbetrieb)
|||
||| EX104_ PARTNER EVER DONE PAID WORK
||| Ist [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin/{empty}/{empty}] jemals einer bezahlten
Beschäftigung
||| nachgegangen?
||| 1. Ja
||| 5. Nein
|||
|| ENDIF
||
|| IF EX103_ (PARTNER CURRENT JOB SITUATION) = 1. Arbeitet nicht mehr/Pension OR
EX103_ (PARTNER CURRENT JOB SITUATION) = 2.
|| Angestellt oder selbstständig (einschließlich Familienbetrieb) OR EX104_ (PARTNER
EVER DONE PAID WORK) = 1. Ja
|||
||| EX105_ PARTNER EMPLOYEE OR A SELF-EMPLOYED
||| [War/Ist/War] [Ihr/Ihre/Ihr/Ihre/{empty}/{empty}]
[Ehemann/Ehefrau/Lebensgefährtin/Lebensgefährtin] bei [seiner/ihrer]
[letzten/derzeitigen/letzten]
||| Beschäftigung Arbeiter/Angestellter, Beamter oder selbstständig?
||| 1. Arbeiter oder Angestellter
||| 2. Beamter
||| 3. Selbständig
|||
|||
|| ENDIF
||
| ENDIF
|
ENDIF

```

EX024_ THANK YOU FOR PARTICIPATION

Ich danke Ihnen. Dies war die letzte Frage. Ich möchte Ihnen vielmals für Ihre Teilnahme an diesem Forschungsprojekt danken. Es ist uns bewusst, dass der Fragebogen lang und schwierig war, aber Ihre Hilfe war wirklich wichtig. Durch Ihre Unterstützung helfen Sie Wissenschaftlern zu verstehen, welche Auswirkungen die Alterung der Bevölkerung in Europa auf die Zukunft hat.

1. Weiter

EX027_ CONSENT TO RECONTACT

IWER:DIESE FRAGE WIRD IN ÖSTERREICH NICHT GEFRAGT! BITTE STRG + R (ALSO VERWEIGERUNG/REFUSAL) DRÜCKEN.

IV001_ INTRODUCTION TO IV

DIESER TEIL DES FRAGEBOGENS HANDELT VON IHREN BEOBACHTUNGEN WÄHREND DER BEFRAGUNG UND SOLLTE NACH JEDEM EINZELNEN

ABGESCHLOSSENEN INTERVIEW
AUSGEFÜLLT WERDEN.

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/e Stellvertreter/in hat Teile der Fragen an [{Name der befragten Person}] beantwortet. In welchem Verhältnis steht der/die Stellvertreter/in zu

| [{Name der befragten Person}]?

- | 1. Ehepartner/in oder Lebensgefährte/in
- | 2. Kind/Schwiegerkind
- | 3. Eltern/Schwiegereltern
- | 4. Geschwister
- | 5. Enkelkind
- | 6. Andere Verwandtschaft
- | 7. Pflegepersonal
- | 8. Haushaltshilfe
- | 9. Freund/Bekannter
- | 10. Anderes

|
ENDIF

IV002_ THIRD PERSONS PRESENT

Waren, abgesehen von Stellvertretern, dritte Personen während (Teilen) des Interviews mit [{Name der befragten Person}] anwesend?

IWER: VERMERKEN SIE ALLE ZUTREFFENDEN

- 1. Niemand
- 2. Ehemann/-frau oder Partner/in
- 3. Eltern oder Elternteil
- 4. Kind(er)
- 5. Andere Verwandte
- 6. Andere Person(en)

*IF NOT 1. Niemand IN IV002_ (THIRD PERSONS PRESENT) AND
IV002_PersPresent.CARDINAL = 1*

| **IV003_ INTERVENED IN INTERVIEW**

| Haben sich diese Personen in das Interview eingemischt?

- | 1. Ja, oft
- | 2. Ja, manchmal
- | 3. Nein

|
ENDIF

IV004_ WILLINGNESS TO ANSWER

Wie würden Sie die Antwortbereitschaft von [{Name der befragten Person}] beschreiben?

1. Sehr gut
2. Gut
3. Mittelmäßig
4. Schlecht
5. Anfangs gut, ließ im Laufe des Interviews aber nach
6. Anfangs schlecht, verbesserte sich während des Interviews

IF IV004_ (WILLINGNESS TO ANSWER) = 5. Anfangs gut, ließ im Laufe des Interviews aber nach

IV005_ WHY WILLINGNESS WORSE

Warum ließ die Antwortbereitschaft der befragten Person während des Interviews nach?

IWER:ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN

1. Die Person verlor das Interesse
2. Die Person wurde unkonzentriert oder müde
3. Anderes (bitte angeben)

IF 3. Anderes (bitte angeben) IN IV005_(WHY WILLINGNESS WORSE)

IV006_ WHICH OTHER REASON

Was für ein anderer Grund?

ENDIF

ENDIF

IV007_ RESP. ASK FOR CLARIFICATION

Hat [{Name der befragten Person}] bei irgendwelchen Fragen um Erläuterung gebeten?

1. Nie
2. Fast nie
3. Ab und zu
4. Oft
5. Sehr oft
6. Immer

IV008_ RESPONDENT UNDERSTOOD QUESTIONS

Hatten Sie insgesamt den Eindruck, dass [{Name der befragten Person}] die Fragen verstanden hat?

1. Nie
2. Fast nie
3. Ab und zu
4. Oft
5. Sehr oft
6. Immer

IV018_ HELP NEEDED READING SHOWCARDS

Benötigte die befragte Person während des Interviews Hilfe beim Lesen der Antwortkarten?

1. Ja, aufgrund von Sehschwäche
2. Ja, aufgrund von Leseschwäche
3. Nein

IF MN008_ (HOUSEHOLD RESPONDENT) = 1

|

| *IF Sec_HO.HO001_Place = a1*

||

|| **IV009_ WHICH AREA BUILDING LOCATED**

|| In was für einer Gegend liegt das Gebäude?

- || 1. Großstadt
- || 2. Vorstadt, Außenbezirk
- || 3. Größere Stadt
- || 4. Kleinstadt
- || 5. Ländliche Gegend/Dorf

||

||

|| **IV010_ TYPE OF BUILDING**

|| In was für einer Art von Gebäude lebt der Haushalt?

- || 1. Bauernhaus
- || 2. Freistehendes Ein- oder Zweifamilienhaus
- || 3. Ein- oder Zweifamilienhaus als Reihen- oder Doppelhaus
- || 4. Gebäude mit 3 bis 8 Wohnungen
- || 5. Gebäude mit 9 oder mehr Wohnungen aber nicht mehr als 8 Stockwerken
- || 6. In einem Hochhaus mit 9 oder mehr Stockwerken
- || 7. Seniorengerechtes Wohnen mit Betreuungsmöglichkeiten
- || 8. Seniorenheim mit Betreuung rund um die Uhr

||

||

|| *IF IV010_ (TYPE OF BUILDING) = 4. Gebäude mit 3 bis 8 Wohnungen OR*

IV010_TypeBuilding.ORD = 5

|||

||| **IV011_ NUMBER OF FLOORS OF BUILDING**

||| Wieviele Stockwerke hat das Gebäude, einschließlich Erdgeschoss?

||| _____ (1..99)

|||

|| *ENDIF*

||

|| *IF IV010_ (TYPE OF BUILDING) > 3. Ein- oder Zweifamilienhaus als Reihen- oder Doppelhaus*

|||

||| **IV012_ NUMBER OF STEPS TO ENTRANCE**

||| Wieviele Stufen muss man bis zur Wohnungstür (hinauf oder hinunter) steigen?

||| **IWER:BERÜCKSICHTIGEN SIE KEINE STUFEN, DIE DURCH BENÜTZUNG DES FAHRSTUHLIS VERMIEDEN WERDEN KÖNNEN.**

- ||| 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**

| Danke, dass Sie diesen Abschnitt ausgefüllt haben.

| 1. Weiter

|

| *ELSE*

|

| *ENDIF*