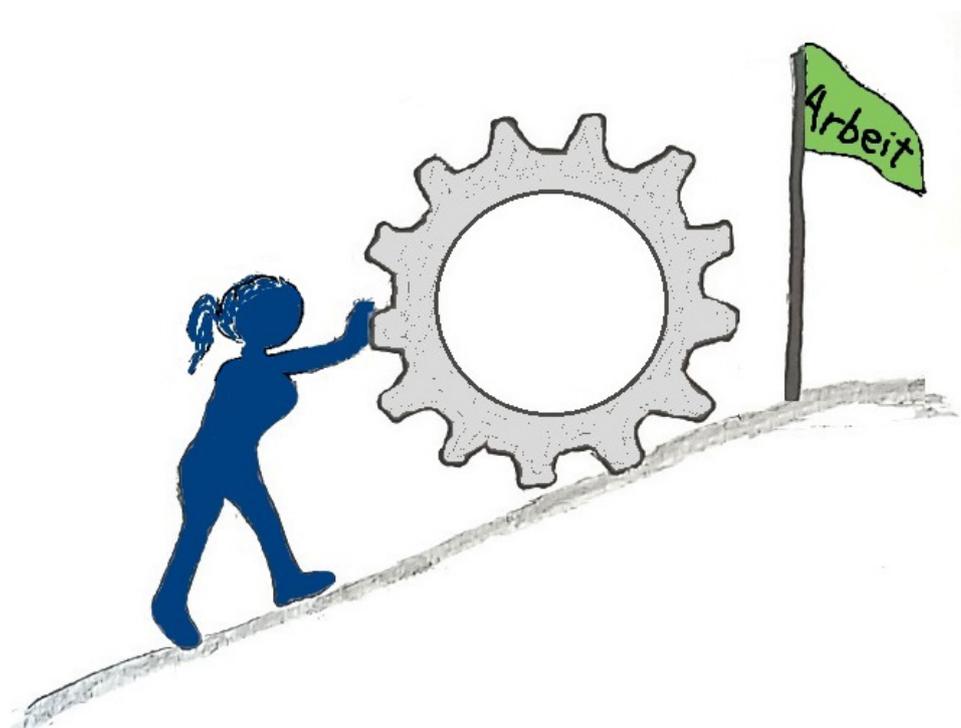


Rückkehr in die Erwerbstätigkeit nach Brustkrebs: Eine prospektive, multizentrische Studie zur Verbesserung der Reintegration ins Erwerbsleben

copyright by Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover



MHH
Medizinische Hochschule
Hannover

KRH
KLINIKUM REGION HANNOVER

 **DIAKOVERE**


VINZENZKRANKENHAUS HANNOVER
VINZENZ-VERBUND HILDESHEIM

St. Bernward  **Krankenhaus**
Für Leib und Seele

Rückkehr in die Erwerbstätigkeit nach Brustkrebs

Eine Befragung von Patientinnen durch die Brustkrebszentren

Sehr geehrte Studienteilnehmerin,

fünf Brustzentren in und um Hannover führen unter der Leitung der **Medizinischen Hochschule Hannover** eine Studie zur Rückkehr in den Beruf nach Brustkrebs durch. Wir möchten wissen,

1. unter welchen Umständen Sie sich nach der Brustkrebsoperation für oder gegen die Fortsetzung Ihrer Erwerbstätigkeit entscheiden und
2. welche Hilfen Sie bei der Rückkehr in den Beruf in Anspruch nehmen und wie Sie diese bewerten. Damit sind in diesem ersten Fragebogen **die Unterstützung des Arbeitgebers oder der Arbeitgeberin** sowie die **onkologische Rehabilitation** und die **Sozialberatung im Krankenhaus** gemeint.

Bitte füllen Sie dazu diesen ersten Fragebogen aus, einschließlich der Einverständniserklärung auf der letzten Seite, und senden ihn innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt zurück. Nutzen Sie dafür bitte den **frankierten** Rückumschlag.

Das Ausfüllen wird ca. 25 Minuten in Anspruch nehmen. Alle Fragebögen werden nach der Rücksendung **anonymisiert**, d.h. sie werden ohne Rückschlussmöglichkeiten auf Ihre Person ausgewertet.

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte gern an uns:

Dr. Dorothee Noeres (Dipl. Sozialwiss.)



Tel.: 0511 532 9389

E-Mail: noeres.dorothee@mh-hannover.de

Lena Röbbel (Master of Public Health, M.Sc.)



Tel.: 0511 532 6426

E-Mail: roebbel.lena@mh-hannover.de

Postanschrift:

Medizinische Hochschule Hannover

OE 5420

Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

So wird's gemacht!

Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende mit einem gut lesbaren Stift an. Falls eine Mehrfachauswahl möglich ist, werden Sie bei der jeweiligen Frage darauf hingewiesen. Hinter manchen Antwortmöglichkeiten werden Sie einen Pfeil → vorfinden, der Sie auf eine Weiterleitung aufmerksam macht. Wenn Sie dort ein Kreuz gesetzt haben, folgen Sie bitte der Weiterleitung. Bitte setzen Sie keine Kreuze zwischen die Antwortfelder, denn das würde zu einer ungültigen Antwort führen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Der erste Abschnitt beinhaltet Fragen zu Ihrer Erwerbstätigkeit, zu Ihren Erwartungen an Ihren Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberin und zu den Arbeitsbedingungen in Ihrem Unternehmen (Selbstständigkeit inbegriffen). Für den Fall, dass Ihr Arbeitsvertrag gerade abgelaufen sein sollte und kein neuer begonnen hat, beantworten Sie die Fragen bitte bezogen auf die Arbeitsstelle zum Zeitpunkt Ihrer Brustoperation.

1. Üben Sie derzeit eine Erwerbstätigkeit aus? Was trifft auf Sie zu?

Sollten Sie sich derzeit im Mutterschutz befinden, gilt dieser als Erwerbstätigkeit.

Ich bin...

voll erwerbstätig

in Teilzeitbeschäftigung

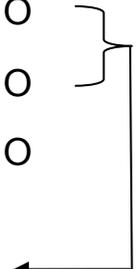
in betrieblicher Ausbildung / Lehre oder betrieblicher Umschulung

geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig

in Altersteilzeit mit Arbeitszeit Null

nicht erwerbstätig

sonstige, und zwar: _____



Vielen Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme und Ihre bisherige Mitarbeit. Da diese Studie jedoch ausschließlich Erwerbstätige einbezieht, bitten wir Sie, den unausgefüllten Fragebogen an uns zurück zu senden. Vielen Dank!

2. Wie viel beträgt im Durchschnitt Ihre tatsächliche Arbeitszeit pro Woche einschließlich eventueller Überstunden?

, Stunden pro Woche

3. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Bitte geben Sie die genaue Tätigkeitsbezeichnung an, also z.B. nicht "kaufmännische Angestellte", sondern: "Speditionskauffrau", nicht "Arbeiterin", sondern: "Maschinenschlosserin". Wenn Sie Beamtin sind, geben Sie bitte Ihre Amtsbezeichnung an, z.B. "Polizeimeisterin" oder "Studienrätin". Wenn Sie Auszubildende sind, geben Sie bitte Ihren Ausbildungsberuf an:

4. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt?

Wenn Sie mehr als eine berufliche Tätigkeit ausüben, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte nur für Ihre derzeitige berufliche Haupttätigkeit.

Arbeiterin (auch in der Landwirtschaft)

- Ungelernte Arbeiterin
- Angelernte Arbeiterin
- Gelernte und Facharbeiterin
- Vorarbeiterin, Kolonnenführerin
- Meisterin, Poliererin

Beamtin (inkl. RichterIn und Soldatin)

- Einfacher Dienst
- Mittlerer Dienst
- Gehobener Dienst
- Höherer Dienst

Angestellte

- Angestellte mit einfacher Tätigkeit und ohne Ausbildungsabschluss
- Angestellte mit einfacher Tätigkeit mit Ausbildungsabschluss
- Angestellte Meisterin
- Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiterin, technische Zeichnerin)
- Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z.B. wissenschaftliche Mitarbeiterin, Ingenieurin, Abteilungsleiterin)

Selbständige

- Selbständige Landwirtin
- Freie Berufe, selbständige Akademikerin
- Sonstige Selbständige
- Mithelfende Familienangehörige

Auszubildende

- Auszubildende
- Praktikantin
- Studentin

Sonstiges: _____

5. Wie viele Beschäftigte hat die Institution bzw. das Unternehmen, in dem Sie arbeiten, insgesamt?

- unter 5 200 bis unter 2.000
- 5 bis 10 2.000 und mehr
- 11 bis unter 20 Trifft nicht zu, da selbständig ohne weitere Beschäftigte
- 20 bis unter 100
- 100 bis unter 200 Weiß nicht

6. Welches Verhalten und welche Unterstützung wünschen bzw. wünschten Sie sich von Ihren Kolleginnen und Kollegen vor der Rückkehr an Ihren Arbeitsplatz?

Gemeint ist die Zeit in der Sie krankgeschrieben zuhause waren oder sind.

→Danke für Ihre Angaben. Falls Sie selbstständig sind bitte weiter bei Frage 8!

7. Welches Verhalten und welche Unterstützung wünschen bzw. wünschten Sie sich von Ihrem Arbeitgeber oder Ihrer Arbeitgeberin (Personalabteilung) vor der Rückkehr an Ihren Arbeitsplatz?

Gemeint ist die Zeit in der Sie krankgeschrieben zuhause waren oder sind.

8. Welches Verhalten und welche Unterstützung wünschen Sie sich von Ihren Kolleginnen und Kollegen nach der Rückkehr an Ihren Arbeitsplatz?

→Danke für Ihre Angaben. Falls Sie selbstständig sind bitte weiter bei Frage 10!

9. Welches Verhalten und welche Unterstützung wünschen Sie sich von Ihrem Arbeitgeber oder Ihrer Arbeitgeberin nach der Rückkehr an Ihren Arbeitsplatz?

10. Wurden bislang Ihre Wünsche von Ihrem Arbeitgeber bzw. Ihrer Arbeitgeberin und Ihren Kollegen und Kolleginnen erfüllt?

Selbstständige kreuzen bei Arbeitgeber/in bitte „Trifft nicht zu“ an!

<u>Vor</u> der Rückkehr an den Arbeitsplatz:	Nein	Ja	Teilweise	Ich habe/hatte keine Wünsche	Trifft nicht zu
Vom/von der Arbeitgeber/in:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von den Kollegen/innen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Nach</u> der Rückkehr an den Arbeitsplatz:					
Vom/von der Arbeitgeber/in:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von den Kollegen/innen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Fragen zu den Bedingungen an Ihrem Arbeitsplatz

Bitte markieren Sie zutreffendes...	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll zu
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erhalte von meinem/r Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der folgende Bereich befasst sich mit Fragen zu Ihrer beruflichen Zukunft, den Auswirkungen Ihrer Krankheit auf Ihre Erwerbstätigkeit und der Rehabilitation.

12. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?

Nein Ja

13. Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?

Nein Bin selbstständig Ja Insgesamt:

--	--

 Wochen

--

 Tage

14. Wie stark sind Sie momentan durch Ihre Operation und Therapie in Ihrer Arbeit beeinträchtigt?

Der Begriff der Arbeit bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben. Unbezahlte Arbeiten wie die einer Hausfrau oder die einer ehrenamtlich Tätigen sind damit auch gemeint.

Keine Beeinträch- tigung											Volle Beeinträch- tigung	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>											

15. Gibt es weitere Erkrankungen oder Nebenwirkungen, die Sie in Ihrer Arbeit (wie in Frage 14) beeinträchtigen?

Nein Ja und zwar:

16. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor?

Bitte markieren Sie alles für Sie Zutreffende, Mehrfachauswahl möglich!

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich...

- | | | | |
|--|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann. | <input type="radio"/> | eine Rente beantragen/bekommen werde. | <input type="radio"/> |
| in meinem Beruf <u>nicht</u> mehr arbeiten kann. | <input type="radio"/> | arbeitslos sein werde. | <input type="radio"/> |
| eine andere Arbeit suchen will. | <input type="radio"/> | krankgeschrieben werde. | <input type="radio"/> |
| überhaupt nicht mehr arbeiten kann. | <input type="radio"/> | Ich weiß es noch nicht. | <input type="radio"/> |

Wenn ich es mir frei aussuchen könnte, dann würde ich in Zukunft...

17. Wurden Sie bereits über Ihren Anspruch auf eine onkologische Rehabilitation oder eine Anschlussheilbehandlung informiert?

Nein Ja durch wen: _____

18. Beabsichtigen Sie, an einer onkologischen Rehabilitation bzw. an einer Anschlussheilbehandlung teilzunehmen?

Nein Ja Weiß nicht

Falls nicht, warum nicht?

→ Falls nicht, bitte weiter bei Frage 20!

19. Was erhoffen Sie sich von Ihrem Reha-Aufenthalt?

Ich hoffe, dass...	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr	Trifft nicht zu
man dort endlich Zeit für mich haben wird.	<input type="radio"/>					
mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird.	<input type="radio"/>					
die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beitragen wird.	<input type="radio"/>					

Sonstiges, und zwar:

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Diese ermöglichen es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. © Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung

20. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
<input type="radio"/>				

21. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehrere Treppen steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Ja	Nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	Ja	Nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Inwieweit haben Schmerzen Sie in der vergangenen Woche bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?

Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
<input type="radio"/>				

25. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in der vergangenen Woche gegangen ist.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile den Kreis an, der Ihrem Befinden am ehesten entspricht!

Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche...

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
... ruhig und gelassen?	<input type="radio"/>					
... voller Energie?	<input type="radio"/>					
... entmutigt und traurig?	<input type="radio"/>					

26. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in der vergangenen Woche Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Immer Meistens Manchmal Selten Nie

©Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung

27. Weitere Belastungen, die nicht auf jede zutreffen

Bitte geben Sie in jeder Zeile an, ob bzw. wie sehr Sie dadurch belastet sind. Wenn Sie z.B. nicht alleinerziehend sind, markieren Sie bitte ‚Es trifft nicht auf mich zu‘. Wenn Sie alleinerziehend sind, schätzen Sie bitte ein, wie sehr Sie sich dadurch belastet fühlen. Falls das Alleinerziehen Sie nicht belastet, markieren Sie bitte Antwort ‚gar nicht‘.

➔ Bitte in jeder Zeile ein Kreuz setzen!

Ich bin belastet durch ...	Es trifft nicht auf mich zu	Es betrifft mich und es belastet mich...				
		gar nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark
die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ein behindertes oder chronisch krankes Kind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ein entwicklungsverzögertes oder verhaltensauffälliges Kind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eine weitere schwere/ chronische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflege/ schwere Erkrankung eines nahen Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beziehung zum (Ehe-)Partner/ Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beziehung zum Ex-Partner/ Ex-Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patchwork-Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
problematische Wohnverhältnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tod des Partners/ eines nahestehenden Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
traumatische Erfahrung (z.B. Krieg, Vertreibung, Unfall)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich bin belastet durch ...	Es trifft nicht auf mich zu	Es betrifft mich und es belastet mich...				
		gar nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark
Gewalterfahrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(drohende) Arbeitslosigkeit, eigene/ die des Partners	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situation am Arbeitsplatz (mögliche Konflikte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alleinverdienerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Nöte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migrationshintergrund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorurteile aus dem sozialen Umfeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Sozialberatung im Brustzentrum, die Ihnen möglicherweise während Ihres stationären Aufenthaltes angeboten wurde.

28. Haben Sie während Ihres stationären Aufenthaltes eine Beratung durch den Sozialdienst erhalten?

Diese beinhaltet in der Regel eine Aufklärung über das Schwerbehindertenrecht, über die Rehabilitation oder ähnliches (siehe Frage 29).

Nein → weiter bei Frage 32! Ja Weiß nicht

29. Um welche Themen ging es bei der Beratung? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | | | |
|--|-----------------------|---|-----------------------|
| Schwerbehinderten- und Sozialhilferecht | <input type="radio"/> | Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen | <input type="radio"/> |
| Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation | <input type="radio"/> | Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen | <input type="radio"/> |
| Rückkehr in den Beruf | <input type="radio"/> | Leistungen der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung | <input type="radio"/> |
| Versorgung von Familienangehörigen | <input type="radio"/> | Krankheitsbewältigung | <input type="radio"/> |
| Keins von den genannten Themen | <input type="radio"/> | Ich kann mich nicht erinnern | <input type="radio"/> |

Sonstiges: _____

30. Gibt es ein Thema, das nicht zur Sprache kam, das Sie aber als wichtig empfunden hätten?

Nein

Ja und zwar:

31. Wie zufrieden waren Sie mit der Beratung durch den Sozialdienst?

Nicht
zufrieden

Wenig
zufrieden

Mittelmäßig
zufrieden

Ziemlich
zufrieden

Sehr
zufrieden

32. Falls Sie die Beratung nicht in Anspruch genommen haben, was waren die Gründe dafür? (Mehrfachauswahl möglich)

Ich wurde nicht angesprochen

Mir hat sich keine Gelegenheit geboten

Ich hatte selber keine Zeit/kein Interesse

Sonstiges: _____

Der letzte Abschnitt beinhaltet Fragen zu Ihrer Person.

33. Wann sind Sie geboren?

Monat:

--	--

Jahr:

1	9		
----------	----------	--	--

34. Welchen Familienstand haben Sie?

- Verheiratet und lebe mit meinem Ehepartner zusammen
- In eingetragener Lebenspartnerschaft zusammenlebend (gleichgeschlechtlich)
- Verheiratet und lebe von meinem Ehepartner getrennt
- Ledig
- Geschieden
- Verwitwet
- Eingetragene Lebenspartnerschaft, getrennt lebend (gleichgeschlechtlich)
- Eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben (gleichgeschlechtlich)
- Eingetragene Lebenspartnerin verstorben (gleichgeschlechtlich)

35. Haben Sie derzeit eine feste Partnerschaft?

- Nein → weiter bei Frage 37! Ja Ja, gleichgeschlechtlich

36. Wohnt Ihr Partner/ Ihre Partnerin in Ihrem Haushalt?

- Nein Ja

37. Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 mehr
 als 8

38. Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind unter 18 Jahre alt?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 mehr
 als 7

39. Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

Seit meiner Geburt

Seit (Jahreszahl)

40. Sind Ihre beiden Eltern in Deutschland geboren?

Gemeint ist Deutschland in den jetzigen Staatsgrenzen.

Nein

Ja → weiter bei Frage 43!

In welchem Land ist Ihre Mutter geboren?

In welchem Land ist Ihr Vater geboren?

41. Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

Nein

Ja → weiter bei Frage 43!

42. Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Sehr gut

Gut

Mittelmäßig

Wenig

Schlecht

43. Verfügen Sie über...? (Bitte nur einen Kreis markieren!)

die deutsche Staatsangehörigkeit

einen unbefristeten Aufenthalt

einen befristeten Aufenthalt

44. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Schüler/in, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule
- Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschule)
- Hauptschulabschluss (Volksschule)
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)
- Abitur über den zweiten Bildungsweg nachgeholt
- Einen anderen Schulabschluss, und zwar: _____

45. Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Bitte nur ein Kreuz setzen!

- Lehre, Facharbeiterabschluss
- Berufsfachschule, Handelsschule, Schule des Gesundheitswesens
- Fachschule, z.B. Meister-, Technikerabschluss
- Beamtenausbildung
- Fachhochschule, Berufsakademie (früher: auch Ingenieurschule, Lehrerbildung, DDR: Ingenieur und Fachschulabschluss)
- Universitäts-, Hochschulabschluss
- Promotion
- Sonstiger Abschluss

**46. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt?
Wie viel Geld steht Ihnen im Monat zur Verfügung?**

Dazu zählen die Arbeitslöhne bzw. -einkommen aller im Haushalt lebenden und wirtschaftenden Personen, sowie Mieteinnahmen, Kindergeld, Elterngeld, Arbeitslosengeld, Hartz IV, Sozialgeld, Unterbringungskosten, Wohngeld, Rente etc.

Unter 750 €	750 bis unter 1250 €	1250 bis unter 1750 €	1750 bis unter 2250 €	2250 bis unter 3000 €	3000 bis unter 4000 €
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4000 bis unter 5000 €	5000 € und mehr	Möchte ich nicht beantworten	Ich weiß nicht		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Nochmals Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Wenn Sie uns noch etwas mitteilen möchten, hier finden Sie Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik. Auch dafür danken wir Ihnen herzlich.
