



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Validierter Fragebogen

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2021

Impressum

Thema:

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Validierter Fragebogen

Ansprechpartner:

Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

15. Dezember 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

patientenbefragung@iqtig.org
<https://www.iqtig.org>



Befragung
von Patientinnen und Patienten
zu ihrer abgeschlossenen Psychotherapie

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig eine Situation Ihrer Erinnerung nach vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen können Sie sich gerne bei uns melden:

Telefonnummer: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Ambulante Psychotherapie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Psychotherapie

Eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut hat Sie wegen psychischer Beschwerden in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) behandelt.

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre zuletzt abgeschlossene psychotherapeutische Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei mit Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an Ihre psychotherapeutische Behandlung, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Bei allen Fragen meinen wir mit dem Begriff „Praxis“ auch immer das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

1)	Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?
	Weniger als 3 Monate <input type="checkbox"/>
	3 Monate bis weniger als 6 Monate <input type="checkbox"/>
	6 Monate bis weniger als 12 Monate <input type="checkbox"/>
	12 Monate bis weniger als 24 Monate <input type="checkbox"/>
	24 Monate oder länger <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie

2)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

3)	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p>			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4)	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p>			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... welche Regelungen zur Absage einer Therapie-sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

5)	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p>	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6)	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
----	---

7)	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
----	--

Ziele für die Therapie

8) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 8**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 9**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 9**

9) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Aufklärung zu Ihren psychischen Beschwerden

10) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?

Ja

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

Nein, ich wollte / brauchte das nicht

Weiß nicht mehr

11)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen <u>während</u> der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten

12)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, eine Telefonseelsorge)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

13)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

14)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie

15)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ob Ihre Therapie verlängert werden soll?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

16)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Immer</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Meistens</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Selten</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Nie</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren? </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Immer	Meistens	Selten	Nie							
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

17)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

18) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?

Ja

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte

Nein, ich wollte / brauchte das nicht

Weiß nicht mehr

Ihre Behandlung bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten

19) Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
... sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Probleme und Sorgen verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20) Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
... abwesend gewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten während der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

22) Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

23) Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
Meine Therapiesitzungen waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24)	Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschluss Ihrer Psychotherapie

25)	Wenn Sie nun an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

26)	Wenn Sie weiterhin an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ...			
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie geht es Ihnen nach der Psychotherapie?

27) Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?

Nach der Psychotherapie ging es mir:

Viel schlechter Eher schlechter In etwa gleich Eher besser Viel besser

28) Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

29) An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergangenheitsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30) Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Viel schlechter geworden	Etwas schlechter geworden	Unverändert	Etwas besser geworden	Viel besser geworden
Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergangenheitsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31) Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?

Überhaupt nicht

Voll und ganz

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person und zu allgemeinen Informationen zu Ihrer psychotherapeutischen Behandlung bitten.

32)	Wurden Sie <u>im Verlauf</u> der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>

33)	In welchem Jahr wurden Sie geboren?
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

34)	Welches Geschlecht haben Sie?
	Weiblich <input type="checkbox"/>
	Männlich <input type="checkbox"/>
	Divers <input type="checkbox"/>

35)	Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?
	In fester Partnerschaft, zusammenlebend <input type="checkbox"/>
	In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend <input type="checkbox"/>
	Alleinstehend, geschieden oder in Trennung <input type="checkbox"/>
	Verwitwet <input type="checkbox"/>

36)	Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?
	<input type="text"/> <input type="text"/> Personen

37) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule

Von der Schule abgegangen ohne Abschluss

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse

Realschulabschluss (Mittlere Reife)

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse

Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule

Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)

Anderer Schulabschluss

38) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

Schülerin/Schüler oder Studentin/Student

Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden)

Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden)

Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)

Arbeitslos

Altersrente

Erwerbsunfähigkeitsrente

Hausfrau/Hausmann

Ausbildung, Umschulung

Wiedereingliederungsmaßnahme

Sonstiges

39)	Ist Ihre Muttersprache Deutsch?	
	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich habe eine andere Muttersprache	<input type="checkbox"/>

40)	Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?	
	Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt	<input type="checkbox"/>
	Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!