

# Stichprobenerhebung über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt

Mikrozensus 1995

## Erhebungsbogen 2

Die Auskunft zu den Fragen des Erhebungsbogens 2 ist freiwillig.

Hinweise zu den Rechtsgrundlagen, den Hilfsmerkmalen sowie weitere Hinweise zur Erhebung finden Sie auf der Rückseite dieses Erhebungsbogens.

Frg. Nr.	Frage ( <i>kursiv = Erläuterungen</i> )	Antwort	Kategorie
01	Lfd. Nr. der Person im Haushalt <i>Bei mehr als 5 Personen im Haushalt weiteren Bogen anlegen und mit 6. Person „06“ beginnen.</i>		<input type="text"/> <input type="text"/>

### Angaben zur Person

02	Geschlecht	männlich weiblich	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
03	Geburtsjahr	Bitte das Jahr angeben!	19  <input type="text"/>   <input type="text"/>

### Amtlich anerkannte Behinderteneigenschaft

04	Ist für Sie eine Behinderung durch <b>amtlichen Bescheid</b> festgestellt oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?		
	<b>Ja</b> , und zwar durch	- Bescheid des Versorgungsamtes/amtlicher Schwer-(Kriegs-)beschädigten-, Schwerbehinderten-Ausweis - Sonstiger amtlicher Bescheid (z.B. Rentenbescheid, Verwaltungs- oder Gerichtsentscheid) - Sowohl Bescheid/Ausweis des Versorgungsamtes usw. („1“) als auch sonstiger amtlicher Bescheid („2“)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<b>Nein</b> ,	- Antrag gestellt, aber noch keinen Bescheid erhalten - keine amtlich festgestellte Behinderung	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9
05	Wie hoch ist der Grad der Behinderung bzw. wieviel Prozent beträgt die amtlich festgestellte Minderung der Erwerbsfähigkeit?	unter 25 % 25 - 29 % 30 - 39 % 40 - 49 % 50 - 59 % 60 - 69 % 70 - 79 % 80 - 89 % 90 - 99 % 100 % Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11

Frg. Nr.	Frage (kursiv = Erläuterungen)	Antwort	Kategorie
<b>Krankheiten und Unfallverletzungen</b>			
06	Waren Sie <b>in den letzten 4 Wochen</b> (einschließlich heute) <b>krank</b> (auch chronisch) bzw. <b>unfallverletzt</b> ?		
	<b>Ja,</b> krank	<input type="checkbox"/> 1	
	unfallverletzt	<input type="checkbox"/> 2	
	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> 9	
	Keine Auskunft	<input type="checkbox"/> 0	
<b>Nur für heute bzw. in den letzten 4 Wochen kranke/unfallverletzte Personen</b>			
07	Dauert Ihre Krankheit bzw. Unfallverletzung heute noch an?	Ja Nein	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9
08	Wie lange dauert(e) Ihre Krankheit bzw. Unfallverletzung?		
	1 - 3 Tage	<input type="checkbox"/> 1	
	über 3 Tage - 1 Woche	<input type="checkbox"/> 2	
	über 1 Woche - 2 Wochen	<input type="checkbox"/> 3	
	über 2 Wochen - 4 Wochen	<input type="checkbox"/> 4	
	über 4 Wochen - 6 Wochen	<input type="checkbox"/> 5	
	über 6 Wochen - 1 Jahr	<input type="checkbox"/> 6	
	über 1 Jahr	<input type="checkbox"/> 7	
09	Waren Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Krankheit bzw. Unfallverletzung in ärztlicher oder Krankenhausbehandlung?		
	<b>Ja,</b> und zwar:		
	in ambulanter Behandlung	beim Arzt	<input type="checkbox"/> 1
		im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> 2
	in stationärer Krankenhausbehandlung		<input type="checkbox"/> 3
	<b>Nein</b>		<input type="checkbox"/> 9
10	Wenn Sie sich in stationärer Krankenhausbehandlung befanden („3“ in Frage 09): Wie lange dauerte diese Behandlung?		
	1 - 3 Tage	<input type="checkbox"/> 1	
	über 3 Tage - 1 Woche	<input type="checkbox"/> 2	
	über 1 Woche - 2 Wochen	<input type="checkbox"/> 3	
	über 2 Wochen - 3 Wochen	<input type="checkbox"/> 4	
	über 3 Wochen	<input type="checkbox"/> 5	
	noch andauernd	<input type="checkbox"/> 6	
11	Waren sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Krankheit bzw. Unfallverletzung arbeitsunfähig?		
	<b>Ja</b>	Arbeitsunfähigkeit ist beendet	<input type="checkbox"/> 1
		Arbeitsunfähigkeit dauert noch an	<input type="checkbox"/> 2
	<b>Nein</b>		<input type="checkbox"/> 9
12	Wenn Sie unfallverletzt waren/sind: Welcher Art war Ihr Unfall?		
	Arbeits-/Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> 1	
	Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> 2	
	Häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> 3	
	Freizeitunfall (Sport/-Spiel/sonst. Freizeitbeschäftigung)	<input type="checkbox"/> 4	
	Sonstiger Unfall (einschl. Schulunfall)	<input type="checkbox"/> 5	

Frg. Nr.	Frage ( <i>kursiv = Erläuterungen</i> )	Antwort	Kategorie
<b>Rauchgewohnheiten</b>			
13	Sind Sie gegenwärtig Raucher?		
	<b>Ja,</b>	regelmäßig	<input type="checkbox"/> 1
		gelegentlich	<input type="checkbox"/> 2
	<b>Nein</b>		<input type="checkbox"/> 9
14	Wenn „ <b>Nein</b> “ Waren Sie früher Raucher?		
	<b>Ja,</b>	regelmäßig	<input type="checkbox"/> 1
		gelegentlich	<input type="checkbox"/> 2
	<b>Nein</b>		<input type="checkbox"/> 9

### Nur für gegenwärtige bzw. frühere Raucher

15	In welchem Alter fingen Sie an zu rauchen? Bitte Alter angeben oder...		<input type="text"/>
16	Was rauchen bzw. rauchten Sie überwiegend? Zigaretten Zigarren, Zigarillos Pfeifentabak		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
17	Wenn „ <b>Zigaretten</b> “: Wie viele Zigaretten rauchen bzw. rauchten Sie täglich? Weniger als 5 5 - 20 21 - 40 41 und mehr		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

### Verwendung von Jodsalz

18	Verwenden Sie Jodsalz?		
	<b>Ja</b>		<input type="checkbox"/> 1
	<b>Nein</b>		<input type="checkbox"/> 9
	<b>Nicht bekannt</b>		<input type="checkbox"/> 0
19	Wenn „ <b>Nein</b> “ bzw. „ <b>Nicht bekannt</b> “: Warum nicht?		
	Jodsalz unbekannt		<input type="checkbox"/> 1
	Bedeutung für die Gesundheitsvorsorge unbekannt		<input type="checkbox"/> 2
	Aus sonstigen Gründen		<input type="checkbox"/> 3

**Rechtsgrundlagen:** Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt (Mikrozensusgesetz) vom 10. Juni 1985 (BGBl. I S. 955), geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2837), in Verbindung mit der Verordnung zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt (Mikrozensusverordnung) vom 14. Juni 1985 (BGBl. I S. 967), zuletzt geändert durch Artikel 12 Abs. 23 des Gesetzes vom 14. September 1994 (BGBl. I S. 2325). in Verbindung mit dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (Bundesstatistikgesetz - BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 36 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378, 1994 I S. 2439).

Hilfsmerkmale: Vor- und Familiennamen der Haushaltsmitglieder bzw. des Wohnungsinhabers sowie Telefonnummer, Straße, Hausnummer, Lage der Wohnung im Gebäude und der Name der Arbeitsstätte sind Hilfsmerkmale, die lediglich der technischen Durchführung der Erhebung dienen.

Hinweise zu Zweck, Art und Umfang der Erhebung, zur statistischen Geheimhaltung, zur gesetzlichen Regelung der Auskunftserteilung, zu Trennung, Löschung, zu den Rechten und Pflichten des Interviewers und zu Bedeutung und Inhalt von laufenden Nummern und Ordnungsnummern sind die „Kurzinformation für die Befragten“ zu entnehmen.