

## Evaluationsbogen – Grundkurs EbM

Liebe Teilnehmerinnen, liebe Teilnehmer,

bevor wir uns von Ihnen verabschieden, möchten wir gerne erfahren, ob Ihnen die Veranstaltung gefallen hat und welche Erfahrungen und Kenntnisse Sie aus diesem Kurs mitnehmen.

Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen und Aussagen zum Grundkurs sorgfältig durchzulesen und Ihre jeweilige Antwort oder Bewertung einzutragen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und wählen Sie die Antwort, die jeweils für Sie am ehesten zutrifft.

Alle Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und mit Hilfe der EDV ausschließlich in anonymisierter Form weiterverarbeitet.

Da wir Sie in ca. 6 Monaten noch einmal zum Grundkurs EbM befragen möchten, bitten wir Sie, am Ende dieser Seite Ihren persönlichen Code einzutragen. Dieser ermöglicht es uns, trotz der Anonymisierung Ihrer Angaben, Vergleiche zwischen den beiden Befragungszeitpunkten anzustellen und damit auch die Nachhaltigkeit des Grundkurses EbM zu überprüfen.

Ihren Code generieren Sie, indem Sie die beiden unten stehenden Fragen beantworten. Wir werden Ihnen diese Fragen auch auf dem Folgefragebogen stellen, damit Sie den Code in ca. 6 Monaten leicht rekonstruieren können.

Wir hoffen nun auf Ihre rege Beteiligung an unserer Befragung!

### Teilnehmer-Kode

Bitte tragen Sie hier Ihren **Vornamen** ein.....

Bitte tragen Sie hier die **letzten 4 Ziffern** Ihrer **privaten** Telefon-Nr. ein.....





6. Wie beurteilen Sie den Nutzen von EbM für Ihre Patienten?										
sehr schädlich					keinen Schaden/Nutzen					sehr nützlich
-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Inwiefern hat sich Ihre Einstellung zur EbM nach dem Grundkurs verändert?										
negativere Einstellung					keine Veränderung					positivere Einstellung
-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind Sie der Überzeugung, dass sich EbM bei niedergelassenen Ärztinnen/ Ärzten etablieren wird?										
<input type="checkbox"/> ja										
<input type="checkbox"/> nein										
→ Bitte geben Sie jeweils den Hauptgrund für Ihre Überzeugung an:										
<b>Selbsteinschätzung des Lernerfolges / Umsetzungschancen</b>										
9. Nach Ihrer Teilnahme am Grundkurs EbM – wie sicher sind Sie sich in der Anwendung folgender Elemente/Schritte der EbM?										
		sehr sicher	eher sicher	teils/teils	eher unsicher	sehr unsicher				
1.	Formulieren einer präzisen Fragestellung zu einem bestimmten klinischen Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2.	Auffinden relevanter Literatur zu einer präzisen klinischen Fragestellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.	Kritische Bewertung von Therapiestudien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4.	Verknüpfung wissenschaftlicher Nachweise (externer Evidenz) mit ärztlichem Erfahrungswissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5.	Vermittlung evidenzbasierter Informationen an den Patienten und gemeinsame Entscheidungsfindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6.	Recherchieren und Bewerten von Therapieleitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

10. Haben Sie bereits vor dem Kurs bestimmte Elemente der EbM für Ihre Arbeit genutzt?						
<input type="checkbox"/> nein → wenn nein, bitte weiter mit <u>Frage 11</u>						
<input type="checkbox"/> ja → wenn ja, welche? ( <b>Bitte wählen Sie die entsprechenden Elemente in Frage 9 aus.</b> )						
1.	2.	3.	4.	5.	6.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gibt es Elemente der EbM, die Sie so sehr überzeugt haben, dass Sie sie zukünftig regelmäßig einsetzen werden?						
<input type="checkbox"/> nein → wenn nein, bitte weiter mit <u>Frage 12</u>						
<input type="checkbox"/> ja → wenn ja, welche? ( <b>Bitte wählen Sie die entsprechenden Elemente in Frage 9 aus.</b> )						
1.	2.	3.	4.	5.	6.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nach Ihrer Teilnahme am Grundkurs EbM – wie sicher sind Sie sich im Umgang mit folgenden Informations- und Datenbanken?						
	sehr sicher	eher sicher	teils/teils	eher unsicher	sehr unsicher	
Cochrane-Library	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medline, PubMed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leitlinienseite der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Nach Ihrer Teilnahme am Grundkurs EbM – wie sicher sind Sie sich im Umgang mit folgenden Effektgrößen?						
	sehr sicher	eher sicher	teils/teils	eher unsicher	sehr unsicher	
AR (Absolutes Risiko)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RR (Relatives Risiko)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ARR (Absolute Risikoreduktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NNT (Number needed to treat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Odds Ratio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. Wünschen Sie sich spezielle Wiederholungen oder Vertiefungskurse für einzelne Teilbereiche des Grundkurses, z.B. Literatur- und Datenbankrecherche? (Mehrfachnennungen möglich)

	Wiederholung	Vertiefung
Formulieren präziser recherchierbarer Fragestellungen / Literatur- und Datenbankrecherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritische Bewertung von Therapiestudien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strategien und Techniken der Vermittlung evidenzbasierter Informationen an den Patienten und gemeinsame Entscheidungsfindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherchieren, Bewerten und Anwenden von Therapieleitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges / Anderes, nämlich _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wünschen Sie sich eine kontinuierliche Nachbereitung des Grundkurses EbM?

- nein → wenn nein, bitte weiter mit Frage 16
- ja → wenn ja, z.B. in Form (Mehrfachnennungen möglich)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> regelmäßiger Zusendungen von Übungsaufgaben | <input type="checkbox"/> telefonischer Hilfestellung bei schwierigen Fragen |
| <input type="checkbox"/> eines Journal-Club                          | <input type="checkbox"/> eines EbM-Newsletter                               |
| <input type="checkbox"/> eines Online-Kurs (Übungen)                 | <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich _____                           |

**Im folgenden Abschnitt möchten wir Sie nun bitten, Materialien, Inhalte, ReferentInnen/TutorInnen und die Organisation des Grundkurses zu bewerten**

### Kursmaterialien

16. Wieviel Zeit haben Sie mit der Bearbeitung des Vorbereitungsmaterials verbracht?

Insgesamt ca. \_\_\_\_\_ Stunden

17. Wie fanden Sie die Vorbereitungsmaterialien?

**Allgemeines Vorbereitungsmaterial ( u.a. Glossar, Artikel zur Methodik der EbM)**

sehr hilfreich       eher hilfreich       weder/noch       eher verwirrend       sehr verwirrend

**Arbeitsmaterial ( u.a. Fallvignette, Originalarbeiten, Arbeitsblätter)**

sehr hilfreich       eher hilfreich       weder/noch       eher verwirrend       sehr verwirrend

## 18. Wie beurteilen Sie den Umfang des Vorbereitungsmaterials?

viel zuviel     
  eher viel     
  angemessen     
  eher wenig     
  viel zu wenig

## 19. Wie empfinden Sie die Arbeit mit englischsprachigen Kursmaterialien?

sehr schwierig     
  eher schwierig     
  neutral     
  eher unkompliziert     
  völlig problemlos

**Veranstaltungen**

## 20. Wie beurteilen Sie ganz allgemein die inhaltliche Qualität der aufgeführten Kursteile? [Bitte vergeben Sie Noten von 1(sehr gut) bis 5(mangelhaft)].

Veranstaltung	1 sehr gut	2 gut	3 befriedigend	4 ausreichend	5 mangelhaft
Einführung in EbM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmanagement <i>Theoretische Einführung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmanagement <i>Praktische Übung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methodologie / Statistik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienteninformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiestudien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieleitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 21. Wie beurteilen Sie die Schwierigkeit der einzelnen Veranstaltungen?

Veranstaltung	viel zu schwer	etwas zu schwer	angemessen	etwas zu einfach	viel zu einfach
Einführung in EbM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmanagement <i>Theoretische Einführung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmanagement <i>Praktische Übung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methodologie / Statistik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienteninformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiestudien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieleitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Wie beurteilen Sie die Dauer der einzelnen Kursteile?					
Veranstaltung	viel zu lang	eher lang	angemessen	eher kurz	viel zu kurz
Einführung in EbM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmanagement <i>Theoretische Einführung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmanagement <i>Praktische Übung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methodologie / Statistik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienteninformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiestudien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieleitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Fanden Sie die ausgewählte Kursform (z.B. Kleingruppe, Kurs, Plenum) für das jeweilige Thema angemessen?					
<input type="checkbox"/> ja → wenn ja, bitte weiter mit <u>Frage 24</u>					
<input type="checkbox"/> nein → wenn nein, für welche/s Thema/Themen hätten Sie sich eine andere Kursform gewünscht? <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>					
Thema _____ Kursform _____ _____					
24. Wurde in den einzelnen Veranstaltungen ausreichend Praxisbezug hergestellt?					
<input type="checkbox"/> ja → wenn ja, bitte weiter mit <u>Frage 25</u>					
<input type="checkbox"/> nein → wenn nein, haben Sie Verbesserungsvorschläge für bestimmte Kursteile?					
25. Wie beurteilen Sie die Bedeutung der verschiedenen Kursinhalte für ihren Arbeitsalltag?					
Veranstaltung	sehr wichtig	eher wichtig	teils/teils	weniger wichtig	gar nicht wichtig
Einführung in EbM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methodologie / Statistik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienteninformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiestudien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieleitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TutorInnen / ReferentInnen**

26. Wie beurteilen Sie die Leistung der ReferentInnen / TutorInnen in den einzelnen Veranstaltungen? [Bitte vergeben Sie Noten von 1(sehr gut) bis 5 (mangelhaft)].  
Tragen Sie bitte in jeder Zeile den Namen der jeweiligen Referentin/Tutorin bzw. des jeweiligen Referenten/ Tutors ein!

Veranstaltung	1 sehr gut	2 gut	3 befriedigend	4 ausreichend	5 mangelhaft
---------------	---------------	----------	-------------------	------------------	-----------------

Einführung in EbM  
Referent(in)/Tutor(in):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Informationsmanagement

(Theoretische Einführung)

Referent(in)/Tutor(in):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Informationsmanagement

Praktische Übung

Referent(in)/Tutor(in):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Methodologie / Statistik

Referent(in)/Tutor(in):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Patienteninformation

Referent(in)/Tutor(in):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Therapiestudien

Referent(in)/Tutor(in):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Therapieleitlinien

Referent(in)/Tutor(in):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

27. Wie ließe sich die Kleingruppenarbeit Ihrer Meinung nach verbessern?

**Rahmenbedingungen + Kursorganisation**

28. Wie beurteilen Sie die Dauer des Grundkurses (insgesamt 15 Zeitstunden) vor dem Hintergrund Ihrer beruflichen Inanspruchnahme?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viel zu lang	eher lang	genau richtig	eher kurz	viel zu kurz

29. Wie gut war das zeitliche Format (Freitag+Samstag) des Grundkurses in Ihren (Arbeits)alltag integrierbar?

- |                          |                          |                          |   |                               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>      |
| sehr gut<br>integrierbar | gut<br>integrierbar      | neutral                  | nur mit<br>organisatorischem<br>Aufwand<br>integrierbar | sehr schlecht<br>integrierbar |

30. Wie beurteilen Sie das Preis-Leistungsverhältnis der Veranstaltung?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr preiswert           | eher preiswert           | angemessen               | eher teuer               | viel zu teuer            |

31. Wie beurteilen Sie den Einsatz technischer Hilfsmittel während des Kurses?

- |                           |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unzureichender<br>Einsatz | eher<br>unzureichend     | angemessen               | eher<br>übertrieben      | völlig<br>übertrieben    |

32. Wie bewerten Sie die räumliche Ausstattung der Seminar- und Aufenthaltsräume?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| erstklassig              | eher gut                 | neutral                  | eher schlecht            | miserabel                |

33. Wie zufrieden waren Sie mit der Verpflegung während des Kurses?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr<br>zufrieden        | eher<br>zufrieden        | neutral                  | eher<br>unzufrieden      | sehr<br>unzufrieden      |

34. Wie beurteilen Sie abschließend die Organisation der gesamten Veranstaltung?  
[Bitte vergeben Sie eine Gesamtnote von 1(sehr gut) – 5 (mangelhaft)]

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1</b>                 | <b>2</b>                 | <b>3</b>                 | <b>4</b>                 | <b>5</b>                 |
| sehr gut                 | gut                      | befriedigend             | ausreichend              | mangelhaft               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Zum Schluss hätten wir noch gerne einige Angaben zu Ihrer Person****35. In welchem Beruf und welchem Bereich des Gesundheitswesens sind Sie tätig?**

Ich bin \_\_\_\_\_ (z.B. Ärztin/Arzt)  
und arbeite als \_\_\_\_\_ (z.B. Qualitätsbeauftragte/r)  
in einem/einer \_\_\_\_\_ (z.B. Krankenhaus, Institut...)

**36. Wenn Sie Ärztin/Arzt sind, führen Sie eine Fachgebietsbezeichnung?**

nein  
 ja, nämlich \_\_\_\_\_

**37. Seit wann üben Sie Ihre jetzige Tätigkeit aus?**

seit \_\_\_\_\_ Jahren

**38. Wie hoch ist Ihre tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt?**

ca. \_\_\_\_\_ Stunden

**39. Sind Sie...?**

weiblich                       männlich

**40. Wie alt sind Sie?**

< 25 Jahre                       45 -< 55 Jahre  
 25 -< 35 Jahre                 55 -<65 Jahre  
 35 -< 45 Jahre                 > 65 Jahre

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**