



---

## Forschungsprojekt Studiensituation

---

Die Teilnahme an dieser Erhebung ist freiwillig. Da aber nur eine hohe Beteiligungsrate zu verlässlichen Ergebnissen führt, bitten wir **alle** angeschriebenen Studentinnen und Studenten, sich an der Erhebung zu beteiligen. Die völlige Anonymität Ihrer Angaben ist gesichert.

Wir haben uns bemüht, solche Fragen zu stellen, die für möglichst alle Studierenden interessant sind, und versucht, die Fragen so zu formulieren, daß ihre Bearbeitung allen möglich ist.

Da eine so vielschichtige Problematik wie die Studiensituation nicht mit wenigen Fragen angemessen zu erfassen ist, konnten wir den Fragebogen nicht kürzer gestalten. Halten Sie sich bitte nicht zu lange bei einzelnen Fragen auf, selbst wenn Sie sich an einzelnen Formulierungen stoßen sollten. Wählen Sie die Antworten aus, die Ihren persönlichen Erfahrungen und Ihren eigenen Ansichten am nächsten kommen.

Füllen Sie den Fragebogen bitte **allein** und **vollständig** aus. Beachten Sie dabei, daß Ihre Antwortmarkierungen deutlich und eindeutig sind.

Zur Beantwortung der Fragen ist in der Regel nur ein Kästchen pro Zeile anzukreuzen oder eine entsprechende Zahl einzutragen. Sind zwei oder mehr Kreuze als Antwort nötig — bei Doppelfragen —, wird besonders darauf hingewiesen.

Wenn Sie zu einzelnen Fragen oder zum Fragebogen insgesamt Kommentare haben, freuen wir uns, wenn Sie sie uns auf einem gesonderten Blatt mitteilen.

---

**Bitte baldmöglichst ausfüllen und mit beiliegendem Rückumschlag an die folgende Adresse schicken:**

**Professor Dr. H. Peisert  
Forschungsprojekt Studiensituation  
Universität Konstanz  
Postfach 5560**

**7750 Konstanz**

## Liste 1

# Studienfächer

### **Sprach- und Kulturwissenschaften**

- 11 Evangelische Theologie, Religionslehre
- 12 Katholische Theologie, Religionslehre
- 13 Philosophie
- 14 Geschichte
- 15 Archäologie, Byzantinistik
- 16 Journalistik, Kommunikationswissenschaft, Medienkunde, Dokumentationswesen
- 17 Allgemeine Literatur-/ Sprachwissenschaft
- 18 Latein, Griechisch
- 19 Germanistik, Deutsch
- 20 Anglistik, Englisch, Amerikanistik
- 21 Romanistik, Französisch, andere romanische Sprachen
- 22 Slawistik, Baltistik, Finno-Ugristik
- 23 Völkerkunde, Ethnologie
- 24 außereuropäische Sprach-, Kulturwissenschaften
- 25 sonstige Fächer der Sprach-, Kulturwissenschaften

### **26 Psychologie**

### **Erziehungswissenschaften, Sozialwesen**

- 27 Erziehungswissenschaften, Pädagogik, allgemein
- 28 Sonderpädagogik, Behindertenpädagogik
- 29 Sozialwesen, Sozialarbeit, Sozialpädagogik

### **30 Sport/Sportwissenschaft**

### **40 Rechtswissenschaften, Jura**

### **Wirtschafts- und Sozialwissenschaften**

- 41 Politikwissenschaft
- 42 Soziologie, Sozialwissenschaft, Sozialkunde
- 43 Verwaltungswissenschaft, -wesen
- 44 Wirtschaftswissenschaften
- 45 Volkswirtschaft
- 46 Betriebswirtschaft
- 47 Wirtschaftspädagogik, Arbeits-, Wirtschaftslehre
- 48 Wirtschaftsingenieurwesen
- 49 sonstige Fächer der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

### **Mathematik, Naturwissenschaften**

- 50 Mathematik, Statistik
- 51 Informatik
- 52 Physik, Astronomie
- 53 Chemie, Biochemie, Lebensmittelchemie
- 54 Pharmazie
- 55 Biologie
- 56 Geologie, Geowissenschaften
- 57 Geographie, Erdkunde
- 58 sonstige Naturwissenschaften

### **Medizin**

- 60 Humanmedizin
- 61 Zahnmedizin
- 62 Veterinärmedizin

### **Agrar-, Forst-, Ernährungswissenschaften**

- 70 Agrarwissenschaften, Lebensmitteltechnologie
- 71 Gartenbau, Landespflege
- 72 Forstwissenschaft, Holzwirtschaft
- 73 Ernährungs-, Haushaltswissenschaft
- 74 sonstige Fächer der Agrar-, Forst-, Ernährungswissenschaften

### **Ingenieurwissenschaften**

- 80 Bergbau, Hüttenwesen
- 81 Maschinenbau, Verfahrenstechnik
- 82 Elektrotechnik, Elektronik, Nachrichtentechnik
- 83 Nautik, Schiffstechnik
- 84 Architektur, Innenarchitektur
- 85 Raumplanung
- 86 Bauingenieurwesen
- 87 Vermessungswesen, Kartographie
- 88 sonstige Fächer der Ingenieurwissenschaften (Wirtschaftsingenieurwesen siehe 48)

### **Kunst, Kunstwissenschaft, Musik**

- 90 Kunstwissenschaft, -geschichte, -erziehung
- 91 Bildende Kunst, Gestaltung, Graphik, Design
- 92 Film, Fernsehen, Theaterwissenschaft
- 93 Musik, Musikwissenschaft, -erziehung
- 94 sonstige Fächer der Kunst, Kunstwissenschaft, Musik

### **98 andere Studienfächer, nicht einzuordnen**

| Fachstudium und Hochschulzugang  |   | 1                        |                          |   |                          |                          |                          |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|
| <p><b>1. Ist ihr jetziges Studium ein:</b></p> <p>a) Erststudium (bisher kein anderes Abschlüßexamen)<br/> b) Zweitstudium (nach abgeschlossenem Erststudium)<br/> c) Ergänzungs-/Aufbaustudium<br/> d) Promotionsvorbereitung (nach erstem Abschlüß)</p>  | <p>a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/></p>  |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <p><b>2. Welche Fächer studieren Sie gegenwärtig?</b><br/> (bitte entsprechende Kennziffern aus Liste 1 von der gegenüberliegenden Seite entnehmen und hier rechts eintragen)</p> <p>1. Fach . . . . .<br/> 2. Fach (wenn kein 2. Fach »99« eintragen) . . . . .<br/> 3. Fach (wenn kein 3. Fach »99« eintragen) . . . . .</p>   | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>  |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <p><b>3. Ist das Wintersemester 1989/90 für Sie ein Praxissemester?</b></p>  | <p>nein <input type="checkbox"/></p> <p>ja, und zwar ...<br/> Vor-/Grundpraktikum <input type="checkbox"/> 1. Praxissemester <input type="checkbox"/> 2. Praxissemester <input type="checkbox"/></p>  |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <p><b>4. Haben Sie sich über die ZVS (Dortmund) um einen Studienplatz beworben (Auswahlverfahren)?</b><br/> <b>Oder haben Sie sich direkt an einzelnen Hochschulen beworben (wegen örtlicher Zulassungsbeschränkungen)?</b></p> <p>a) nein<br/> ja, beworben und ...<br/> b) wurde gleich zum gewünschten Studium zugelassen<br/> c) zunächst ablehnender Bescheid, studiere aber heute das gewünschte Fach<br/> d) ablehnender Bescheid, studiere heute nicht das damals gewünschte Fach (bitte aus Liste 1 die Kennziffer des gewünschten Faches eintragen)</p>            | <p>(2 Kreuze pro Zeile)</p> <table border="0"> <tr> <td colspan="4">ZVS-Bewerbung</td> <td colspan="4">Hochschulbewerbung</td> </tr> <tr> <td>a)</td><td>b)</td><td>c)</td><td>d)</td> <td>a)</td><td>b)</td><td>c)</td><td>d)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">▼<br/>Fachkennziffer</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">▼<br/>Fachkennziffer</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | ZVS-Bewerbung            |                          |   |                          | Hochschulbewerbung       |                          |  |  | a) | b) | c) | d) | a) | b) | c) | d) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ▼<br>Fachkennziffer |  |  |  | ▼<br>Fachkennziffer |  |  |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |
| ZVS-Bewerbung  |   |                          |                          | Hochschulbewerbung                                |                          |                          |                          |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
| a)   | b)  | c)                       | d)                       | a)  | b)                       | c)                       | d)                       |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
| ▼<br>Fachkennziffer  |   |                          |                          | ▼<br>Fachkennziffer                               |                          |                          |                          |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |   |                          |                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <p><b>5. Welchen Abschluß streben Sie an?</b><br/> (bei mehreren angestrebten Abschlüssen bitte den zeitlich nächsten nennen)</p> <p>a) Diplom an wissenschaftlichen Hochschulen oder Fachhochschulen<br/> b) Magister<br/> c) Staatsexamen (außer Lehramt)<br/> Staatsexamen für ein Lehramt an ...<br/> d) Grund-, Haupt-, Realschulen (Primarstufe, Sekundarstufe I)<br/> e) Gymnasien (Sekundarstufe II)<br/> f) beruflichen Schulen, Sonderschulen<br/> g) sonstiger Abschluß (z. B. kirchliche Abschlußprüfung, Promotion)<br/> h) habe mich noch nicht festgelegt</p> | <p>a) <input checked="" type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/> e) <input type="checkbox"/> f) <input type="checkbox"/> g) <input type="checkbox"/> h) <input type="checkbox"/></p>   |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <p><b>6. Welche Art der Hochschulreife besitzen Sie?</b><br/> <b>Geben Sie bitte an, in welchem Jahr Sie diese erlangt haben.</b></p>  | <p>allgemeine Hochschulreife <input type="checkbox"/> fachgebundene Hochschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/></p> <p>Jahr: 1 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   1 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   1 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>  |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <p><b>7. Wie haben Sie die Berechtigung zu Ihrem jetzigen Hochschulstudium erworben?</b></p> <p>a) Gymnasium<br/> b) Gesamtschule mit gymnasialer Oberstufe<br/> c) Fachgymnasium<br/> d) Abendgymnasium, Kolleg<br/> e) Fachoberschule<br/> f) Fach-, Berufsfachschule, Fachakademie u. ä.<br/> g) abgeschlossenes Grund-/Hauptstudium an einer Fachhochschule<br/> h) Einstufungsprüfung/Begabtenprüfung<br/> i) andere Hochschulzugangsberechtigung (z. B. außerhalb der Bundesrepublik Deutschland erworben)</p>   | <p>a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/> e) <input type="checkbox"/> f) <input type="checkbox"/> g) <input type="checkbox"/> h) <input type="checkbox"/> i) <input type="checkbox"/></p>  |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <p><b>8. Welchen Gymnasialzweig haben Sie in den letzten Schuljahren besucht?</b></p>  | <p>war nicht am Gymnasium <input type="checkbox"/> neu-sprachlich <input type="checkbox"/> alt-sprachlich <input type="checkbox"/> mathematisch/naturwissenschaftlich <input type="checkbox"/> sonstiger <input type="checkbox"/></p>   |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |  |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                     |  |  |  |                     |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | 2  |  |  |
| <b>9. Haben Sie die reformierte Oberstufe (NGO) besucht?</b>   |  | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>  |  |  |
| <b>10. Nur für reformierte Oberstufe: In welchen Fächern hatten Sie Ihre Leistungskurse zur Abiturprüfung?</b><br>(bitte die entsprechenden Fachnummern aus der folgenden Liste entnehmen und hier rechts eintragen)   |  | 1. Leistungskurs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>2. Leistungskurs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>sofern 3. Leistungskurs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |  |  |
| 01 Deutsch/Literatur<br>02 Englisch<br>03 Französisch<br>04 andere neue Sprachen<br>05 Latein<br>06 Griechisch<br>07 Kunst/Musik<br>08 anderes sprachlich-literarisch-künstlerisches Fach  | 09 Mathematik<br>10 Informatik<br>11 Physik<br>12 Chemie<br>13 Biologie<br>14 Technologie/Technik<br>15 anderes mathematisch-naturwissenschaftliches Fach  | 16 Erdkunde<br>17 Geschichte/Gemeinschaftskunde<br>18 Wirtschafts-/Sozialwissenschaften<br>19 Erziehungswissenschaft, Philosophie<br>20 anderes gesellschafts-/sozialwissenschaftliches Fach<br>21 Sport<br>22 Religion  |  |  |
| <b>11. Welche Durchschnittsnote hatten Sie in dem Abschlußzeugnis, das Sie zur Aufnahme eines Studiums berechtigt? Tragen Sie bitte die Note (z. B. 2,5) nebenan ein.</b>  |  | Note <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |  |  |
| <b>12. Waren Sie bereits vor dem Erwerb der Hochschulreife in einer beruflichen Ausbildung?</b><br>(bitte gegebenenfalls Zeitdauer und Abschluß angeben)<br><b>Und waren Sie vor dem Erwerb der Hochschulreife berufstätig?</b><br>(ohne Zeiten einer beruflichen Ausbildung)  |  | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> <b>Zeitdauer:</b><br/>           ja <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate         </td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <b>Abschluß:</b><br/>           nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/><br/> <br/>           nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/><br/> <br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>  | <b>Zeitdauer:</b><br>ja <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate   | <b>Abschluß:</b><br>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/><br><br>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| <b>Zeitdauer:</b><br>ja <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate   | <b>Abschluß:</b><br>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/><br><br>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |  |  |  |
| <b>13. Wieviel Zeit lag zwischen dem Erwerb der Hochschulreife und Ihrem Studienbeginn?</b>  |  | <b>Zeitdauer:</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> Monate  |  |  |
| <b>14. Was haben Sie nach dem Erwerb der Hochschulreife gemacht?</b><br>(bitte alles Zutreffende ankreuzen; gegebenenfalls auch Zeitdauer und Abschluß angeben)  |  | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> <b>Zeitdauer:</b><br/>           ja <input type="checkbox"/><br/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate         </td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <b>Abschluß:</b><br/> <br/>           nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/><br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br/> <br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> | <b>Zeitdauer:</b><br>ja <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate | <b>Abschluß:</b><br><br>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <b>Zeitdauer:</b><br>ja <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate | <b>Abschluß:</b><br><br>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |  |  |
| <b>15. Hängt Ihre berufliche Ausbildung bzw. Ihre Berufstätigkeit mit Ihrem Studienfach inhaltlich zusammen?</b>   |  | war nicht in Ausbildung/berufstätig <input type="checkbox"/> sehr eng <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nur wenig <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/>  |  |  |
| <b>Ausbildungswahl und Studierenerwartungen</b>  |  |  |  |  |
| <b>16. Was charakterisiert Ihre Situation vor der Studienaufnahme am besten?</b><br>(bitte nur eine Nennung)   |  | a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/>  |  |  |
| a) Ich wollte eigentlich nicht studieren.<br>b) Ich war mir lange Zeit unsicher.<br>c) Ich war mir ziemlich sicher, daß ich studieren wollte.<br>d) Für mich stand von vornherein fest, daß ich studieren werde.   |  |  |  |  |

**17. Welche Hochschularten haben Sie bei Ihrer Studienentscheidung damals in Betracht gezogen?**

|                                       | überhaupt nicht          | etwas                    | ernsthaft                | nur diese Hochschulart   |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Universität/Technische Universität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gesamthochschule                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fachhochschule                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kunst-/Musikhochschule             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. andere (bitte nennen: .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18. Haben Sie damals auch Ausbildungsmöglichkeiten außerhalb des Studiums in Betracht gezogen?**

|  | nein                     | etwas (nur informiert)   | ernsthaft (beworben)     | andere Ausbildung begonnen |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

**19. Wie wichtig waren Ihnen die folgenden Gründe bei der Entscheidung für Ihr jetziges Studienfach?**

|  | unwichtig                | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | sehr wichtig             |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. spezielles Fachinteresse  | <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"/> |
| 2. eigene Begabung, Fähigkeiten                                      | <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"/> |
| 3. Einkommenschancen im späteren Beruf                               | <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"/> |
| 4. fester Berufswunsch   | <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"/> |
| 5. Vielfalt der beruflichen Möglichkeiten durch dieses Studium       | <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"/> |
| 6. gute Aussichten auf sicheren Arbeitsplatz                         | <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. gute Aussichten, später in eine Führungsposition zu kommen        | <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. Ausweichlösung, da Numerus clausus im eigentlich gewünschten Fach | <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"/> |

**20. Wie informiert fühlen Sie sich über folgende Bereiche?**

|   | Darüber bin ich ... informiert |                          |                          |                          |                          | dieser Bereich interessiert mich nicht |
|---|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
|   | viel zu wenig                  | etwas zu wenig           | ausreichend              | gut                      | sehr gut                 |  |
| 1. die Studien- und Prüfungsordnung in Ihrem Studienfach                | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
| 2. Möglichkeiten der Studienberatung an Ihrer Hochschule                | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
| 3. Einzelheiten des BAföG   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
| 4. Möglichkeiten für ein Studium im Ausland                             | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
| 5. die Arbeitsmarktsituation in Ihrem angestrebten Tätigkeitsfeld       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
| 6. aktuelle politische Konzepte der Hochschulentwicklung                | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
| 7. Argumente für und gegen die verfallte Studentenschaft                | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
| 8. Mitbestimmungsrechte und Entscheidungsstrukturen an Ihrer Hochschule | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |

**21. Inwieweit scheinen Ihnen die folgenden Dinge für Ihre eigene persönliche und geistige Entwicklung nützlich? Und inwieweit scheinen sie Ihnen andererseits nützlich, um Ihre Berufsaussichten zu verbessern?**

a) sehr nützlich    c) wenig nützlich    e) kann ich nicht beurteilen  
b) nützlich        d) eher nachteilig

(2 Kreuze pro Zeile)

|  | Persönliche Entwicklung: |                          |                          |                          |                          | Berufsaussichten:        |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | a)                       | b)                       | c)                       | d)                       | e)                       | a)                       | b)                       | c)                       | d)                       | e)                       |
| 1. im Verlauf des Studiums die Hochschule zu wechseln  | <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"/> |
| 2. an einem Forschungspraktikum/-projekt teilzunehmen  | <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"/> |
| 3. zeitweise im Ausland zu studieren   | <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"/> |
| 4. sich frühzeitig auf ein Fachgebiet zu spezialisieren                                      | <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"/> |
| 5. über die eigenen Fächer hinaus an Vorlesungen und Kursen anderer Fachgebiete teilzunehmen | <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"/> |
| 6. während des Studiums praktische Arbeitserfahrungen außerhalb der Hochschule zu gewinnen   | <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. vor dem Studium eine berufliche Ausbildung zu absolvieren                                 | <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. sich hochschulpolitisch zu engagieren   | <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"/> |
| 9. schnell und zielstrebig das Studium abzuschließen   | <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"/> |
| 10. zusätzliche Qualifikationen durch ein Zweit-/Aufbaustudium zu erlangen                   | <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"/> |
| 11. zu promovieren   | <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"/> |



**26. In welchem Maße schreiben Sie sich die folgenden Eigenschaften und Fähigkeiten selbst zu?**

1. Fähigkeit, über längere Zeit intensiv und konzentriert zu arbeiten . . . . .
2. selbständiges Fragen und Arbeiten, Eigeninitiative . . . . .
3. systematisches und logisches Denken, logisches Folgern und Schließen . . . . .
4. Auffassungsgabe, Erfassen von Zusammenhängen . . . . .
5. intellektuelle Neugier, Entdeckerfreude . . . . .
6. Fähigkeit, Ergebnisse kritisch zu bewerten . . . . .
7. Sorgfalt und Genauigkeit beim Arbeiten . . . . .
8. wissenschaftliche Veröffentlichungen lesen und analysieren . . . . .
9. mit anderen in Gruppen zusammenarbeiten . . . . .

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| gar nicht                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | voll und ganz            |
|                          | 0                        | 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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**27. Wie beurteilen Sie rückblickend das Ihnen in der Schule vermittelte . . .**

1. studienfachbezogene Grundwissen? . . . . .
2. Allgemeinwissen? . . . . .

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| unzureichend             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | sehr gut                 |
|                          | 0                        | 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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**28. Inwieweit fühlen Sie sich durch die Oberstufe . . .**

1. insgesamt für ein Studium gut vorbereitet? . . . . .
2. im Hinblick auf die Anforderungen im gewählten Fach gut vorbereitet? . . . . .

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| überhaupt nicht          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | sehr gut                 |
|                          | 0                        | 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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**29. Gibt es an Ihrem Fachbereich spezielle Veranstaltungen (z. B. Vor- oder Brückenkurse), in denen fachbezogene Kenntnisse zur Aufarbeitung schulischer Wissenslücken vermittelt werden?**

- a) nein
- b) ja, habe solche Veranstaltungen/Kurse auch besucht
- c) ja, habe solche Veranstaltungen/Kurse aber nicht besucht
- d) ich weiß nicht

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a)                       | b)                       | c)                       | d)                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**30. Wenn Sie solche Veranstaltungen/Kurse besucht haben, welchen Nutzen haben diese für Ihr Studium gehabt?**

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| keinen Nutzen            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | großen Nutzen            |
|                          | 0                        | 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**31. In welchen Bereichen — außerhalb Ihrer eigenen Fächer — haben Sie während Ihres bisherigen Studiums Lehrveranstaltungen besucht?**

1. im rechts-, wirtschaftswissenschaftlichen Bereich (auch BWL) . . . . .
2. im sozialwissenschaftlichen Bereich (auch Psychologie, Politologie) . . . . .
3. im geisteswissenschaftlichen Bereich (auch Theologie, Kunst, Sprachen) . . . . .
4. im natur-, ingenieurwissenschaftlichen Bereich (auch Medizin, Mathematik) . . . . .
5. in sonstigen Bereichen . . . . .

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| keine                    | eine                     | 2 bis 3                  | mehr als 3               |
| <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"/> | <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"/> |

**32. Wie häufig haben Sie in diesem Wintersemester Beeinträchtigungen aufgrund der großen Studentenzahlen an Ihrer Hochschule erfahren?**

1. Verzögerungen bei der Buchausleihe (Bücher waren ausgeliehen, vorgemerkt oder fehlten) . . . . .
2. gewünschte Sprechstundentermine bei Hochschullehrer/in nicht erhalten oder verschoben . . . . .
3. in Lehrveranstaltungen ist den Ausführungen nur schwer zu folgen (Platzmangel, Unruhe) . . . . .
4. Labor- und Arbeitsplätze nicht oder zu kurz erhalten bzw. zu beengtes Arbeiten . . . . .
5. Zeitverlust wegen längerer Wartezeiten bei Ämtern/Ausleihe/Mensa . . . . .
6. eine beabsichtigte Übung/Seminar nicht besuchen können, weil Anmeldezahl bereits überschritten war . . . . .

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| nie                      | selten                   | manchmal                 | häufig                   | sehr häufig              |
| <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <p><b>33. Inwieweit treffen folgende Aussagen über Lernen und Studieren auf Sie persönlich zu?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mit meinen Studienleistungen bin ich erst dann richtig zufrieden, wenn ich das Gefühl habe, es kaum noch besser machen zu können. . . . .</li> <li>Ich mache mir oft Sorgen, ob ich mein Studium überhaupt schaffe. . . . .</li> <li>Bei Prüfungen kommt es mir vor allem auf besonders gute Noten an. . . . .</li> <li>Wenn mir etwas nicht beim ersten Mal gelingt, versuche ich es mit größerer Anstrengung von neuem. . . . .</li> <li>Ich arbeite sehr intensiv, um ein gutes Examen zu erreichen. . . . .</li> <li>Mir fällt es leicht, fachbezogene neue Inhalte und Fakten zu lernen und zu behalten. . . . .</li> <li>Ich befasse mich häufig mit inhaltlichen Problemen und Fragestellungen meines Studienfaches über das verlangte Maß hinaus. . . . .</li> <li>In Prüfungssituationen bin ich oft so aufgeregt, daß ich Dinge, die ich eigentlich weiß, vollkommen vergesse. . . . .</li> <li>Ich beteilige mich häufig an inhaltlichen Diskussionen in Lehrveranstaltungen. . . . .</li> <li>Wenn ich vor einer Prüfung stehe, habe ich meistens Angst. . . . .</li> <li>Mir wäre es lieber, wenn das Studium weniger geregelt wäre und mir mehr Möglichkeiten zur eigenen Gestaltung ließe. . . . .</li> <li>Mir kommt es darauf an, das Studium möglichst rasch abzuschließen. . . . .</li> <li>Das Studium läßt mir zu wenig Zeit für andere Dinge. . . . .</li> </ol> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">trifft<br/>überhaupt<br/>nicht zu</th> <th colspan="6"></th> <th style="text-align: center;">trifft<br/>voll und<br/>ganz zu</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">0</th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> <th style="text-align: center;">5</th> <th style="text-align: center;">6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> | trifft<br>überhaupt<br>nicht zu |                               |                          |                               |                          |                               |                          | trifft<br>voll und<br>ganz zu | 0                        | 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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| trifft<br>überhaupt<br>nicht zu  |  |                                 |                               |                          |                               |                          | trifft<br>voll und<br>ganz zu |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 0  | 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"/> |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <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"/>      | <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"/>   | <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"/> | <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"/>   | <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"/>      | <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"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>34. Wie stark ist Ihr Fachstudium an Ihrer Hochschule durch Studienordnungen, -verlaufspläne festgelegt?</b></p>   | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">überhaupt<br/>nicht</th> <th style="text-align: center;">kaum</th> <th style="text-align: center;">teilweise</th> <th style="text-align: center;">überwiegend</th> <th style="text-align: center;">völlig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <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> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>  | überhaupt<br>nicht              | kaum                          | teilweise                | überwiegend                   | völlig                   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| überhaupt<br>nicht   | kaum   | teilweise                       | überwiegend                   | völlig                   |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>35. In welchem Ausmaß richten Sie sich bei der Planung und Durchführung Ihres Studiums nach diesen Ordnungen/Verlaufsplänen?</b></p>   | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">überhaupt<br/>nicht</th> <th style="text-align: center;">kaum</th> <th style="text-align: center;">teilweise</th> <th style="text-align: center;">überwiegend</th> <th style="text-align: center;">völlig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <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> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>  | überhaupt<br>nicht              | kaum                          | teilweise                | überwiegend                   | völlig                   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| überhaupt<br>nicht   | kaum   | teilweise                       | überwiegend                   | völlig                   |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>36. Wieviele Lehrveranstaltungen sind für Studierende Ihres Fachsemesters nach der Studienordnung vorgeschrieben?</b><br/>(bitte geben Sie die Wochenstundenzahl an)</p>   | <p>ca. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Wochenstunden</p>   |                                 |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>37. Inwieweit entspricht Ihr tatsächliches Studienprogramm in diesem Semester diesen Vorgaben der Studienordnung?</b></p>  | <p>Ich besuche Lehrveranstaltungen . . .</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">viel<br/>weniger</th> <th style="text-align: center;">etwas<br/>weniger</th> <th style="text-align: center;">etwa wie<br/>vorgesehen</th> <th style="text-align: center;">etwas<br/>mehr</th> <th style="text-align: center;">viel<br/>mehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <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> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>   | viel<br>weniger                 | etwas<br>weniger              | etwa wie<br>vorgesehen   | etwas<br>mehr                 | viel<br>mehr             | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| viel<br>weniger  | etwas<br>weniger   | etwa wie<br>vorgesehen          | etwas<br>mehr                 | viel<br>mehr             |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>38. Haben Sie in Ihrem jetzigen Studium Zeit verloren, weil Sie aufgrund organisatorischer Regelungen (z. B. Lehrangebot) nicht bestandene Klausuren, Prüfungen o.ä. erst später wiederholen konnten?</b></p>  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">nein</th> <th style="text-align: center;">ja,<br/>ein Semester</th> <th style="text-align: center;">ja,<br/>zwei Semester</th> <th style="text-align: center;">ja, mehr als<br/>zwei Semester</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <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> </tbody> </table>  | nein                            | ja,<br>ein Semester           | ja,<br>zwei Semester     | ja, mehr als<br>zwei Semester | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| nein   | ja,<br>ein Semester  | ja,<br>zwei Semester            | ja, mehr als<br>zwei Semester |                          |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      |                          |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Studienweg und Studienverlauf</b>   |  |                                 |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>39. Haben Sie bereits die Zwischenprüfung/das Vordiplom in Ihrem Hauptfach abgelegt?</b></p> <p>a) nein<br/>b) ja, bestanden, aber keine Note erhalten<br/>c) ja, bestanden und benotet<br/>d) versucht, aber nicht bestanden<br/>e) gibt es nicht in meinem Fach</p>  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">a)</th> <th style="text-align: center;">b)</th> <th style="text-align: center;">c)</th> <th style="text-align: center;">d)</th> <th style="text-align: center;">e)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <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> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>   | a)                              | b)                            | c)                       | d)                            | e)                       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| a)   | b)   | c)                              | d)                            | e)                       |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>40. Geben Sie bitte auch die Durchschnittsnote (z. B. 2,5) Ihrer Zwischenprüfung/des Vordiploms an. Wenn Sie keine Note erhalten haben oder keine Zwischenprüfung abgelegt haben, versuchen Sie bitte, Ihre bisherigen Studienleistungen als Notendurchschnitt zu schätzen.</b></p>  | <p>Note <input style="width: 20px;" type="text"/>, <input style="width: 20px;" type="text"/></p>   |                                 |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                               |                          |                          |   |   |   |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |



|  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p><b>41. Wenn Sie Ihre bisherigen Studienleistungen insgesamt betrachten, inwieweit ...</b></p> <p>1. stimmen die erhaltenen Noten mit Ihren eigenen Leistungseinschätzungen überein? . . . . .</p> <p>2. haben sich Ihre eigenen Leistungserwartungen und -ansprüche erfüllt? . . . . .</p> <p>3. entsprechen Ihre bisherigen Noten denen Ihrer meisten Kommilitonen? . . . . .</p>  | <p>Noten sind:</p> <table border="0"> <tr> <td>viel schlechter</td> <td>etwas schlechter</td> <td>gleich</td> <td>etwas besser</td> <td>viel besser</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  | viel schlechter          | etwas schlechter         | gleich                   | etwas besser             | viel besser              | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| viel schlechter  | etwas schlechter  | gleich                   | etwas besser             | viel besser              |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>42. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren bisherigen Noten im Studium?</b></p>  | <table border="0"> <tr> <td>völlig unzufrieden</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>völlig zufrieden</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>                 | völlig unzufrieden       |                          |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | völlig zufrieden         | 0                        | 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"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| völlig unzufrieden   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | völlig zufrieden         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0  | 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"/> |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>43. Sind Sie oder waren Sie schon einmal als studentische Hilfskraft/Tutor beschäftigt?</b></p> <p>a) nein, bisher noch nie und interessiere mich auch nicht dafür</p> <p>b) nein, bisher noch nicht, würde aber gerne</p> <p>c) ja (bitte angeben, wie viele Semester bisher insgesamt)</p>   | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>a)</td> <td>b)</td> <td>c)</td> <td>Semesterzahl</td> </tr> <tr> <td>als studentische Hilfskraft:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>als Tutor:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  |                          | a)                       | b)                       | c)                       | Semesterzahl             | als studentische Hilfskraft: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | als Tutor:               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | a)  | b)                       | c)                       | Semesterzahl             |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| als studentische Hilfskraft:   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| als Tutor:   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>44. Wie viele Stunden wenden Sie in einer Woche des laufenden Semesters durchschnittlich für die folgenden Tätigkeiten auf?</b></p> <p>1. offizielle Lehrveranstaltungen (z. B. Vorlesungen, Übungen, Seminare, Praktika)</p> <p>2. studentische Arbeitsgruppen/Tutorien</p> <p>3. Selbststudium (z. B. Vor-/Nachbereitung, Referate, Fachlektüre) insgesamt<br/>davon: — an der Hochschule<br/>— zu Hause</p> <p>4. Studium im weiteren Sinn und andere Studientätigkeiten (z. B. Ringvorlesungen, Schreibmaschinenkurs)</p> <p>5. sonstiger studienbezogener Aufwand (z. B. Bücher ausleihen, Sprechstunden)</p> <p>6. Wegzeiten zur Hochschule und zurück (pro Woche insgesamt)</p> <p>7. Beschäftigung als Hilfskraft/Tutor, durchschnittliche Stundenzahl pro Woche</p> <p>8. Erwerbstätigkeit (ohne Hiwi/Tutor), durchschnittliche Stundenzahl pro Woche</p> | <p>Stunden pro Woche</p> <p>ca. <input type="text"/> Stunden</p> <p>ca. <input type="text"/> Stunden</p> <p>ca. <input type="text"/> Stunden</p> <p>— ca. <input type="text"/> Stunden</p> <p>— ca. <input type="text"/> Stunden</p> <p>ca. <input type="text"/> Stunden</p> <p>ca. <input type="text"/> Stunden</p> <p>ca. <input type="text"/> Stunden</p> <p>ca. <input type="text"/> Stunden</p> <p>ca. <input type="text"/> Stunden</p>  |                          |                          |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>45. Falls Sie in diesem Semester während der Vorlesungszeit erwerbstätig sind: Hat diese Arbeit einen Bezug zu Ihrem Studium?</b></p>  | <table border="0"> <tr> <td>nicht erwerbstätig</td> <td>sehr eng</td> <td>überwiegend</td> <td>nur wenig</td> <td>gar nicht</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  | nicht erwerbstätig       | sehr eng                 | überwiegend              | nur wenig                | gar nicht                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nicht erwerbstätig   | sehr eng  | überwiegend              | nur wenig                | gar nicht                |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>Fragen zur studentischen Lebenssituation</b></p>   |   |                          |                          |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>46. Wie finanzieren Sie zur Zeit Ihre Ausbildung?</b></p> <p>1. durch Unterstützung der Eltern</p> <p>2. durch Einkommen des (Ehe-)Partners/der (Ehe-)Partnerin</p> <p>3. durch BAföG</p> <p>4. durch andere Stipendien (Begabtenförderung, Stiftungen, Firmen)</p> <p>5. durch eigene Arbeit während der Vorlesungszeit</p> <p>6. durch eigene Arbeit während der Semesterferien</p> <p>7. durch anderes</p>  | <table border="0"> <tr> <td>nein, dadurch nicht</td> <td>ja, teilweise</td> <td>ja, hauptsächlich</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | nein, dadurch nicht      | ja, teilweise            | ja, hauptsächlich        | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nein, dadurch nicht  | ja, teilweise   | ja, hauptsächlich        |                          |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>47. Wieviel Geld haben Sie in diesem Semester monatlich für alle Ihre Ausgaben durchschnittlich zur Verfügung?</b></p> <p><b>Wieviel davon erhalten Sie durch BAföG?</b></p>   | <p>insgesamt ca. <input type="text"/> DM pro Monat</p> <p>BAföG ca. <input type="text"/> DM pro Monat</p>   |                          |                          |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>48. Kommen Sie mit dem Geld, das Sie monatlich insgesamt haben, aus?</b></p> <p>a) nein, überhaupt nicht</p> <p>b) eigentlich nur, weil ich mich stark einschränke</p> <p>c) ja, eigentlich ganz gut</p> <p>d) ja, voll und ganz</p>   | <table border="0"> <tr> <td>a)</td> <td>b)</td> <td>c)</td> <td>d)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>   | a)                       | b)                       | c)                       | d)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| a)   | b)  | c)                       | d)                       |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





| <p><b>64. Welche Betreuungs- und Beratungsmöglichkeiten durch Lehrende gibt es in Ihrem Fach? Und wie häufig haben Sie diese bisher genutzt?</b></p> <p>1. regelmäßige Sprechstunden zu festen Zeiten .....</p> <p>2. informelle Beratungs-, Betreuungsmöglichkeiten .....</p> <p>3. feste Zuordnung von Studierenden zu Hochschullehrern mit regelmäßiger Beratung/Betreuung .....</p> <p>4. spezifische Veranstaltungen zur Studieneinführung, -planung (Orientierungsveranstaltungen) .....</p>   | <p>(2 Kreuze pro Zeile)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">gibt es<br/>in meinem Fach:</th> <th colspan="3" style="padding: 5px;">bisher genutzt:</th> </tr> <tr> <th style="padding: 5px;">nein</th> <th style="padding: 5px;">ja</th> <th style="padding: 5px;">nie</th> <th style="padding: 5px;">ein-<br/>zweimal</th> <th style="padding: 5px;">häufiger</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  | gibt es<br>in meinem Fach:      |                           | bisher genutzt:                       |                          |                               | nein                                | ja                            | nie                      | ein-<br>zweimal          | häufiger                 | <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"/> | <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"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|---|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| gibt es<br>in meinem Fach:   |   | bisher genutzt:                 |                           |                                       |                          |                               |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| nein   | ja  | nie                             | ein-<br>zweimal           | häufiger                              |                          |                               |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <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"/>   | <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"/>              |                          |                               |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>65. Haben Sie bisher andere Formen der Studienberatung an Ihrer Hochschule in Anspruch genommen?</b></p> <p>1. Zentrale Studienberatung .....</p> <p>2. Studentische Studienberatung .....</p> <p>3. andere (bitte nennen: .....) )</p>  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 5px;">nie</th> <th style="padding: 5px;">ein-<br/>zweimal</th> <th style="padding: 5px;">häufiger</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>   | nie                             | ein-<br>zweimal           | häufiger                              | <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"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| nie  | ein-<br>zweimal   | häufiger                        |                           |                                       |                          |                               |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <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"/>        |                           |                                       |                          |                               |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>66. In welchen Bereichen ist Ihnen eine Betreuung/Beratung durch Lehrende wichtig?</b></p> <p>1. Studienplanung und Studienaufbau .....</p> <p>2. Prüfungsvorbereitungen, Prüfungsarbeiten .....</p> <p>3. fachwissenschaftliche Fragen / inhaltliche Probleme des Faches .....</p> <p>4. persönliche Lern- und Arbeitsschwierigkeiten .....</p> <p>5. soziale Schwierigkeiten im Studium (Kommunikation, Anonymität, Isolation an der Hochschule) .....</p> <p>6. persönliche Probleme und Schwierigkeiten, die über das Studium hinausgehen .....</p> <p>7. Hilfe/Unterstützung bei Stellensuche/Berufsfindung .....</p>   | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 5px;">nicht<br/>wichtig</th> <th colspan="5"></th> <th style="padding: 5px;">sehr<br/>wichtig</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">0</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">2</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">3</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">5</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>   | nicht<br>wichtig                |                           |                                       |                          |                               |                                     | sehr<br>wichtig               | 0                        | 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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| nicht<br>wichtig   |   |                                 |                           |                                       |                          | sehr<br>wichtig               |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 0  | 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"/>      |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <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"/>  | <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"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>67. Die Studiensituation kann unterschiedlich erlebt werden. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihre eigene Situation zu?</b></p> <p>1. Ich habe genug Ansprechpartner an der Hochschule, an die ich mich mit meinen Problemen wenden kann. ....</p> <p>2. Es gibt an meiner Hochschule viele Möglichkeiten, sich zu informieren, was in den Gremien, der Forschung, der Verwaltung geschieht. ....</p> <p>3. Ich habe oft das Gefühl, meine Leistungen im Studium sind das einzige, was an der Hochschule gefragt ist. ....</p> <p>4. Wenn ich einmal eine Woche lang nicht an der Hochschule wäre, würde das dort niemandem auffallen. ....</p> <p>5. In der Masse der Studierenden an der Hochschule geht man unter. ....</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 5px;">trifft<br/>überhaupt<br/>nicht zu</th> <th colspan="5"></th> <th style="padding: 5px;">trifft<br/>voll und<br/>ganz zu</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">0</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">1</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">2</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">3</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">5</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>   | trifft<br>überhaupt<br>nicht zu |                           |                                       |                          |                               |                                     | trifft<br>voll und<br>ganz zu | 0                        | 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"/> | <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"/> | <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"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| trifft<br>überhaupt<br>nicht zu  |   |                                 |                           |                                       |                          | trifft<br>voll und<br>ganz zu |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 0  | 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"/>      |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <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"/>  | <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"/>      |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>68. Wie interessiert sind Sie gegenwärtig an den Aktivitäten folgender Gruppen an Ihrer Hochschule, und wie intensiv nehmen Sie daran teil?</b></p> <p>1. Fachschaften .....</p> <p>2. studentische Selbstverwaltung/Vertretung (ASIA u. ä.) .....</p> <p>3. offizielle Selbstverwaltungsgremien (Senat, Konzil u. ä.) .....</p> <p>4. politische Studentenvereinigungen .....</p> <p>5. informelle Aktionsgruppen .....</p> <p>6. Studentenverbindungen .....</p> <p>7. Studentengemeinde .....</p> <p>8. Studentensport, Sportgruppen .....</p> <p>9. kulturelle Aktivitäten (z. B. Theater-, Musik-, Orchestergruppen) .....</p> <p>10. sonstige Gruppen .....</p>  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">a) nicht interessiert</td> <td style="padding: 5px;">c) gelegentlich Teilnahme</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">b) interessiert, aber keine Teilnahme</td> <td style="padding: 5px;">d) nehme häufig teil</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">e) habe ein Amt, eine Funktion inne</td> </tr> </table><br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 5px;">a)</th> <th style="padding: 5px;">b)</th> <th style="padding: 5px;">c)</th> <th style="padding: 5px;">d)</th> <th style="padding: 5px;">e)</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | a) nicht interessiert           | c) gelegentlich Teilnahme | b) interessiert, aber keine Teilnahme | d) nehme häufig teil     |                               | e) habe ein Amt, eine Funktion inne | a)                            | b)                       | c)                       | d)                       | e)                       | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) nicht interessiert  | c) gelegentlich Teilnahme   |                                 |                           |                                       |                          |                               |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| b) interessiert, aber keine Teilnahme  | d) nehme häufig teil  |                                 |                           |                                       |                          |                               |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|  | e) habe ein Amt, eine Funktion inne   |                                 |                           |                                       |                          |                               |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| a)   | b)  | c)                              | d)                        | e)                                    |                          |                               |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <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"/>   | <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"/>  | <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"/>        | <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"/>  | <input type="checkbox"/>              |                          |                               |                                     |                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |





**78. Was erscheint Ihnen dringlich, um Ihre persönliche Studiensituation zu verbessern?**

1. Änderungen im Fachstudiengang (Prüfungs-, Studienordnungen etc.) . . . . .
2. Konzentration der Studieninhalte . . . . .
3. Verringerung der Prüfungsanforderungen . . . . .
4. stärkerer Praxisbezug des Studienganges . . . . .
5. Ausrichtung des Lehrangebots an verbindlichen Leitvorgaben für den Studienaufbau . . . . .
6. häufiger Lehrveranstaltungen in kleinerem Kreis . . . . .
7. intensivere Betreuung durch Lehrende . . . . .
8. feste studentische Arbeitsgruppen/Tutorien . . . . .
9. Erhöhung der BAföG-Sätze/Stipendien . . . . .
10. Verbesserung der Arbeitsmarktchancen für Studierende Ihres Faches . . . . .
11. mehr Beteiligungsmöglichkeiten an Forschungsprojekten . . . . .
12. Einrichtung von »Brückenkursen« zur Aufarbeitung schulischer Wissenstücken in den Anfangssemestern . . . . .

| überhaupt<br>nicht dringlich | sehr<br>dringlich       |
|------------------------------|-------------------------|
| 0                            | 6                       |
| 1                            | 5                       |
| 2                            | 4                       |
| 3                            | 3                       |
| 4                            | 2                       |
| 5                            | 1                       |
| 6                            | 0                       |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |

**79. Haben Sie mit einem/einer Hochschullehrer/in über mögliche Promotionsabsichten oder die Übernahme einer Assistentenstelle nach dem Studium gesprochen?**

- a) nein, habe es auch nicht vor  
 b) nein, bisher nicht, habe es aber noch vor  
 c) ja, hat mir aber abgeraten, mich nicht unterstützt  
 d) ja, hat es noch offengelassen  
 e) ja, hat mir zugeraten, will mich unterstützen

| Promotionsabsicht |     |     |     |     | Übernahme<br>Assistentenstelle |     |     |     |     |
|-------------------|-----|-----|-----|-----|--------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| a)                | b)  | c)  | d)  | e)  | a)                             | b)  | c)  | d)  | e)  |
| [ ]               | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ]                            | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |

**80. Wenn Sie noch mal vor der Frage stünden, ein Studium anzufangen, wie würden Sie sich entscheiden?**  
 (bitte nur eine Nennung)

- a) noch mal das derzeitige Studium wählen  
 b) ein anderes Fach studieren (bitte entsprechende Fachkennziffer aus Liste 1 auf der Innenseite des Deckblatts entnehmen und nebenan eintragen)  
 c) eine berufliche Ausbildung wählen, die kein Studium erfordert  
 d) sonstiges, und zwar .....

|                 |     |     |     |
|-----------------|-----|-----|-----|
| a)              | b)  | c)  | d)  |
| [ ]             | [ ] | [ ] | [ ] |
| ▼               |     |     |     |
| Fachkennziffer: |     |     |     |
| [ ]             | [ ] |     |     |

**81. Inwieweit treffen folgende Aussagen über Studierende nach Ihren persönlichen Erfahrungen zu?**

1. Das Leben als Student/in ist dem von gleichaltrigen Nichtstudenten vorzuziehen. . . . .
2. Es fehlen Kontakte zu Gleichaltrigen, die nicht studieren. . . . .
3. Als Student/in kann ich leichter eigene Vorstellungen verwirklichen als gleichaltrige Nichtstudenten. . . . .
4. Die Bedürfnisse und Interessen von Studierenden werden in der Gesellschaft kaum berücksichtigt. . . . .

| trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | trifft<br>voll und<br>ganz zu |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 0                               | 6                             |
| 1                               | 5                             |
| 2                               | 4                             |
| 3                               | 3                             |
| 4                               | 2                             |
| 5                               | 1                             |
| 6                               | 0                             |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]         | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]       |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]         | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]       |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]         | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]       |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]         | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]       |

**82. Welche der folgenden Beschreibungen würde Ihre derzeitige Lebenssituation am ehesten kennzeichnen?**

- a) Hochschule und Studium bilden den Mittelpunkt, auf den fast alle meine Interessen und Aktivitäten ausgerichtet sind.  
 b) Ich absolviere mein Studium wie eine normale Berufstätigkeit; wenn ich mein Pensum erfüllt habe, hat meine Freizeit wenig mit Hochschule und Studium zu tun.  
 c) Das Studium ist für mich nicht die einzig wichtige Beschäftigung; andere Bereiche wie Erwerbsarbeit oder Familie sind ebenso wichtig.  
 d) Das Studium ist für mich eher Nebensache, da ich viele anderweitige Verpflichtungen und Interessen außerhalb des Hochschulbereichs habe.  
 e) Ich bin eigentlich nur pro forma Student/in und beschäftige mich kaum mehr mit dem Studium.

|     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| a)  | b)  | c)  | d)  | e)  |
| [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |





**87. Welche der folgenden Möglichkeiten, Kritik an hochschulpolitischen Entwicklungen zum Ausdruck zu bringen, akzeptieren Sie, welche lehnen Sie ab?**

1. Diskussion zwischen Lehrenden und Studierenden . . . . .
2. Auseinandersetzung in studentischen Zeitschriften und Drucksachen . . . . .
3. Flugblätter und Wandzeitungen . . . . .
4. Boykott von Lehrveranstaltungen . . . . .
5. Institutsbesetzung . . . . .
6. Demonstrationen und Kundgebungen . . . . .

| akzeptiere ich<br>grundsätzlich | nur in<br>Ausnahmefällen | lehne ich<br>grundsätzlich ab |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <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"/> | <input type="checkbox"/>      |
| <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

**88. Wie stehen Sie persönlich zu folgenden Ansichten über technischen Fortschritt?**

1. Der technische Fortschritt hat den Menschen überwiegend Gutes gebracht. . . . .
2. Heutige Probleme, wie z. B. Energieknappheit oder Umweltverschmutzung, können auf die Dauer nur durch den technischen Fortschritt gelöst werden. . . . .
3. Bei geringerem technischen Fortschritt könnten wir auch ganz gut leben, vielleicht sogar besser. . . . .
4. Der technische Fortschritt ist inzwischen gefährlich, er bedroht die Menschen mehr als er ihnen nützt. . . . .

| trifft<br>überhaupt<br>nicht zu | trifft<br>voll und<br>ganz zu |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 0 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"/>        | <input type="checkbox"/>      |

#### Rolle und Chancen von Hochschulabsolventen

**89. Sind Sie der Meinung, daß Hochschulabsolventen im Vergleich zu Leuten ohne Studium aufgrund ihrer Ausbildung eine besondere Verantwortung gegenüber der Allgemeinheit haben?**

| nein                     | ja, etwas mehr           | viel mehr                | sehr viel mehr           |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**90. Wie sind Ihrer Ansicht nach Hochschulabsolventen durch ihre Ausbildung — im Vergleich zu Leuten ohne Studium — für folgende Aufgaben vorbereitet?**

1. gesellschaftliche Ziele und Aufgaben formulieren . . . . .
2. politische Ereignisse und Verhältnisse kritisch beurteilen . . . . .
3. neue Ideen entwickeln und Pläne entwerfen . . . . .
4. in Politik, Verwaltung und Wirtschaft Führungspositionen innehaben . . . . .
5. unvorhergesehene und schwierige Situationen im Beruf meistern . . . . .
6. die Bevölkerung über soziale und politische Entwicklungen aufklären . . . . .

| viel besser              | besser                   | auch nicht<br>anders     | schlechter               | viel schlechter          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**91. Sind Sie der Meinung, daß Hochschulabsolventen bei uns im Vergleich zu Leuten ohne Studium im allgemeinen . . .**

1. ein höheres Einkommen haben? . . . . .
2. ein höheres Ansehen haben? . . . . .
3. einen größeren politischen Einfluß haben? . . . . .

| nein                     | ja, und zwar . . .       |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                          | etwas mehr               | viel mehr                | sehr viel mehr           |
| <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"/> | <input type="checkbox"/> |

**92. Unabhängig davon, wie es heute ist, erscheint es Ihnen gerechtfertigt, wenn Hochschulabsolventen im Vergleich zu Leuten ohne Studium . . .**

1. ein höheres Einkommen haben? . . . . .
2. ein höheres Ansehen haben? . . . . .
3. einen größeren politischen Einfluß haben? . . . . .

| nein, nicht<br>gerechtfertigt | ja, gerechtfertigt, und zwar . . . |                          |                          |
|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                               | etwas mehr                         | viel mehr                | sehr viel mehr           |
| <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"/> | <input type="checkbox"/> |

**93. Werden Ihrer Meinung nach die Chancen, in unserer Gesellschaft aufzusteigen, gegenwärtig eher besser, bleiben sie gleich oder verschlechtern sie sich eher?**

| werden<br>eher besser    | bleiben<br>gleich        | verschlechtern<br>sich eher | kann ich nicht<br>beurteilen |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>     |

**94. Wissen Sie schon, welchen Beruf Sie ergreifen möchten?**

nein, ist noch offen       ja, mit einiger Sicherheit       ja, mit großer Sicherheit

**95. Was ist Ihnen persönlich an einem Beruf besonders wichtig?**

|   |                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | ganz<br>unwichtig | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | sehr<br>wichtig          |
| 1. mit Menschen und nicht nur mit Sachen zu arbeiten                |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. sicherer Arbeitsplatz  |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. eigene Ideen verwirklichen zu können                             |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. hohes Einkommen  |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. selbständig Entscheidungen treffen zu können                     |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Möglichkeit, andere Menschen zu führen                           |                   | <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. viel Freizeit  |                   | <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. eine Arbeit, die mir immer wieder neue Aufgaben stellt           |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Möglichkeit zu wissenschaftlicher Tätigkeit                      |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. eine Arbeit, bei der man sich nicht so anstrengen muß           |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Aufgaben, die viel Verantwortungsbewußtsein erfordern           |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. beruflich dazulernen zu können                                  |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. anderen Menschen helfen zu können                               |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. gute Aufstiegsmöglichkeiten                                     |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Möglichkeiten, Unbekanntes zu erforschen                        |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ein Beruf, in dem man Nützliches für die Allgemeinheit tun kann |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Vereinbarkeit von Familie und Beruf                             |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**96. In welchem Bereich möchten Sie später auf Dauer tätig sein, und wie ist es für eine Übergangszeit?**

a) ja, bestimmt      c) eher nicht      e) weiß nicht  
b) ja, vielleicht      d) bestimmt nicht

(2 Kreuze pro Zeile)

|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | auf Dauer                |                          |                          |                          |                          | für eine Übergangszeit   |                          |                          |                          |                          |
|   | a)                       | b)                       | c)                       | d)                       | e)                       | a)                       | b)                       | c)                       | d)                       | e)                       |
| 1. im Schulbereich  | <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"/> |
| 2. im Hochschulbereich  | <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"/> |
| 3. im sonstigen öffentlichen Dienst   | <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"/> |
| 4. in Organisationen ohne Erwerbscharakter (z. B. Rundfunk, Gewerkschaften) | <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"/> |
| 5. in der Privatwirtschaft  | <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"/> |
| 6. als Selbständiger (Unternehmer oder freiberuflich)                       | <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. in alternativen Arbeitskollektiven/-projekten                            | <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"/> |

**97. Glauben Sie, daß Sie bei der Tätigkeit, die Sie wahrscheinlich ausüben werden, einmal ...**

|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | ganz<br>unwahrscheinlich | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | sehr<br>wahrscheinlich   | weiß noch nicht          |
| 1. eigene Ideen verwirklichen werden?       |                          | <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"/> |
| 2. wissenschaftlich tätig sein werden?      |                          | <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"/> |
| 3. viel Geld verdienen werden?              |                          | <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"/> |
| 4. in eine hohe Position aufsteigen werden? |                          | <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"/> |
| 5. mit Ihrer Arbeit zufrieden sein werden?  |                          | <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"/> |

**98. Welche der folgenden fünf Möglichkeiten kommt Ihren Berufsaussichten nach Abschluß des Studiums am nächsten?**  
(bitte nur eine Möglichkeit angeben)

a) kaum Schwierigkeiten, eine Stelle zu finden  
b) Schwierigkeiten, eine Stelle zu finden, die mir wirklich zusagt  
c) Schwierigkeiten, eine Stelle zu finden, die meiner Ausbildung entspricht  
d) beträchtliche Schwierigkeiten, überhaupt einen Arbeitsplatz zu finden  
e) ich weiß nicht

a)     b)     c)     d)     e)







|   |  |
|---|--|
| <b>114. Würden Sie die sozialen Unterschiede in der Bundesrepublik ganz allgemein als groß oder gering bezeichnen?</b>  | <p style="text-align: center;">gering <span style="float: right;">groß</span></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6</p> <p style="text-align: center;">□ □ □ □ □ □ □</p>  |
| <b>115. Finden Sie die sozialen Unterschiede in der Bundesrepublik im großen und ganzen gerecht oder ungerecht?</b>   | <p style="text-align: center;">ungerecht <span style="float: right;">gerecht</span></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6</p> <p style="text-align: center;">□ □ □ □ □ □ □</p>  |
| <b>116. Wie stehen Sie zu folgenden Aussagen?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der gegenseitige Wettbewerb zerstört die Solidarität der Menschen. . . . .</li> <li>2. In unserer Gesellschaft hat jeder eine faire Chance, nach oben zu kommen. . . . .</li> <li>3. Ohne Wettbewerb strengen sich die Menschen nicht an. . . . .</li> <li>4. Die Gleichheit vor dem Gesetz besteht in unserem Land nur auf dem Papier, tatsächlich sind die sozial Benachteiligten auch rechtlich benachteiligt. . . . .</li> <li>5. Die sozialen Unterschiede ganz abzuschaffen, ist nicht möglich. . . . .</li> <li>6. Das Einkommen hängt in unserer Gesellschaft vor allem von der Leistung des einzelnen ab. . . . .</li> </ol> | <p style="text-align: center;">trifft <span style="float: right;">trifft</span></p> <p style="text-align: center;">überhaupt <span style="float: right;">voll und</span></p> <p style="text-align: center;">nicht zu <span style="float: right;">ganz zu</span></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 <span style="float: right;">weiß nicht</span></p> <p>□ □ □ □ □ □ □ <span style="float: right;">□</span></p> <p>□ □ □ □ □ □ □ <span style="float: right;">□</span></p> <p>□ □ □ □ □ □ □ <span style="float: right;">□</span></p> <p>□ □ □ □ □ □ □ <span style="float: right;">□</span></p> <p>□ □ □ □ □ □ □ <span style="float: right;">□</span></p> <p>□ □ □ □ □ □ □ <span style="float: right;">□</span></p> |
| <b>Sozialdaten</b>  |  |
| <b>117. Wie alt sind Sie?</b>   | <p style="text-align: center;">□ □ Jahre</p>   |
| <b>118. Ihr Geschlecht?</b>   | <p style="text-align: center;">männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/></p>   |
| <b>119. Ihr Familienstand?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) verheiratet</li> <li>b) ledig mit fester Partnerbeziehung</li> <li>c) ledig ohne feste Partnerbeziehung</li> <li>d) verwitwet, geschieden</li> </ol>   | <p style="text-align: center;">a) b) c) d)</p> <p style="text-align: center;">□ □ □ □</p>  |
| <b>120. Haben Sie Kinder?</b>   | <p style="text-align: center;">nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Kinder</p>  |
| <b>121. An welchem Ort studieren Sie?</b><br>(bitte rechts eintragen)   | <p style="text-align: center;">_____</p>   |
| <b>122. Ist Ihr Studienort auch Ihr Heimatort?</b><br>(Wohnort der Eltern/am Ende der Schulzeit) <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ja</li> <li>b) nein, komme aus näherer Umgebung (bis ca. 50 km), selbes Bundesland</li> <li>c) nein, komme aus näherer Umgebung (bis ca. 50 km), anderes Bundesland</li> <li>d) nein, mein Heimatort ist weiter entfernt, aber im selben Bundesland</li> <li>e) nein, mein Heimatort ist weiter entfernt und in einem anderen Bundesland</li> </ol>  | <p style="text-align: center;">a) b) c) d) e)</p> <p style="text-align: center;">□ □ □ □ □</p>   |
| <b>123. Welchen Schulabschluß haben Ihre Eltern?</b><br>(bitte nur den höchsten angeben) <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Volksschule/Hauptschule</li> <li>b) mittlere Reife/Realschulabschluß</li> <li>c) Abitur (oder sonstige Hochschulreife)</li> <li>d) keinen Abschluß</li> <li>e) sonstiges, weiß nicht</li> </ol>  | <p style="text-align: center;">a) b) c) d) e)</p> <p>Vater: □ □ □ □ □</p> <p style="text-align: center;">a) b) c) d) e)</p> <p>Mutter: □ □ □ □ □</p>   |
| <b>124. Und welchen beruflichen Abschluß haben Ihre Eltern?</b><br>(bitte nur den höchsten angeben) <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Lehre oder gleichwertige Berufsausbildung</li> <li>b) Meisterprüfung/Technikerschule oder andere Fachschule</li> <li>c) Fachhochschule, Ingenieurschule, Lehrerseminar, Pädagogische Akademie</li> <li>d) wissenschaftliche Hochschule (Universität/TH)</li> <li>e) keinen beruflichen Abschluß</li> <li>f) sonstiges, weiß nicht</li> </ol>  | <p style="text-align: center;">a) b) c) d) e) f)</p> <p>Vater: □ □ □ □ □ □</p> <p style="text-align: center;">a) b) c) d) e) f)</p> <p>Mutter: □ □ □ □ □ □</p>   |
| <b>125. Welche berufliche Stellung haben Ihre Eltern?</b><br>(Ist Ihr Vater/Ihre Mutter verstorben, im Ruhestand oder arbeitslos, beziehen Sie Ihre Angaben auf den zuletzt ausgeübten Beruf. Tragen Sie bitte die entsprechenden Kennnummern aus der nebenstehenden Liste ein.)  | <p style="text-align: center;">Vater: □ □</p> <p style="text-align: center;">Mutter: □ □</p>   |

**Beamte**

- 01 im einfachen/mittleren Dienst
- 02 im gehobenen Dienst
- 03 im höheren Dienst

**Angestellte im öffentlichen Dienst**

- 04 ausführende Angestellte (z. B. Schreibkraft)
- 05 qualifizierte Angestellte (z. B. Sachbearbeiter)
- 06 leitende/hochqualifizierte Angestellte (z. B. Abteilungsleiter, wissenschaftl. Mitarbeiter)

**Angestellte, nicht im öffentlichen Dienst**

- 07 ausführende Angestellte (z. B. Schreibkraft, Verkäufer)
- 08 qualifizierte Angestellte (z. B. Buchhalter)
- 09 leitende/hochqualifizierte Angestellte (z. B. Prokurist, Direktor)

**Arbeiter im öffentlichen Dienst**  
(auch landwirtschaftliche Arbeiter)

- 10 ungelernete Arbeiter
- 11 angelernte Arbeiter
- 12 Facharbeiter (mit Lehre)
- 13 Meister, Polier

**Arbeiter, nicht im öffentlichen Dienst**  
(auch landwirtschaftliche Arbeiter)

- 14 ungelernete Arbeiter
- 15 angelernte Arbeiter
- 16 Facharbeiter (mit Lehre)
- 17 Meister, Polier

**Selbständige**

- 18 kleinere Selbständige (z. B. kleine Einzelhändler, Handwerker)
- 19 mittlere Selbständige (z. B. große Einzelhändler, Hauptvertreter)
- 20 größere Selbständige (z. B. Fabrikbesitzer)
- 21 freie Berufe, selbständige Akademiker (z. B. Rechtsanwalt, niedergelassener Arzt)
- 22 selbständige Landwirte

**Sonstige**

- 23 in Ausbildung befindlich
- 24 nie berufstätig gewesen, Hausfrau/Hausmann
- 25 sonstiges
- 26 weiß nicht

---

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

---