



---

## Forschungsprojekt Studiensituation

---

Sehr geehrte Studentinnen und Studenten,

um bei der Entwicklung und Gestaltung der Studienbedingungen die Erfahrungen der Studierenden zu berücksichtigen, ist es wichtig, daß diese Gelegenheit haben, sich selbst zu äußern. Daher wird unter meiner Leitung an 22 Hochschulen eine umfangreiche Befragung bei Studierenden aller Fachrichtungen durchgeführt. Im Mittelpunkt des Interesses stehen die Erfahrungen im Studium sowie Ihre Vorstellungen zum späteren Beruf und zum öffentlichen Leben. Weitere Erläuterungen zur Absicht und Durchführung der Untersuchung sind auf der hinteren Umschlagseite zu finden.

Das Projekt wird von Ihrer Hochschule unterstützt, die auch die Auswahl der Studierenden nach dem Zufallsprinzip vornahm. Sämtliche von Ihnen im Fragebogen gemachten Angaben werden entsprechend den Datenschutzbestimmungen behandelt. 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.

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.

Die Projektgruppe wird eine Kurzfassung der Ergebnisse für die Befragten zusammenstellen. Falls Sie Interesse an diesem Bericht haben, teilen Sie uns dies bitte auf einer Postkarte mit.

Mit freundlichen Grüßen

(Prof. Dr. E. R. Wiehn)

---

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

**Professor Dr. E. R. Wiehn, M.A.  
Forschungsprojekt Studiensituation  
Universität Konstanz  
Postfach 5560  
78434 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, Produktions- und Verfahrenstechnik (einschl. Feinwerktechnik, Fahrzeugtechnik, Physikalische Technik)
- 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  |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
|--|--|---|------------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------|--|---|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|--|--------------------------|---|--|--|--------------------------|---|--|--|
| <b>1. Ist Ihr jetziges Studium ein:</b><br>a) Erststudium (bisher kein anderes Abschlußexamen)<br>b) Zweitstudium (nach abgeschlossenem Erststudium)<br>c) Ergänzungs-/Aufbaustudium<br>d) Promotionsvorbereitung (nach erstem Abschluß)   | a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/>  |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <b>2. Welche Fächer studieren Sie gegenwärtig?</b><br>(bitte entsprechende Kennziffern aus Liste 1 von der gegenüberliegenden Seite entnehmen und hier rechts eintragen; wenn kein 2. bzw. 3. Fach, dann "99" entsprechend eintragen)  | 1. Fach <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Fach <input type="text"/> <input type="text"/> 3. Fach <input type="text"/> <input type="text"/>  |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <b>3. Welchen Abschluß streben Sie an?</b><br>(bei mehreren angestrebten Abschlüssen bitte den zeitlich nächsten nennen)<br>a) Diplom an wissenschaftlichen Hochschulen oder Fachhochschulen<br>b) Magister<br>c) Staatsexamen (außer Lehramt)<br>d) Staatsexamen für ein Lehramt<br>e) sonstiger Abschluß (z.B. kirchliche Abschlußprüfung, Promotion)<br>f) habe mich noch nicht festgelegt  | a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/> e) <input type="checkbox"/> f) <input type="checkbox"/>  |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <b>4. Ist das Wintersemester 1994/95 für Sie ein Praxissemester?</b>   | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>  |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <b>5. Welche Art der Hochschulreife besitzen Sie?</b><br>Geben Sie bitte an, in welchem Jahr Sie diese erlangt haben.  | <table border="0"> <tr> <td>allgemeine Hochschulreife</td> <td>fachgebundene Hochschulreife</td> <td>Fachhochschulreife</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>   | allgemeine Hochschulreife   | fachgebundene Hochschulreife | Fachhochschulreife  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| allgemeine Hochschulreife  | fachgebundene Hochschulreife   | Fachhochschulreife  |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <b>6. Wo haben Sie die Berechtigung zum Hochschulstudium erworben?</b><br>a) in einem der alten Bundesländer<br>b) in der ehemaligen DDR bzw. einem der neuen Bundesländer<br>c) in einem anderen Land   | a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>  |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <b>7. 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"/>   |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <b>8. Waren Sie bereits vor dem Erwerb der Hochschulreife in einer beruflichen Ausbildung?</b><br>(bitte gegebenenfalls Zeitdauer und Abschluß angeben)<br><br><b>Und waren Sie vor dem Erwerb der Hochschulreife berufstätig?</b><br>(ohne Zeiten einer beruflichen Ausbildung)   | <table border="0"> <tr> <td colspan="2">Zeitdauer:</td> <td colspan="2">Ausbildungsabschluß</td> </tr> <tr> <td>nein <input type="checkbox"/></td> <td>ja <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate</td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>nein <input type="checkbox"/></td> <td>ja <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>  | Zeitdauer:  |                              | Ausbildungsabschluß |                          | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate | nein <input type="checkbox"/>   | ja <input type="checkbox"/>   | nein <input type="checkbox"/>   | ja <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| Zeitdauer:   |  | Ausbildungsabschluß   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| nein <input type="checkbox"/>  | ja <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate   | nein <input type="checkbox"/>   | ja <input type="checkbox"/>  |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| nein <input type="checkbox"/>  | ja <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate   |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <b>9. Was haben Sie nach dem Erwerb der Hochschulreife gemacht?</b><br>(bitte alles Zutreffende ankreuzen; gegebenenfalls auch Zeitdauer und Abschluß angeben) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. gleich mit einem Studium begonnen . . . . .</li> <li>2. ein Berufspraktikum absolviert . . . . .</li> <li>3. eine berufliche Ausbildung begonnen . . . . .</li> <li>4. eine Berufstätigkeit ausgeübt . . . . .</li> <li>5. Wehrdienst abgeleistet . . . . .</li> <li>6. Zivildienst oder soziales Jahr abgeleistet . . . . .</li> <li>7. sonstiges (z.B. gereist, pausiert, gejobbt) . . . . .</li> </ol> | <table border="0"> <tr> <td colspan="2">Zeitdauer:</td> <td colspan="2">Abschluß</td> </tr> <tr> <td>nein <input type="checkbox"/></td> <td>ja <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate</td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> <td>ja <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | Zeitdauer:  |                              | Abschluß            |                          | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate | nein <input type="checkbox"/>   | ja <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate |  |  |
| Zeitdauer:   |  | Abschluß  |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| nein <input type="checkbox"/>  | ja <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate   | nein <input type="checkbox"/>   | ja <input type="checkbox"/>  |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate  |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate  |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate  |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <b>10. 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"/> teil-weise <input type="checkbox"/> nur wenig <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/>   |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |
| <b>11. Wieviel Zeit lag zwischen dem Erwerb der Hochschulreife und Ihrem Studienbeginn?</b>  | Zeitdauer: <input type="text"/> <input type="text"/> Monate  |   |                              |                     |                          |                               |  |   |   |   |  |                          |                          |                          |   |  |  |                          |   |  |  |                          |   |  |  |





**21. Wie ist die Situation der Lehre in Ihrem Fachbereich nach Ihrer bisherigen Erfahrung?**

1. Sind im letzten Semester einzelne Termine der für Sie wichtigen Lehrveranstaltungen ausgefallen? . . . . .
2. Können Sie sich von den Hochschullehrer/innen persönlich beraten lassen, wenn es für das Studium notwendig ist? . . . . .
3. Haben Sie den Eindruck, daß sich die Hochschullehrer/innen auf Ihre Lehrveranstaltungen gut vorbereiten? . . . . .
4. Werden die Ergebnisse Ihrer Tests, Klausuren oder Hausarbeiten von den Hochschullehrer/innen so erläutert, daß Sie wissen, warum Sie mehr oder weniger gut abgeschnitten haben? . . . . .
5. Wenn Studierende in Lehrveranstaltungen Anregungen oder Vorschläge haben: Berücksichtigen Ihre Hochschullehrer/innen dann diese Anregungen? . . . . .
6. Sprechen die Hochschullehrer/innen mit den Studierenden in den Veranstaltungen über Fragen der laufenden Forschung? . . . . .
7. Schaffen die Hochschullehrer/innen es, den Stoff einer Lehrveranstaltung wie angekündigt innerhalb der Vorlesungszeit zu vermitteln? . . . . .

nie sehr häufig

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"/> |

**22. Inwieweit trifft auf Lehrveranstaltungen, die Sie in diesem Semester besuchen, folgendes zu?**

1. Das Lernziel der Lehrveranstaltung wird klar definiert. . . . .
2. Der Vortrag des Dozenten/der Dozentin ist gut verständlich und treffend. . . . .
3. Der Dozent/die Dozentin vergewissert sich, daß der behandelte Stoff verstanden wird. . . . .
4. Die Beispiele und Konkretisierungen des Dozenten/der Dozentin fördern den Lernerfolg. . . . .
5. Der Zusammenhang mit anderen Fächern wird aufgezeigt. . . . .
6. Der Zusammenhang mit der Praxis wird an geeigneter Stelle aufgezeigt. . . . .
7. Der Dozent/die Dozentin bringt übersichtliche Zusammenfassungen und Wiederholungen. . . . .
8. Zur Vorlesung wird ein gutes Skript angeboten. . . . .

Trifft auf...Lehrveranstaltungen zu

keine wenige manche die meisten alle

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

**23. Welche der folgenden Möglichkeiten zur Weiterbildung und Qualifizierung über das Fachstudium hinaus haben Sie bisher genutzt oder haben sie zukünftig noch vor zu nutzen?**

1. Vorlesungen oder Seminare anderer Studienrichtungen . . . . .
2. öffentliche Vorträge (z.B. im Rahmen 'studium generale') . . . . .
3. Fremdsprachenkurse (welche Sprache:.....)
4. spezielle Kursangebote (z.B. Rhetorik, Therapieausbildung, etc.) . . . . .
5. Repetitorium (juristisches) . . . . .
6. EDV/Computer-Kurse . . . . .
7. sonstige Kurse (bitte nennen:.....)

|  |  |
|--|--|
| bisher:  | zukünftig:   |
| a) nein<br>b) ja, ab und zu<br>c) ja, häufiger                             | a) nein<br>b) ja, vielleicht<br>c) ja, auf jeden Fall                      |
| (2 Kreuze pro Zeile)   |  |
| a)    b)    c)   | a)    b)    c)   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

**24. Wie häufig haben Sie in diesem Wintersemester Beeinträchtigungen aufgrund der großen Studentenzahlen 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 . . . . .

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

| Lern- und Arbeitsverhalten  | 5  |  |                                  |                          |                                  |                          |  |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--|--|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p><b>25. Inwieweit treffen folgende Aussagen über Lernen und Studieren auf Sie persönlich zu?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ich mache mir oft Sorgen, ob ich mein Studium überhaupt schaffe. . . . .</li> <li>2. Ich arbeite sehr intensiv, um ein gutes Examen zu erreichen. . . . .</li> <li>3. Mir fällt es leicht, fachbezogene neue Inhalte und Fakten zu lernen und zu behalten. . . . .</li> <li>4. In Prüfungssituationen bin ich oft so aufgeregt, daß ich Dinge, die ich eigentlich weiß, vollkommen vergesse. . . . .</li> <li>5. Wenn ich vor einer Prüfung stehe, habe ich meistens Angst. . . . .</li> <li>6. Mir wäre es lieber, wenn das Studium weniger geregelt wäre und mir mehr Möglichkeiten zur eigenen Gestaltung ließe. . . . .</li> <li>7. Mir kommt es darauf an, das Studium möglichst rasch abzuschließen. . . . .</li> <li>8. Das Studium läßt mir zu wenig Zeit für andere Dinge. . . . .</li> </ol> | <table border="0"> <tr> <td>trifft<br/>überhaupt<br/>nicht zu</td> <td colspan="6"></td> <td>trifft<br/>voll und<br/>ganz zu</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><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"/> |
| 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"/>               |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>26. Wie häufig haben Sie in Ihrem Fachstudium ...</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. über den empfohlenen Umfang hinaus Fachliteratur (z.B. Zeitschriften) gelesen? . . . . .</li> <li>2. selbst Interessenschwerpunkte gesetzt und selbständig daran weitergearbeitet? . . . . .</li> <li>3. eigene Gedanken zur Lösung eines Problems entwickelt? . . . . .</li> <li>4. herauszufinden versucht, wie ein bestimmtes Forschungsergebnis erarbeitet wurde? . . . . .</li> <li>5. Beim Lesen von Fachliteratur die Aussagen oder Behauptungen (des Autors) angezweifelt? . . . . .</li> <li>6. selbst ein kleines Experiment/eine kleine Untersuchung zu einem bestimmten Thema durchgeführt? . . . . .</li> </ol>  | <table border="0"> <tr> <td>nie</td> <td>selten</td> <td>manch-<br/>mal</td> <td>öfters</td> <td>sehr<br/>oft</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> <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>   | nie                                      | selten                           | manch-<br>mal            | öfters                           | sehr<br>oft              | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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   | selten   | manch-<br>mal                            | öfters                           | sehr<br>oft              |                                  |                          |  |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |                          |  |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |                          |  |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |                          |  |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <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>27. Wie gehen Sie vor, wenn Sie einen komplexen Themenbereich erlernen (für eine Hausarbeit, Referat, Prüfung)?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Schritt für Schritt die einzelnen Kapitel eines Lehrbuches nacheinander durcharbeiten . . . . .</li> <li>2. Zuerst einen generellen Überblick verschaffen und dann gezielt einzelne Bereiche bearbeiten. . . . .</li> <li>3. Häufiger Wechsel zwischen verschiedenen Aspekten/Bereichen des Themas beim Bearbeiten. . . . .</li> </ol>  | <table border="0"> <tr> <td>trifft auf mich<br/>überhaupt<br/>nicht zu</td> <td colspan="6"></td> <td>trifft auf mich<br/>voll und<br/>ganz zu</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  | trifft auf mich<br>überhaupt<br>nicht zu |                                  |                          |                                  |                          |  |                          | trifft auf mich<br>voll und<br>ganz zu |                          | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| trifft auf mich<br>überhaupt<br>nicht zu  |  |  |                                  |                          |                                  |                          | trifft auf mich<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"/>               |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>28. 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.<br/>b) nein, bisher noch nicht, würde aber gerne<br/>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>29. Wie stark ist Ihr Fachstudium an Ihrer Hochschule durch Studienordnungen, -verlaufspläne festgelegt?</b></p>  | <table border="0"> <tr> <td>überhaupt<br/>nicht</td> <td>kaum</td> <td>teilweise</td> <td>überwiegend</td> <td>völlig</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>   | 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>30. In welchem Ausmaß richten Sie sich bei der Planung und Durchführung Ihres Studiums nach diesen Ordnungen/Verlaufsplänen?</b></p>  | <table border="0"> <tr> <td>überhaupt<br/>nicht</td> <td>kaum</td> <td>teilweise</td> <td>überwiegend</td> <td>völlig</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>   | 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>31. Wieviele Lehrveranstaltungen sind für Studierende Ihres Fachsemesters nach der Studienordnung vorgeschrieben? (bitte geben Sie die Wochenstundenzahl an)</b></p>  | <p>ca. <input type="text"/> Wochenstunden</p>  |  |                                  |                          |                                  |                          |  |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>32. Inwieweit entspricht Ihr tatsächliches Studienprogramm in diesem Semester diesen Vorgaben der Studienordnung?</b></p>   | <p>Ich besuche Lehrveranstaltungen...</p> <table border="0"> <tr> <td>viel<br/>weniger</td> <td>etwas<br/>weniger</td> <td>etwas wie<br/>vorgesehen</td> <td>etwas<br/>mehr</td> <td>viel<br/>mehr</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<br>weniger                          | etwas<br>weniger                 | etwas 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   | etwas 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>33. 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 border="0"> <tr> <td>nein</td> <td>ja,<br/>ein Semester</td> <td>ja,<br/>zwei Semester</td> <td>ja,<br/>mehr als<br/>zwei Semester</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>   | nein                                     | ja,<br>ein Semester              | ja,<br>zwei Semester     | ja,<br>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,<br>mehr als<br>zwei Semester |                          |                                  |                          |  |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         |                          |                                  |                          |  |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |









**63. Für welche Aufgaben sollten sich die studentischen Vertretungen an Ihrer Hochschule vordringlich einsetzen?**

1. Studienberatung/Studienhilfe . . . . .
2. an Prüfungsbedingungen/Lehrinhalten mitarbeiten . . . . .
3. Interne Hochschulpolitik/ Beeinflussung der Geschehnisse in der Hochschule . . . . .
4. politische Vertretung nach außen/ allgemeinpolitisches Mandat . . . . .
5. Studentenschaft organisieren/ politisches Bewußtsein bilden . . . . .
6. soziale Fragen (Kontaktförderung, Wohnungssuche etc.) . . . . .
7. kulturelle Belange (Theater, Konzerte etc.) . . . . .
8. bessere Studienbedingungen an der Hochschule . . . . .
9. Benachteiligungen von Frauen an der Hochschule abschaffen . . . . .
10. Verbesserung der Qualität der Lehre . . . . .

| gar nicht                | etwas                    | stark                    | vordringlich             |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**64. In welchem Ausmaß repräsentieren die derzeitigen Studentenvertretungen (Studentenparlament/ASTA) an Ihrer Hochschule Ihre persönlichen hochschulpolitischen Ansichten, Interessen und Meinungen?**

| überhaupt nicht | voll und ganz            | kann ich nicht beurteilen |
|-----------------|--------------------------|---------------------------|
| 0 1 2 3 4 5 6   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

**65. Inwieweit greift Ihre Fachschaft die Belange der Studierenden auf und vertritt sie?**

| überhaupt nicht | voll und ganz            | es gibt keine Fachschaften |
|-----------------|--------------------------|----------------------------|
| 0 1 2 3 4 5 6   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

**66. Die Studiensituation kann unterschiedlich erlebt werden. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf ihre eigene Situation zu?**

1. Ich habe genug Ansprechpartner an der Hochschule, an die ich mich mit meinen Problemen wenden kann. . . . .
2. Ich habe oft das Gefühl, meine Leistungen im Studium sind das einzige, was an der Hochschule gefragt ist. . . . .
3. Wenn ich einmal eine Woche lang nicht an der Hochschule wäre, würde das dort niemandem auffallen. . . . .
4. In der Masse der Studierenden an der Hochschule geht man unter. . . . .

| trifft überhaupt nicht zu | trifft voll und 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"/> |

**67. Die beiden folgenden Fragen betreffen einige Aspekte des Erlebens und Verhaltens von Männern und Frauen an der Hochschule. Wie sehen Sie die Situation in Ihrem Fach?**

1. Studenten werden von Hochschullehrern mehr unterstützt und gefördert als Studentinnen. . . . .
2. In Lehrveranstaltungen werden die Beiträge von Studentinnen weniger ernst genommen als die von Studenten. . . . .
3. In meinem Fach wird von Studentinnen mehr Leistung verlangt als von Studenten. . . . .
4. Studentinnen werden von den männlichen Kommilitonen fachlich nicht voll anerkannt. . . . .
5. Hochschullehrer/innen ermutigen Studentinnen seltener zur Promotion und unterstützen sie dabei weniger. . . . .
6. Hochschullehrer/innen tragen durch ihre Vorbildfunktion viel dazu bei, daß Studentinnen eine wissenschaftliche Laufbahn ins Auge fassen. . . . .

| trifft überhaupt nicht zu | trifft voll und ganz zu  |
|---------------------------|--------------------------|
| 0 1 2 3 4 5 6             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

**68. Und inwieweit stimmen Sie den folgenden Forderungen zu, inwieweit lehnen Sie sie ab?**

1. An Hochschulen sollten spezielle Schwerpunkte für Forschung und Lehre über Frauenfragen eingerichtet werden. . . . .
2. Frauen sollten sich an den Hochschulen stärker organisieren und aktiv für ihre Interessen kämpfen. . . . .
3. Frauen sollten bei der Besetzung von Hochschullehrerstellen bei gleicher Qualifikation bevorzugt werden, solange sie unter den Hochschullehrern eine Minderheit bilden. . . . .
4. Für Frauen sollte es spezielle Stipendien für Promotion und Habilitation geben (ohne Altersbegrenzung nach Familienphase). . . . .

| lehne völlig ab          | stimme völlig zu         |
|--------------------------|--------------------------|
| -3 -2 -1 0 +1 +2 +3      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|   |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p><b>73. Was erscheint Ihnen dringlich, um Ihre persönliche Studiensituation zu verbessern?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Änderungen im Fachstudiengang (Prüfungs-, Studienordnungen etc.) . . . . .</li> <li>2. Konzentration der Studieninhalte . . . . .</li> <li>3. Verringerung der Prüfungsanforderungen . . . . .</li> <li>4. stärkerer Praxisbezug des Studienganges . . . . .</li> <li>5. Ausrichtung des Lehrangebots an verbindlichen Leitvorgaben für den Studienaufbau . . . . .</li> <li>6. häufiger Lehrveranstaltungen in kleinerem Kreis . . . . .</li> <li>7. intensivere Betreuung durch Lehrende . . . . .</li> <li>8. feste studentische Arbeitsgruppen/Tutorien . . . . .</li> <li>9. Erhöhung der BAföG-Sätze/Stipendien . . . . .</li> <li>10. Verbesserung der Arbeitsmarktchancen für Studierende Ihres Faches . . . . .</li> <li>11. mehr Beteiligungsmöglichkeiten an Forschungsprojekten . . . . .</li> <li>12. Einrichtung von "Brückenkursen" zur Aufarbeitung schulischer Wissenslücken in den Anfangssemestern . . . . .</li> <li>13. Betreuungsangebote für Studierende mit Kindern . . . . .</li> <li>14. mehr Beratung und Schulung in EDV- und Computernutzung . . . . .</li> </ol> | <p>Überhaupt nicht dringlich <span style="float: right;">sehr dringlich</span></p> <p>0 1 2 3 4 5 6</p> <table border="1"> <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> </table> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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>74. Treffen die folgenden Gründe für bzw. gegen eine Promotion in Ihrem Fall zu?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ich würde gerne nach dem Examen vertieft wissenschaftlich ein Thema meines Faches bearbeiten. . . . .</li> <li>2. Ich strebe eine Laufbahn als Hochschullehrer/in an. . . . .</li> <li>3. Promotion ist für den Beruf, den ich anstrebe, praktisch erforderlich. . . . .</li> <li>4. Die Promotion würde meine Arbeitsmarktchancen generell verbessern. . . . .</li> <li>5. Die Chancen, eine Promotion erfolgreich abzuschließen, sind zu unsicher. . . . .</li> <li>6. Eine Promotion würde den Berufseintritt zu weit hinausschieben. . . . .</li> <li>7. Eine Promotion läßt sich mit meinen Plänen für Partnerschaft und Familie schlecht vereinbaren. . . . .</li> </ol>   | <p>trifft überhaupt nicht zu <span style="float: right;">trifft voll und ganz zu</span></p> <p>0 1 2 3 4 5 6</p> <table border="1"> <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> </table>   | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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>75. Haben Sie mit einem/einer Hochschullehrer/in über mögliche Promotionsabsichten oder die Übernahme einer Assistentenstelle nach dem Studium gesprochen?</b></p> <p>a) nein, habe es auch nicht vor<br/>         b) nein, bisher nicht, habe es aber noch vor<br/>         c) ja, hat mir aber abgeraten, mich nicht unterstützt<br/>         d) ja, hat es noch offengelassen<br/>         e) ja, hat mir zugeraten, will mich unterstützen</p>  | <p>Promotionsabsicht <span style="float: right;">Übernahme Assistentenstelle</span></p> <table border="1"> <tr> <td>a)</td><td>b)</td><td>c)</td><td>d)</td><td>e)</td> <td>a)</td><td>b)</td><td>c)</td><td>d)</td><td>e)</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><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>  | a)                       | b)                       | c)                       | d)                       | e)                       | a)                       | b)                       | c)                       | d)                       | e)                       | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| a)  | b)   | c)                       | d)                       | e)                       | 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"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>76. Wenn Sie nochmal vor der Frage stünden, ein Studium anzufangen, wie würden Sie sich entscheiden?</b><br/>         (bitte nur eine Nennung)</p> <p>a) nochmal das derzeitige Studium wählen<br/>         b) ein anderes Fach studieren (bitte entsprechende Fachkennziffer aus Liste 1 auf der Innenseite des Deckblatts entnehmen und nebenan eintragen)<br/>         c) eine berufliche Ausbildung wählen, die kein Studium erfordert<br/>         d) sonstiges, und zwar .....</p>  | <table border="1"> <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> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">▼<br/>Fachkennziffer</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>  | a)                       | b)                       | c)                       | d)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ▼<br>Fachkennziffer      |                          |                          |                          | <input type="text"/>     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| a)  | b)   | c)                       | d)                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| ▼<br>Fachkennziffer   |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="text"/>  |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>77. Welche der folgenden Beschreibungen würde Ihre derzeitige Lebenssituation am ehesten kennzeichnen?</b></p> <p>a) Hochschule und Studium bilden den Mittelpunkt, auf den fast alle meine Interessen und Aktivitäten ausgerichtet sind.<br/>         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.<br/>         c) Das Studium ist für mich nicht die einzig wichtige Beschäftigung; andere Bereiche wie Erwerbsarbeit oder Familie sind ebenso wichtig.<br/>         d) Das Studium ist für mich eher Nebensache, da ich viele anderweitige Verpflichtungen und Interessen außerhalb des Hochschulbereichs habe.</p>   | <table border="1"> <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"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

**78. Als was würden Sie sich jetzt einschätzen?**  
 Fühle mich als ...

|                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vollzeit-<br>student/in  | Teilzeit-<br>student/in  | Pro-forma-<br>Student/in |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**79. Sind Sie alles in allem gern Student/in?**

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ger nicht<br>gern        | sehr<br>gern             |                          |                          |                          |                          |                          |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
| <input type="checkbox"/> |

**80. Welche der aufgeführten Maßnahmen halten Sie für geeignet, die Studiendauer in Ihrem Fachgebiet zu verkürzen?**

1. bei nicht bestandenen Prüfungen/Scheinen die Möglichkeit der Wiederholung im gleichen Semester
2. Verpflichtung zur Studienberatung für alle zu Beginn und in der Mitte des Studiums durch Hochschullehrer/innen des Faches
3. Erweiterung des Angebots an Tutorien und betreuten Arbeitsgruppen
4. Zeitrahmen für die Diplomarbeit/Abschlussarbeit höchstens 6 Monate
5. Studiengebühren für Langzeitstudenten
6. Studien- und Lehrangebote in den bisherigen Semesterferien
7. Verringerung der Erwerbsarbeit neben dem Studium
8. bei früher Meldung zur Abschlussprüfung zusätzliche Wiederholungsmöglichkeit ("Freischuß-Regelung")
9. zügiges Prüfungsverfahren (schnellere Begutachtung)
10. frühzeitige Leistungsüberprüfungen anhand einer Zwischenprüfung
11. anderes (bitte nennen: .....

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ganz<br>ungeeignet       | sehr<br>geeignet         |                          |                          |                          |                          |                          |
| 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"/> |

**81. In welchen Bereichen sollten die Hochschulen Ihrer Meinung nach vor allem weiterentwickelt werden? Für wie wichtig halten Sie ...**

1. Abschaffung von Zulassungsbeschränkungen?
2. Erweiterung der Ausbildungskapazitäten/ mehr Studienplätze?
3. verstärkte Förderung besonders begabter Studenten/Studentinnen?
4. inhaltliche Studienreform/ Entrümpelung von Studiengängen?
5. hochschuldidaktische Reformen und Innovationen?
6. Beteiligung von Studierenden an der Lehrplangestaltung?
7. Anhebung des Leistungsniveaus und der Prüfungsanforderungen?
8. Steigerung der Qualität der Lehre, besseres Lehrangebot?
9. strengere Auswahl bei der Zulassung zu einem Studium?
10. frühzeitige Eignungsfeststellung im gewählten Studienfach. (bis zum 2. Semester)?
11. Einrichtung spezieller Studiengänge für Teilzeit-Student/innen?
12. Durchsetzung von Planstudienzeiten (Uni: 8-9, FH: 6-7 Semester)?
13. stärkerer Ausbau der Fachhochschulen?
14. Ausstattung der Hochschulen mit mehr Stellen?
15. Errichtung von Professional Schools für meinen Studiengang als Alternative zum Hochschulstudium?
16. Weiterqualifizierung nach dem Studium an speziellen Professional Schools?

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr<br>unwichtig        | 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"/> |

**82. Würden Sie neue Formen der Studienorganisation an den Hochschulen nutzen und daran teilnehmen?**

1. spezielle Studienorganisation für Teilzeitstudierende
2. Mischungen aus Präsenz- und Fernstudium (Offene Universität)
3. Studium und Arbeit in abwechselnden Phasen (Sandwich-Studium)
4. "Freischuß-Regelung" bei frühzeitiger Meldung zum Examen
5. Kurse in den Semesterferien an der Hochschule
6. Besuch einer 'Professional School' meines Fachgebietes

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sicher<br>nicht          | eher<br>nicht            | viel-<br>leicht          | eher<br>ja               | sicher<br>ja             |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

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

|  | akzeptiere ich grundsätzlich | nur in Ausnahmefällen    | lehne ich grundsätzlich ab |
|--|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1. Diskussion zwischen Lehrenden und Studierenden . . . . .                    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| 2. Auseinandersetzung in studentischen Zeitschriften und Drucksachen . . . . . | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| 3. Flugblätter und Wandzeitungen . . . . .                                     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| 4. Boykott von Lehrveranstaltungen . . . . .                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| 5. Institutsbesetzung . . . . .  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| 6. Demonstrationen und Kundgebungen . . . . .                                  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

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

|  | trifft überhaupt nicht zu   | trifft voll und ganz zu |
|--|---|-------------------------|
| 1. Heutige Probleme, wie z.B. Energieknappheit oder Umweltverschmutzung, können auf die Dauer nur durch den technischen Fortschritt gelöst werden. . . . . | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>            |                         |
| 2. Bei geringerem technischen Fortschritt könnten wir auch ganz gut leben, vielleicht sogar besser. . . . .  | <input type="checkbox"/> |                         |
| 3. Der technische Fortschritt ist inzwischen gefährlich, er bedroht die Menschen mehr als er ihnen nützt. . . . .  | <input type="checkbox"/> |                         |

**85. Besitzen Sie einen Computer?**

|  | nein                     | ja, seit diesem Jahr     | 1 - 2 Jahre              | 3 - 5 Jahre              | mehr als 5 Jahre         |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> |

**86. Wie häufig arbeiten Sie mit einem Computer?**

|                                | nie                      | selten                   | manchmal                 | häufig                   | täglich                  |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. zu Hause . . . . .          | <input type="checkbox"/> |
| 2. an der Hochschule . . . . . | <input type="checkbox"/> |

**Rolle und Chancen von Hochschulabsolventen**

**87. 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"/> |

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

|   | viel besser              | besser                   | auch nicht anders        | schlechter               | viel schlechter          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. gesellschaftliche Ziele und Aufgaben formulieren . . . . .                   | <input type="checkbox"/> |
| 2. politische Ereignisse und Verhältnisse kritisch beurteilen . . . . .         | <input type="checkbox"/> |
| 3. neue Ideen entwickeln und Pläne entwerfen . . . . .                          | <input type="checkbox"/> |
| 4. in Politik, Verwaltung und Wirtschaft Führungspositionen innehaben . . . . . | <input type="checkbox"/> |

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

|  | nein                     | ja, und zwar...<br>etwas mehr | viel mehr                | sehr viel mehr           |
|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ein höheres Einkommen haben? . . . . .              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ein höheres Ansehen haben? . . . . .                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. einen größeren politischen Einfluß haben? . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

|  | nein, nicht gerechtfertigt | ja, gerechtfertigt, und zwar...<br>etwas mehr | viel mehr                | sehr viel mehr           |
|--|----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ein höheres Einkommen haben? . . . . .              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ein höheres Ansehen haben? . . . . .                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. einen größeren politischen Einfluß haben? . . . . . | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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





| Gesellschaftlich-politische Vorstellungen  |   | 17                        |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|---------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p><b>102. Wie stark interessieren Sie sich für ...</b></p> <p>1. das allgemeine politische Geschehen? . . . . .</p> <p>2. die studentische Politik an Ihrer Hochschule? . . . . .</p> <p>3. hochschulpolitische Fragen und Entwicklungen? . . . . .</p> <p>4. Europapolitik und die europäische Vereinigung? . . . . .</p>  | <p>gar nicht <span style="float:right">sehr stark</span></p> <p>0 1 2 3 4 5 6</p> <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>  |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>103. Wie ist Ihre Meinung zu den folgenden Aussagen über unser politisches System?</b></p> <p>1. Die Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen Interessengruppen und ihre Forderungen an die Regierung schaden dem Allgemeinwohl. . . . .</p> <p>2. Der Bürger verliert das Recht zu Streiks und Demonstrationen, wenn er damit die öffentliche Ordnung gefährdet. . . . .</p> <p>3. In jeder demokratischen Gesellschaft gibt es bestimmte Konflikte, die mit Gewalt ausgetragen werden müssen. . . . .</p> <p>4. Aufgabe der politischen Opposition ist es nicht, die Regierung zu kritisieren, sondern sie in ihrer Arbeit zu unterstützen. . . . .</p> <p>5. Jeder Bürger hat das Recht, notfalls für seine Überzeugungen auf die Strafe zu gehen. . . . .</p> <p>6. Wirkliche Demokratisierung ist nur außerhalb der bestehenden Institutionen möglich. . . . .</p> <p>7. Unsere Demokratie hat sich bewährt, man sollte sie deshalb vor ständigen Reformversuchen bewahren. . . . .</p>  | <p>lehne <span style="float:right">/ stimme</span><br/>völlig ab <span style="float:right">völlig zu</span></p> <p>-3 -2 -1 0 +1 +2 +3</p> <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>104. Über die Mitwirkung am politischen Geschehen wird oft gesprochen. Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen?</b></p> <p>1. Gleichgültigkeit gegenüber Politik ist verantwortungslos. . . . .</p> <p>2. Für mich persönlich sind die gegenwärtigen Möglichkeiten der politischen Mitwirkung zufriedenstellend. . . . .</p> <p>3. Politische Vorgänge sind so kompliziert, daß ich mir nur schwer ein Urteil bilden kann. . . . .</p> <p>4. Wenn ich merke, daß die Verantwortlichen in der Politik Fehler machen oder eigenmächtig handeln, schließe ich mich immer denen an, die protestieren. . . . .</p> <p>5. Die Politiker der etablierten Parteien kümmern sich zu wenig um tatsächlich wichtige und dringende Probleme. . . . .</p> <p>6. Der Parlamentarismus bietet ausreichende Möglichkeiten für eine demokratische Interessenvertretung der Bevölkerung. . . . .</p> <p>7. Die gegenwärtige Politik orientiert sich zu stark am Wachstum und den Interessen der Industrie und zu wenig an der Lebensqualität der Menschen. . . . .</p> | <p>stimmt <span style="float:right">stimmt</span><br/>überhaupt <span style="float:right">voll</span><br/>nicht <span style="float:right">und ganz</span></p> <p>0 1 2 3 4 5 6</p> <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>105. An welcher dieser Tätigkeiten in Gruppen oder Organisationen sind Sie selbst beteiligt?</b></p> <p>1. Beteiligung an Bürger- oder Basisinitiativen . . . . .</p> <p>2. Mitarbeit in politischen Parteien . . . . .</p> <p>3. Mitarbeit in Gewerkschaften . . . . .</p> <p>4. Beteiligung an Umweltschutzgruppen . . . . .</p> <p>5. Teilnahme in Frauen/Männergruppen . . . . .</p> <p>6. Mitarbeit in Menschenrechtsgruppen . . . . .</p> <p>7. Engagement in anderen politischen Gruppierungen . . . . .</p>  | <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>ja,<br/>regelmäßig</td> <td>ja,<br/>manchmal</td> <td>nein,<br/>aber habe es vor</td> <td>nein,<br/>habe es auch nicht vor</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>   | ja,<br>regelmäßig         | ja,<br>manchmal                 | nein,<br>aber habe es vor | nein,<br>habe es auch nicht vor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ja,<br>regelmäßig  | ja,<br>manchmal   | nein,<br>aber habe es vor | nein,<br>habe es auch nicht vor |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>106. Wenn Sie Ihre politische Haltung insgesamt kennzeichnen, inwieweit stimmen Sie mit Positionen folgender politischer Grundrichtungen überein, und inwieweit lehnen Sie sie ab?</b></p> <p>1. christlich-konservative . . . . .</p> <p>2. grüne/alternative . . . . .</p> <p>3. kommunistisch-marxistische . . . . .</p> <p>4. liberale . . . . .</p> <p>5. national-konservative . . . . .</p> <p>6. sozialdemokratische . . . . .</p>   | <p>lehne <span style="float:right">stimme</span><br/>völlig ab <span style="float:right">völlig zu</span></p> <p>-3 -2 -1 0 +1 +2 +3</p> <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                           |                                 |                           |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





| Sozialdaten  | 20  |
|--|---|
| 119. Wie alt sind Sie?   | <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre         </div>   |
| 120. Ihr Geschlecht?   | männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>   |
| 121. Ihr Familienstand?<br>a) verheiratet<br>b) ledig mit fester Partnerbeziehung<br>c) ledig ohne feste Partnerbeziehung<br>d) verwitwet, geschieden  | <div style="text-align: center;">         a)   b)   c)   d)<br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>   |
| 122. Haben Sie Kinder?   | nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="text"/> Kinder  |
| 123. Sind Sie alleinerziehend?   | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>   |
| 124. An welchem Ort studieren Sie?<br>(bitte rechts eintragen)   | <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div>   |
| 125. Ist Ihr Studienort auch Ihr Heimatort?<br>(Wohnort der Eltern/ am Ende der Schutzzeit)<br>a) ja<br>b) nein, komme aus näherer Umgebung (bis ca. 50 km), selbes Bundesland<br>c) nein, komme aus näherer Umgebung (bis ca. 50 km), anderes Bundesland<br>d) nein, mein Heimatort ist weiter entfernt, aber im selben Bundesland<br>e) nein, mein Heimatort ist weiter entfernt und in einem anderen Bundesland   | <div style="text-align: center;">         a)   b)   c)   d)   e)<br/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>   |
| 126. Liegt bei Ihnen eine Behinderung oder eine längerdauernde/chronische Krankheit vor?   | <div style="text-align: center;">         nein      ja, Behinderung      ja, chronische Krankheit<br/> <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/> </div>  |
| 127. Welchen Schulabschluß haben Ihre Eltern?<br>(bitte nur den höchsten angeben)<br>(Angaben in Klammern beziehen sich auf die ehemalige DDR)<br>a) Volksschule/Hauptschule (8. Klasse)<br>b) mittlere Reife/Realschulabschluß (10. Klasse OS)<br>c) Abitur oder sonstige Hochschulreife<br>d) keinen Abschluß (unter 8. Klasse OS)<br>e) sonstiges, weiß nicht   | <div style="text-align: center;">         a)   b)   c)   d)   e)<br/>         Vater: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">         a)   b)   c)   d)   e)<br/>         Mutter: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>  |
| 128. Und welchen beruflichen Abschluß haben Ihre Eltern?<br>(bitte nur den höchsten angeben)<br><b>Abschlüsse in der BRD oder vor 1949</b><br>a) Lehre oder gleichwertige Berufsausbildung<br>b) Meisterprüfung/Technikerschule oder andere Fachschule<br>c) Fachhochschule, Ingenieurschule, Lehrerseminar, Pädagogische Akademie<br>d) wissenschaftliche Hochschule (Universität/TH)<br>e) keinen beruflichen Abschluß<br>f) sonstiges, weiß nicht<br><b>Abschlüsse in der ehemaligen DDR</b><br>a) Facharbeiterabschluß<br>b) Meisterprüfung<br>c) Abschluß einer Fachschule, Ingenieurschule, Handelsakademie o.ä.<br>d) Abschluß einer Hochschule (einschl. Lehrerausbildung)<br>e) keinen beruflichen Abschluß<br>f) sonstiges, weiß nicht | <div style="text-align: center;">         a)   b)   c)   d)   e)   f)<br/>         Vater: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">         a)   b)   c)   d)   e)   f)<br/>         Mutter: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">         a)   b)   c)   d)   e)   f)<br/>         Vater: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">         a)   b)   c)   d)   e)   f)<br/>         Mutter: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> |
| 129. Welche berufliche Stellung haben Ihre Eltern?<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.)   | Vater: <input type="text"/> <input type="text"/><br>Mutter: <input type="text"/> <input type="text"/>   |

### Liste zur beruflichen Stellung der Eltern

| <b>Beamte/Beamtinnen</b>   |  | <b>Selbständige</b> |  |
|--|--|---------------------|--|
| 01   | im einfachen/mittleren Dienst  | 18                  | kleinere Selbständige<br>(z.B. Einzelhändler/in, Handwerker/in)  |
| 02   | im gehobenen Dienst  | 19                  | mittlere Selbständige<br>(z.B. große(r) Einzelhändler/in, Hauptvertreter/in)   |
| 03   | im höheren Dienst  | 20                  | größere Selbständige (z.B. Fabrikbesitzer/in)  |
| <b>Angestellte im öffentlichen Dienst</b>  |  | 21                  | Freie Berufe, selbständige Akademiker/innen<br>(z.B. Rechtsanwalt/Rechtsanwältin,<br>niedergelassene(r) Arzt/Ärztin) |
| 04   | ausführende Angestellte (z.B. Schreibkraft)  | 22                  | selbständige Landwirte/innen   |
| 05   | qualifizierte Angestellte (z.B. Sachbearbeiter/in)   | <b>Sonstige</b>     |  |
| 06   | leitende/hochqualifizierte Angestellte<br>(z.B. Abteilungsleiter/in, wissenschaftliche(r)<br>Mitarbeiter/in) | 23                  | in Ausbildung befindlich   |
| <b>Angestellte, nicht im öffentlichen Dienst</b>   |  | 24                  | nie berufstätig gewesen, Hausfrau/Hausmann   |
| 07   | ausführende Angestellte<br>(z.B. Schreibkraft, Verkäufer/in)   | 25                  | sonstiges  |
| 08   | qualifizierte Angestellte (z.B. Buchhalter/in)   | 26                  | weiß nicht   |
| 09   | leitende/hochqualifizierte Angestellte<br>(z.B. Prokurist/in, Direktor/in)                                   |                     |  |
| <b>Arbeiter/innen im öffentlichen Dienst</b><br>(auch landwirtschaftliche Arbeiter/innen)    |  |                     |  |
| 10   | ungelehrte Arbeiter/innen  |                     |  |
| 11   | angelernte Arbeiter/innen  |                     |  |
| 12   | Facharbeiter/innen (mit Lehre)   |                     |  |
| 13   | Meister/innen, Polier/innen  |                     |  |
| <b>Arbeiter/innen, nicht im öffentl. Dienst</b><br>(auch landwirtschaftliche Arbeiter/innen) |  |                     |  |
| 14   | ungelehrte Arbeiter/innen  |                     |  |
| 15   | angelernte Arbeiter/innen  |                     |  |
| 16   | Facharbeiter/innen (mit Lehre)   |                     |  |
| 17   | Meister/innen, Polier/innen  |                     |  |

#### Hinweis für Studierende in den neuen Bundesländern:

Das Schema der beruflichen Stellung der Eltern enthält einige Kategorien (Beamte/Beamtinnen, Freie Berufe), die in den neuen Ländern noch nicht sehr verbreitet sind und auf die ehemalige DDR nicht anwendbar sind. In der Regel läßt sich aber eine zutreffende Zuordnung unter die Kategorien 'Arbeiter/innen' und 'Angestellte im öffentlichen Dienst' vornehmen.

Beispiele: Facharbeiter/in in einer LPG = 12 Facharbeiter/innen, öffentlicher Dienst  
Direktor/in in einer LPG = 06 leitende/hochqualifizierte Angestellte, öffentlicher Dienst  
Unterstufenlehrer/in = 05 qualifizierte Angestellte, öffentlicher Dienst  
Hochschullehrer/in, Fachschullehrer/in = 06 leitende/hochqualifizierte Angestellte, öffentl. Dienst

---

## **FORSCHUNGSPROJEKT STUDIENSITUATION**

Informationen über Ziele und Durchführung der Untersuchung

---

### **Warum wird die Untersuchung durchgeführt?**

In der Bundesrepublik gibt es gegenwärtig etwa 1,8 Millionen Studierende. Den Hochschulen fällt es in dieser Situation immer schwerer, erträgliche Studienverhältnisse zu ermöglichen. Eine Reihe von Problemen stehen zur Diskussion:

- Stoffülle und Prüfungsanforderungen, die möglichen Belastungen durch Leistungsdruck und ihre Verringerung durch Ent-rümpelung der Studiengänge und Prüfungstransparenz;
- die äußeren Studienbedingungen von den Wohnverhältnissen über die Kontaktmöglichkeiten bis hin zur finanziellen Situa-tion;
- die politische Vertretung der Studierenden an den Hochschulen und in den Fachschaften;
- Schwierigkeiten, die auch für Hochschulabsolventen auf dem Arbeitsmarkt bestehen.

Wir führen diese Untersuchung durch, um möglichst vielen Studierenden Gelegenheit zu geben, ihre Erfahrungen mitzuteilen und darzulegen, was ihnen an ihrem Studium und ihrer Situation gefällt oder mißfällt, welche Forderungen zur Verbesserung der Studienverhältnisse ihnen vordringlich sind und wie sie zu manchen Aussagen über Hochschule, Beruf und Gesellschaft stehen. Dazu ist es notwendig, die Studierenden selbst mit ihren unterschiedlichen Erfahrungen und Erwartungen, Urteilen und Vorstellungen zu Wort kommen zu lassen. Ohne eine solche systematische Informationsgrundlage fällt es den Hochschulen, der Hochschulplanung und der Hochschuldidaktik schwer, unberechtigten Vorurteilen über die Studentenschaft und die Hochschulen entgegenzutreten, und es ist ihnen kaum möglich, auf angemessene und für die Studierenden akzeptable Konzepte und Verhältnisse hinzuwirken.

Die Untersuchung wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft; angesiedelt ist die Projektgruppe an der Universität Konstanz.

### **Wer wird befragt, wer wurde ausgewählt?**

Die Befragung wird an 22 Universitäten und Fachhochschulen durchgeführt. Die Hochschulen wurden so ausgewählt, daß große und kleine, alte und neue Hochschulen aus verschiedenen Bundesländern vertreten sind. Wir wenden uns an Studierende aller Fachrichtungen und Semester, die durch die Hochschulen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden. Damit ist gesi-chert, daß die unterschiedlichen Erfahrungen und die vielfältigen Ansichten in der Befragung erfaßt werden können.

Ihre Hochschule hat Ihre Anschrift nach dem Zufallsprinzip aus der Studentendatei gezogen. Die Hochschulen haben in der Re-gel auch den Versand der Fragebogen übernommen, so daß wir Ihre Anschrift nicht haben. Nachdem der Fragebogen ver-schickt ist, sind weder den Hochschulen noch unserer Forschungsgruppe Namen oder Adressen der angeschriebenen Studie-renden bekannt. Sie können deshalb sicher sein, daß Ihre Angaben anonym bleiben. Die Bestimmungen des Datenschutzes werden voll gewahrt.

### **Worauf beziehen sich die Fragen?**

Die vielschichtige Problematik der Studiensituation läßt sich nicht mit wenigen Fragen abhandeln. Eine Reihe von Bereichen ist zu berücksichtigen:

- der Hochschulzugang und die Erfahrungen im Studium, die Kontakte zu Kommilitonen und Hochschullehrern, die fachli-chen Anforderungen, die Studienberatung und ihren Nutzen sowie die Einschätzung des Lehrangebots;
- das Studienverhalten und die Studiererwartungen, mögliche Probleme und Belastungen im Studium (und wodurch sie zu verringern wären);
- die Situation der Studierenden außerhalb der Hochschule sowie ihre Erwartungen an die Zukunft;
- die Sicht der Hochschule, ihrer Leistungen und Defizite sowie Stellungnahmen zu möglichen Verbesserungen und Verän-derungen der Studiensituation;
- ganz gewichtig sind auch die beruflichen Absichten und Vorstellungen;
- darüber hinaus sind jene Vorstellungen zum öffentlichen Leben und zur Politik einzubeziehen, nach denen die einzelnen Studierenden urteilen und ihre Forderungen und Ziele ableiten.

All dies ist nicht einfach in einem schriftlichen Fragebogen unterzubringen, der jeweils eine Auswahl von Antwortalternativen vorgibt. Wir haben uns bemüht, die Fragen so zu stellen, daß sie für möglichst alle Studierenden interessant sind.

Ein wissenschaftlicher Beirat von Professoren der Erziehungswissenschaft, der empirischen Sozialforschung, der Hochschulforschung und -didaktik unterstützt unsere Arbeit.

---

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !**

---