

ANHANG 2:

Verwendete Diagnostik

- ANHANG 2.1 -	S. 2
Informationen zu den Diagnostikstufen 1 und 2 der ASD-Studie 2008 „Psyche und Gesundheit am Arbeitsplatz“	
- ANHANG 2.2 -	S.16
Fragebogen zu Belastungen und Gesundheit Teil 1	
- ANHANG 2.3 -	S.30
Fragebogen zu Belastungen und Gesundheit Teil 2	
- ANHANG 2.4 -	S.62
Informationen zu der Diagnostikstufe 3 der ASD-Studie 2008 „Psyche und Gesundheit am Arbeitsplatz“	

Prämorbid Veränderungen des Speichelcortisolprofils bei chronischer Stressbeanspruchung



vorgelegt von

Dipl.-Psych. Katja Ecken

Mannheim, September 2012

- ANHANG 2.1 -

Informationen zu den Diagnostikstufen 1 und 2
der ASD-Studie 2008

„Psyche und Gesundheit am Arbeitsplatz“

Informationen
zur Diagnostik der

ASD-STUDIE 2008

„PSYCHE UND GESUNDHEIT AM ARBEITSPLATZ“

der Arbeitsgruppe *Stress und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren*
am Otto-Selz-Institut,
Mannheimer Zentrum für Arbeit und Gesundheit
Universität Mannheim

Rupert Hölzl
Alexandra Bernhardt
Dagmar Baus

Version 03/2008

Durchführung

Die Diagnostikinstrumente werden als sequentielle Instrumente zur stufenförmigen Bewertung des Gesundheitsrisikos eingesetzt. Die sequentielle Diagnostikstruktur besteht aus drei Stufen: In der ersten Stufe werden mit einem Screeninginstrument relevante Gesundheitsgefährdungen erfasst. In der zweiten Diagnostikstufe werden im Rahmen einer erweiterten Stress- und Komorbiditätsdiagnostik hohe Gesundheitsgefährdungen identifiziert. In der dritten und letzten Stufe erfolgt im Rahmen einer vertiefenden Einzelfalldiagnostik die Verifikation einer akuten Gefährdung.

Die Diagnostikinstrumente der ersten beiden Stufen sind als Befragungsinstrumente konzipiert, die den Probanden direkt sowie als Interview vorgegeben werden können. Die Studienteilnehmer können die Diagnostikinstrumente selbst ohne fremde Hilfe ausfüllen. Werden die Instrumente hingegen im Rahmen eines Interviews appliziert, bedarf es keiner speziellen Schulung des Interviewers. Unerfahrene (nicht-ärztliche / nicht-psychologische) Interviewer sollten jedoch zuvor mit dem Instrument und seinen Inhalten vertraut gemacht werden.

Die Diagnostikinstrumente der dritten Diagnostikstufe sind ebenfalls als Befragungsinstrumente konzipiert. Ein Teil dieser Instrumente kann den Probanden wie in den beiden zuvor beschriebenen Diagnostikstufen direkt vorgegeben werden. Ein zweiter Teil muss im Rahmen eines Interviews durchgeführt werden. Hierfür bedarf es einer speziellen Schulung der Interviewer, um diese mit den jeweiligen Inhalten und Regeln des Interviews vertraut zu machen.

Inhalt

- A Diagnostikinstrumente Stufe 1**
- B Diagnostikinstrumente Stufe 2**
- C Zeitaufwand**
- D Untersuchungsplanung**

A Diagnostikinstrumente Stufe 1

Folgende Bereiche werden erfasst:

1. Allgemeine Angaben

Person, Beruf und Tätigkeit

2. Arbeit und Arbeitsplatz

Tätigkeitsbeschreibungen, Belastungen am Arbeitsplatz

2. Krankheiten und Medizinische Daten

Aktuelle und frühere Erkrankungen

Medikamente

Familienanamnese

3. Lebensgewohnheiten und Gesundheitsverhalten

Nikotin

Alkohol- und Drogenkonsum

Sport

Ernährung

Schlafqualität

4. Befinden

Psychische Komorbidität

Somatische Komorbidität

Subjektive Stresswahrnehmung

DIAGNOSTIKINSTRUMENT STUFE 1: SCREENINGINSTRUMENT

Fragebogen zu Belastungen und Gesundheit – Teil 1

Allgemeine Angaben

Angaben zur Person	<ul style="list-style-type: none">- Geschlecht- Alter- Geburtsmonat / -jahr- Nationalität / Muttersprache- Familienstand- Lebenssituation- Schulabschluss
Angaben zu Beruf und Tätigkeit	<ul style="list-style-type: none">- Berufsausbildung- Derzeitige Tätigkeit- Wochenarbeitszeit, Arbeitszeiten

Arbeit und Arbeitsplatz

Physikalische Arbeitsbelastung	<ul style="list-style-type: none">- Beurteilung der körperlichen Belastung bei der Arbeit (Klimmer et al., 1998): 19 Items<ul style="list-style-type: none">o <i>Wirbelsäulenkompressionsbelastung</i>o <i>Muskuloskelettale Belastung</i>
---------------------------------------	---

Krankheiten und Medizinische Daten

Aktuelle und frühere Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none">- Anamnese: selbstberichtete erinnerte Diagnosen unterschiedlicher Systembereiche (inkl. Beeinträchtigung im Alltag u. Dauer der Erkrankung): 10 Items- Screeningfrage Schmerzen (aus der deutschen Version des Brief Pain Inventory, Radbruch et al., 1999)- Ausgewählte Fragen zu folgenden Bereichen aus Schmerzfragebogen der DGSS (Schmerzfragebogen der Arbeitsgruppe Dokumentation der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS):<ul style="list-style-type: none">o <i>Schmerzorte und Chronizität der Schmerzen (modifiziertes Item)</i>o <i>Hauptschmerzort</i>o <i>Dauer / Zeitpunkt letztes Auftreten / Häufigkeit Auftreten Hauptschmerz</i>o <i>Diagnosen Hauptschmerz</i>- Berufskrankheit- Minderung der Erwerbsfähigkeit- Andere wesentliche Erkrankung- Aktuelle Erkrankung: Erkältung, Grippe, Infekt- Subjektive Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustands
--	--

Medikamente	- Aktuelle Medikamenteneinnahme (Art und Häufigkeit; Dlogusch, Krieger, 1995): 6 Items
Familienanamnese	- Erkrankungen der leiblichen Eltern: 9 Items

Lebensgewohnheiten und Gesundheitsverhalten

Nikotinkonsum	- Nikotinkonsum/Raucherstatus (nach Latza et al., o.J.): 3 Items
Alkoholkonsum	- Menge des täglichen Alkoholkonsums (Bühringer et al., 2000): 1 Item
Drogenkonsum	- Häufigkeit Drogenkonsum: 1 Item
Sport	- Häufigkeit sportlicher Aktivität (Mensink, 1999): 1 Item
Ernährung	- Häufigkeit Mahlzeiten (Dlogusch, Krieger, 1995): 1 Item
Schlafqualität	- Schlafqualität (<i>PSQI</i> , Buysse et al., 1989): 6 Items

Befinden

Psychische Komorbidität	- Depressivität <i>WHO-5</i> Wellbeing Index (WHO, 1998): 5 Items <i>PHQ-2</i> (Löwe et al., 2005): 2 Items - Ängstlichkeit (<i>GAD-2</i> , Kroenke et al., 2007): 2 Items - Screening psychischer Störungen: psychischer Beschwerdedruck (<i>SCL-9</i> , Klaghofer & Brähler, 2001): 9 Items
Somatische Komorbidität	- Somatische Symptome (<i>PHQ-15</i> , Kroenke et al., 2002): 15 Items
Subjektive Stresswahrnehmung	- Allgemeines Stresserleben (<i>PSS</i> , Cohen et al., 1983): 4 Items

DIAGNOSTIKINSTRUMENT STUFE 1

Medizinischer Befundbogen – Teil 1

Allgemeine Angaben

Ausschlusskriterien

- Schwere psychische Störungen (*Psychosen, Manie, bipolare Störung*)
- Deutsche Sprachkenntnisse in Wort und Schrift

Basisdiagnostik

Körperliche Maße

- Körpergröße in cm
- Körpergewicht in kg
- Umfang Taille und Hüfte in cm

Physiologische Kennwerte

- Blutdruck (mmHg)
- Ruhepuls (bpm)
- Herzrhythmus (regelmäßig/Extrasystolen/arhythmisch)

B Diagnostikinstrumente Stufe 2

Folgende Bereiche werden erfasst:

1. Arbeit und Arbeitsplatz

Subjektive Arbeitsplatzanalyse

Gewerbebezweigspezifische Arbeitsbelastungen

2. Erfahrungen und Situationen

Subjektive Stresswahrnehmung

Subjektive Stressbewältigung

3. Befinden

Psychische Komorbidität

Ärger

4. Beschwerden

Somatische Komorbidität

Psychische Komorbidität

5. Chronische Schmerzen

Schmerzanamnese

Schmerzchronifizierung

Beeinträchtigung

Schmerzbewältigung

6. Allergische Beschwerden

Allergieranamnese

Subjektive Schweregradeinschätzung

DIAGNOSTIKINSTRUMENT STUFE 2

Fragebogen zu Belastungen und Gesundheit – Teil 2

Arbeit und Arbeitsplatz

Arbeitsplatzanalyse

- Salutogenetische Subjektive Arbeitsplatzanalyse (*SALSA*, Udris & Rimann, 1999): 67 Items

Erfahrungen und Situationen

Subjektive Stresswahrnehmung

- Chronisches Stresserleben (*TICS-SSCS*, Schulz et al., 2004): 57 Items
 - o Stress aufgrund hoher Anforderungen (Skalen: *Arbeitsüberlastung, Soziale Überlastung und Erfolgsdruck*)
 - o Stress aus Mangel an Bedürfnisbefriedigung (Skalen: *Arbeitsunzufriedenheit, Überforderung bei der Arbeit, Mangel an sozialer Anerkennung, Soziale Spannungen und Soziale Isolation*)
 - o Chronische Besorgnis
- Stressreaktivität (*SRS*, Schulz, Jansen & Schlotz, 2005): 29 Items
 - o *Arbeitsüberlastung*: 5 Items
 - o *Soziale Konflikte*: 6 Items
 - o *Soziale Bewertung*: 5 Items
 - o *Misserfolg bei der Arbeit*: 5 Items
 - o *Vor-Stress Phase*: 4 Items
 - o *Post-Stress Phase*: 4 Items
- Allgemeines Stresserleben (*PSS*, Cohen et al., 1983): 14 Items

Subjektive Stressbewältigung

- Selbstwirksamkeit (*SWE*, Jerusalem & Schwarzer, 1986): 10 Items
- Coping-Verhalten (*COP*, Jerusalem, 1993): 16 Items
 - o *Aktives Coping*: 4 Items
 - o *Soziales Coping*: 4 Items
 - o *Emotionales Coping*: 8 Items
- Stressresilienz (*RS-II*, Schumacher et al., 2005): 11 Items

Befinden

Psychische Komorbidität

- Depressivität (*ADS*, Hautzinger & Bailer, 1995): 25 Items
- Ängstlichkeit, trait anxiety (*STAI-T*, Laux et al., 1981): 20 Items

Ärger

- Ärger, trait anger (*STAXI-T*, Schwenkmezger et al., 1992): 10 Items

Beschwerden

Somatische Komorbidität

- Subjektive körperliche Beschwerden (*GBB-24*, Braehler & Scheer, 1995): 24 Items
- Screening für Somatoforme Störungen (*SOMS*, Rief et al., 1997): 68 Items
- Funktionelle Magen-Darmerkrankungen (*FGID*, Herschbach, 1993): 23 Items

Psychische Komorbidität	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsfragebogen (<i>PHQ</i>, Loewe et al., 2002): 44 Items <ul style="list-style-type: none"> o <i>Depressivität</i>: 9 Items o <i>Angst</i>: 22 Items o <i>Alkoholkonsum</i>: 6 Items o <i>Psychosoziale Stressoren</i>: 7 Items
--------------------------------	--

Chronische Schmerzen

Schmerzanamnese	<ul style="list-style-type: none"> - Screeningfrage Schmerzen (aus der dt. Version des <i>Brief Pain Inventory</i>, Radbruch et al. 1999) - Ausgewählte Fragen zu folgenden Bereichen aus Schmerzfragebogen der DGSS (Schmerzfragebogen der <i>AG Dokumentation der Dt. Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)</i>): <ul style="list-style-type: none"> o <i>Schmerzorte und Chronizität der Schmerzen</i> (modifiziertes Item) o <i>Hauptschmerzort</i> o <i>Dauer / Zeitpunkt letztes Auftreten / Häufigkeit des Auftretens des Hauptschmerzes</i> o <i>Diagnosen Hauptschmerz</i> o <i>Wahrgenommene Schmerzursache</i>
Schmerzchronifizierung	<ul style="list-style-type: none"> - Schmerzchronifizierung (<i>CPG</i>, von Korff et al., 1992, dt. Version aus Schmerzfragebogen der AG Dokumentation der Dt. Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS, DGSS): 8 Items <ul style="list-style-type: none"> o <i>Schmerzstärke (ergänzt wurde ein Item zu geringsten Schmerzen)</i>: 4 Items o <i>Arbeitsunfähigkeit</i>: 1 Item o <i>Beeinträchtigung</i>: 3 Items
Beeinträchtigung	<ul style="list-style-type: none"> - Funktionskapazität (<i>FFbH-R</i>, Kohlmann & Raspe, 1996): 12 Items - Schmerzbeeinträchtigung (<i>PDI</i>, Dillmann et al. 1994): 7 Items
Schmerzbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> - Gedanken in Schmerzsituationen (<i>FSS</i>, Flor et al. 1993): 18 Items <ul style="list-style-type: none"> o <i>Skala 1: Katastrophisieren</i> o <i>Skala 2: aktives Coping</i>

Allergische Beschwerden

Allergiediagnose	<ul style="list-style-type: none"> - Allergiediagnose (Hölzl et al. 2000, Grevers & Röcken 2001): <ul style="list-style-type: none"> o <i>Beschwerden der Atemwege</i>: 16 Items o <i>Augenbeschwerden</i>: 6 Items o <i>Hautbeschwerden</i>: 14 Items o <i>allergische Beschwerden bei Verwandten</i>: 5 Items o <i>Diagnose Allergie und Auftreten allergischer Beschwerden</i>: 11 Items
Subjektive Schweregradeinschätzung	<ul style="list-style-type: none"> - Subjektive Schwere der Hauptbeschwerde und Leidensdruck (in Anlehnung an Einschätzung der Schmerzintensität aus Schmerzfragebogen der Arbeitsgruppe Dokumentation der Dt. Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) http://www.schmerz-zentrum.de/frames.cfm) <ul style="list-style-type: none"> o <i>Schwere/Intensität allergischer Beschwerden</i>: 3 Items

DIAGNOSTIKINSTRUMENT STUFE 2

Medizinischer Befundbogen – Teil 2

Allgemeine körperliche Untersuchung

Allgemeiner Eindruck	<ul style="list-style-type: none">- Dyspnoe- Zyanose- Blässe
Mundhöhle	<ul style="list-style-type: none">- Zunge- Schleimhaut
Bauchorgane	<ul style="list-style-type: none">- Leber- Milz- Nierenlager- Meteorismus
Lungen	<ul style="list-style-type: none">- Klopfeschall (<i>sonor/hypersonor/Dämpfung</i>)- Atemgeräusche (<i>vesikulär/verschärft/Spastik</i>)
Muskel-Skelett-System	<ul style="list-style-type: none">- Aktueller Spontanschmerz (<i>Rücken</i>)- Allgemeine Inspektion: <i>Gangbild</i>- Funktionstests: <i>Finger-Boden-Abstand, Hacken-, Zehenspitzen-, Einbeinstand; Beweglichkeit der Schultergelenke (Nacken- und Schürzengriff)</i>- Wirbelsäule/Becken: <i>Stauchungsschmerz; Rumpffrotation, Rumpfsseitenneigung, Beckenschiefstand; Wirbelsäulenform; Wirbelsäulen-Klopfschmerz; Paravertebraler Muskeltonus (BWK4/5, BWK12, LWK4/5); Laségue (im Liegen)</i>
Abschließende Einschätzung	<ul style="list-style-type: none">- Ärztlicher Eindruck des Gesundheitszustands- Einschätzung des Allgemeinzustands
Labordiagnostik	<ul style="list-style-type: none">- Uhrzeit der Blutentnahme- Uhrzeit und Art eingenommener Mahlzeiten und Getränke vor Blutentnahme- Serum:<ul style="list-style-type: none"><i>Triglyzeride</i><i>Gesamtcholesterin</i><i>HDL, LDL</i><i>Plasma Glukose</i><i>HbA1c</i><i>CRP</i>

C *Zeitaufwand*

Die Bearbeitung der Instrumente der unterschiedlichen Diagnostikstufen nehmen ca. folgende Zeit in Anspruch:

Bearbeitungsdauer Diagnostikinstrument Stufe 1: ca. 20 Minuten

Bearbeitungsdauer Diagnostikinstrument Stufe 2: ca. 40 Minuten

Bearbeitungsdauer Diagnostikinstrument Stufe 3: ca. 90 Minuten

D *Untersuchungsplanung*

Geplant sind die Diagnostikinstrumente der ersten und zweiten Stufe im Frühjahr bis Herbst 2008 einzusetzen. Die Diagnostikinstrumente der dritten Stufen kommen im Frühjahr 2009 zum Einsatz. Vorab sollen die Einverständniserklärungen der Probanden für mögliche Untersuchungen auf der dritten Stufe eingeholt werden.

Literatur

- Braehler E, Scheer JW (1995). Der Gießener Beschwerdebogen. Bern: Huber.
- Bühringer G, Augustin R, Bergmann E, Bloomfield K, Funk W, Junge B, Kraus L, Mefert-Diete C, Rumpf HJ, Simon R, Töppich J (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 128. Baden-Baden: Nomos.
- Buyse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 28: 193-213.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 385-396.
- Dillmann U, Nilges P, Saile H, Gerbershagen HU (1994). Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. *Schmerz*, 8(2): 100-110.
- Dlogusch GE, Krieger W (1995). Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG). Handanweisung. Frankfurt: Swets Test Services.
- DRK-Schmerzzentrum Mainz. Schmerzfragebogen der Arbeitsgruppe Dokumentation der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS).
[http://www.drk-schmerz-zentrum.de/content/07_infos/7-5_schmerzfragebogen.htm].
- Flor H, Behle DJ, Birbaumer N (1993). Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behav Res Ther*, 31(1): 63-73.
- Grevers G, Röcken M (2001). Taschenatlas der Allergologie. Grundlagen, Diagnostik, Klinik. Stuttgart: Thieme.
- Hautzinger M, Bailer J (1995). Allgemeine Depressionsskala. Weinheim: Beltz.
- Herschbach P (1993). Fragebogen zur Diagnostik funktioneller Magen-Darmbeschwerden. Dt. Übersetzung der „Gastrointestinal disorders“ und „Bowel Disorders“. In: Drossman DA (1994, Hrsg). *The functional gastrointestinal disorders - diagnosis, pathophysiology, and treatment*. Boston: Little, Brown & Company.
- Hözl R, Steinmeier A, Hornberger U, Möltner A (2000). MDSK-Asthma Mannheim Version 06/00. Fragebogen zu Beschwerden und Befinden von Personen mit Allergiegefährdung. Meilenstein 2.3. Forschungsberichte der Projektgruppe "Komorbidität" am Otto-Selz-Institut, Universität Mannheim, und der Abteilung Gesundheitsschutz, Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten, Mannheim. Universität Mannheim.
- Jerusalem M, Schwarzer R (1986). Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). In R. Schwarzer (Hrsg.) (1986), *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit*. Forschungsbericht, 5: 15-28. Berlin: Freie Universität, Institut für Psychologie.
- Jerusalem M (1993). Coping. In: Westhoff, G (ed.). *Handbuch psychosozialer Messinstrumente*. Ein Kompendium für epidemiologische und klinische Forschung zu chronischer Krankheit: S. 187-188. Göttingen: Hogrefe.
- Klaghofer R, Brähler E (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49: 115-124.
- Klimmer F, Kylian H, Hollmann S, Schmitt KH (1998). Ein Screening-Verfahren zur Beurteilung körperlicher Belastung bei der Arbeit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaften*, 52(24NF): 73-81.
- Kohlmann T, Raspe H (1996). Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigungen durch Rückenschmerzen (FFbH-R). *Rehabilitation*, 35: I-VIII.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine* 64: 258-266.

- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146: 317-325.
- Lätza U, Hoffmann W, Terschüren C, Chang-Claude J, Kreuzer M, Schaffrath Rosario A, Kropp A, Stang A, Ahrens W, Lampert T (o.J.). Erhebung, Quantifizierung und Analyse der Rauchexposition in epidemiologischen Studien. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD (1981). Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung. Weinheim: Beltz.
- Löwe B, Kroenke K, Gräfe K (2005). Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *Journal of Psychosomatic Research*, 58: 163-171.
- Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W (2002). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) Manual und Testunterlagen: 2. Auflage. Karlsruhe, Pfizer.
- Mensink GBM (1999). Körperliche Aktivität. *Gesundheitswesen*, 61 (suppl. 2): S126-S131. (aus Bundesgesundheitsurvey 1998, RKI).
- Menzies D, Nair A, Williamson PA, Schembri S, Al-Khairalla MZH, Barnes M, Fardon TC, McFarlane L, Magee GJ, Lipworth BJ (2006). Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA*, 296 (14): 1742-1748.
- Radbruch L, Loick G, Kiencke P, Lindena G, Sabatowski R, Grond S, Lehmann KA, Cleeland CS (1999). Validation of the German version of the brief pain inventory. *J Pain Sympt Manage*, 18:180-187.
- Rief W, Hiller W, Heuser J (1997). SOMS - Screening für Somatoforme Störungen. Manual zum Fragebogen. Göttingen: Hogrefe.
- Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD (1992). Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar. Bern: Hans Huber.
- Udris, I. & Rimann, M. (1999). SAA und SALSA: zwei Fragebogen zur subjektiven Arbeitsanalyse. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Ein praxisorientierter Überblick*: S. 397-419. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Schulz P, Jansen LJ, Schlotz W (2005). Stressreaktivität: Theoretisches Konzept und Messung. *Diagnostica*, 51(3): 124-133.
- Schulz P, Schlotz W, Becker P (2004). Trierer Inventar zum chronischen Stress. Göttingen: Hogrefe.
- Schuhmacher J, Leppert K, Gunzelmann T, Strauß B, Brähler E (2005). Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 53: 16-39.
- Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain*, 50(2): 133-149.
- WHO (1998). Wellbeing Measures In Primary Health Care. The Depcare Project. Stockholm: WHO.

- ANHANG 2.2 -

Fragebogen zu Belastungen und Gesundheit Teil 1

Fragebogen zu Belastungen und Gesundheit

Teil 1

ASD-Studie

Psyche und Gesundheit am Arbeitsplatz

Version 03/2008

Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,

die Universität Mannheim (Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie – Mannheimer Zentrum für Arbeit und Gesundheit) und die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN) führen eine Studie zum Thema Psyche und Gesundheit am Arbeitsplatz durch, deren Ergebnisse in der Präventionsarbeit der BGN und damit den Betrieben durch angemessene Maßnahmen zur Gesunderhaltung von Unternehmern und Beschäftigten zugute kommen.

Wir versichern Ihnen, dass bei der Erhebung und Auswertung Ihrer Daten die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes strikt eingehalten werden.

Es kann vorkommen, dass es Ihnen schwerfällt, sich für eine Antwort zu entscheiden. Wählen Sie dann bitte die Antwort, die noch am ehesten für Sie zutrifft. **Es ist für die Auswertung der Daten besonders wichtig, dass Sie alle Fragen gewissenhaft und vollständig bearbeiten.**

Der Fragebogen ist kein Wissenstest. Es gibt somit **kein richtig oder falsch**. Sie sind der Fachmann und beantworten die Fragen am besten nach Ihrem Empfinden und Ihrer Einschätzung. **Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.**

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Die folgende Untersuchung erfolgt anonym und unter Beachtung des Datenschutzes. Um diesen Fragebogen den weiteren Untersuchungen zuordnen zu können, ist die Angabe eines Codes notwendig, der nur von Ihnen erzeugt werden kann. Dieser Code besteht aus 8 Zeichen und wird in die weißen Kästchen eingetragen. Die grau unterlegten Kästchen werden vom Untersucher ausgefüllt.

Hier ist ein Beispiel für **PETER** MUSTER, geb. am **05.** April 1991, Mutter = **ANNA**, Vater = **HANS**

A	S	D	0	8	E	R	0	5	A	A	A	S
Studienidentifikation					2. und letzter Buchstabe des eigenen Vornamens		Geburtsstag zweistellig (nicht Monat oder Jahr)		1. und letzter Buchstabe des Vornamens d. Mutter		2. und letzter Buchstabe des Vornamens des Vaters	

Bitte geben Sie nun Ihren Code ein:

A	S	D	0	8								
Studienidentifikation					2. und letzter Buchstabe des eigenen Vornamens		Geburtsstag zweistellig (nicht Monat oder Jahr)		1. und letzter Buchstabe des Vornamens d. Mutter		2. und letzter Buchstabe des Vornamens des Vaters	

Datum der Erhebung

Tag Monat Jahr

Untersucher

ALLGEMEINE ANGABEN

Angaben zur Person

Geschlecht männlich weiblich

Alter _____ Jahre

Wann sind Sie geboren? _____ / _____
Monat Jahr

Nationalität / Muttersprache _____ / _____

Familienstand ledig verheiratet
 geschieden verwitwet

Lebenssituation:
Mit wem leben Sie
zusammen? mit Ehepartner/Partner mit Eltern/Schwiegereltern
 mit anderen Verwandten mit Freunden/Bekanntem
 alleine

Schulabschluss kein Abschluss Hauptschulabschluss
 Realschulabschluss / Mittlere Reife
 Abitur / Fachhochschulreife Universitätsabschluss / Fachhochschulabschluss

Angaben zu Beruf und Tätigkeit

Berufsausbildung kein beruflicher Abschluss und nicht in Ausbildung
 Auszubildender
 abgeschlossene Lehre
 Berufsfachschule, Handelsschule, Meisterschule

Haupttätigkeit Küche Service Empfang
 Backstube Verkauf
 Mischttätigkeit

Wochenarbeitszeit insgesamt durchschnittlich _____ Std. / Woche

Arbeitszeiten regelmäßige Arbeitszeiten Teilzeit auf Abruf
 geteilter Dienst Schichtdienst

Seit wann üben Sie die derzeitige Tätigkeit aus? _____ / _____
Monat Jahr

FRAGEN ZU BELASTUNGEN UND GESUNDHEIT

Arbeit und Arbeitsplatz

Diese Fragen dienen zur Einschätzung der körperlichen Belastung und des Kraftaufwands während der Arbeit.

Bitte schätzen Sie ein, wie häufig Sie während Ihrer Arbeit die aufgeführten Körperpositionen einnehmen und die weiter unten aufgeführten Gewichte heben oder tragen müssen. Füllen Sie bitte alle Zeilen aus!

Oberkörper



gerade, aufrecht



leicht gebeugt



stark gebeugt



verdreht



zur Seite gebeugt

<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>häufig</i>	<i>sehr oft</i>
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④

Arme



beide Arme unter Schulterhöhe



ein Arm auf oder über Schulterhöhe



beide Arme auf / über Schulterhöhe

<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>häufig</i>	<i>sehr oft</i>
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④

Beine



Sitzen



Stehen



Hocken



Knien, ein Knie oder beide



Gehen, Bewegen

<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>häufig</i>	<i>sehr oft</i>
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④

Gewicht, aufrecht gehoben / getragen

leicht (bis 10 kg)



mittel (10 - 20 kg)

schwer (über 20 kg)

<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>häufig</i>	<i>sehr oft</i>
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④

Gewicht, gebeugt gehoben / getragen

leicht (bis 10 kg)



mittel (10 - 20 kg)

schwer (über 20 kg)

<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>häufig</i>	<i>sehr oft</i>
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④
①	①	②	③	④

Krankheiten und Medikamente

Bei diesen Fragen geht es um Ihre derzeitige und frühere Gesundheit sowie um die Beeinträchtigung im alltäglichen Leben der vergangenen 4 Wochen. Wir haben die Krankheiten in Gruppen eingeteilt. Wenn Sie an einer Krankheit aus einer Gruppe leiden, kreuzen Sie dann die Antwort „Ja“ an, geben Sie – falls bekannt – die Diagnose an. Schätzen Sie dann ein, wie stark Sie **in den letzten 4 Wochen durch diese Erkrankung** (oder deren Behandlung) **in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt** waren („0“ bedeutet, Sie erlebten keine Beeinträchtigung, „10“ besagt, dass Sie durch diese Erkrankungen eine völlige Beeinträchtigung erlebten).

Erkrankungen von Herz oder Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Verengung von Blutgefäßen)?

nein unbekannt ja, welche _____

Seit wann? |__|__| |__|__|
Monat Jahr

Beeinträchtigung im alltäglichen Leben in den letzten 4 Wochen: ↓keine völlige↓
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Stoffwechsel-Erkrankungen (z.B. Diabetes, Gicht, hohe Blutfettwerte)?

nein unbekannt ja, welche _____

Seit wann? |__|__| |__|__|
Monat Jahr

Beeinträchtigung im alltäglichen Leben in den letzten 4 Wochen: ↓keine völlige↓
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Magen- oder Darmerkrankungen?

nein unbekannt ja, welche _____

Seit wann? |__|__| |__|__|
Monat Jahr

Beeinträchtigung im alltäglichen Leben in den letzten 4 Wochen: ↓keine völlige↓
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse?

nein unbekannt ja, welche _____

Seit wann? |__|__| |__|__|
Monat Jahr

Beeinträchtigung im alltäglichen Leben in den letzten 4 Wochen: ↓keine völlige↓
[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf Ihren Hauptschmerz:

Seit wann besteht Ihr Hauptschmerz?
2000

seit: _____ (Monat / Jahr)

z.B.: Oktober

Wann hatten Sie zum letzten Mal Ihren Hauptschmerz?

Vor _____ *Tagen/Wochen/Monaten/Jahren* (Zutreffendes bitte unterstreichen)

heute

Wie häufig tritt bei Ihnen Ihr Hauptschmerz auf? (Bitte nur eine Angabe)

wenige Male pro Jahr wenige Male pro Monat mehrmals pro Woche

einmal täglich mehrmals täglich

mein Hauptschmerz ist dauernd vorhanden

Welche Diagnosen wurden bezüglich Ihres Hauptschmerzes bisher gestellt?

Besteht bei Ihnen eine Berufskrankheit?

nein unbekannt ja, welche _____

Ist Ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit anerkannt?

nein unbekannt ja, wie viel Prozent? _____

Besteht bei Ihnen eine andere wesentliche Erkrankung (z.B. Krebs, Leukämie, schwere Infektion)?

nein unbekannt ja, welche _____

Erkältung, Schnupfen, Grippe?

Sind Sie jetzt gerade erkältet? nein ja

Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein?

ausgezeichnet gut zufriedenstellend weniger gut / eingeschränkt schlecht

Welche der folgenden Medikamente nehmen Sie ein?

Bitte tragen Sie auch den Namen der Medikamente ein.

	<i>täglich</i>	<i>mehrmals pro Woche</i>	<i>seltener</i>	<i>nie</i>
Schmerzstillende Medikamente: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregende Medikamente: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigende Medikamente: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaftabletten: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abführmittel: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheit der Eltern

Welche der folgenden Erkrankung lagen oder liegen bei Ihren leiblichen Eltern vor?

Vater				Mutter		
ja	nein	weiß nicht		ja	nein	weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankung der Herzkranuzgefäße (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arteriosklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma oder Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erhöhter Blutzucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebensgewohnheiten und Gesundheitsverhalten

Rauchen Sie zurzeit Zigaretten – wenn auch nur gelegentlich?

ja **Wie viel rauchen Sie derzeit gewöhnlich?**
Anzahl Zigaretten pro Tag _____

Falls Sie regelmäßig* rauchen:

Wann haben Sie angefangen, regelmäßig* zu rauchen?

Im Alter von _____ Jahren bzw. im Jahr |__|_|_|_|_|

Nein, ich habe früher regelmäßig geraucht, aber jetzt nicht mehr

Wie viel haben Sie früher gewöhnlich geraucht?

Anzahl Zigaretten pro Tag _____

Wann haben Sie angefangen, regelmäßig* zu rauchen?

Im Alter von _____ Jahren bzw. im Jahr |__|_|_|_|_|

Wann haben Sie aufgehört zu rauchen?

Im Alter von _____ Jahren bzw. im Jahr |__|_|_|_|_|

Nein, ich habe noch nie regelmäßig* geraucht

** Unter regelmäßig verstehen wir: 1 Zigarette pro Tag oder mindestens 5 Zigaretten pro Woche
oder
mindestens 1 Packung Zigaretten pro Monat für mind. 6 Monate*

Wie viele Gläser eines alkoholischen Getränkes (z. B. Wein, Bier, Spirituosen) trinken Sie täglich?

0 1 2 3 4 5 und mehr

Nehmen Sie Rauschmittel oder Drogen ein?

täglich mehrmals pro Woche nur am Wochenende seltener nie

Wie oft treiben Sie Sport?

- regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche regelmäßig, 2 - 4 Stunden in der Woche
 regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche weniger als 1 Stunde in der Woche
 keine sportliche Betätigung

Wie häufig nehmen Sie folgende Mahlzeiten ein?

	<i>täglich</i>	<i>mehrmals pro Woche</i>	<i>seltener</i>	<i>nie</i>
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlafqualität

Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen schlecht geschlafen,

	<i>gar nicht</i>	<i>weniger als einmal pro Woche</i>	<i>ein- oder zweimal pro Woche</i>	<i>dreimal oder häufiger pro Woche</i>
weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weil Sie schlecht geträumt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus anderen Gründen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschrieben oder frei verkäuflich)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten 4 Wochen beurteilen?

- sehr gut ziemlich gut ziemlich schlecht sehr schlecht

Befinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden **in den letzten zwei Wochen**. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in **den letzten zwei Wochen** gefühlt haben.

2.1. In den letzten zwei Wochen ...

	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
war ich froh und guter Laune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage, die Besorgnis zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **die letzten 4 Wochen**. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können.

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 4 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	nicht beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Gefühle und Gedanken während der **vergangenen vier Wochen**. Geben Sie bitte für jede einzelne Frage an, wie häufig Sie so fühlten oder dachten.

	<i>niemals</i>	<i>fast nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>öfter</i>	<i>sehr oft</i>
Wie oft hatten Sie im vergangenen Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht mehr kontrollieren zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft waren Sie sich im vergangenen Monat sicher, Ihre persönlichen Probleme bewältigen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im vergangenen Monat das Gefühl, dass alles nach Ihren Vorstellungen verlief?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im vergangenen Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so stark häuften, dass Sie sie nicht mehr bewältigen konnten?	<input type="checkbox"/>				

Sie finden hier eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	<i>überhaupt nicht</i>	<i>ein wenig</i>	<i>ziemlich</i>	<i>stark</i>	<i>sehr stark</i>
1. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>				
2. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>				
3. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>				
4. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>				
5. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>				
6. dem Gefühl, gespannt und aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>				
7. Schweregefühl in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/>				
8. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	<input type="checkbox"/>				
9. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>				

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bei Rückfragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Ansprechpartner:**Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten
ASD*BGN**

Dipl.-Med. Bettina Hunger, Fachärztin für Arbeitsmedizin
Leiterin Arbeitsmedizin der Koordinationsstelle Potsdam
Eleonore-Prochaska-Str. 11
14480 Potsdam
Tel.: 0331/6495823
E-Mail: Bettina.Hunger@bgn.de

Manfred Hannig, Dipl.-Ing.
Leiter Sicherheitstechnik der Koordinationsstelle Kamen-Heeren
Südfeld 1a
59174 Kamen
Tel.: 02307/92488-30
E-Mail: Manfred.Hannig@bng.de

Verantwortlich:**Wissenschaftliche Leitung**

Prof. Dr. Rupert Hölzl
Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie
Mannheimer Zentrum für Arbeit und Gesundheit
Universität Mannheim
Tel: 0621-181.2106
E-Mail: hoelzl@psychologie.uni-mannheim.de

Dr. Alexandra Bernhardt
Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie
Mannheimer Zentrum für Arbeit und Gesundheit
Universität Mannheim
Tel.: 0621-181.3412
E-Mail: alex.bernhardt@osi.uni-mannheim.de

Projektmanagement

Dr. Peter Bärenz
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten
Geschäftsbereich Prävention
Abteilung Bildung und Organisationsentwicklung
Dynamostraße 7-11
68165 Mannheim
Telefon: 0621/4456-3175
E-Mail: Peter.Baerenz@bgn.de

Constanze Nordbrock, Dipl.-Psych.
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten
Geschäftsbereich Prävention
Abteilung Bildung und Organisationsentwicklung
Dynamostraße 7-11
68165 Mannheim
Telefon: 0621/4456-4686
E-Mail: Constanze.Nordbrock@bgn.de

Studiendurchführung

Dipl.-Med. Bettina Hunger, Fachärztin für Arbeitsmedizin
Leiterin Arbeitsmedizin der Koordinationsstelle Potsdam
Eleonore-Prochaska-Str. 11
14480 Potsdam
Tel.: 0331/6495823
E-Mail: Bettina.Hunger@bgn.de

Manfred Hannig, Dipl.-Ing.
Leiter Sicherheitstechnik Koordinationsstelle Kamen
Südfeld 1a
59174 Kamen
Tel.: 02307/92488-30
E-Mail: Manfred.Hannig@bng.de

- ANHANG 2.3 -

Fragebogen zu Belastungen und Gesundheit Teil 2

Fragebogen zu Belastungen und Gesundheit Teil 2

ASD-Studie

Psyche und Gesundheit am Arbeitsplatz

Version 03/2008

Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,

die Universität Mannheim (Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie – Mannheimer Zentrum für Arbeit und Gesundheit) und die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN) führen eine Studie zum Thema Psyche und Gesundheit am Arbeitsplatz durch, deren Ergebnisse in der Präventionsarbeit der BGN und damit den Betrieben durch angemessene Maßnahmen zur Gesunderhaltung von Unternehmern und Beschäftigten zugute kommen.

Wir versichern Ihnen, dass bei der Erhebung und Auswertung Ihrer Daten die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes strikt eingehalten werden.

Es kann vorkommen, dass es Ihnen schwerfällt, sich für eine Antwort zu entscheiden. Wählen Sie dann bitte die Antwort, die noch am ehesten für Sie zutrifft. **Es ist für die Auswertung der Daten besonders wichtig, dass Sie alle Fragen gewissenhaft und vollständig bearbeiten.**

Der Fragebogen ist kein Wissenstest. Es gibt somit **kein richtig oder falsch**. Sie sind der Fachmann und beantworten die Fragen am besten nach Ihrem Empfinden und Ihrer Einschätzung. **Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.**

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Die folgende Untersuchung erfolgt anonym und unter Beachtung des Datenschutzes. Um diesen Fragebogen den weiteren Untersuchungen zuordnen zu können, ist die Angabe eines Codes notwendig, der nur von Ihnen erzeugt werden kann. Dieser Code besteht aus 8 Zeichen und wird in die weißen Kästchen eingetragen. Die grau unterlegten Kästchen werden vom Untersucher ausgefüllt.

Hier ist ein Beispiel für **PETER** MUSTER, geb. am **05.** April 1991, Mutter = **ANNA**, Vater = **HANS**

A	S	D	0	8	E	R	0	5	A	A	A	S
Studienidentifikation					2. und letzter Buchstabe des eigenen Vornamens		Geburtsstag zweistellig (nicht Monat oder Jahr)		1. und letzter Buchstabe des Vornamens d. Mutter		2. und letzter Buchstabe des Vornamens des Vaters	

Bitte geben Sie nun Ihren Code ein:

A	S	D	0	8								
Studienidentifikation					2. und letzter Buchstabe des eigenen Vornamens		Geburtsstag zweistellig (nicht Monat oder Jahr)		1. und letzter Buchstabe des Vornamens d. Mutter		2. und letzter Buchstabe des Vornamens des Vaters	

Datum der Erhebung

Tag Monat Jahr

Untersucher

FRAGEN ZU BELASTUNGEN UND GESUNDHEIT

Arbeit und Arbeitsplatz

Es folgen einige Fragen zu Ihrer Arbeitssituation. Kreuzen Sie bitte bei jedem Satz die für Sie zutreffende Stufe an.

	<i>fast nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>fast immer</i>
	<i>trifft überhaupt nicht zu</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>teils-teils</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft völlig zu</i>
Bei dieser Arbeit macht man etwas Ganzes, Abgerundetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man muss für diese Arbeit gründlich ausgebildet sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/die direkte Vorgesetzte lässt einen wissen, wie gut man seine Arbeit getan hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man hat genug Zeit, diese Arbeit zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist einem genau vorgeschrieben, wie man seine Arbeit machen muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei dieser Arbeit verliert man viele Fähigkeiten, die man früher hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei dieser Arbeit kommen meine Fähigkeiten zu wenig zum Zuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Arbeit schafft gute Möglichkeiten, im Beruf weiterzukommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man muss in der Lage sein, selbständig Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man hat die Möglichkeit, den eigenen Arbeitsplatz nach persönlichem Stil einzurichten (z.B. Bilder, Pflanzen, Lampen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man muss Dinge tun, für die man eigentlich zu wenig ausgebildet und vorbereitet ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt so viel zu tun, dass es einem über den Kopf wächst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man eine gute Idee hat, kann man sie in der Firma auch verwirklichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man muss mit Leuten zusammenarbeiten, die keinen Spaß verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Arbeit erlaubt es, eine Menge eigener Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man hat zu wenig Gelegenheit, Dinge zu tun, die man gut beherrscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/Die Vorgesetzte hilft mir bei der Erledigung der Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es kommt schon vor, dass einem die Arbeit zu schwierig wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das gegenseitige Vertrauen ist bei uns so groß, dass wir offen über alles, auch ganz persönliche Sachen, reden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit erfordert große Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man kann bei der Arbeit immer wieder Neues dazulernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Fehler passiert, findet der/die Vorgesetzte ihn immer bei uns, nie bei sich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es passiert so viel auf einmal, dass man es kaum bewältigen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An meinem Arbeitsplatz bieten sich Möglichkeiten, zwischendurch kurz mal Dinge zu tun, die nichts mit meinen Aufgaben zu tun haben (z.B. kurze Pausen, Telefonate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hier hat man das Gefühl, dass man mehr könnte, als von einem verlangt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt fast jeden Tag etwas anderes zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diese Arbeit ist so zerstückelt, man erledigt nur kleine Teilaufgaben	<input type="checkbox"/>				
Der/Die Vorgesetzte erschwert einem das Arbeiten durch seine/ihre Anweisungen	<input type="checkbox"/>				
Diese Arbeit ist abwechslungsreich	<input type="checkbox"/>				
Es gibt häufig Spannungen am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>				
Bei dieser Arbeit werden keine besonderen Fähigkeiten und Fertigkeiten erwartet	<input type="checkbox"/>				
Der/Die Vorgesetzte ist daran interessiert, dass es seinen/ihren Mitarbeitern gut geht	<input type="checkbox"/>				
Bei meiner Arbeit kann man eine Sache oder einen Auftrag von A bis Z herstellen bzw. ausführen	<input type="checkbox"/>				
Bei dieser Arbeit gibt es Sachen, die zu kompliziert sind	<input type="checkbox"/>				
Der/Die Vorgesetzte behandelt einen unfair	<input type="checkbox"/>				
Man kann sich seine Arbeit selbständig einteilen	<input type="checkbox"/>				
Die Leute, mit denen ich zusammenarbeite, sind freundlich	<input type="checkbox"/>				
Man hat leicht Zugang zum/zur Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>				
In der Firma kommt es vor, dass man vor vollendete Tatsachen gestellt wird	<input type="checkbox"/>				
Man muss ausbaden, was die Anderen falsch machen	<input type="checkbox"/>				
Bei dieser Arbeit muss man immer das Gleiche tun	<input type="checkbox"/>				
Bei wichtigen Dingen in der Firma kann man mitreden und mitentscheiden	<input type="checkbox"/>				
Die Leute, mit denen ich zusammenarbeite, helfen mir bei der Erledigung der Aufgaben	<input type="checkbox"/>				
Der/Die Vorgesetzte schenkt dem, was ich sage, Beachtung	<input type="checkbox"/>				
Die Leute, mit denen ich zusammenarbeite, interessieren sich für mich persönlich	<input type="checkbox"/>				

Wie stark ist an Ihrem Arbeitsplatz die Belastung durch folgende Dinge?	<i>kommt nicht vor</i>	<i>sehr gering</i>	<i>ziemlich gering</i>	<i>mittel</i>	<i>ziemlich stark</i>	<i>sehr stark</i>
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungünstige Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unangenehme Temperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde technische Geräte / Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange am Bildschirm arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klimaanlage (Zugluft, Geräusche etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schichtarbeit oder ungünstige Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitshaltung (auch viel Sitzen, Stehen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitdruck bei der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>einigermaßen</i>	<i>ziemlich</i>	<i>völlig</i>
Wie sehr können Sie sich auf die folgenden Personen verlassen, wenn in der Arbeit Probleme auftauchen?					
Auf Ihre Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>				
Auf Ihre Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>				
Auf Ihren Lebenspartner	<input type="checkbox"/>				
<i>Ich bin derzeit alleinlebend</i> <input type="checkbox"/>					
Auf andere Personen außerhalb der Arbeit	<input type="checkbox"/>				

	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>einigermaßen</i>	<i>ziemlich</i>	<i>völlig</i>
Wie sehr sind diese Personen bereit, Ihre Probleme in der Arbeit anzuhören?					
Ihre Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>				
Ihre Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>				
Ihr Lebenspartner	<input type="checkbox"/>				
<i>Ich bin derzeit alleinlebend</i> <input type="checkbox"/>					
Andere Personen außerhalb der Arbeit	<input type="checkbox"/>				

	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>einigermaßen</i>	<i>ziemlich</i>	<i>völlig</i>
Wie sehr unterstützen diese Personen Sie aktiv, so dass Sie es in der Arbeit leichter haben?					
Ihre Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>				
Ihre Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>				
Ihr Lebenspartner	<input type="checkbox"/>				
<i>Ich bin derzeit alleinlebend</i> <input type="checkbox"/>					
Andere Personen außerhalb der Arbeit	<input type="checkbox"/>				

	<i>fast nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>fast immer</i>
	<i>trifft überhaupt nicht zu</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>teils-teils</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft völlig zu</i>
Zusammenarbeit					
Der Vorgesetzte sorgt regelmäßig für gemeinsame Absprachen, damit die Zusammenarbeit an Schnittstellen möglichst reibungslos funktioniert (z.B. Backstube-Verkauf oder Rezeption-Housekeeping).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Vorgesetzte versucht Konflikte schnellstmöglich und gemeinsam mit den Beteiligten zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zuständigkeiten in unserem Betrieb sind eindeutig festgelegt und den Mitarbeitern bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>fast nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>fast immer</i>
	<i>trifft überhaupt nicht zu</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>teils-teils</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft völlig zu</i>
Dienstleistungen					
Für schwierige Situationen im Umgang mit Kunden/Gästen (z.B. pöbelnde/aufdringliche/betrunkene Kunden/Gäste) sind klare Verhaltensregeln besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ich habe keinen Kunden-/Gästekontakt</i> <input type="checkbox"/>					
Im Falle einer Reklamation gibt es Richtlinien für angemessene Verhaltensweisen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich arbeite gerne für mein Unternehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeitszeit

Es gibt fest geplante, regelmäßige <u>Ruhetage</u> für alle Mitarbeiter.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt fest geplante, regelmäßige <u>Ruhepausen</u> für alle Mitarbeiter.	<input type="checkbox"/>				
Es wird erwartet, dass man <u>ungeplante Zusatzschichten</u> übernimmt.	<input type="checkbox"/>				

Erfahrungen und Situationen

Auf den folgenden Seiten finden Sie einige Fragen, die Sie danach beurteilen sollen, wie häufig Sie die darin angesprochenen Erfahrungen bzw. Situationen erlebt haben. Ihre Aufgabe ist es, anzugeben, ob Sie die darin angesprochenen Erfahrungen bzw. Situationen **nie**, **selten**, **manchmal**, **häufig** oder **sehr häufig** gemacht bzw. erlebt haben. Denken Sie bei der Beantwortung bitte an die, vom heutigen Tag aus gesehen, **vergangenen drei Monate** und versuchen Sie sich daran zu erinnern, wie oft Sie in diesem Zeitraum die jeweilige Erfahrung gemacht haben.

Bitte beantworten Sie alle Fragen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen klingen ähnlich oder haben einen ähnlichen Sinn. Bitte beantworten Sie sie trotzdem. Es kommt bei der Beantwortung nicht auf Schnelligkeit an; nehmen Sie sich Zeit, über die Beantwortung nachzudenken.

Erfahrung

In den letzten drei Monaten wie oft erlebt?

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
Zeiten, in denen ich dringend benötigte Erholung aufschieben muss	<input type="checkbox"/>				
Ich bekomme zu wenig Anerkennung für das, was ich leiste	<input type="checkbox"/>				
Ich mache zu viele Fehler, weil ich mit dem, was ich zu tun habe, überfordert bin	<input type="checkbox"/>				
Ich habe zu wenig Zeit, um meine täglichen Aufgabe zu erfüllen	<input type="checkbox"/>				
Ich muss Aufgaben erledigen, die mir unsinnig erscheinen	<input type="checkbox"/>				
Es gibt Meinungsverschiedenheiten zwischen mir und anderen, die zu Spannungen führen	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Arbeiten zu erledigen, bei denen ich sehr viel Verantwortung für andere Menschen trage	<input type="checkbox"/>				
Situationen, in denen ich mich anstrengen muss, das Vertrauen anderer zu gewinnen	<input type="checkbox"/>				
Befürchtung, dass irgendetwas Unangenehmes passiert	<input type="checkbox"/>				
Mir fehlen interessante Aufgaben, die meinen Tag ausfüllen	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen ich zu viel alleine bin	<input type="checkbox"/>				
Situationen, in denen ich mich um eine gute Beziehung zu anderen bemühen muss	<input type="checkbox"/>				
Ich muss Aufgaben erledigen, die ich nicht gerne mache	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Aufgaben zu erledigen, bei denen ich unter kritischer Beobachtung stehe	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Streit mit anderen, weil diese etwas anderes wollen als ich	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen ich sorgenvolle Gedanken nicht unterdrücken kann	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen sich die Termine so häufen, dass sie kaum zu bewältigen sind	<input type="checkbox"/>				
Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen ich mich zu viel um die Probleme anderer kümmern muss	<input type="checkbox"/>				
Ich kann meine Aufgaben nur unzureichend erfüllen, obwohl ich mein	<input type="checkbox"/>				

Bestes gebe					
Zeiten, in denen mir Aufgaben fehlen, die mir sinnvoll erscheinen	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Aufgaben zu erledigen, bei denen ich andere nicht enttäuschen darf	<input type="checkbox"/>				
Kontakte mit anderen Personen, bei denen ich einen guten Eindruck hinterlassen muss	<input type="checkbox"/>				
Ich werde den Anforderungen bei meiner Arbeit nicht mehr gerecht	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Streit mit anderen, weil ich mich nicht so verhalte, wie andere es von mir erwarten	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen ich unter Termindruck/Zeitnot arbeiten muss	<input type="checkbox"/>				
Ich muss mich zu viel mit Problemen anderer beschäftigen	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen ich keine Möglichkeit habe, mich mit anderen auszusprechen	<input type="checkbox"/>				
Situationen, in denen es ganz allein von mir abhängt, ob ein Kontakt zu einem andern Menschen zufriedenstellend verläuft	<input type="checkbox"/>				
Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Arbeit nicht gewürdigt	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Aufgaben zu erfüllen, bei denen ich mich bewähren muss	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Konflikte mit anderen, weil sie sich zu viel in meine Angelegenheiten einmischen	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen ich von anderen Menschen isoliert bin	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen ich nicht die Leistung bringe, die von mir erwartet wird	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann	<input type="checkbox"/>				
Ich muss Verpflichtungen erfüllen, die ich innerlich ablehne	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe	<input type="checkbox"/>				
Ich muss ständig aufs Neue für das Wohl anderer Menschen sorgen	<input type="checkbox"/>				
Situationen, in denen ich mich anstrengen muss, anderen zu gefallen	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen ich nichts Sinnvolles zu tun habe	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen ich zu wenig Kontakt zu anderen Personen habe	<input type="checkbox"/>				
Ich muss Aufgaben erfüllen, die mit hohen Erwartungen verbunden sind	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Auseinandersetzungen mit anderen Menschen, die zu länger dauernden Konflikten führen	<input type="checkbox"/>				
Für meinen Einsatz werde ich nicht angemessen belohnt	<input type="checkbox"/>				
Befürchtung, meine Aufgaben nicht erfüllen zu können	<input type="checkbox"/>				
Ich muss Arbeiten machen, bei denen meine Fähigkeiten kaum zum Einsatz kommen	<input type="checkbox"/>				
Situationen, in denen das Wohlergehen anderer davon abhängt, wie zuverlässig ich meine Arbeit mache	<input type="checkbox"/>				
Ich habe zu viele Aufgaben zu erledigen	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen mir Kontakte zu anderen Menschen fehlen	<input type="checkbox"/>				
Ich habe unnötigen Streit mit anderen Personen	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen mir Aufgaben fehlen, die mir Freude bereiten	<input type="checkbox"/>				
Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe	<input type="checkbox"/>				
Obwohl ich mich bemühe, erfülle ich meine Aufgaben nicht so, wie es sein sollte	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen mir Freunde fehlen, mit denen ich etwas unternehmen kann	<input type="checkbox"/>				
Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird	<input type="checkbox"/>				

*Sie finden im Folgenden eine Reihe von Situationen, die man manchmal erlebt. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sie **in den letzten 2 Jahren** auf die jeweiligen Situationen reagiert haben. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte unter jeder Situation nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.*

Wenn ich etwas vorhabe, das für mich sehr wichtig ist,

- bleibe ich im allgemeinen ziemlich ruhig
- bin ich meist etwas nervös
- bin ich meist sehr angespannt

Wenn sich Aufgaben so häufen, dass sie kaum zu schaffen sind,

- lasse ich mich im allgemeinen nicht aus dem Gleichgewicht bringen
- werde ich meist etwas unruhig
- werde ich gewöhnlich ziemlich nervös

Wenn ich nach einem anstrengenden Arbeitstag ausspannen möchte,

- fällt mir das meist ziemlich schwer
- gelingt mir das meist einigermaßen
- habe ich damit im allgemeinen keine Probleme

Wenn ich mit anderen Konflikte habe, die im Moment nicht zu lösen sind,

- nehme ich das im allgemeinen so hin
- belastet mich das meist doch etwas
- belastet mich das meist sehr

Wenn ich etwas falsch gemacht habe,

- behalte ich im allgemeinen mein Selbstvertrauen
- werde ich manchmal unsicher, was meine Fähigkeiten betrifft
- kommen mir oft Zweifel an meinen Fähigkeiten

Wenn ich von anderen zu Unrecht kritisiert werde,

- ärgert mich das in der Regel sehr lange
- ärgert mich das nur kurze Zeit
- ärgert mich das im allgemeinen kaum

Wenn ich mit anderen Menschen gestritten habe,

- beruhige ich mich meist sehr schnell
- bin ich meist noch einige Zeit lang erregt
- dauert es meist sehr lange, bis ich mich wieder beruhigt habe

Wenn ich für meine Arbeit wenig Zeit habe,

- bleibe ich meist ruhig
- werde ich meist unruhig
- werde ich meist ziemlich hektisch

Wenn jemand etwas gegen mich hat,

- nehme ich das im allgemeinen so hin, wie es ist
- fällt es mir oft schwer, das einfach so hinzunehmen
- fällt es mir oft sehr schwer, das einfach so hinzunehmen

Wenn ich vor schwierigen Aufgaben stehe,

- bin ich meist sehr angespannt
- bin ich oft etwas unruhig
- lasse ich mich meist nicht aus der Ruhe bringen

Wenn ich eine Entscheidung treffen muss und unsicher bin, was ich tun soll,

- belastet mich das im allgemeinen sehr
- belastet mich das meist nur wenig
- belastet mich das in der Regel kaum

Wenn ich etwas falsch gemacht habe,

- ärgert mich das häufig noch sehr lange
- ärgert mich das häufig noch eine Weile
- komme ich im allgemeinen schnell darüber hinweg

Wenn ich in Gegenwart anderer Menschen unsicher bin, was ich tun oder sagen soll,

- bleibe ich gewöhnlich ziemlich kühl
- wird mir oft ganz warm
- fange ich oft an zu schwitzen

Wenn ich nach anstrengender Arbeit Freizeit habe,

- fällt es mir oft schwer, abzuschalten und mich zu entspannen
- braucht es meist einige Zeit, bis ich endlich abschalten kann
- kann ich meist gut abschalten und die Probleme des Tages vergessen

Wenn ich von anderen kritisiert werde,

- fallen mir erst hinterher wichtige Argumente ein, um mich richtig zur Wehr zu setzen
- habe ich oft Schwierigkeiten, eine richtige Antwort zu finden
- fällt mir meist eine Antwort ein, um mich zur Wehr zu setzen

Wenn etwas nicht so läuft, wie ich es mir vorgestellt habe,

- bleibe ich meist gelassen
- werde ich oft ungeduldig
- könnte ich meist aus der Haut fahren

Wenn ich ein Ziel nicht erreicht habe,

- ärgere ich mich meist noch lange darüber
- bin ich zwar meist enttäuscht, komme aber bald darüber hinweg
- stört mich das im allgemeinen nur wenig

Wenn mich andere Menschen kritisieren,

- verunsichert mich das im allgemeinen nicht
- verunsichert mich das im allgemeinen nur wenig
- verunsichert mich das im allgemeinen erheblich

Wenn ich eine Niederlage erlitten habe,

- bleibe ich im allgemeinen ziemlich ruhig
- kann ich mich meist einigermaßen damit abfinden
- denke ich im allgemeinen wenig darüber nach

Wenn ich etwas viele Aufgaben auf einmal zu erledigen habe,

- bleibe ich im allgemeinen gelassen und mache eines nach dem anderen
- werde ich meist ungeduldig, mir geht dann alles nicht schnell genug
- machen mich meist schon kleine Störungen nervös

Wenn andere etwas Falsches über mich sagen,

- rege ich mich meist ziemlich darüber auf
- rege ich mich in der Regel nur wenig darüber auf
- ist mir das im allgemeinen ziemlich gleichgültig

Wenn mir eine Arbeit misslungen ist,

- ist mir das meist sehr unangenehm
- ist mir das meist etwas unangenehm
- stört mich das im allgemeinen nicht

Wenn ich mit anderen Menschen Streit habe,

- bin ich meist sehr erregt
- regt mich das meist nur wenig auf
- regt mich das meist nicht weiter auf

Wenn ich unter Stress stehe,

- kann ich die verbleibende Freizeit fast gar nicht mehr genießen
- kann ich die verbleibende Freizeit meist nicht mehr richtig genießen
- kann ich die verbleibende Freizeit meist trotzdem genießen

Wenn meine Arbeit kritisiert wird,

- bin ich oft lange niedergeschlagen
- komme ich nach einiger Zeit meist darüber hinweg
- komme ich im allgemeinen sehr schnell darüber hinweg

Wenn sich Aufgaben so häufen, dass sie kaum zu bewältigen sind,

- ist mein Schlaf wie immer
- schlafe ich unruhiger als sonst
- ist mein Schlaf deutlich schlechter

Wenn ich unsicher bin, ob ich eine für mich wichtige Aufgabe schaffe,

- bleibe ich trotzdem meist ziemlich ruhig
- bin ich meist etwas nervös
- bin ich meist sehr angespannt

Wenn ich vor anderen Menschen reden soll,

- bin ich oft sehr aufgeregt
- bin ich oft etwas aufgeregt
- lasse ich mich im allgemeinen nicht aus der Ruhe bringen

Wenn ich sehr viele Verpflichtungen/ Aufgaben zu erfüllen habe,

- bleibe ich im Allgemeinen gelassen
- werde ich meist ziemlich ungeduldig
- werde ich oft richtig hektisch

Hier geht es um Ihre persönlichen Einschätzungen und Gefühle im Allgemeinen. Bitte kreuzen Sie immer diejenige Antwortalternative an, mit der Sie am ehesten übereinstimmen. Antworten Sie spontan, ohne längeres Zögern.

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt kaum</i>	<i>stimmt eher</i>	<i>stimmt genau</i>
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Um mit meiner derzeitigen Lebenssituation fertig zu werden...

trifft nicht zu *trifft kaum zu* *trifft eher zu* *trifft genau zu*

Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
denke ich über meine Probleme nach und versuche sie zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spreche ich mit anderen darüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lenke ich mich irgendwie ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
versuche ich, nicht viel darüber nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unternehme ich alle Anstrengungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suche ich Trost und Zuwendung bei anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
denke ich an schöne Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoffe ich, dass sich eine günstige Gelegenheit ergibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
setze ich mich mit meinen Problemen auseinander, bis sie gelöst sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
versuche ich, meine Schwierigkeiten mit anderen gemeinsam anzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
versuche ich mich zu beruhigen, indem ich etwas esse, rauche, trinke, oder Tabletten einnehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schaue ich viel Fernsehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unternehme ich eigene Schritte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bitte ich andere um Rat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
denke ich, dass ich sowieso nichts ändern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoffe ich, dass sich die Probleme von alleine erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

	<i>1 = nein</i>				<i>7 = ja</i>		
	<i>Ich stimme nicht zu stimme völlig zu</i>						
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin entschlossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befinden

Bitte markieren Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort, die Ihrem Befinden **während der letzten Woche** am besten entspricht / entsprochen hat.

Antworten: *selten* = weniger als 1 Tag oder überhaupt nicht
manchmal = 1 bis 2 Tage lang
öfters = 3 bis 4 Tage lang
meistens = die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

Während der letzten Woche ...	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>öfters</i>	<i>meistens</i>
haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatte ich kaum Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde / Familie versuchten aufzumuntern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kam ich mir genauso gut vor wie andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war ich deprimiert / niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war alles anstrengend für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatte ich Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich schlecht geschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war ich fröhlich gestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich weniger geredet als sonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fühlte ich mich einsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
waren die Leute unfreundlich zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich das Leben genossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
musste ich weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war ich traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatte ich das Gefühl, dass die Leute mich nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konnte ich mich zu nichts aufraffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **im Allgemeinen** fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich **im Allgemeinen** fühlen.

	<i>fast nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>fast immer</i>
Ich bin vergnügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde schnell müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist zum Weinen zumute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, mir geht es schlechter als anderen Leuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ausgeruht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ruhig und gelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich glaube, dass mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir zuviel Gedanken über unwichtige Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin glücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlt es an Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich geborgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen über mögliches Missgeschick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enttäuschungen nehme ich so schwer, dass ich sie nicht vergessen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ausgeglichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde schnell ärgerlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rege mich leicht auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ein Hitzkopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es macht mich zornig, wenn ich von anderen kritisiert werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin aufgebracht, wenn ich etwas gut mache und ich schlecht beurteilt werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas vergeblich mache, werde ich böse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich koche innerlich, wenn ich unter Druck gesetzt werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich gereizt werde, könnte ich losschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich wütend werde, sage ich hässliche Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ärgert mich, wenn ausgerechnet ich korrigiert werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Gefühle und Gedanken während der **vergangenen vier Wochen**. Geben Sie bitte für jede einzelne Frage an, wie häufig Sie so fühlten oder dachten.*

	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>
Wie oft waren Sie im vergangenen Monat bestürzt über unerwartete Ereignisse?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im vergangenen Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht mehr kontrollieren zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft fühlten Sie sich im vergangenen Monat nervös und gestresst?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft waren Sie im vergangenen Monat in der Lage, mit alltäglichen Belastungen und kleinen Ärgernissen erfolgreich umzugehen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im vergangenen Monat das Gefühl, wichtige Veränderungen in Ihrem Leben gut meistern zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft waren Sie sich im vergangenen Monat sicher, Ihre persönlichen Probleme bewältigen zu können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im vergangenen Monat das Gefühl, dass alles nach Ihren Vorstellungen verlief?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft dachten Sie im vergangenen Monat, dass Sie all die Dinge, die Sie zu erledigen hatten, nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft konnten Sie im vergangenen Monat Ärgernisse in Ihrem Leben unter Kontrolle bringen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im vergangenen Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie sich im vergangenen Monat über Dinge geärgert, über die Sie keine Kontrolle hatten?	<input type="checkbox"/>				

Wie oft haben Sie im vergangenen Monat über Dinge nachgedacht, die Sie noch erledigen müssen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im vergangenen Monat die Kontrolle darüber, wie Sie Ihre Zeit verbringen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft hatten Sie im vergangenen Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so stark häuften, dass Sie sie nicht mehr bewältigen konnten?	<input type="checkbox"/>				

Beschwerden

Im Folgenden ist eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte. Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der "nicht"-Spalte.

"Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt":	<i>nicht</i>	<i>kaum</i>	<i>einigermaßen</i>	<i>erheblich</i>	<i>stark</i>
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>				
Herzklopfen, -jagen oder -stolpern	<input type="checkbox"/>				
Druck- oder Völlegefühl im Bauch	<input type="checkbox"/>				
Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>				
Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>				
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit	<input type="checkbox"/>				
Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>				
Aufstoßen	<input type="checkbox"/>				
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>				
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Rasche Erschöpfbarkeit	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>				
Gefühl der Benommenheit	<input type="checkbox"/>				
Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>				
Mattigkeit	<input type="checkbox"/>				
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>				
Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Anfallsweise Atemnot	<input type="checkbox"/>				
Druckgefühl im Kopf	<input type="checkbox"/>				
Anfallsweise Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>				

*Im Folgenden finden Sie eine Liste von körperlichen Beschwerden. Bitte geben Sie an, ob Sie im Laufe der **vergangenen 2 Jahre** unter diesen Beschwerden über kürzere oder längere Zeit gelitten haben oder immer noch leiden. Geben Sie nur solche Beschwerden an, für die von Ärzten **keine genauen Ursachen** gefunden wurden und die Ihr Wohlbefinden stark beeinträchtigt haben.*

Ich habe die Anleitung gelesen ja nein

Ich habe in den vergangenen 2 Jahren unter folgenden Beschwerden gelitten:

	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Kopf- oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Bauch oder in der Magengegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in den Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Enddarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe in den vergangenen 2 Jahren unter folgenden Beschwerden gelitten:

	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl (sich aufgebläht fühlen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druckgefühl, Kribbeln oder Unruhe im Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen (außerhalb einer Schwangerschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Aufstoßen (in der Speiseröhre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Luftschlucken“, Schluckauf oder Brennen im Brust- oder Magenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaustritt aus dem Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Stuhldrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrasen oder Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druckgefühl in der Herzgegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweißausbrüche (heiß oder kalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen oder Erröten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot (außer bei Anstrengung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßig schnelles Ein- und Ausatmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flecken oder Farbänderungen der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Gleichgültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmung oder Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüsterstimme oder Stimmverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnverhaltung oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unangenehme Kribbelempfindungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen von Doppelbildern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust des Hörvermögens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ **Für Frauen:**

Ich habe in den vergangenen 2 Jahren unter folgenden Beschwerden gelitten:

	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Schmerzhafte Regelblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßige Regelblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßige Regelblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewöhnlicher oder verstärkter Ausfluss aus der Scheide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ **Für Männer:**

Ich habe in den vergangenen 2 Jahren unter folgenden Beschwerden gelitten:

	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Impotenz oder Störungen des Samenergusses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Die folgenden Fragen beziehen sich auf die von Ihnen genannten Beschwerden. Falls Sie **keine Beschwerden** hatten, können Sie die folgenden Fragen auslassen und **hier** weitermachen.*

Wie oft waren Sie wegen der genannten Beschwerden beim Arzt? keinmal 1 bis 2 x 3 bis 6 x
 6 bis 12 x mehr als 12 x

	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Konnte der Arzt für die genannten Beschwerden eine genaue Ursache feststellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn der Arzt Ihnen sagte, dass für Ihre Beschwerden keine Ursachen zu finden seien, konnten Sie dies akzeptieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben die genannten Beschwerden Ihre Wohlbefinden sehr stark beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben die genannten Beschwerden Ihr Alltagsleben (z.B. Familie, Arbeit, Freizeitaktivitäten) stark beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahmen Sie wegen der genannten Beschwerden Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals Panikattacken, bei denen Sie furchtbare Angst bekamen und zahlreiche körperliche Beschwerden empfanden, und die nach einigen Minuten oder Stunden abklangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traten die geschilderten Beschwerden <u>ausschließlich</u> während solcher Panikattacken (Angstanfällen) auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begannen die ersten der genannten Beschwerden bereits vor dem 30. Lebensjahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie lange halten diese Beschwerden nun schon an? unter 6 Monate 6 Monate bis 1 Jahr
 1-2 Jahre über 2 Jahre

	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Haben Sie Angst oder sind Sie fest überzeugt, eine schwere Krankheit zu haben, ohne dass bisher von Ärzten eine ausreichende Erklärung gefunden wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, haben Sie diese Angst bzw. Überzeugung bereits seit mindestens 6 Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen, die Sie stark beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, besteht dieses Problem bereits seit mindestens einem halben Jahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten Sie bestimmte Körperteile von sich für missgestaltet, obwohl andere Personen diese Meinung nicht teilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Die folgenden Fragen beziehen sich auf **die letzten 2 Wochen**. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.*

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	<i>überhaupt nicht</i>	<i>an einzelnen Tagen</i>	<i>an mehr als der Hälfte der Tage</i>	<i>beinahe jeden Tag</i>
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Die folgenden Fragen beziehen sich auf **die letzten 4 Wochen**. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.*

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<i>nein</i>	<i>ja</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn „Nein“ gehen Sie bitte weiter zur nächsten Seite.

Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denken Sie bitte an Ihren schlimmsten Angstanfall.	<i>nein</i>	<i>ja</i>
Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis

überhaupt nicht *an einzelnen Tagen* *an mehr als der Hälfte der Tage*

Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage „Essen“.

Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt

Leichte Ermüdbarkeit

Muskelverspannungen, Muskelschmerzen

Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen

Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen

Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit

Fragen zum Thema „Essen“:

Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wie viel und was Sie essen?

nein *ja*

Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?

Wenn „Nein“ bei einer der beiden Fragen, gehen Sie bitte weiter zu nächsten Frage.

Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?

Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

nein *ja*

Sich selbst zum Erbrechen gebracht?

Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?

Gefastet, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?

Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (unkontrolliert, größere Mengen) gegessen haben?

Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

nein *ja*

Wenn „Nein“ gehen Sie bitte weiter zur Frage auf der nächsten Seite.

Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

nein *ja*

a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?

b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?

c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?

d. Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?

e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	<i>nicht beeinträchtigt</i>	<i>wenig beeinträchtigt</i>	<i>stark beeinträchtigt</i>
Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress bei der Arbeit oder in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Probleme oder Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber – z. B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was belastet Sie zurzeit in Ihrem Leben am meisten?

Sie finden im folgenden Fragen zu **Beschwerden und Empfindungen**, die mit dem **Magen-Darm-Trakt** und der Verdauung zu tun haben. Beantworten Sie bitte alle Fragen, lassen Sie keine aus!

1. **Hatten Sie schon einmal Beschwerden oder Schmerzen im Oberbauch oder der Magengrube, die - entweder ständig oder in Phasen - mindestens 3 Monate lang andauert haben?**

- ja nein

falls nein, wechseln Sie bitte zu Frage 10

2. **Wann sind diese Beschwerden oder Schmerzen zum ersten Mal aufgetreten?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> vor kurzem (bis zu drei Monaten) | <input type="checkbox"/> vor 1- 5 Jahren |
| <input type="checkbox"/> vor 4 - 6 Monaten | <input type="checkbox"/> vor 5 - 30 Jahren |
| <input type="checkbox"/> vor 6 -12 Monaten | <input type="checkbox"/> schon in meiner Kindheit |

3. **... und wann bisher zum letzten Mal?**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich habe die Beschwerden momentan | <input type="checkbox"/> vor 6 -12 Monaten |
| <input type="checkbox"/> vor kurzem (bis zu drei Monaten) | <input type="checkbox"/> vor 1- 5 Jahren |
| <input type="checkbox"/> vor 4 - 6 Monaten | <input type="checkbox"/> das ist länger als 5 Jahre her |

4. **Kommen/kamen bei Ihnen zwischendurch schmerzfreie Zeiten von mindestens 2 Wochen Dauer vor?**

- ja nein

5. **Sind/waren die Beschwerden/Schmerzen in einem kleinen Bereich im Oberbauch bzw. der Magengrube?**

- ja nein

6. **Wann kommen/kamen die Beschwerden/Schmerzen vor (bitte alles Zutreffende ankreuzen)?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> vor den Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> nachts |
| <input type="checkbox"/> nach den Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> im Schlaf |
| <input type="checkbox"/> nach dem Genuss von Milchprodukten | <input type="checkbox"/> nichts von allem |

7. **Werden/wurden die Beschwerden/Schmerzen begleitet von... (bitte alles Zutreffende ankreuzen)?**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Rülpsen oder Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Appetitverlust | <input type="checkbox"/> Blähungen (Gefühl d. Anschwellung im Oberbauch) |
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl (nach geringer Nahrungsmenge) | |
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> nichts von allem | |

8. **Lassen/ließen die Beschwerden/Schmerzen nach durch Essen?**

- ja nein

9. **Lassen/ließen die Beschwerden/Schmerzen nach durch die Einnahme von Medikamenten (zur Neutralisierung von Magensäure)?**

- ja nein

10. **Hatten Sie schon einmal Beschwerden oder Schmerzen im Unterbauch, die - entweder ständig oder in Phasen - mindestens 3 Monate lang andauert haben?**

- ja nein

falls nein: Bitte wechseln Sie zum Kasten auf der nächsten Seite (Mitte).

11. **Wann sind diese Beschwerden oder Schmerzen zum ersten Mal aufgetreten?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> vor kurzem (bis zu drei Monaten) | <input type="checkbox"/> vor 1- 5 Jahren |
| <input type="checkbox"/> vor 4 - 6 Monaten | <input type="checkbox"/> vor 5 - 30 Jahren |
| <input type="checkbox"/> vor 6 -12 Monaten | <input type="checkbox"/> schon in meiner Kindheit |

12. ... und wann bisher zum letzten Mal ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich habe die Beschwerden momentan | <input type="checkbox"/> vor kurzem (bis zu drei Monaten) |
| <input type="checkbox"/> vor 4-6 Monaten | <input type="checkbox"/> vor 6 -12 Monaten |
| <input type="checkbox"/> vor 1- 5 Jahren | <input type="checkbox"/> das ist länger als 5 Jahre her |

13. Lassen/ließen diese Beschwerden/Schmerzen durch Stuhlgang nach?

- ja nein

14. Sind/waren die Beschwerden/Schmerzen verbunden mit einem Wechsel in der Häufigkeit des Stuhlgangs (manchmal seltener, manchmal häufiger Stuhlgang)?

- ja nein

15. Sind/waren die Beschwerden/Schmerzen verbunden mit einem Wechsel in der Beschaffenheit des Stuhls (manchmal härter, manchmal weicher)?

- ja nein

16. Kommt/kam bei Ihnen in den Beschwerde-/Schmerzphasen folgendes vor (- in mindestens einem Viertel der Zeit)...(bitte alles Zutreffende ankreuzen)?

- seltener als 3 Mal Stuhlgang pro Woche(0-2)
- häufiger als 3 Mal Stuhlgang pro Tag
- sich beim Stuhlgang anstrengen müssen
- nach dem Stuhlgang das Gefühl unvollständiger Entleerung
- harten oder klumpigen Stuhl
- weichen oder wässrigen Stuhl
- drängenden Stuhlgang (schnell zur Toilette müssen)
- Völlegefühl, Blähungen oder einen aufgeblähten Bauch
- Schleim im Stuhl
- Blut im Stuhl
- nichts von allem

Die Fragen Nr. 17 bis 23 sollen beantwortet werden, wenn Sie schon einmal **Oberbauchbeschwerden** („ja“ bei Frage 1) oder **Unterbauchbeschwerden** („ja“ bei Frage 10) oder **beides** hatten.

Haben Sie also Frage 1 und Frage 10 mit „nein“ beantwortet, dann überspringen Sie bitte die folgenden Fragen

→ weiter bei „Chronische Schmerzen“

17. Wie lange dauern die Beschwerdephasen normalerweise an?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bis zu 3 Monaten | <input type="checkbox"/> 3 Monate bis 6 Monate |
| <input type="checkbox"/> 6 Monate bis 9 Monate | <input type="checkbox"/> 9 Monate bis 12 Monate |
| <input type="checkbox"/> länger als 12 Monate | <input type="checkbox"/> die Beschwerden sind dauernd vorhanden |

18. Was hilft Ihnen, wenn Sie die Schmerzen/ Beschwerden haben (bitte alles Zutreffende ankreuzen)?

- Ausruhen/ Entspannung suchen
- Eine Diät einhalten
- Ein Beruhigungsmedikament einnehmen
- Versuchen nicht daran zu denken/ sich ablenken
- Magen-Medikamente einnehmen
- Mit der Familie/ Bekannten darüber sprechen
- Einen Arzt aufsuchen
- Einen anderen Fachmann aufsuchen (z.B. Heilpraktiker, Apotheker)
- Ein Hausmittel benutzen
- Nichts von allem

19. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen dieser Beschwerden beim Arzt?
___ Mal (Bitte Zahl in das Kästchen eintragen!)

20. Wann waren Sie das letzte Mal wegen dieser Beschwerden bei einem Arzt?
___ / _____ (Monat/Jahr) ich war noch nie deswegen beim Arzt

21. Hat Ihnen der Arzt mitgeteilt, wie Ihre Erkrankung heißt?
 ja nein

22. Wenn ja: Wie ist der Name Ihrer Erkrankung?
_____ (Name)

23. Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung der Magen-Darm-Beschwerden?
 ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie bei Bedarf und welche regelmäßig?

Bei Bedarf

(Name d. Med.) _____ Dosis: _____

(Name d. Med.) _____ Dosis: _____

(Name d. Med.) _____ Dosis: _____

Regelmäßige Einnahme zur Dauerbehandlung:

(Name d. Med.) _____ Einnahme ___ x pro Tag/Woche/Monat

(Name d. Med.) _____ Einnahme ___ x pro Tag/Woche/Monat

(Name d. Med.) _____ Einnahme ___ x pro Tag/Woche/Monat

sonstiges: _____

Chronische Schmerzen

Die meisten von uns haben von Zeit zu Zeit Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, bei Verstauchungen). Hatten Sie in der letzten Woche andere als diese Alltagsschmerzen?

ja nein Heute auch? ja nein

Im Folgenden finden Sie eine Liste mit Körperbereichen. Bitte geben Sie anhand dieser Liste an, wo Sie in den letzten 6 Monaten mindestens einmal Schmerzen hatten.

Schritt 1:

Bitte kreuzen Sie in der ersten Spalte alle die Orte an, an denen Sie in den letzten 6 Monaten mehr als einmal im Monat Schmerzen hatten.

Schritt 2:

Bitte beantworten Sie in der letzten Spalte die Frage, ob die Schmerzen innerhalb des letzten halben Jahres ständig oder in Phasen mindestens 3 Monate lang angedauert haben.

Schmerzort	trifft zu	Die Schmerzen an diesem Ort dauerten ständig oder in Phasen mindestens 3 Monate (<u>innerhalb der letzten 6 Monate</u>)
Mund / Gesicht / Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals-/ Nackenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter / Arm / Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb / obere Rückenhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untere Rückenhälfte / Gesäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte / Bein / Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beckenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane / After	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamter Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte legen Sie sich nun auf einen Hauptschmerz fest. Wählen Sie dazu einen Schmerzort aus der obigen Tabelle aus.

Mein Hauptschmerz ist _____

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf Ihren Hauptschmerz:

Seit wann besteht Ihr Hauptschmerz? seit: _____ (Monat / Jahr) z.B.: Oktober 2000

Wann hatten Sie zum letzten Mal Ihren Hauptschmerz?

Vor _____ Tagen/Wochen/Monaten/Jahren (Zutreffendes bitte unterstreichen)

heute

Wie häufig tritt bei Ihnen Ihr Hauptschmerz auf? (Bitte nur eine Angabe)

wenige Male pro Jahr wenige Male pro Monat mehrmals pro Woche

einmal täglich mehrmals täglich

mein Hauptschmerz ist dauernd vorhanden

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie stark Sie durch Ihre Schmerzen in den **verschiedenen Bereichen Ihres Lebens** beeinträchtigt sind. Das heißt: Wie sehr hindern die Schmerzen Sie daran, ein normales Leben zu führen? Kreuzen Sie bitte für jeden der sieben Lebensbereiche die Zahl an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, daß Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

1. **Familiäre und häusliche Verpflichtungen** (dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfaßt Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten).

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

2. **Erholung** (dieser Bereich umfaßt Hobbies, Sport und Freizeitaktivitäten)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

3. **Soziale Aktivitäten** (dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater - und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

4. **Beruf** (dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint ist auch Hausfrauen(männer)tätigkeit)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

5. **Sexualleben** (dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

6. **Selbstversorgung** (dieser Bereich umfaßt Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

7. **Lebensnotwendige Tätigkeiten** (dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Bitte prüfen Sie nochmals, ob Sie alle 7 Feststellungen beantwortet haben.

Wir führen ständig ein inneres Zwiegespräch mit uns selbst. Zum Beispiel ermuntern wir uns, bestimmte Dinge zu tun; wir tadeln uns, wenn wir einen Fehler gemacht haben; oder wir loben uns für gute Leistungen. Auch wenn wir Schmerzen haben, gehen uns bestimmte Gedanken durch den Kopf – andere, als wenn es uns gut geht.

Bitte lesen Sie jede der folgenden Feststellungen durch und geben Sie an, wie häufig Ihnen dieser Gedanke durch den Kopf geht, wenn Sie Ihre (Haupt-) Schmerzen haben. Machen Sie bitte eine Markierung in dem zutreffenden Feld der nachstehenden Skala, die von 0 (fast nie) bis 5 (fast immer) geht.

Das denke ich ...	<i>fast nie</i>					<i>fast immer</i>
	0	1	2	3	4	5
Wenn ich ruhig bleibe und mich entspanne, geht es mir besser	0	1	2	3	4	5
Diese Schmerzen halte ich nicht mehr aus.	0	1	2	3	4	5
Ich kann gegen meine Schmerzen selbst etwas tun.	0	1	2	3	4	5
Egal was ich auch tue, ich kann doch nichts ändern an meinen Schmerzen.	0	1	2	3	4	5
Ich muss mich jetzt entspannen.	0	1	2	3	4	5
Ich werde schon damit fertig.	0	1	2	3	4	5
Ich muss schnell ein Schmerzmittel nehmen.	0	1	2	3	4	5
Es wird bald wieder besser werden.	0	1	2	3	4	5
Das hört ja nie mehr auf.	0	1	2	3	4	5
Ich bin ein hoffnungsloser Fall.	0	1	2	3	4	5
Es gibt noch schlimmere Dinge als meine Schmerzen.	0	1	2	3	4	5
Ich schaffe das schon.	0	1	2	3	4	5
Wann wird es wieder schlimmer?	0	1	2	3	4	5
Die Schmerzen machen mich fertig.	0	1	2	3	4	5
Ich kann nicht mehr.	0	1	2	3	4	5
Diese Schmerzen machen mich noch verrückt.	0	1	2	3	4	5
Ablenkung hilft am besten.	0	1	2	3	4	5
Ich kann mir selbst helfen.	0	1	2	3	4	5

Allergische Beschwerden

Leiden oder litten Sie in den **letzten 12 Monaten** unter folgenden Beschwerden?

Beschwerden der Atemwege	<i>sehr selten</i>	<i>selten</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>
Juckreiz der Nase	<input type="checkbox"/>				
Niesreiz, Niesanfälle	<input type="checkbox"/>				
Fließschnupfen, laufende Nase	<input type="checkbox"/>				
behinderte Nasenatmung, Stockschnupfen	<input type="checkbox"/>				
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>				
häufiger Schnupfen (keine Erkältung)	<input type="checkbox"/>				
trockene Nasenschleimhaut	<input type="checkbox"/>				
Einschränkung des Geruchs- und Geschmacksinns	<input type="checkbox"/>				
Atemnot	<input type="checkbox"/>				
Atembeklemmung	<input type="checkbox"/>				
Reizhusten	<input type="checkbox"/>				
Husten mit Auswurf	<input type="checkbox"/>				
Rasselgeräusche/pfeifendes Geräusch beim Atmen	<input type="checkbox"/>				
länger anhaltender Husten	<input type="checkbox"/>				
chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>				
sonstige: _____	<input type="checkbox"/>				

Augenbeschwerden	<i>sehr selten</i>	<i>selten</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>
Augentränen	<input type="checkbox"/>				
Augenjucken	<input type="checkbox"/>				
Schwellung von Augenpartien, -lidern	<input type="checkbox"/>				
Augenrötung	<input type="checkbox"/>				
verstärkte Lichtempfindlichkeit der Augen	<input type="checkbox"/>				
sonstige: _____	<input type="checkbox"/>				

Hautbeschwerden	<i>sehr selten</i>	<i>selten</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>				
Hautausschlag in Gelenkbeugen (Kniekehle, Ellenbeuge)	<input type="checkbox"/>				
Rötungen der Haut	<input type="checkbox"/>				
Juckreiz der Haut	<input type="checkbox"/>				
Juckreiz der Haut beim Schwitzen	<input type="checkbox"/>				
Juckreiz der Haut nach Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>				
trockene, schuppige Haut	<input type="checkbox"/>				
Nässen der Haut	<input type="checkbox"/>				
Bläschen mit Juckreiz, Hautquaddeln	<input type="checkbox"/>				
Ekzeme	<input type="checkbox"/>				
Schwellungen der Haut	<input type="checkbox"/>				
Entzündungen der Haut	<input type="checkbox"/>				
Milchschorf, Säuglingssekzem	<input type="checkbox"/>				
sonstige: _____	<input type="checkbox"/>				

Ansprechpartner:**Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten
ASD*BGN**

Dipl.-Med. Bettina Hunger, Fachärztin für Arbeitsmedizin
Leiterin Arbeitsmedizin der Koordinationsstelle Potsdam
Eleonore-Prochaska-Str. 11
14480 Potsdam
Tel.: 0331/6495823
E-Mail: Bettina.Hunger@bgn.de

Manfred Hannig, Dipl.-Ing.
Leiter Sicherheitstechnik der Koordinationsstelle Kamen-Heeren
Südfeld 1a
59174 Kamen
Tel.: 02307/92488-30
E-Mail: Manfred.Hannig@bng.de

Verantwortlich:**Wissenschaftliche Leitung**

Prof. Dr. Rupert Hölzl
Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie
Mannheimer Zentrum für Arbeit und Gesundheit
Universität Mannheim
Tel: 0621-181.2106
E-Mail: hoelzl@psychologie.uni-mannheim.de

Dr. Alexandra Bernhardt
Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie
Mannheimer Zentrum für Arbeit und Gesundheit
Universität Mannheim
Tel.: 0621-181.3412
E-Mail: alex.bernhardt@osi.uni-mannheim.de

Projektmanagement

Dr. Peter Bärenz
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten
Geschäftsbereich Prävention
Abteilung Bildung und Organisationsentwicklung
Dynamostraße 7-11
68165 Mannheim
Telefon: 0621/4456-3175
E-Mail: Peter.Baerenz@bgn.de

Constanze Nordbrock, Dipl.-Psych.
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten
Geschäftsbereich Prävention
Abteilung Bildung und Organisationsentwicklung
Dynamostraße 7-11
68165 Mannheim
Telefon: 0621/4456-4686
E-Mail: Constanze.Nordbrock@bgn.de

Studiendurchführung

Dipl.-Med. Bettina Hunger, Fachärztin für Arbeitsmedizin
Leiterin Arbeitsmedizin der Koordinationsstelle Potsdam
Eleonore-Prochaska-Str. 11
14480 Potsdam
Tel.: 0331/6495823
E-Mail: Bettina.Hunger@bgn.de

Manfred Hannig, Dipl.-Ing.
Leiter Sicherheitstechnik Koordinationsstelle Kamen
Südfeld 1a
59174 Kamen
Tel.: 02307/92488-30
E-Mail: Manfred.Hannig@bng.de

- ANHANG 2.4 -

Informationen zu der Diagnostikstufe 3 der
ASD-Studie 2008
„Psyche und Gesundheit am Arbeitsplatz“

Informationen zu Diagnostikinstrumenten der Erhebungsstufe 3

ASD-STUDIE 2008/2009

PSYCHE UND GESUNDHEIT AM ARBEITSPLATZ

der Arbeitsgruppe *Stress und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren*
am Otto-Selz-Institut,
Mannheimer Zentrum für Arbeit und Gesundheit
Universität Mannheim

Rupert Hölzl
Alexandra Bernhardt
Dagmar Baus

Version 07/2009

Durchführung

Die Diagnostikinstrumente werden als sequentielle Instrumente zur stufenförmigen Bewertung des Gesundheitsrisikos eingesetzt. Die sequentielle Diagnostikstruktur besteht aus drei Stufen: In der ersten Stufe werden mit einem Screeninginstrument relevante Gesundheitsgefährdungen erfasst. In der zweiten Diagnostikstufe werden im Rahmen einer erweiterten Stress- und Komorbiditätsdiagnostik hohe Gesundheitsgefährdungen identifiziert. In der dritten und letzten Stufe erfolgt im Rahmen einer vertiefenden Einzelfalldiagnostik die Verifikation einer akuten Gefährdung.

Die Diagnostikinstrumente der ersten beiden Stufen sind als Befragungsinstrumente konzipiert, die den Probanden direkt sowie als Interview vorgegeben werden können. Die Studienteilnehmer können die Diagnostikinstrumente selbst ohne fremde Hilfe ausfüllen. Werden die Instrumente hingegen im Rahmen eines Interviews appliziert, bedarf es keiner speziellen Schulung des Interviewers. Unerfahrene (nicht-ärztliche / nicht-psychologische) Interviewer sollten jedoch zuvor mit dem Instrument und seinen Inhalten vertraut gemacht werden.

Die Diagnostikinstrumente der dritten Diagnostikstufe sind ebenfalls als Befragungsinstrumente konzipiert. Ein Teil dieser Instrumente kann den Probanden wie in den beiden zuvor beschriebenen Diagnostikstufen direkt vorgegeben werden. Ein zweiter Teil muss im Rahmen eines Interviews durchgeführt werden. Hierfür bedarf es einer speziellen Schulung der Interviewer, um diese mit den jeweiligen Inhalten und Regeln des Interviews vertraut zu machen.

Inhalt

Diagnostikinstrumente Erhebungsstufe 3

Diagnostikinstrumente Erhebungsstufe 3

Folgende Bereiche werden erfasst:

1. Medizinische Untersuchung

Basisdiagnostik

Allgemeine körperliche Untersuchung

Labordiagnostik

2. Klinisches Interview

Screeningmodule des SKID

SKID-Interview: Psychische Störungen

3. Fragebogen zu Belastungen und Gesundheit, Teil 3

Gratifikationskrisen

Schlafqualität

Krankheitsängste

4. Belastung am Arbeitsplatz

Belastungseinschätzung

Arbeitszeiten

Arbeitsweg

5. Psychobiologische Verlaufsmessung

Speichelcortisol

Befindenstagebuch

Herzfrequenzvariabilität

DIAGNOSTIKINSTRUMENTE STUFE 3

Medizinischer Befundbogen – Teil 1 (Stufe 3)

Basisdiagnostik

Körperliche Maße	<ul style="list-style-type: none">- Körpergröße in cm- Körpergewicht in kg- Umfang Taille und Hüfte in cm
Physiologische Kennwerte	<ul style="list-style-type: none">- Blutdruck (mmHg)- Ruhepuls (bpm)- Herzrhythmus (regelmäßig/Extrasystolen/arhythmisch)

Medizinischer Befundbogen – Teil 2 (Stufe 3)

Allgemeine körperliche Untersuchung

Erkrankungen und Behandlungen	<ul style="list-style-type: none">- Erkrankungen und Diagnosen seit Untersuchung auf Stufe 2- Medizinische Behandlungen seit Untersuchung auf Stufe 2
Medikamenteneinnahme	<ul style="list-style-type: none">- Aktuelle regelmäßige Einnahme von Medikamenten
Abschließende Einschätzung	<ul style="list-style-type: none">- Ärztlicher Eindruck des Gesundheitszustands- Einschätzung des Allgemeinzustands
Labordiagnostik	<ul style="list-style-type: none">- Uhrzeit der Blutentnahme- Uhrzeit und Art eingenommener Mahlzeiten und Getränke vor Blutentnahme- Serum:<ul style="list-style-type: none"><i>Triglyzeride</i><i>Gesamtcholesterin</i><i>HDL, LDL</i><i>Plasma Glukose</i><i>HbA1c</i><i>CRP</i><i>DHEA-S</i>- Urin:<ul style="list-style-type: none"><i>Albumin</i>

DIAGNOSTIKINSTRUMENT STUFE 3

Klinisches Interview

Klinisches Interview zu psychischen Störungen

Psychische Komorbidität

- SKID-Screeningmodul (Wittchen et al., 1997): 12 Items
- SKID-Interview (Wittchen et al., 1997)
 - Sektion A: Affektive Syndrome*
 - Sektion B: Psychotische und assoziierte Symptome*
 - Sektion D: Differentialdiagnose affektiver Störungen*
 - Sektion E: Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen*
 - Sektion F: Angststörungen*
 - Sektion G: Somatoforme Störungen*
 - Sektion H: Essstörungen*
 - Sektion I: Anpassungsstörung (derzeitig)*

DIAGNOSTIKINSTRUMENT STUFE 3

Fragebogen zu Belastungen und Gesundheit – Teil 3

Arbeit und Arbeitsplatz

Arbeitsplatzanalyse

- Effort-Reward-Imbalance (*ERI*, Siegrist et al., 2004): 23 Items

Lebensgewohnheiten und Gesundheitsverhalten

Schlafqualität

- Schlafqualität (*PSQI*, Buysse et al., 1989): 19 Items (Vollversion)

Psychische Beanspruchung und subjektive Gesundheit

Psychische Komorbidität

- Krankheitsängste und -überzeugungen (*WI*, Hiller & Rief, 2004): 14 Items

DIAGNOSTIKINSTRUMENT STUFE 3

Belastungseinschätzung am Arbeitsplatz

Arbeit und Arbeitsplatz

Gastronomie: Betriebsebene

- Anzahl der herausgegebenen Essen
- Anzahl der Gäste

Gastronomie: Proband

- Arbeitszeiten
- Arbeitsweg (Entfernung, Dauer)

Backgewerbe: Proband

- Arbeit am Backofen
- Arbeitszeiten
- Arbeitsweg (Entfernung, Dauer)

DIAGNOSTIKINSTRUMENT STUFE 3

Psychobiologische Verlaufsmessung

Autonome Maße

Herzfrequenzvariabilität

- unter Ruhebedingung
- standardisierte Provokation: Valsalva-Manöver
- standardisierte Provokation: langsame, tiefe Atmung
- leichte mentale Beanspruchung
- Langzeitmessung: 1 Messtag

Endokrine Maße

Basale HPA-Achsen-Aktivität

- Speichelcortisol (6 Messtage: 0, +15, +30, +45, +60, Schlafengehen)

Befinden

Stress-Tagebuch

- Befinden (aktuell und retrospektiv)
- Hauptbeschwerde: Intensität und Beeinträchtigung (aktuell und retrospektiv)
- Uhrzeiten der Speichelproben (Cortisol)
- Kontrollfaktoren:
 - Schlafprotokoll*
 - Mahlzeiten*
 - Anzahl Zigaretten*
 - Alkoholkonsum*
 - Medikamenteneinnahme*
 - Sport / Aktivität*
 - Belastende Ereignisse (retro- und prospektiv)*

Literatur

Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 28: 193-213.

Hiller W, Rief W (2004). Internationale Skalen für Hypochondrie. Deutschsprachige Adaptation des Whiteley-Index (WI) und der Illness Attitude Scales (IAS). Bern: Huber.

Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I & Peter R (2004). The measurement of Effort-Reward-Imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58 (8), 1483-1499.

Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe