

Fragebogen: Gesundheit und Schichtarbeit

Die Ergebnisse dieses Fragebogens sollen dazu dienen, ihre Arbeitsbedingungen gesundheitsgerechter zu gestalten. Dazu hat sich die Forschungsgruppe SOMNICO GmbH an der Charite Berlin und die BGF GmbH des Themas Schichtarbeit unter einem neuen Blickwinkel angenommen. Es gibt verschiedene Hinweise, dass die allgemein bekannten negativen Wirkungen von Schichtarbeit durch andere Faktoren im Unternehmen positiv oder negativ beeinflusst werden. Diese Frage lässt sich nicht nur mit wissenschaftlichen Experimenten untersuchen, sondern sollte unter aktiver Einbeziehung von betroffenen Mitarbeitern geklärt werden. Daher ist uns Ihre Mitarbeit besonders wichtig. Das Projekt wird finanziell von Health Capital und der AOK Berlin unterstützt, ideell auch von der Industrie und Handelskammer in Berlin.

Es ist ein Pilotprojekt, das tatsächlich Neuland betritt und eine große Bedeutung für die Zukunft der menschengerechten Arbeitsgestaltung bekommen könnte. Daher ist Ihre Mitarbeit besonders wichtig.

Der Datenschutz wird voll und ganz gewährleistet. Ihre persönlichen Daten und Angaben bleiben anonym. Die Daten werden so aufbereitet, dass keine einzelnen Arbeitsplätze oder Personen nachträglich identifiziert werden können.

Es geht um Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden – entsprechend sind Ihre Einschätzungen gefragt! Ohne diese bleibt alles nur graue Theorie. Wenn sie konkrete Unterstützung bei möglichen durch Schichtarbeit bedingten Beschwerden brauchen, können Sie sich direkt mit den Forschern von SOMNICO GmbH an der Charite in Kontakt bringen. Um dies für alle zu gewährleisten, die sich an dieser Untersuchung beteiligen, ist es wichtig, dass jede und jeder von Ihnen einen persönliche Code erhält (der nur ihnen bekannt ist). Der Code versetzt die Forschergruppe in die Lage, zu überprüfen, ob es messbare Einflüsse auf die Gesundheit neben der Schichtarbeit gibt. Außerdem ist es Ihnen so möglich, falls Sie persönlich Unterstützung wünschen, Ihren ärztlichen Betreuer, ihren Code mitzuteilen. So kann unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht ihr persönliches Profil aus dem Datensatz zur Auswahl der speziell für Sie nützlichen Hilfsangebote genutzt werden.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig. Aber wir werden nur dann brauchbare Ergebnisse erhalten, wenn auch Sie an dieser Befragung teilnehmen. Es lohnt sich für Sie!

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Beim Ausfüllen dieses Fragebogens beachten Sie bitte die folgenden Punkte:

- Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist **freiwillig** und **anonym**.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Angaben.
- Wenn eine Frage für Ihre praktische Arbeit irrelevant ist, lassen Sie diese Frage bitte aus.
- Sie haben jeweils mehrere Antwortmöglichkeiten. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die Ihrer Situation/Meinung am ehesten entspricht.
- Bitte beantworten Sie die Fragen zügig. Gehen Sie dabei der Reihe nach vor, versuchen Sie aber möglichst keine Fragen auszulassen.

Eine Beispielfrage::

Ich habe häufig Schlafstörungen
(Einschlafschwierigkeiten, Durchschlafstörungen).

Trifft völlig zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Auf dieser Seite bittet wir Sie einen Code auszufüllen. Für die Auswertung der Daten ist es wichtig, dass eine Beziehung zwischen den Aktimeter-Messungen und den Antworten aus diesem Fragebogen hergestellt werden kann. Er dient ausschließlich einem wissenschaftlichen Vergleich. Dieser Code ist nur Ihnen bekannt. Es können keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Die Befragung ist und bleibt **anonym**.

Tragen Sie bitte in die unteren Kästchen der Reihe nach die Buchstaben oder Zahlen ein, die sich aus folgenden Angaben ermitteln:

- (a) Wie viele Geschwister haben Sie¹?
- (b) Wie lautet der **erste** Buchstabe des Vornamens Ihres Vaters²?
- (c) Wie lautet der **erste** Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter²?
- (d) Welches ist die **letzte** Ziffer Ihres Geburtsjahres?

(a)	(b)	(c)	(d)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Folgendes Beispiel veranschaulicht, wie das Eintragen der Codes funktioniert:

- | | | | |
|---|---------------|---|----------|
| (a) Wie viele Geschwister haben Sie? | 2 Geschwister | → | 2 |
| (b) Wie lautet der erste Buchstabe des Vornamens Ihres Vaters? | Heinz | → | H |
| (c) Wie lautet der erste Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter | Sophie | → | S |
| (d) Welches ist die letzte Ziffer Ihres Geburtsjahres? | 1965 | → | 5 |

(a)	(b)	(c)	(d)
2	H	S	5

¹ Falls Sie keine Geschwister haben, können Sie die Zahl „0“ angeben.

² Falls Sie diesen Vornamen nicht kennen, können Sie dieses Feld auslassen.

Angaben zu Ihrer Arbeitssituation

Im Folgenden geht es um Ihre Einschätzung Ihrer Arbeitssituation. Kreuzen Sie bitte an, wie Sie Ihre Arbeitssituation im letzten Jahr wahrgenommen haben.

		Trifft völlig zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	Trifft nicht zu
D1	Bei betrieblichen Veränderungen und Entscheidungen im eigenen Bereich haben Mitarbeiter bei uns ein ausreichendes Mitspracherecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Bei wichtigen Dingen im Unternehmen können wir ausreichend mitreden und mitentscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	In unserem Unternehmen sind persönliche Initiative und Engagement gefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Die Mitarbeiter werden über anstehende Veränderungen und Entscheidungen ausreichend informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	In unserem Unternehmen kommt es häufig vor, dass man vor vollendete Tatsachen gestellt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E1	Persönliches Engagement und Leistungsbereitschaft zahlen sich bei uns aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Mit meiner Bezahlung bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Gute Leistungen werden von meinem Vorgesetzten anerkannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Ich kenne die Maßstäbe, nach denen ich beurteilt werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F1	Unser Unternehmen bietet seinen Mitarbeitern gute Aufstiegschancen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Wer aufsteigen will, erhält die nötige Förderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Unser Unternehmen bietet gute Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Zuständigkeiten und Kompetenzen zwischen den Arbeitsbereichen sind klar geregelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Mein Vorgesetzter ist in der Lage, ineinandergreifende Arbeitsabläufe zu koordinieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G5	Die Arbeitsabläufe sind in meinem Bereich gut organisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6	Es passiert häufiger, dass sich niemand zuständig fühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G7	Es passiert häufiger, dass Arbeiten doppelt erledigt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Mein Vorgesetzter informiert mich ausreichend und zeitnah über die Ergebnisse von Besprechungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Bei der Einführung neuer Arbeitsmittel werde ich rechtzeitig und ausreichend informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Mein Vorgesetzter kündigt Arbeitsbesprechungen rechtzeitig an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Ich erhalte von meinem Vorgesetzten zeitnah und ausreichend Rückmeldung über meine Arbeitsergebnisse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer Arbeitssituation

⇒ Fortsetzung

		Trifft völlig zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	Trifft nicht zu
H7	Nach längerer Abwesenheit (z.B. Urlaub, Krankheit) werde ich ausreichend über gegebenenfalls eingetretene Veränderungen informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I1	Mein Vorgesetzter beurteilt meine Leistungen gerecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Einige Kollegen werden von meinem Vorgesetzten bevorzugt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Ich werde von meinem Vorgesetzten unfair behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Wenn ein Fehler passiert, dann findet mein Vorgesetzter ihn immer bei uns, nie bei sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J1	Bei meiner Arbeit verliere ich viele Fähigkeiten, die ich früher hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J2	Bei dieser Arbeit kann ich immer wieder Neues dazulernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J3	Meine Fähigkeiten und Fertigkeiten kann ich in meiner Arbeit entfalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K2	Meine Arbeit kann ich so organisieren, wie ich es für richtig halte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K3	Ich kann die Reihenfolge der zu bearbeitenden Aufträge selbstständig festlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K4	Ich habe verschiedene Möglichkeiten, meine Aufgabe zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K6	Ich kann selbstständig planen, wie ich bei der Erledigung meiner Arbeitsaufgaben vorgehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K7	Die Arbeit erlaubt es mir, eine Menge eigener Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L1	Bei meiner Arbeit kann ich ein Produkt oder einen Auftrag von A bis Z herstellen bzw. ausführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L2	Ich erledige vor allem Teilaufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M1	Mit meinen unmittelbaren Kollegen kann ich über alles offen reden, was mir wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M2	Wer Schwierigkeiten und Probleme anspricht, macht sich schnell unbeliebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M3	Das gegenseitige Vertrauen ist bei uns so groß, dass wir offen über alles, auch über ganz Persönliches reden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N1	Mein Vorgesetzter ist offen für konstruktive Kritik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3	Mein Vorgesetzter sorgt für ein gutes Arbeitsklima im Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N4	Mein Vorgesetzter kann auch mal „Danke“ sagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N6	Mein Vorgesetzter hat für meine persönlichen Probleme immer ein offenes Ohr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N7	Mein Vorgesetzter strahlt auch in schwierigen Zeiten Ruhe und Gelassenheit aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer Arbeitssituation

⇒ Fortsetzung

		Trifft völlig zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	Trifft nicht zu
N10	In schwierigen Situationen trifft mein Vorgesetzter klare und nachvollziehbare Entscheidungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O1	Zur Erledigung meiner Arbeitsaufgaben habe ich ausreichend die Möglichkeit, mich mit Kollegen meines Arbeitsbereiches auszutauschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O2	Zur Erledigung meiner Arbeitsaufgaben habe ich ausreichend die Möglichkeit, mich mit Mitarbeitern anderer Arbeitsbereiche auszutauschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P1	Mein Vorgesetzter kann mir fachliche Fragen verständlich erläutern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2	Mein Vorgesetzter hat für meine fachlichen Fragen immer ein offenes Ohr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3	Mein Vorgesetzter nimmt sich meiner fachlichen Probleme zeitnah an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4	Bei fachlichen Problemen trifft mein Vorgesetzter klare und nachvollziehbare Entscheidungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W1	Ich bin selbst von unseren Produkten/Dienstleistungen überzeugt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W2	Unsere Produkte/Dienstleistungen sind für unsere Kunden attraktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W3	Unser Unternehmen hat in der Öffentlichkeit einen guten Ruf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W4	Unser Unternehmen hat Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belastungen

Hier möchten wir von Ihnen erfahren, wie häufig Sie mit den folgenden Belastungen konfrontiert sind.

		Trifft völlig zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	Trifft nicht zu
R1	Es kommt häufig vor, dass ich zu wenig Zeit zur Erledigung meiner Arbeitsaufgaben habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R2	Üblicherweise steht mir ausreichend Zeit zur Verfügung, um meine Aufgaben sorgfältig planen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S1	Es kommt häufig vor, dass ich durch fehlende oder ungeeignete Arbeitsmittel, Geräte oder Maschinen in meiner Arbeit unterbrochen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2	Es kommt häufig vor, dass ich wegen fehlender Informationen oder Unterlagen meine Arbeit unterbrechen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S3	Es kommt häufig vor, dass ich durch Personen oder Telefonate in meiner Arbeit unterbrochen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S4	Es kommt häufig vor, dass ich durch fehlendes oder fehlerhaftes Material in meiner Arbeit unterbrochen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T1	Es kommt häufig vor, dass mir Arbeitsaufgaben übertragen werden, auf die ich nicht ausreichend vorbereitet worden bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	Es kommt häufig vor, dass mir übertragene Aufgaben mein fachliches Können übersteigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KK1	Ich habe häufig Kontakt zu einer schwierigen Klientel, die sich in belastenden, krisenhaften Situationen befinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KK2	Der Umgang mit meinen Klienten macht mir Freude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KK3	Ich empfinde den Umgang mit meinen Klienten oft als belastend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z1	Es kann sein, dass ich bald meine Arbeitsstelle verliere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z2	Mein Arbeitsplatz ist wahrscheinlich von anstehenden Umstrukturierungsmaßnahmen betroffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z3	Ich werde wahrscheinlich einen schlechteren Arbeitsplatz in meinem Unternehmen annehmen müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z4	Meine Arbeitsstelle ist mir sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VD	Ich bin für das Arbeitsergebnis voll verantwortlich, ohne Einfluss auf Ziele und Ressourcen nehmen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belastungen

An meinem Arbeitsplatz beeinträchtigt mich häufig:

		Trifft völlig zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	Trifft nicht zu
UP1	Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UP2	Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UP3	Temperaturwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UP4	Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UP5	Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UP6	Räumliche Enge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UP7	Geruchsbelästigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UP8	Staub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UP9	Schlechte Belüftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UP10	Gase, Dämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UP11	Feuchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UP12	Schlechte Lichtverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UE1	Ungeeignetes Sitzmobiliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UE2	Ungeeignete Tische/Arbeitsflächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UE3	Ungeeignete Computer/Bildschirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UE4	Ungeeignete Software	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UF1	Langes Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UF2	Langes Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UF3	Heben und Tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UF4	Schieben und Ziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UF5	Immer wiederkehrende Bewegungsabläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UF6	Hocken, Knien, gebückte Haltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Im Folgenden geht es um Ihre Gesundheit und Ihr Befinden. Dabei interessiert uns zunächst Ihr Allgemeinbefinden. Sie werden Fragen nach verschiedenen Beschwerden und Beeinträchtigungen finden. Kreuzen Sie bitte an, wie häufig Sie im letzten Jahr folgende Beschwerden und Beeinträchtigungen wahrgenommen haben.

		Trifft völlig zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	Trifft nicht zu
A1	Ich habe häufig Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Ich fühle mich häufig müde und erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Ich spüre häufig innere Nervosität und Anspannung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Ich habe häufig Konzentrationsstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Manchmal denke ich, es hat überhaupt keinen Sinn mehr, sich aufzuregen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Ich muss mich sehr dazu antreiben, etwas zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1	Ich habe häufig Magenschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2	Ich leide häufig unter Verdauungsbeschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Ich habe häufig Schmerzen in der Schulter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ich habe häufig Rückenschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4a	Ich habe häufig Nackenschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5	Ich habe häufig Gelenkschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6	Mein Blutdruck ist oft zu hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7	Ich habe oft nach geringer körperlicher Anstrengung Herzklopfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9	Mir ist häufig schwindelig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10	Ich habe häufig Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B11	Mir ist häufig übel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12	Ich bin oft erkältet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B13	Ich habe häufig Husten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C1	Nach der Arbeit kann ich nicht abschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Ich fühle mich häufig überfordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Ich reagiere gereizt, obwohl ich es gar nicht will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Wenn andere mich ansprechen, kommt es vor, dass ich mürrisch reagiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Einstellungen

Abschließend möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer persönlichen Einstellung stellen. Kreuzen Sie bitte an, ob der jeweilige Sachverhalt innerhalb des letzten Jahres Ihrer Meinung nach völlig, überwiegend, teilweise, wenig oder nicht zutrifft.

		Trifft völlig zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	Trifft nicht zu
V1	Es gibt Tage, an denen ich mich über meine Arbeit freue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V2	Es gibt Tage, an denen ich stolz auf das bin, was ich bei der Arbeit geschafft habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V4	Meine Arbeit macht mir Spaß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V5	Ich habe das Gefühl, mit meiner Arbeit etwas Sinnvolles zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X1	Bei meiner Arbeit gelingt mir auch die Lösung schwieriger Aufgaben, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X2	Wenn bei meiner Arbeit unerwartete Situationen auftauchen, weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X3	Wenn bei meiner Arbeit unerwartete Probleme auftauchen, kann ich diese schlecht bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zur Person

Die folgenden Angaben werden ausschließlich für statistische Gruppenvergleiche verwendet und dienen nicht der Identifizierung ihrer Person.

Y1	Alter	<input type="checkbox"/> bis 29 Jahre <input type="checkbox"/> 30 bis 39 Jahre <input type="checkbox"/> 40 bis 49 Jahre <input type="checkbox"/> 50 bis 59 Jahre <input type="checkbox"/> 60 Jahre und älter
Y2	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Y4	Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Y5	Schichtarbeit: In welchem Schichtmodell arbeiten Sie?	<input type="checkbox"/> 2-Schichtsystem <input type="checkbox"/> Dauernacht <input type="checkbox"/> 3-Schichtsystem (Wechselschicht)
Y6	Bereich In welchem Bereich arbeiten Sie?	<input type="checkbox"/> Intensiv <input type="checkbox"/> Somatik <input type="checkbox"/> Psychiatrie

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Fragebogen zum Chronotyp (D-MEQ)

(Morgen/Abendtyp)

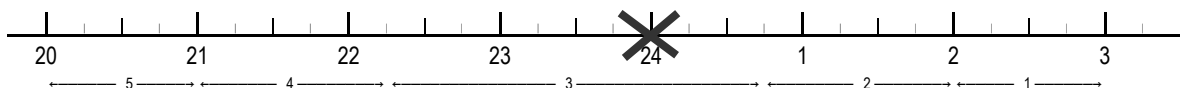
Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch, bevor Sie antworten.

1. Beantworten Sie bitte alle Fragen, auch dann wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind.
2. Beantworten Sie die Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge.
3. Beantworten Sie die Fragen so schnell wie möglich. Es sind die ersten Reaktionen auf die Fragen, die uns mehr interessieren als eine lange überlegte Antwort.
4. Beantworten Sie jede Frage ehrlich. Es gibt keine richtige oder falsche Antwort.

Beantwortungsbeispiele

a) Um wieviel Uhr werden Sie abends müde und haben das Bedürfnis, schlafen zu gehen?

Hier sind **Zeitpunkte** gefragt. Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Zeit an. z.B.,



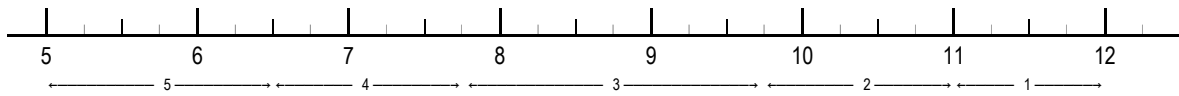
b) Wenn Sie um 23 Uhr zu Bett gehen sollten, wie müde wären Sie dann?

Kreuzen Sie bitte jeweils nur eine Antwortmöglichkeit an.

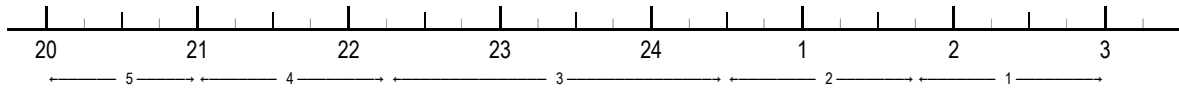
- | | |
|----------------------|---------------------------------------|
| Überhaupt nicht müde | <input type="checkbox"/> 0 |
| Etwas müde | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ziemlich müde | <input checked="" type="checkbox"/> 3 |
| Sehr müde | <input type="checkbox"/> 5 |

bitte wenden ➡

1. Wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge und Sie Ihren Tag völlig frei einteilen könnten, wann würden Sie dann aufstehen?



2. Wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge und Sie Ihren Abend völlig frei gestalten könnten, wann würden Sie dann zu Bett gehen ?



3. Wie sehr sind Sie von Ihrem Wecker abhängig, wenn Sie morgens zu einer bestimmten Zeit aufstehen müssen ?

- Überhaupt nicht abhängig 4
Etwas abhängig 3
Ziemlich abhängig 2
Sehr abhängig 1

4. Wie leicht fällt es Ihnen üblicherweise morgens aufzustehen?

- Überhaupt nicht leicht 1
Nicht sehr leicht 2
Ziemlich leicht 3
Sehr leicht 4

5. Wie wach fühlen Sie sich morgens in der ersten halben Stunde nach dem Aufwachen?

- Überhaupt nicht wach 1
Ein bisschen wach 2
Ziemlich wach 3
Sehr wach 4

6. Wie ist Ihr Appetit in der ersten halben Stunde nach dem Aufwachen?

- Sehr gering 1
Ziemlich gering 2
Ziemlich gut 3
Sehr gut 4

7. Wie müde fühlen Sie sich morgens in der ersten halben Stunde nach dem Aufwachen?

- Sehr müde 1
Ziemlich müde 2
Ziemlich frisch 3
Sehr frisch 4

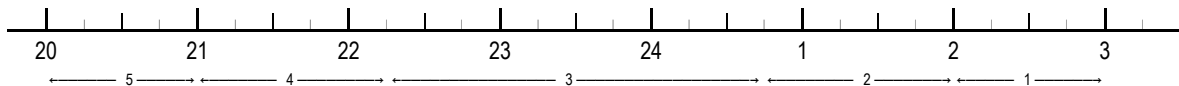
8. Wenn Sie am folgenden Tag keinerlei Verpflichtungen haben, wann gehen Sie dann – verglichen mit Ihrer üblichen Schlafenszeit – zu Bett?

Selten oder nie später 4
 Weniger als eine Stunde später 3
 1 – 2 Stunden später 2
 Mehr als 2 Stunden später 1

9. Sie haben beschlossen, sich körperlich zu betätigen. Ein Freund rät Ihnen, zweimal wöchentlich eine Stunde zu trainieren; für ihn sei die beste Zeit zwischen 7 und 8 Uhr. Ausgehend von Ihrem eigenen Wohlbefinden, wie schätzen Sie Ihre Leistungsfähigkeit zu dieser Zeit ein?

Ich wäre gut in Form 4
 Ich wäre ziemlich in Form 3
 Es wäre ziemlich schwierig für mich 2
 Es wäre sehr schwierig für mich 1

10. Um wieviel Uhr werden Sie abends müde und haben das Bedürfnis, schlafen zu gehen ?



11. Sie möchten für einen zweistündigen Test, von dem Sie wissen, dass er mental sehr beansprucht, in Bestform sein. Wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge und wenn Sie Ihren Tag völlig frei einteilen könnten, welchen der vier Test-Zeiträume würden Sie wählen?

8 – 10 Uhr 6
 11 – 13 Uhr 4
 15 – 17 Uhr 2
 19 – 21 Uhr 0

12. Wenn Sie um 23 Uhr zu Bett gehen sollten, wie müde wären Sie dann?

Überhaupt nicht müde 0
 Etwas müde 2
 Ziemlich müde 3
 Sehr müde 5

13. Aus irgendeinem Grund sind Sie einige Stunden später als gewöhnlich zu Bett gegangen. Es besteht jedoch keine Notwendigkeit, am nächsten Morgen zu einer bestimmten Zeit aufzustehen. Welcher der folgenden Fälle wird bei Ihnen am ehesten eintreten?

Ich werde zur üblichen Zeit wach und schlafe nicht wieder ein 4
 Ich werde zur üblichen Zeit wach und döse danach noch ein wenig 3
 Ich werde zur üblichen Zeit wach, schlafe dann aber wieder ein 2
 Ich wache erst später als üblich auf 1

14. In einer Nacht müssen Sie für eine Nachtwache zwischen 4 und 6 Uhr wach sein. Am darauffolgenden Tag haben Sie keine weiteren Verpflichtungen. Welche der nachfolgenden Alternativen sagt Ihnen am ehesten zu ?

- Ich werde erst nach der Nachtwache zu Bett zu gehen 1
- Ich werde vorher ein Nickerchen machen und nach der Nachtwache schlafen 2
- Ich werde vorher richtig schlafen und hinterher noch ein Nickerchen machen 3
- Ich werde nur vorher schlafen 4

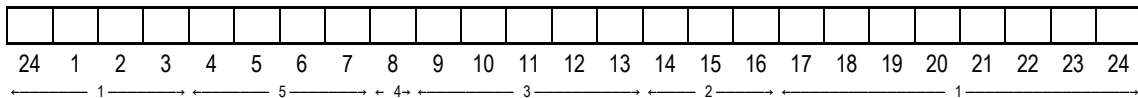
15. Sie müssen zwei Stunden körperlich schwer arbeiten und können sich Ihren Tag völlig frei einteilen. Wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge, welche der folgenden Zeiten würden Sie wählen ?

- 8 – 10 Uhr 4
- 11 – 13 Uhr 3
- 15 – 17 Uhr 2
- 19 – 21 Uhr 1

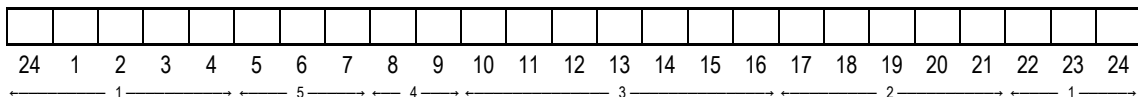
16. Sie haben sich zu einem anstrengenden körperlichen Training entschlossen. Ein Freund rät Ihnen, zweimal wöchentlich eine Stunde zu trainieren; für ihn sei die beste Zeit zwischen 22 und 23 Uhr. Ausgehend von Ihrem eigenen Wohlbefinden, wie schätzen Sie Ihre Leistungsfähigkeit zu dieser Zeit ein ?

- Ich wäre gut in Form 1
- Ich wäre ziemlich in Form 2
- Es wäre ziemlich schwierig für mich 3
- Es wäre sehr schwierig für mich 4

17. Angenommen, Sie können Ihre Arbeitszeit frei wählen und Ihre Arbeitszeit beträgt 5 Stunden pro Tag (einschließlich der Pausen), die Tätigkeit ist interessant und wird nach Erfolg bezahlt. Welche 5 aufeinanderfolgenden Stunden würden Sie wählen ?



18. Zu welcher Tageszeit fühlen Sie sich Ihrer Meinung nach am besten ? (Bitte nur 1 Feld ankreuzen !)



19. Man spricht bei Menschen von 'Morgen-' und 'Abendtypen'. Zu welchem der folgenden Typen zählen Sie sich ?

- Eindeutig 'Morgentyp' 6
- Eher 'Morgen-' als 'Abendtyp' 4
- Eher 'Abend-' als 'Morgentyp' 2
- Eindeutig 'Abendtyp' 0

Vielen Dank!

Restless Legs Syndrom Diagnose-Index (RLS-DI)

(Fragebogen zu Missempfindungen in Beinen und Armen)

Beurteilungszeitraum sind die zurückliegenden 7 Tage.

Essentielle Kriterien		regelmäßig vorhanden (an ≥ 5 von 7 Tagen)	gelegentlich vorhanden (an 1 bis 4 Tagen von 7 Tagen)	Nein/nicht vorhanden	
1	Verspüren Sie einen Bewegungsdrang der Beine (Arme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Verspüren Sie, wenn Sie den Bewegungsdrang haben, Missempfindungen der Beine (Arme) wie Kribbeln, Stechen, Ziehen, Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Beginnen oder verschlechtern sich Bewegungsdrang/Missempfindungen, wenn Sie sich in Ruhe befinden (Liegen, Sitzen) oder sich nicht bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Werden Bewegungsdrang/Missempfindungen teilweise oder vollständig durch Bewegung (z.B. Herumlaufen oder Stretching) gelindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Nehmen Bewegungsdrang/Missempfindungen am Abend oder nachts im Vergleich zu tagsüber zu? (Das heißt, sie sind abends auch schlimmer als tagsüber oder treten nur abends oder nachts auf. Bei schweren RLS sollte diese Bedingung früher erfüllt sein).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assoziierte/unterstützende Kriterien		eindeutig	fraglich	nein/nicht vorhanden	nicht beurteilbar/nicht durchgeführt
6	Leiden Sie unter Schlafstörungen? (Das heißt: verlängerte Einschlafzeit, Schlafunterbrechungen, verkürzte Schlafdauer in den letzten 7 Tagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Leidet ein Verwandter 1. Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) unter Bewegungsdrang/Missempfindungen (Frage 1-5)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Haben Sie Bewegungsdrang/Missempfindungen unter einer dopaminergen Therapie gebessert? (Behandlung mit L-Dopa oder Dopaminagonisten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Polysomnographie-Befunde aus dem Schlaflabor: Hinweise für RLS (eindeutig = z.B. erhöhter PLM-Index $> 15/h$, PLMS-Arousal-Index $> 5/h$, PLMW).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Können Bewegungsdrang/Missempfindungen hinreichend durch andere medizinische Faktoren/Begleiterkrankungen erklärt werden? Hinweis: Dazu zählen nicht medizinische oder pharmakologische Bedingungen, die ein „sekundäres“ RLS hervorrufen können. Bitte geben Sie ggf. die Ursache für ein sekundäres RLS an: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, daß Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, - sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde *niemals* einnicken**
- 1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken**
- 2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken**
- 3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken**

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	① ② ③ ④
Beim Fernsehen	① ② ③ ④
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③ ④
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③ ④
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ② ③ ④
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③ ④
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③ ④
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③ ④