

<p>Papenkamp 2 – 6 · 23879 Mölln Telefon (04542) 801–0 Telefax (04542) 801–201</p>		Studie Nr.	5739	43
		INSTITUTS– EINTRAGUNG:		
<ul style="list-style-type: none"> Name und Anschrift des Befragten dürfen nicht im Fragebogen notiert werden! <p>Dezember 1995</p>		Split	1	West
		Adressenlisten–Nr.		
		Adressen–Nr.		
Land	Deutschland	03		
INRA–Studie Nr.	442	Interviewer–Nr.		

Guten Tag, ich komme vom SAMPLE INSTITUT in Mölln. Wir führen hier eine Umfrage durch, und ich möchte Sie bitten, mir einige Fragen zu beantworten. Zuerst darf ich noch einiges allgemein zu dieser Studie, vor allem zu ihrem Sinn und Zweck sagen. Wir befragen einen repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt. Ihre Meinung wird als repräsentativ für die Ansicht vieler berücksichtigt. Sie können sicher sein, daß dieses Interview geheim bleibt. Wir trennen Ihre Angaben im Institut so, daß man dem Interview nicht mehr ansehen kann, daß Sie es gegeben haben; in der Fachsprache heißt das, daß wir die Daten anonymisieren. Im Bericht über die Ergebnisse aller Interviews verwendet das Institut Ihre Angaben vertraulich so, daß Ihre Meinung oder was Sie sonst noch angegeben haben, als eine von mehreren Antworten zählt. Es heißt dann beispielsweise, daß 70% der Bevölkerung die eine und 30% die andere Meinung vertreten. Selbstverständlich gelten für das Institut insgesamt die strengen wissenschaftlichen Grundsätze der Markt- und Sozialforschung und die Verpflichtungen aus dem Datenschutzrecht. Das garantieren wir. Ihre Teilnahme am Interview ist freiwillig. Sind Sie damit einverstanden, daß wir in diesem Sinne mit Ihrem Interview arbeiten?

- Ja → weiter im Interview
 Nein → kein Interview

**Fragebogen für
LESEAUTOMATEN**
– siehe Intervieweranweisung –

Text in dieser Schrift ist dem Befragten vorzulesen.
Text in dieser Schrift und **dieser Schrift** ist nur für den Interviewer bestimmt. Kennzeichnen der zutreffenden Antworten so ankreuzen, z.B.:
 Ja
 Ja
 wenn falsch gekreuzt:

EUROBAROMETER

A Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst und die Kinder eingeschlossen?

 Personen

B Und wie viele Personen davon sind 15 Jahre und älter?

 Personen

C Und wie viele dieser Personen ab 15 Jahre sind voll oder teilweise berufstätig?

 Personen

D Nennen Sie mir doch bitte die Vornamen dieser ... (Antwort aus Fr. C nennen) Personen, die voll oder teilweise berufstätig sind und fangen Sie dabei mit der ältesten Person an.

INT: Vornamen unten eintragen.

Und nun sagen Sie mir bitte noch, welche Person von den genannten als nächste Geburtstag hat.

INT: Kreuzen Sie bitte die Person, die, von HEUTE (Befragungstag) aus gesehen, als erste Geburtstag hat. Mit dieser Person ist die Befragung durchzuführen. Kinder unter 15 Jahren und NICHT–Berufstätige dürfen weder im Schema eingetragen, noch befragt werden.

Befragungsperson bitte ankreuzen!

Vorname berufstätiger Person ab 15 Jahre

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

Q1 INT.: Geschlecht eintragen:

- 1 männlich
- 2 weiblich

Q2 Darf ich fragen, wie alt Sie sind ?

Jahre

Q3 Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie? Nennen Sie mir bitte das Land bzw. die Länder, deren Staatsangehörigkeit Sie besitzen.

INT.: Mehrfachnennungen möglich.

- 1 Belgien
- 2 Dänemark
- 3 Deutschland
- 4 Griechenland
- 5 Spanien
- 6 Frankreich
- 7 Irland
- 8 Italien
- 9 Luxemburg
- 0 Niederlande
- 1 Portugal
- 2 Großbritannien (inkl. Nordirland)
- 3 Österreich
- 4 Schweden
- 5 Finnland
- 6 andere Länder, und zwar:

weiter mit Frage Q4a

7 weiß nicht

→ ENDE

INSTITUTSEINTRAGUNG:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4a Nun möchte ich gern etwas über Ihren Beruf erfahren, oder genauer: über Ihre berufliche Tätigkeit, die Sie zur Zeit hauptsächlich ausüben und die am meisten zu Ihrem Einkommen beiträgt.

Welchen Beruf üben Sie zur Zeit hauptsächlich aus? Nennen Sie mir bitte die genaue Berufsbezeichnung.

INT.: Tragen Sie die Berufsbezeichnung so genau wie möglich ein.

Erst dann Karte Q4 vorlegen und die entsprechende zweistellige Ziffer in das Kästchen eintragen.

Berufsbezeichnung lt. Liste Q4

Q4b Gibt es noch weitere berufliche Tätigkeiten, die Sie regelmäßig ausüben und für die Sie bezahlt werden?

- 1 ja
 2 nein
 3 verweigert (INT.: NUR falls spontan genannt!)

Q5 Wie viele Mitarbeiter beschäftigt die Firma bzw. die Organisation, in der Sie arbeiten, insgesamt in Deutschland?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | keine weiteren/ arbeite alleine | 5 | <input type="checkbox"/> | 100 bis 499 Mitarbeiter |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 1 bis 9 Mitarbeiter | 6 | <input type="checkbox"/> | 500 Mitarbeiter und mehr |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 10 bis 49 Mitarbeiter | 7 | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 50 bis 99 Mitarbeiter | | | |

Q6 Arbeiten Sie im Öffentlichen Dienst oder in der Privatwirtschaft?

- 1 Öffentlicher Dienst 2 Privatwirtschaft 3 weiß nicht

Q7 Welche der folgenden Beschreibungen trifft Ihre gegenwärtige Arbeitssituation am besten? Sind Sie ...

INT.: Liste Q7 vorlegen UND vorlesen. Nur EINE Nennung zulassen.

- 1 ... selbständig oder freiberuflich tätig,
 2 ... festangestellt, mit unbefristetem Vertrag,
 3 ... angestellt, mit zeitlich befristetem Vertrag,
 4 ... angestellt, über einen Vertrag bei einer Zeitarbeitsfirma oder
 5 ... in der Lehre oder in einer anderen Ausbildung?
 6 sonstiges (INT.: NUR falls spontan genannt)
 7 weiß nicht

Q8 In welchem Wirtschaftszweig ist die Firma bzw. die Organisation, in der Sie arbeiten, **hauptsächlich** tätig? D.h. welche Art von Produkten oder Dienstleistungen werden von der Firma hauptsächlich angeboten? Bitte geben Sie mir eine möglichst genaue Beschreibung.

INT.: Bitte genau beschreiben lassen und die Antwort ausführlich eintragen.

Erst dann Liste Q8 vorlegen und die zu dem genannten Wirtschaftszweig gehörende zweistellige Ziffer eintragen.

Wirtschaftszweig lt. Liste Q8

Q9 Für wie viele Personen sind Sie der/die Vorgesetzte?

- 1 keine
 2 1 bis 5 Personen
 3 6 bis 9 Personen
 4 10 und mehr Personen
 5 weiß nicht

Q10 Wie lange üben Sie Ihren gegenwärtigen Hauptberuf bereits aus? Sagen Sie es mir bitte in Jahren und Monaten.

INT: Anzahl Jahre und Anzahl Monate jeweils zweistellig eintragen. Bei Bedarf vornullen. Falls z.B. 2 1/2 Jahre, 02 bei "Anzahl Jahre" und 06 bei "Anzahl Monate" eintragen.

+ Jahre und Monate +

Q11 Was schließt Ihr gegenwärtiges Gehalt bzw. Ihr Lohn ein?

INT: Liste Q11 vorlegen UND vorlesen. Mehrfachnennungen sind möglich.

- 1 ... festes Grundgehalt/fester Grundlohn
- 2 ... Akkordlohn oder Leistungszulagen
- 3 ... Zuschläge für Überstunden
- 4 ... Zuschläge für bestimmte Arbeitszeiten, wie z.B. Nachtarbeit, Wochenendarbeit
- 5 ... Zuschläge für schlechte Arbeitsbedingungen
- 6 sonstiges (INT: NUR falls spontan genannt)
- 7 weiß nicht

Q12 Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise in Ihrem Hauptberuf?

INT: Stundenzahl eintragen. Bei halben Stunden auf ganze Stunden aufrunden (z.B. bei 37,5 Stunden pro Woche 38 eintragen).

Stunden pro Woche

Q13 Wie viele Minuten sind Sie normalerweise pro Tag insgesamt unterwegs, um von zu Haus zur Arbeit zu gelangen und wieder zurück?

INT: Zeiten für den Hinweg UND den Rückweg addieren und eintragen.

+ Minuten pro Tag +

Q14 Sagen Sie mir bitte anhand dieser Skala, inwieweit Sie bei Ihrer Arbeit den folgenden Bedingungen ausgesetzt sind.

INT: Skala Q14/Q15 vorlegen. Aussagen einzeln vorlesen. Reihenfolge rotieren. Antwort jeweils entsprechend im Schema ankreuzen.

	ständig	fast ständig	ungefähr 3/4 der Zeit	ungefähr 1/2 der Zeit	ungefähr 1/4 der Zeit	fast nie	nie	weiß nicht
	1	2	3	4	5	6	7	8
... Vibrationen von Werkzeugen, Maschinen usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Lärm ist so laut, daß man sich nur mit sehr lauter Stimme mit anderen unterhalten kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hohe Temperaturen, so daß man schwitzt, auch wenn man nicht arbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... niedrige Temperaturen am Arbeitsplatz drinnen oder draußen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Einatmen von Dämpfen, Rauch, Staub oder gefährlichen Substanzen, wie z.B. Chemikalien, ansteckende Materialien usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Umgang mit oder Berühren von gefährlichen Produkten oder Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Strahlung, wie z.B. Röntgenstrahlen, radioaktive Strahlung, Schweißlicht, Laserstrahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INT.: Skala Q14/Q15 liegt noch vor.

Q15 Sagen Sie mir bitte, und zwar wieder anhand dieser Skala, ob Ihre hauptsächliche berufliche Tätigkeit folgendes einschließt. Wie ist es mit ...

INT.: Aussagen einzeln vorlesen. Reihenfolge rotieren. Antwort jeweils entsprechend im Schema ankreuzen.

	ständig	fast ständig	unge- fähr 3/4 der Zeit	unge- fähr 1/2 der Zeit	unge- fähr 1/4 der Zeit	fast nie	nie	weiß nicht
	1	2	3	4	5	6	7	8
... schmerzhafte oder ermüdende Haltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Tragen oder Bewegen schwerer Lasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kurze, stets gleiche Arbeitsabläufe von weniger als zehn Minuten Dauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... stets gleiche Handgriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... das Tragen von persönlicher Schutz- bekleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Arbeiten am Computer (PCs, Netz- werk, Großrechner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hohes Arbeitstempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Arbeiten unter Termindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... direkter Umgang mit Personen, die nicht in Ihrer Firma beschäftigt sind, wie z.B. Kunden, Fahrgästen, Schülern, Studenten, Patienten usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Arbeiten zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q16 Würden Sie sagen, daß Sie über Risiken, die vom Gebrauch von Materialien, Geräten oder Produkten ausgehen, mit denen Sie bei Ihrer Arbeit umgehen, sehr gut informiert sind, ziemlich gut informiert sind, ziemlich schlecht informiert sind oder sehr schlecht informiert sind?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | sehr gut informiert | 4 | <input type="checkbox"/> | sehr schlecht informiert |
| 2 | <input type="checkbox"/> | ziemlich gut informiert | 5 | <input type="checkbox"/> | trifft nicht zu |
| 3 | <input type="checkbox"/> | ziemlich schlecht informiert | 6 | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |

Q17 Welche der folgenden Arbeitsbedingungen können Sie persönlich beeinflussen und auf Ihr eigenes Wohlbefinden abstimmen?

INT.: Liste Q17 vorlegen UND vorlesen. Mehrfachnennungen möglich.

- 1 ... die Temperatur
 - 2 ... die Beleuchtung
 - 3 ... die Belüftung
 - 4 ... die Position Ihres Schreibtisches, Ihrer Werkbank oder Ihres Arbeitsplatzes
 - 5 ... die Einstellung Ihres Sitzes
 - 6 ... das Gerät, die Geräte oder Ausrüstung, die Sie benutzen
 - 7 ... anderes, und zwar:
-
- 8 gar nichts (INT.: NUR falls spontan genannt!)
 - 9 weiß nicht

INSTITUTSEINTRAGUNG:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q18a Wie häufig im Monat arbeiten Sie normalerweise nachts, d.h. mindestens zwei Stunden zwischen 22.00 Uhr abends und 5.00 Uhr morgens?

INT.: Anzahl in Kästchen eintragen. Falls "keinmal" 00 eintragen.

Nächte pro Monat

Q18b Und wie häufig im Monat arbeiten Sie sonntags?

INT.: Anzahl in Kästchen eintragen. Falls "keinmal" 0 eintragen.

Sonntage pro Monat

Q18c Und wie häufig samstags?

INT.: Anzahl in Kästchen eintragen. Falls "keinmal" 0 eintragen.

Samstage pro Monate

Q19 Arbeiten Sie im Schichtdienst, d.h. abwechselnd z.B. Frühschicht, Spätschicht oder Nachtschicht, bzw. haben Sie unregelmäßige Arbeitszeiten?

Falls ja: In wie vielen Schichten arbeiten Sie?

- 1 nein, arbeite nicht im Schichtdienst/ habe keine unregelmäßigen Arbeitszeiten
- 2 ja, ich habe unregelmäßige Arbeitszeiten, aber keinen Schichtdienst
- 3 ja, 2 Schichten
- 4 ja, 3 Schichten
- 5 ja, 4 Schichten
- 6 ja, 5 Schichten und mehr
- 7 weiß nicht

Q20 Sagen Sie bitte mir bei den folgenden Aussagen – einfach mit ja oder nein –, ob sie auf Sie zutreffen oder nicht.

INT.: Aussagen einzeln vorlesen und Antwort jeweils entsprechend ankreuzen.

	ja, trifft zu 1	nein, trifft nicht zu 2	weiß nicht 3
... Sie können, wenn nötig, Hilfe von Kollegen bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie können Ihre Pause machen, wann Sie wollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie können frei entscheiden, wann Sie Urlaub oder freie Tage nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie haben für jeden Tag feste Zeiten für Arbeitsbeginn und Arbeitsschluß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie haben genug Zeit, Ihre Arbeit zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie haben einen sicheren Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q21 Insgesamt gesehen, ist Ihr Arbeitstempo abhängig ...
 INT: Aussagen einzeln vorlesen und Antwort jeweils entsprechend ankreuzen.

	ja	nein	weiß nicht	
	1	2	3	
+ ... von der Arbeit der Kollegen? +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... von direkten Anforderungen von Personen wie z.B. Kunden, Fahrgästen, Schüler, Studenten, Patienten usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... von Produktionsvorgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

... von der automatischen Geschwindigkeit einer Maschine oder der Produktbewegung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... von der direkten Kontrolle Ihres Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Q22 Können Sie sich folgendes aussuchen bzw. ändern?
 INT: Vorlesen und Antwort jeweils entsprechend ankreuzen.

	ja	nein	weiß nicht
	1	2	3
... die Reihenfolge Ihrer Aufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Arbeitsweise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihr Arbeitstempo oder Ihren Arbeitsrhythmus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q23 Schließt die Arbeit, die Sie hauptsächlich ausüben, im allgemeinen folgendes ein?
 INT: Vorlesen und Antwort jeweils entsprechend ankreuzen.

	ja	nein	weiß nicht	
	1	2	3	
+ ... die Erfüllung präziser Qualitätsstandards +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... die Einschätzung der Qualität Ihrer eigenen Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... das selbständige Lösen von unvorhergesehenen Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

... über Abteilungsangelegenheiten entscheiden, wie z.B. die Aufgabenverteilung, Einstellung von Personal, Produktionsziele, Zeitpläne usw., möglicherweise gemeinsam mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... wechselnde Übernahme von Arbeiten durch Sie und Ihre Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... eintönige Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

... komplexe Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Neues lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Q24 Was glauben Sie, wie gut erfüllen Sie mit Ihren Fähigkeiten die Anforderungen, die Ihre Arbeit an Sie stellt?
 Würden Sie sagen ...

INT: Liste Q24 vorlegen UND vorlesen.

- 1 ... die Anforderungen sind zu hoch,
- 2 ... Ihre Fähigkeiten und die Anforderungen passen zusammen oder
- 3 ... die Anforderungen sind zu niedrig?
- 4 weiß nicht

Q25 Haben Sie in den letzten 12 Monaten zur Verbesserung Ihrer Fähigkeiten an einer Schulung oder Fortbildung teilgenommen, die von Ihrem Arbeitgeber bezahlt oder durchgeführt wurde?

Falls ja: Und wie viele Tage waren das insgesamt?

INT: Anzahl Tage in Kästchen dreistellig eintragen. Bei Bedarf vornullen. Falls "nein" 000 eintragen.

+

Tage für Schulung/Fortbildung in den letzten 12 Monaten

Q26 Wenn Sie einmal an die letzten 12 Monate zurückdenken: Welche der folgenden Dinge sind da vorgekommen?

INT.: Vorlesen und Antwort jeweils entsprechend ankreuzen.

	ja	nein	weiß nicht
	1	2	3
... Sie hatten mit Ihrem Vorgesetzten ein offenes Gespräch über Ihre Arbeitsleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie wurden nach Ihrer Meinung gefragt zu Änderungen in der Arbeitsorganisation und/oder bei Ihren Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie haben mit Ihrem Vorgesetzten über Probleme gesprochen, die mit der Arbeit zusammenhängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie haben mit Ihren Kollegen über Probleme gesprochen, die mit der Arbeit zusammenhängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie haben mit dem Betriebsrat über Probleme gesprochen, die mit der Arbeit zusammenhängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q27 Sind Sie persönlich in den letzten 12 Monaten bei der Arbeit folgenden Dingen ausgesetzt gewesen?

INT.: Vorlesen und Antwort jeweils entsprechend ankreuzen.

	ja	nein	weiß nicht
	1	2	3
... körperlicher Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Einschüchterungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Diskriminierung aufgrund Ihres Geschlechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sexueller Belästigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Diskriminierung aufgrund Ihres Alters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Diskriminierung aufgrund Ihrer Rasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Diskriminierung aufgrund einer Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Diskriminierung aufgrund Ihrer Nationalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q28 Würden Sie sagen, daß es an Ihrem Arbeitsplatz Chancengleichheit für Männer und Frauen gibt?

- 1 ja, gibt Chancengleichheit
- 2 nein, es gibt mehr Chancen für Männer
- 3 nein, es gibt mehr Chancen für Frauen
- 4 sonstiges (INT.: NUR falls spontan genannt!)
- 5 weiß nicht

Q29 Ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter ein Mann oder eine Frau?

- 1 ein Mann
- 2 eine Frau
- 3 habe keinen Vorgesetzten (INT.: NUR falls spontan genannt)

Q30 Einmal abgesehen von dem, was gesetzlich vorgeschrieben ist: Bietet Ihr Unternehmen/ Ihr Arbeitgeber darüberhinaus folgende zusätzliche Leistungen?

INT.: Vorlesen und Antwort jeweils entsprechend ankreuzen.

	ja 1	nein 2	nicht zutreffend 3	weiß nicht 3
... Sonderurlaub bei Krankheit eines Kindes (das ist die Zeit, die Sie zu Hause bleiben können, um ein krankes Kind zu pflegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Mutterschutz-Fristen (das ist die Zeit, die eine Frau vor und nach der Geburt eines Kindes zu Hause bleiben kann)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Erziehungsurlaub (das ist die Zeit, die eine Mutter oder ein Vater zu Hause bleiben kann, um sich um ein sehr kleines Kind zu kümmern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Kindertagesbetreuung (d.h. Ihr Unternehmen/Arbeitgeber stellt die Tagesbetreuung für Ihr Kind zur Verfügung oder unterstützt sie finanziell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q31 Glauben Sie, daß Ihre Gesundheit und Ihre Sicherheit durch Ihre Arbeit gefährdet sind?

1 ja 2 nein 3 weiß nicht

Q32 An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten konnten Sie nicht zur Arbeit gehen wegen gesundheitlicher Probleme, die durch Ihre hauptsächlich ausgeübte berufliche Tätigkeit verursacht wurden?

INT.: Anzahl Fehltage in Kästchen eintragen. Falls "keinen Tag" 000 eintragen.

Fehltage in den letzten 12 Monaten

Q33 Haben Sie in den letzten 5 Jahren Ihren Arbeitsplatz gewechselt, um eine gesündere oder weniger gefährliche Tätigkeit auszuüben?

1 ja, habe ich
2 nein, aber ich habe es versucht
3 nein, und ich habe es auch nicht versucht

Q34 Beeinträchtigt Ihre Arbeit Ihre Gesundheit?
Falls ja: Und in welcher Weise beeinträchtigt sie Ihre Gesundheit?
INT.: Liste Q34 vorlegen UND vorlesen. Mehrfachnennungen möglich.

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nein, sie beeinträchtigt meine
Gesundheit nicht | 1 <input type="checkbox"/> ... ja, allgemeine Erschöpfung |
| 2 <input type="checkbox"/> ... ja, Probleme mit den Ohren | 2 <input type="checkbox"/> ... ja, Schlafstörungen |
| 3 <input type="checkbox"/> ... ja, Probleme mit den Augen | 3 <input type="checkbox"/> ... ja, Allergien |
| 4 <input type="checkbox"/> ... ja, Hautprobleme | 4 <input type="checkbox"/> ... ja, Herzkrankheiten |
| 5 <input type="checkbox"/> ... ja, Rückenschmerzen | 5 <input type="checkbox"/> ... ja, Angst |
| 6 <input type="checkbox"/> ... ja, Kopfschmerzen | 6 <input type="checkbox"/> ... ja, Reizbarkeit |
| 7 <input type="checkbox"/> ... ja, Magenschmerzen | 7 <input type="checkbox"/> ... ja, persönliche Probleme |
| 8 <input type="checkbox"/> ... ja, Muskelschmerzen in den
Armen oder Beinen | 8 <input type="checkbox"/> sonstiges (INT.: NUR falls spontan
genannt!) |
| 9 <input type="checkbox"/> ... ja, Atembeschwerden | 9 <input type="checkbox"/> meine Arbeit wirkt sich positiv auf meine
Gesundheit aus (INT.: NUR falls spontan
genannt!) |
| 0 <input type="checkbox"/> ... ja, Stress | 0 <input type="checkbox"/> weiß nicht |

Q35 Fällt Ihnen Ihre Arbeit aufgrund eines chronischen oder dauerhaften gesundheitlichen Problems, das Sie haben, schwerer?

Falls ja: Und wie oft kommt das vor?

INT.: Liste Q35 vorlegen UND vorlesen.

- | | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | nein, nie | 5 | <input type="checkbox"/> | ... ja, ungefähr die Hälfte der Zeit |
| 2 | <input type="checkbox"/> | ... ja, ständig | 6 | <input type="checkbox"/> | ... ja, ungefähr 1/4 der Zeit |
| 3 | <input type="checkbox"/> | ... ja, fast ständig | 7 | <input type="checkbox"/> | ... ja, aber sehr selten |
| 4 | <input type="checkbox"/> | ... ja, ungefähr 3/4 der Zeit | 8 | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |

Q36 Einmal alles in allem gesehen: Sind Sie mit Ihrem derzeit ausgeübten Hauptberuf sehr zufrieden, ziemlich zufrieden, nicht sehr zufrieden oder überhaupt nicht zufrieden?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | sehr zufrieden | 4 | <input type="checkbox"/> | überhaupt nicht zufrieden |
| 2 | <input type="checkbox"/> | ziemlich zufrieden | 5 | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 3 | <input type="checkbox"/> | nicht sehr zufrieden | | | |

STATISTIK

Fragen D1 bis D6 entfallen!

Abschließend noch ein paar Fragen zur Statistik.

+ D7 Wie ist Ihr Familienstand? +

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|---|--------------------------|-----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | ledig, ohne Partner im Haushalt | 4 | <input type="checkbox"/> | geschieden |
| 2 | <input type="checkbox"/> | verheiratet | 5 | <input type="checkbox"/> | getrennt lebend |
| 3 | <input type="checkbox"/> | unverheiratet zusammenlebend | 6 | <input type="checkbox"/> | verwitwet |

D8 Wie alt waren Sie, als Sie mit Ihrer Schul- bzw. Universitätsausbildung aufgehört haben?

INT.: Genaues Alter eintragen. Falls Befragte(r) zur Zeit noch in der Ausbildung: "00" eintragen.

 Jahre

Fragen D9 bis D11 entfallen!

D12 Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen ?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|------------|---|--------------------------|---------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1 Person | 6 | <input type="checkbox"/> | 6 Personen |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2 Personen | 7 | <input type="checkbox"/> | 7 Personen |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3 Personen | 8 | <input type="checkbox"/> | 8 Personen |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 4 Personen | 9 | <input type="checkbox"/> | 9 Personen und mehr |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 5 Personen | | | |

+ D13 Wie viele Kinder unter 15 Jahren leben ständig in Ihrem Haushalt? +

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----------|---|--------------------------|-------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1 Kind | 6 | <input type="checkbox"/> | 6 Kinder |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2 Kinder | 7 | <input type="checkbox"/> | 7 Kinder |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3 Kinder | 8 | <input type="checkbox"/> | 8 Kinder |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 4 Kinder | 9 | <input type="checkbox"/> | 9 Kinder und mehr |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 5 Kinder | 0 | <input type="checkbox"/> | keine |

Fragen D14 bis D18 entfallen!

D19a Sind Sie in Ihrem Haushalt diejenige Person, die hauptsächlich für den Einkauf und den Haushalt zuständig ist?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----|---|--------------------------|------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Ja | 2 | <input type="checkbox"/> | Nein |
|---|--------------------------|----|---|--------------------------|------|

D19b Und sind Sie in Ihrem Haushalt diejenige Person, die am meisten zum Haushaltseinkommen beiträgt?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----|---|--------------------------|------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Ja | 2 | <input type="checkbox"/> | Nein |
|---|--------------------------|----|---|--------------------------|------|

Fragen D20 bis D29 entfallen!

D30 Besitzen Sie privat ein Telefon?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----|---|--------------------------|------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Ja | 2 | <input type="checkbox"/> | Nein |
|---|--------------------------|----|---|--------------------------|------|

INTERVIEWERPROTOKOLL

ACHTUNG INTERVIEWER:

Fragen P1 bis P5 sind nicht mehr abzufragen, aber unbedingt alle Angaben zur Interviewdurchführung eintragen:

P1 Datum des Interviews:

Tag

Monat

P2 Interviewbeginn (Uhrzeit)

Stunde

Minute

P3 Interviewdauer (Minuten)

Minuten

P4 Während des Interviews waren anwesend:

1 zwei Personen (Befragte(r) und Interviewer)

3 vier Personen

2 drei Personen

4 fünf Personen und mehr

P5 Mitarbeit der/des Befragten

1 sehr gut

3 mittel

2 gut

4 schlecht

Die folgenden Fragen sind nicht vom Interviewer auszufüllen.
Angaben werden vom Institut ausgefüllt.

P6 Ortsgröße (BIK)

1 unter 2.000 Einwohner

5 50.000 bis unter 100.000 Einwohner

2 2.000 bis unter 5.000 Einwohner

6 100.000 bis unter 500.000 Einwohner

3 5.000 bis unter 20.000 Einwohner

7 500.000 und mehr Einwohner

4 20.000 bis unter 50.000 Einwohner

P7 Postleitzahl

P8 Pointnummer

Hiermit versichere ich, das Interview genau nach den Anweisungen des Instituts durchgeführt zu haben.

. 95

Datum des Interviews

Unterschrift des Interviewers

INTERVIEWER-NR. bitte auf der ersten Seite oben rechts eintragen!!

© European Communities
The Eurobarometer questionnaires are reproduced
by permission of its publishers,
the Office for Official Publications of the European Communities,
2 rue Mercier, L-2985 Luxembourg