

# Schweizer Kohorte von Gesundheitsfachkräften und pflegenden Angehörigen

## Follow-up-Fragenbogen SCOHPICA 2024

Willkommen!

Zuerst möchten wir Ihnen herzlich für Ihre kontinuierliche Teilnahme an diesem Projekt danken, das den Gesundheitsfachkräfte gewidmet ist. Ihr Engagement und Ihre Mitarbeit jedes Jahr sind entscheidend, denn die Botschaft, die wir den Akteuren des Gesundheitssystems vermitteln möchten, wird umso stärker sein, wenn weiterhin eine grosse Anzahl von Gesundheitsfachkräfte darauf reagiert.

Bitte lesen Sie die wenigen Informationen unten, bevor Sie den Fragebogen ausfüllen.

- In den folgenden Bildschirmen schlagen wir Ihnen Fragen oder Aussagen vor, die sich auf Sie und Ihre Arbeit beziehen. Wir bitten Sie, die Fragen entsprechend Ihrer derzeitigen Situation und Erfahrung zu beantworten.
- Sie können den Fragebogen auch dann beantworten, wenn sich Ihre berufliche Situation geändert hat oder Sie derzeit nicht mehr berufstätig sind. Wenn Sie nicht mehr in direktem Kontakt mit Patienten/innen arbeiten, ist Ihre Teilnahme umso wichtiger!
- In diesem Jahr besteht der Fragenbogen aus zwei Teilen. Zunächst beantworten Sie Fragen zu Ihrer aktuellen Situation. Am Ende dieses Teils müssen Sie auf den angezeigten Link klicken, um zu einer Schnittstelle zuzugreifen, auf der Sie Informationen über Ihren beruflichen Werdegang in einen «Kalender» eintragen können.
- Sie werden vielleicht feststellen, dass einige Fragen, denen der vorherigen Umfrage ähneln. Diese Wiederholung ist für die Kohärenz der Betreuung notwendig, da wir so die Entwicklung Ihrer Situation nachvollziehen können. Wir laden Sie daher ein, erneut darauf zu antworten.
- Schliesslich hat SCOHPICA seit seinem Start im Jahr 2022 die Antworten zahlreicher Gesundheitsfachkräfte aus den verschiedensten Berufen, Praxisorten und Tätigkeitsbereichen gesammelt. Diese Vielfalt ist die eigentliche Stärke des SCOHPICA-Projekts. Sollten einige Fragen nicht genau Ihrer Realität entsprechen, entschuldigen wir uns im Voraus dafür und bitten Sie, sie trotzdem zu beantworten, soweit dies möglich ist.

Für weitere Informationen können Sie dem SCOHPICA-Team unter folgender Adresse schreiben [scohpic@unisanté.ch](mailto:scohpic@unisanté.ch).

# Ihre berufliche Tätigkeit

**Arbeiten Sie derzeit im Gesundheitswesen in direktem Kontakt mit Patienten/Kunden/Bewohnern?**

☐ Ja

☐ Nein

**Wie sieht Ihre derzeitige Situation aus? (Mehrfachnennungen möglich)**

- ☐ Berufstätig (inkl. Krankschreibung, Mutterschaftsurlaub, Vaterschaftsurlaub, Militärdienst, Zivildienst, unbezahlte Ferien)
- ☐ Arbeitssuchend
- ☐ Nicht berufstätig wegen Invalidität
- ☐ Hausfrau/Hausmann
- ☐ Pensioniert
- ☐ In Ausbildung/Studentin bzw. Student/Auszubildende bzw. Auszubildender
- ☐ In Umschulung
- ☐ Arbeitslos und nicht arbeitssuchend
- ☐ Sonstige

Geben Sie bitte etwaige sonstige Rahmen an:

**Aus welchen Gründen arbeiten Sie nicht mehr im direkten Kontakt mit Patienten/Kunden/Bewohnern?**

**Sind Sie im Gesundheitsbereich geblieben?**

☐ Ja

☐ Nein

**Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?**

**Welche berufliche Stellung haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)**

- ☐ Arbeitnehmer/-in (Sie arbeiten für eine andere Person)
- ☐ Selbständig (Sie arbeiten auf eigene Rechnung)
- ☐ Geschäftsführer/-in (GmbH) oder im Vorstand (AG) (Sie sind bei Ihrem Unternehmen angestellt)

### Welchen Beschäftigungsgrad haben Sie?

	100%	95%	90%	85%	80%	75%	70%	65%	60%	55%	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%	15%	10%	5%
Arbeitnehmer/-in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbständig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschäftsführer/-in (GmbH) oder im Vorstand (AG) (Sie sind bei Ihrem Unternehmen angestellt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Welche dieser beruflichen Stellungen betrachten Sie als Ihre hauptsächliche Stellung (entsprechend Ihres persönlichen Einsatzes)?

- ☐ Arbeitnehmer/-in
- ☐ Selbständig
- ☐ Geschäftsführer/-in (GmbH) oder im Vorstand (AG) (Sie sind bei Ihrem Unternehmen angestellt)

### In welchem Rahmen üben Sie Ihren Beruf aus? (Mehrfachnennungen möglich)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zu Hause   | <input type="checkbox"/> Medizinisches Gesundheitszentrum   |
| <input type="checkbox"/> Einzel- oder Zweierpraxis  | <input type="checkbox"/> Geburtshaus  |
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis  | <input type="checkbox"/> Gefängnisumgebung  |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitationszentrum (Rehaklinik)                                    | <input type="checkbox"/> Asylmilieu   |
| <input type="checkbox"/> Sozialmedizinisches Zentrum/Hauspflege/Spitex                          | <input type="checkbox"/> Schulisches Umfeld   |
| <input type="checkbox"/> Alters- und Pflegeheim (APH)   | <input type="checkbox"/> NGO/Verein/Stiftung  |
| <input type="checkbox"/> Unternehmen  | <input type="checkbox"/> Apotheke (Offizin und/oder Spital)   |
| <input type="checkbox"/> Öffentliches Krankenhaus (stationär und Poliklinik, inkl. Psychiatrie) | <input type="checkbox"/> Versicherung   |
| <input type="checkbox"/> Privates Spital bzw. Privatklinik                                      | <input type="checkbox"/> Pharmaunternehmen  |
| <input type="checkbox"/> Notfalleinrichtung / Soforthilfe / Ambulanz                            | <input type="checkbox"/> Forschungseinrichtung  |
| <input type="checkbox"/> Höhere/berufliche Bildungseinrichtung                                  | <input type="checkbox"/> Öffentliche Gesundheitsdienste (kommunal, regional, kantonal, eidgenössisch) |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung für Pflegebedürftige (kein APH)                            | <input type="checkbox"/> Sonstige   |
| <input type="checkbox"/> Medizinisches Labor  |   |

Bitte geben Sie an, in welchem anderen Rahmen:

**Bitte ordnen Sie Ihre Antworten nach dem Grad Ihres persönlichen Engagements in diesen Kontexten:**

Zu Hause  
Einzel- oder Zweierpraxis  
Gemeinschaftspraxis  
Rehabilitationszentrum (Rehaklinik)  
Sozialmedizinisches Zentrum/Hauspflege/Spitex  
Alters- und Pflegeheim (APH)  
Unternehmen  
Öffentliches Krankenhaus (stationär und Poliklinik, inkl. Psychiatrie)  
Privates Spital bzw. Privatklinik  
Notfalleinrichtung / Soforthilfe / Ambulanz  
Höhere/berufliche Bildungseinrichtung  
Einrichtung für Pflegebedürftige (kein APH)  
Medizinisches Labor  
Medizinisches Gesundheitszentrum  
Geburtshaus  
Gefängnisumgebung  
Asylmilieu  
Schulisches Umfeld  
NGO/Verein/Stiftung  
Apotheke (Offizin und/oder Spital)  
Versicherung  
Pharmaunternehmen  
Forschungseinrichtung  
Öffentliche Gesundheitsdienste (kommunal, regional, kantonale, eidgenössisch)  
Sonstige ([pro\_context\_Autre])

**Im vergangenen Jahr gaben Sie an, als [profession] zu arbeiten. Ist dies gegenwärtig noch der Fall?**

☐ Ja

☐ Nein

### Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Rettungssanitäter/-in                   | <input type="radio"/> Pflegeexpertin/-experte APN   | <input type="radio"/> Podologin/Podologe   |
| <input type="radio"/> Zahnmedizinische-r Assistent-in         | <input type="radio"/> Diplomierte Pflegefachperson  | <input type="radio"/> Psychologin/Psychologe   |
| <input type="radio"/> Betriebsassistent-in in einer Apotheke  | <input type="radio"/> Dipl. Expertin/Experte NDS  | <input type="radio"/> Psychologische Psychotherapeutin/psychologischer Psychotherapeut |
| <input type="radio"/> Fachfrau/-mann Apotheke                 | <input type="radio"/> Logopädin/Logopäde  | <input type="radio"/> Hebamme  |
| <input type="radio"/> Medizinische-r Assistent-in/Sekretär-in | <input type="radio"/> Ärztin/Arzt   | <input type="radio"/> Techniker-in für den Rettungsdienst                              |
| <input type="radio"/> Fachfrau/-mann Betreuung                | <input type="radio"/> Orthoptist/-in  | <input type="radio"/> Biomedizinische Analytikerin/biomedizinischer Analytiker         |
| <input type="radio"/> Chiropraktorin/Chiropraktor             | <input type="radio"/> Osteopath/-in   | <input type="radio"/> Radiologiefachfrau/-mann   |
| <input type="radio"/> Zahnärztin/Zahnarzt                     | <input type="radio"/> Pflegeassistent/-in (Assistent/-in Gesundheit und Soziales, Pflegehelfer/-in SRK, Pflegehelfer/-in)                 | <input type="radio"/> Fachfrau/-mann Operationstechnik                                 |
| <input type="radio"/> Ernährungsberater/-in                   | <input type="radio"/> Pflegepersonal auf mittlerer Stufe (Fachfrau/-mann Gesundheit, Pflegefachfrau/-mann DN1, Krankenpfleger/-in FA SRK) | <input type="radio"/> Technologin/Technologie für medizinische Geräte/Produkte         |
| <input type="radio"/> Ergotherapeut/-in                       | <input type="radio"/> Apotheker/-in   | <input type="radio"/> Komplementärtherapeut-in   |
| <input type="radio"/> Dentalhygieniker/-in                    | <input type="radio"/> Physiotherapeut/-in   | <input type="radio"/> Sonstige   |

Geben Sie bitte etwaige sonstige Berufe an

### Welches Fachgebiet haben Sie? (Geben Sie bei mehreren Fachgebieten das Fachgebiet an, in dem Sie hauptsächlich tätig sind.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Berater/-in Frühe Kindheit HFP   | <input type="radio"/> Fachexpertin/-experte in geriatrischer und psychogeriatrischer Pflege HFP |
| <input type="radio"/> Fachexperte/-expertin in Diabetesfachberatung HFP                      | <input type="radio"/> Expertin/Experte Intensivpflege NDS HF                                    |
| <input type="radio"/> Fachexpertin/-experte für Infektionsprävention im Gesundheitswesen HFP | <input type="radio"/> Fachexpertin/-experte in Nephrologiepflege HFP                            |
| <input type="radio"/> Expertin/Experte Anästhesiepflege NDS HF                               | <input type="radio"/> Fachexpertin/-experte in Palliative Care HFP                              |
| <input type="radio"/> Fachexpertin/-experte in Onkologiepflege HFP                           | <input type="radio"/> Pflegefachfrau/-mann Überwachungspflege                                   |
| <input type="radio"/> Expertin/Experte Notfallpflege NDS HF                                  | <input type="radio"/> Spezialist/-in für angewandte Kinästhetik BP                              |
| <input type="radio"/> Fachexpertin/-experte in Psychiatriepflege HFP                         | <input type="radio"/> Ich habe kein Fachgebiet  |

**Welches Fachgebiet haben Sie? (Geben Sie bei mehreren Fachgebieten das Fachgebiet an, in dem Sie hauptsächlich tätig sind.)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Praktische Ärztin / praktischer Arzt                            | <input type="radio"/> Endokrinologie/Diabetologie                 | <input type="radio"/> Neurologie   |
| <input type="radio"/> In Weiterbildung zum Facharzt/Fachärztin FMH                    | <input type="radio"/> Gastroenterologie                           | <input type="radio"/> Medizinische Onkologie   |
| <input type="radio"/> Allergologie und klinische Immunologie                          | <input type="radio"/> Medizinische Genetik                        | <input type="radio"/> Ophthalmologie   |
| <input type="radio"/> Anästhesiologie   | <input type="radio"/> Gynäkologie und Geburtshilfe                | <input type="radio"/> Oto-Rhino-Laryngologie   |
| <input type="radio"/> Angiologie  | <input type="radio"/> Hämatologie                                 | <input type="radio"/> Pathologie   |
| <input type="radio"/> Kardiologie   | <input type="radio"/> Infektiologie                               | <input type="radio"/> Pädiatrie  |
| <input type="radio"/> Chirurgie   | <input type="radio"/> Arbeitsmedizin                              | <input type="radio"/> Klinische Pharmakologie und Toxikologie                            |
| <input type="radio"/> Herzchirurgie, Gefäßchirurgie und Thoraxchirurgie               | <input type="radio"/> Intensivmedizin                             | <input type="radio"/> Pneumologie  |
| <input type="radio"/> Handchirurgie   | <input type="radio"/> Allgemeine Innere Medizin (inkl. Geriatrie) | <input type="radio"/> Prävention und Gesundheit  |
| <input type="radio"/> Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie                            | <input type="radio"/> Rechtsmedizin                               | <input type="radio"/> Psychiatrie und Psychotherapie                                     |
| <input type="radio"/> Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats | <input type="radio"/> Nuklearmedizin                              | <input type="radio"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapie |
| <input type="radio"/> Pädiatrische Chirurgie  | <input type="radio"/> Pharmazeutische Medizin                     | <input type="radio"/> Radiologie   |
| <input type="radio"/> Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie            | <input type="radio"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation    | <input type="radio"/> Radio-Onkologie / Strahlentherapie                                 |
| <input type="radio"/> Thoraxchirurgie   | <input type="radio"/> Tropenmedizin und Reisemedizin              | <input type="radio"/> Rheumatologie  |
| <input type="radio"/> Gefäßchirurgie  | <input type="radio"/> Nephrologie                                 | <input type="radio"/> Urologie   |
| <input type="radio"/> Dermatologie und Venerologie                                    | <input type="radio"/> Neurochirurgie                              | <input type="radio"/> Sonstige   |
- Bitte geben Sie das Fachgebiet genauer an

**Welche Ausbildung als Pflegeexpertin/-experte haben Sie absolviert ?**

- ☐ Clinical Nurse Specialist (Master of Science in Nursing)
- ☐ Nurse Practitioner (Master of Science in Nursing)

**Welche Ausbildung als Pflegepersonal auf mittlerer Stufe haben Sie absolviert?**

- ☐ Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe)
- ☐ Pflegefachfrau/-mann DN I
- ☐ Praktische Krankenpflege (PKP)

**Welche Ausbildung als Pflegeassistent haben Sie absolviert?**

- ☐ Assistent/-in Gesundheit und Soziales oder Pflegeassistent/-in
- ☐ Pflegehelfer/-in SRK
- ☐ Pflegehelfer/-in (ohne Ausbildung oder mit interner Ausbildung in der Einrichtung)

**Welche Ausbildung als Dipl. Pflegefachfrau/-mann haben Sie absolviert ?**

- ☐ Pflegefachfrau/-mann BSN (Bachelor of Science in Nursing)
- ☐ Pflegefachfrau/-mann FH BScN (Bachelor of Science in Pflege)
- ☐ Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF
- ☐ Pflegefachfrau/-mann DN II
- ☐ Pflegefachfrau/-mann für allgemeine Krankenpflege (AKP)
- ☐ Pflegefachfrau/-mann Psychiatrie (PSY KP)
- ☐ Pflegefachfrau/-mann Kinderkrankenpflege, Wochen- und Säuglingspflege (KWS)
- ☐ Pflegefachfrau/-mann integrierte Versorgung
- ☐ Vom Schweizer Roten Kreuz anerkannter ausländischer Ausbildungsabschluss, der zur Ausübung einer Tätigkeit als dipl. Pflegefachfrau/-mann berechtigt

**Welche Ausbildung zur Dipl. Expertin NDS/zum Dipl. Experte NDS haben Sie absolviert?**

**Haben Sie in den letzten 12 Monaten an einer zertifizierenden Ausbildung teilgenommen?**

- ☐ Ja ☐ Nein

**Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Tag? (einschliesslich Überstunden und alle Arbeitsstellen zusammengerechnet, wenn Sie mehrere Arbeitsstellen haben)**

Stunden

Minuten

**Wie viele Tage arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche? (Berücksichtigen Sie ausschließlich ihre Beschäftigung im Gesundheitswesen).**

Tage

**Haben Sie eine leitende Funktion (ausser Betreuung von Praktikanten und Auszubildende)?**

- ☐ Ja ☐ Nein

**Für wie viele Personen sind Sie verantwortlich?**

- ☐ Zwischen 1 und 10
- ☐ Zwischen 11 und 20
- ☐ Zwischen 21 und 30
- ☐ Zwischen 31 und 40
- ☐ Zwischen 41 und 50
- ☐ Mehr als 50

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer derzeitigen Beschäftigung.

## Arbeitsbelastung

Die folgenden Fragen betreffen die Anforderungen bei Ihrer Arbeit

	weniger als einmal im Monat oder nie	ein- bis zweimal pro Monat	ein- bis zweimal pro Woche	ein- bis zweimal pro Tag	mehrere Male pro Tag
Wie oft erfordert es Ihre Arbeit, dass Sie sehr schnell arbeiten müssen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft erfordert es Ihre Arbeit, dass Sie sehr hart arbeiten müssen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft lässt Ihre Arbeit Ihnen wenig Zeit, Dinge zu erledigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft ist sehr viel zu tun?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft kommt es vor, dass Sie mehr zu tun haben, als Sie erledigen können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Ihr Einfluss auf den Arbeitsrhythmus und Pausen/Ferien

Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Ferien machen?

Nie/fast nie  
☐

Selten  
☐

Manchmal  
☐

Oft  
☐

Sehr oft/immer  
☐

Können Sie die Arbeit unterbrechen, um mit einer/einem Arbeitskollegin/-kollegen zu sprechen?

Nie/fast nie  
☐

Selten  
☐

Manchmal  
☐

Oft  
☐

Sehr oft/immer  
☐

Wenn Sie persönliche Angelegenheiten zu erledigen haben, haben Sie dann die Möglichkeit, sich eine halbe Stunde von der Arbeit zu entfernen, ohne dass dies vorher vereinbart wurde?

Nie/fast nie  
☐

Selten  
☐

Manchmal  
☐

Oft  
☐

Sehr oft/immer  
☐

Müssen Sie Überstunden machen?

Nie/fast nie  
☐

Selten  
☐

Manchmal  
☐

Oft  
☐

Sehr oft/immer  
☐



**Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?**

Nie/fast nie  
☐

Selten  
☐

Manchmal  
☐

Oft  
☐

Sehr oft/immer  
☐

## Ressourcen (Mittelzuweisungen)

**Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.**

	Gar nicht einverstanden	Eher nicht einverstanden	Eher einverstanden	Vollkommen einverstanden
Es ist ausreichend Personal vorhanden, um die Arbeit zu erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt im Team genügend Personal, um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten/Kunden/Bewohner zu gewährleisten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt angemessene logistische/technische Unterstützung, die es mir ermöglicht, Zeit mit den Patienten/Kunden/Bewohner zu verbringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe genügend Zeit und ausreichend Gelegenheit, mit anderen Fachkräften über Probleme bei der Versorgung von Patienten/Kunden/Bewohnern zu sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich arbeite mit kompetenten Fachkräften zusammen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Ihre Möglichkeiten zu beruflichen Weiterentwicklung

**Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu lernen?**

In sehr hohem  
Mass  
☐

In hohem Mass  
☐

Zum Teil  
☐

In geringem Mass  
☐

In sehr geringem  
Mass  
☐

**Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?**

In sehr hohem  
Mass  
☐

In hohem Mass  
☐

Zum Teil  
☐

In geringem Mass  
☐

In sehr geringem  
Mass  
☐

**Haben Sie durch Ihre Arbeit die Möglichkeit, Ihre Fähigkeiten weiterzuentwickeln?**

In sehr hohem  
Mass  
☐

In hohem Mass  
☐

Zum Teil  
☐

In geringem Mass  
☐

In sehr geringem  
Mass  
☐

## Gleichgewicht zwischen Privatleben und Beruf

**Kommt es vor, dass Sie zugleich bei der Arbeit und zu Hause sein müssen?**

Ja, sicher  
☐

Ja, ab und zu  
☐

Ja, aber nur selten  
☐

Nein, gar nicht  
☐

**Beansprucht Ihre Arbeit so viel Energie, dass sich dies negativ auf Ihr Privatleben auswirkt?**

Ja, sicher  
☐

Ja, ab und zu  
☐

Ja, aber nur selten  
☐

Nein, gar nicht  
☐

**Geben Sie an, ob die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.**

**Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.**

Ja, sicher  
☐

Ja, ab und zu  
☐

Ja, aber nur selten  
☐

Nein, gar nicht  
☐

**Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.**

Ja, sicher  
☐

Ja, ab und zu  
☐

Ja, aber nur selten  
☐

Nein, gar nicht  
☐

**Ich muss arbeiten, wenn ich zu Hause bin (ausserhalb meiner Arbeitszeiten).**

Ja, sicher  
☐

Ja, ab und zu  
☐

Ja, aber nur selten  
☐

Nein, gar nicht  
☐

## Ihre Beziehung zur/zum direkten Vorgesetzten

**Ist Ihre Arbeit von einer/einem Vorgesetzten abhängig?**

☐ Ja

☐ Nein

**Bitte geben Sie an, wie häufig sich Ihr/-e direkte/-r Vorgesetzte/-r wie folgt verhält:**

	Nie/ fast nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft/ immer
Sie/er vermittelt eine klare und positive Zukunftsvision.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie/er behandelt die Mitarbeiter als vollwertige Individuen und unterstützt und fördert ihre Entwicklung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie/er ermutigt die Mitarbeiter und erkennt ihre Arbeit an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie/er fördert das Vertrauen und die Zusammenarbeit zwischen den Teammitgliedern sowie ihr Engagement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie/er regt dazu an, Probleme auf neue Art zu betrachten und hinterfragt Mutmassungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie/er vertritt klare Werte und setzt das, was sie/er befürwortet, in die Praxis um.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie/er flösst Respekt ein, erfüllt die anderen Mitarbeiter mit Stolz und inspiriert mich durch ihre/seine Kompetenz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Ihre Einbindung in Entscheidungsfindungen

**Haben Sie grossen Einfluss auf Entscheidungen, die Ihre Arbeit betreffen?**

Nie/fast nie ☐
 Selten ☐
 Manchmal ☐
 Oft ☐
 Sehr oft/immer ☐

**Haben Sie ein Mitspracherecht bei der Auswahl der Personen, mit denen Sie zusammenarbeiten?**

Nie/fast nie ☐
 Selten ☐
 Manchmal ☐
 Oft ☐
 Sehr oft/immer ☐

**Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?**

Nie/fast nie ☐
 Selten ☐
 Manchmal ☐
 Oft ☐
 Sehr oft/immer ☐

**Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die zu erledigen ist?**

Nie/fast nie  
☐

Selten  
☐

Manchmal  
☐

Oft  
☐

Sehr oft/immer  
☐

**Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?**

Nie/fast nie  
☐

Selten  
☐

Manchmal  
☐

Oft  
☐

Sehr oft/immer  
☐

**Können Sie beeinflussen, wie schnell Ihre Arbeit zu erledigen ist?**

Nie/fast nie  
☐

Selten  
☐

Manchmal  
☐

Oft  
☐

Sehr oft/immer  
☐

**Haben Sie Einfluss darauf, wie Sie Ihre Arbeit erledigen?**

Nie/fast nie  
☐

Selten  
☐

Manchmal  
☐

Oft  
☐

Sehr oft/immer  
☐

## Gefühl der Zugehörigkeit

**Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen/-kolleginnen gut?**

Nie/fast nie  
☐

Selten  
☐

Manchmal  
☐

Oft  
☐

Sehr oft/immer  
☐

**Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen/-kolleginnen gut?**

Nie/fast nie  
☐

Selten  
☐

Manchmal  
☐

Oft  
☐

Sehr oft/immer  
☐

**Fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsort als Teil einer Gemeinschaft?**

Nie/fast nie  
☐

Selten  
☐

Manchmal  
☐

Oft  
☐

Sehr oft/immer  
☐

*\*Communauté signifie ici : ensemble ou groupe de personnes qui ont des intérêts, des habitudes, des opinions communes*

## Interprofessionelle Zusammenarbeit

*Im Folgenden finden Sie Fragen und Aussagen zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen und der Bewertung der Aussagen an Ihre derzeitige Arbeitsumgebung. Wenn Sie derzeit keine Beschäftigung haben, denken Sie an Ihre letzte Arbeitsumgebung.*

**Bei wie viel Prozent Ihrer Patienten wird der jeweilige individuelle Behandlungsplan von Mitarbeitenden zweier unterschiedlicher Berufsgruppen (z.B. Pflege und Ärzte/Ärztinnen) gemeinsam entwickelt?**

- ☐ 0%
- ☐ Von 1% bis 25%
- ☐ Von 26% bis 50%
- ☐ Von 51% bis 75%
- ☐ Mehr als 75%

**Die Gesundheitsfachkräfte, mit denen ich in Kontakt stehe/arbeite...**

	Ganz und gar nicht einverstanden	Nicht einverstanden	Mässig einverstanden	Einverstanden	Völlig einverstanden
... berücksichtigen die Daten und Informationen, die von anderen Fachkräften über ihre-n Patienten-in/Klienten-in mitgeteilt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... funktionieren oder arbeiten problemlos zusammen, obwohl es bei der Aufteilung der Verantwortlichkeiten unklare Bereiche gibt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... arbeiten regelmässig zusammen, um eine gemeinsame Betreuungsstrategie zu entwickeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... tauschen untereinander relevante Informationen über ihre gemeinsamen Patienten-innen/Klienten-innen aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... arbeiten bei der Betreuung ihrer gemeinsamen Patienten-innen/Klienten-innen zusammen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**In schwierigen oder komplexen Situationen und bei Bedarf holen sich die Fachkräfte Unterstützung (Meinungen, Ratschläge) von anderen Berufsgruppen.**

Ganz und gar nicht einverstanden	Eher nicht einverstanden	Weder zustimmen noch ablehnen	Mässig einverstanden	Völlig einverstanden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# Anerkennung Ihrer Arbeit

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Art und Weise, wie Ihre Arbeit anerkannt wird. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	Gar nicht einverstanden	Eher nicht einverstanden	Weder noch	Eher einverstanden	Vollkommen einverstanden
Meine Kollegen gratulieren oder danken mir, um eine gute Arbeitsleistung hervorzuheben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Kollegen erkennen meinen Beitrag zum reibungslosen Funktionieren des Teams oder der Abteilung an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Kollegen geben mir eine spontane Einschätzung der Qualität meiner Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Kollegen zeigen mir gegenüber ihre Wertschätzung (Grüsse, Sympathie und freundliche Aufmerksamkeiten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Vorgesetzten sprechen mir Mut zu, wenn ich mit einer schwierigen Situation konfrontiert bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Vorgesetzten hören mir zu, wenn ich mit Ihnen über meine Arbeit sprechen möchte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Vorgesetzten zeigen mir gegenüber ihre Wertschätzung (Grüsse, Sympathie und freundliche Aufmerksamkeiten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Vorgesetzten erkennen meinen Wert an, indem sie mir genügend Autonomie bei meiner Tätigkeit lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Arbeitgeber bietet mir Aufstiegsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Arbeitgeber stellt mir die nötigen Mittel zur Verfügung, um effektiv zu arbeiten (Budget, Ausrüstung, Personal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Arbeitgeber bietet mir eine finanzielle Anerkennung für die Qualität meiner Arbeit (Lohnerhöhungen, Prämien, finanzielle Vorteile oder Sachleistungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Arbeitgeber bietet mir Fortbildungen an, die die Weiterentwicklung meiner Kompetenz sicherstellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Art und Weise, wie Ihre Arbeit anerkannt wird. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.**

	Ganz und gar nicht einverstanden	Eher nicht einverstanden	Weder zustimmen noch ablehnen	Mässig einverstanden	Völlig einverstanden
Patienten-innen/Klienten- innen/Bewohner-innen und/oder deren Angehörige danken mir für meine Arbeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Patienten- innen/Klienten*innen/Bewohner- innen und/oder ihre Angehörigen nehmen Rücksicht auf mich (Grüsse, Sympathie und angenehme Aufmerksamkeiten).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Arbeit wird von anderen Gesundheitsfachkräften anerkannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Akteure des Gesundheitssystems lassen mir genügend Autonomie, um meinen Beruf auszuüben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das derzeitige Gesundheitssystem bietet mir ausreichende Mittel, um effektiv zu arbeiten (Bezahlung, Ausbildungsangebot, qualifiziertes Personal).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das derzeitige Gesundheitssystem erkennt die Bedeutung und den Wert meiner Arbeit an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Vorbereitung auf die Realität des Arbeitsalltags

**Sind Sie der Meinung, dass Ihre Ausbildung Sie insgesamt gut auf Ihre berufliche Tätigkeit vorbereitet hat?**

Gar nicht  
einverstanden  
☐

Eher nicht  
einverstanden  
☐

Weder noch  
☐

Eher einverstanden  
☐

Vollkommen  
einverstanden  
☐

**Bei meiner Arbeit nutze ich das ganze Spektrum dessen, was ich gelernt habe.**

Gar nicht  
einverstanden  
☐

Eher nicht  
einverstanden  
☐

Weder noch  
☐

Eher einverstanden  
☐

Vollkommen  
einverstanden  
☐

## Sinn der Arbeit

### Ist Ihre Arbeit sinnvoll?

In sehr hohem  
Mass  
☐

In hohem Mass  
☐

Mehr oder weniger  
☐

In geringem Mass  
☐

In sehr geringem  
Mass  
☐

### Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?

In sehr hohem  
Mass  
☐

In hohem Mass  
☐

Mehr oder weniger  
☐

In geringem Mass  
☐

In sehr geringem  
Mass  
☐

## Versorgungsqualität

*Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Versorgungsqualität, die in Ihrem Arbeitskontext erbracht wird (sei es im Team, in einem Netzwerk oder im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit). Einige Fragen werden redundant zu Fragen sein, die Sie bereits beantwortet haben. Bitte beantworten Sie die Fragen trotzdem und denken Sie dabei diesmal an die Versorgungsqualität in Ihrem Arbeitsumfeld. Bitte geben Sie dazu an, inwieweit Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.*



**Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.**

	Ganz und gar nicht einverstanden	Nicht einverstanden	Mässig einverstanden	Einverstanden	Völlig einverstanden
Ich verfüge über die Unterstützungsdienste, die es mir ermöglichen, Zeit mit meinen Patienten-innen zu verbringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Gesundheitsfachkräfte haben gute Arbeitsbeziehungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Gesundheitsfachkräfte organisieren ihre Aktivität selber.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verfüge über genügend Zeit und Gelegenheit, um Probleme bei der Betreuung der Patienten*innen mit anderen Gesundheitsfachkräften (oder Kollegen-innen) zu besprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt genügend qualifizierte Gesundheitsfachkräfte im Team, um den Patienten*innen eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die Freiheit, wichtige Entscheidungen über die Patientenversorgung und meine Arbeit zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin nicht mit Situationen konfrontiert, in denen ich Dinge tun muss, die meinem professionellen Urteilsvermögen widersprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt viel Teamarbeit (Koordination) zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Art und Weise, wie die Betreuung organisiert ist, fördert deren Kontinuität.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Schlecht	Eher schlecht	Mittelmässig	Gut	Ausgezeichnet
Wie würden Sie die Qualität der Patientenversorgung in Ihrer Einrichtung/Praxis/Gesundheitshaus im Allgemeinen beschreiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Niemals	Einmal	Mehrmals im Jahr	Jeden Monat	Jede Woche
Aufgrund des Arbeitsvolumens habe ich Patienten*innen schneller entlassen und/oder ihre Betreuung vernachlässigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nicht alle Behandlungsmöglichkeiten vollständig erklärt oder nicht alle Fragen der Patienten*innen beantwortet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Fehler bei der Betreuung oder Verschreibung von Tests/Medikamenten gemacht, die nicht mit mangelndem Wissen oder mangelnder Erfahrung meinerseits in Zusammenhang standen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den sozialen oder persönlichen Folgen, welche die Krankheit für die Patienten*innen haben könnte, habe ich wenig Aufmerksamkeit geschenkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Wohlbefinden und allgemeiner Gesundheitszustand

**Wie zufrieden waren Sie in den letzten Tagen mit Ihrem Leben im Allgemeinen?**

Gar nicht zufrieden Völlig zufrieden

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

**Wie glücklich oder unglücklich fühlen Sie sich insgesamt?**

Gar nicht lohnenswert Völlig lohnenswert

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

**Wie schätzen Sie Ihre körperliche Gesundheit insgesamt ein?**

Schlecht Hervorragend

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

**Wie schätzen Sie Ihre psychische Gesundheit insgesamt ein?**

Schlecht

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Hervorragend

☐

**Wie lohnenswert sind die Dinge, die Sie in Ihrem Leben tun, Ihrer Einschätzung nach im Allgemeinen?**

Gar nicht  
lohnenswert

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Völlig  
lohnenswert

☐

**Mir ist bewusst, welchen Sinn mein Leben hat**

Gar nicht  
einverstanden

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Vollkommen  
einverstanden

☐

**Ich handle stets so, dass ich unter allen Umständen das Gute fördere, selbst in schwierigen Situationen**

Trifft auf  
mich nicht  
zu

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Trifft auf  
mich voll  
zu

☐

**Ich bin immer in der Lage, im Moment auf ein kleines Glück zu verzichten, um später ein grösseres Glück zu erleben**

Trifft auf  
mich nicht  
zu

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Trifft auf  
mich voll  
zu

☐

**Ich bin mit meinen Freundschaften und meinen Beziehungen zufrieden**

Gar nicht  
einverstanden

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Vollkommen  
einverstanden

☐

**Meine Beziehungen sind so zufriedenstellend, wie ich mir das wünsche**

Gar nicht  
einverstanden

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Vollkommen  
einverstanden

☐

**Was denken Sie insgesamt über Ihren Gesundheitszustand?**

Schlecht  
☐

Mittelmässig  
☐

Gut  
☐

Sehr gut  
☐

Hervorragend  
☐

## Erschöpfung und Stress

**Wie schätzen Sie den Grad Ihrer Erschöpfung insgesamt ein, basierend auf Ihrer Definition von Erschöpfung?**

- ☐ 1 = Ich mag meine Arbeit. Ich habe keine Erschöpfungssymptome.
- ☐ 2 = Ich bin manchmal gestresst und ich habe nicht immer so viel Energie wie früher, fühle mich jedoch nicht erschöpft.
- ☐ 3 = Ich bin auf dem Weg in eine echte Erschöpfung und ich habe eines oder mehrere Erschöpfungssymptome wie körperliche oder emotionale Erschöpfung.
- ☐ 4 = Die von mir erlebten beruflichen Erschöpfungssymptome verschwinden nicht. Ich denke oft an die Frustrationen, die ich bei der Arbeit erlebe.
- ☐ 5 = Ich fühle mich völlig erschöpft und ich frage mich oft, ob ich es schaffen werde, weiterzumachen. Ich bin an einem Punkt angelangt, wo ich vielleicht Veränderungen oder Hilfe jeglicher Art brauche.

**Stress bezeichnet eine Situation, in der sich eine Person angespannt, unruhig, nervös oder ängstlich fühlt oder nachts nicht schlafen kann, weil ihr Geist ständig unruhig ist. Fühlen Sie diese Art von Stress in diesen Tagen?**

Überhaupt nicht  
☐

Ein wenig  
☐

Mittelmässig  
☐

Stark  
☐

Extrem  
☐

## Absicht, am Arbeitsplatz zu bleiben

**Wenn Ihre Arbeitsbedingungen/Ihr Arbeitsumfeld in den nächsten Monaten gleich blieben, würden Sie Ihre derzeitige Stelle dann behalten wollen?**

Nein, gar nicht  
☐

Eher nicht  
☐

Das kommt darauf  
an  
☐

Eher ja  
☐

Ja, auf jeden Fall  
☐

**Wenn Ihre Arbeitsbedingungen/Ihr Arbeitsumfeld in den nächsten Monaten gleich blieben, würden Sie Ihren derzeitigen Beruf dann weiter ausüben wollen?**

Nein, gar nicht  
☐

Eher nicht  
☐

Das kommt darauf  
an  
☐

Eher ja  
☐

Ja, auf jeden Fall  
☐

Wenn Ihre Arbeitsbedingungen/Ihr Arbeitsumfeld in den nächsten Monaten unverändert bleiben würden, würden Sie dann im Gesundheitsbereich bleiben?

Nein, gar nicht  
☐

Eher nicht  
☐

Das kommt darauf  
an  
☐

Eher ja  
☐

Ja, auf jeden Fall  
☐

## Absicht, den Arbeitsplatz zu verlassen/Änderung der Wahrscheinlichkeit

Haben Sie in den letzten vier Wochen nach einer neuen oder zusätzlichen Arbeitsstelle gesucht?

Niemals  
☐

Einige Male  
☐

Einige Male pro  
Monat  
☐

Einige Male pro  
Woche  
☐

Täglich  
☐

Wie oft haben Sie im vergangenen Jahr daran gedacht, Ihren Beruf aufzugeben?

Niemals  
☐

Einige Male  
☐

Einige Male pro  
Monat  
☐

Einige Male pro  
Woche  
☐

Täglich  
☐

Wie oft haben Sie im vergangenen Jahr erwogen, den Gesundheitsbereich zu verlassen?

Niemals  
☐

Einige Male  
☐

Einige Male pro  
Monat  
☐

Einige Male pro  
Woche  
☐

Täglich  
☐

## Zufriedenheit insgesamt

Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?

Sehr unzufrieden  
☐

Unzufrieden  
☐

Zufrieden  
☐

Sehr zufrieden  
☐

## Ihr professioneller Werdegang

Haben Sie in den letzten 12 Monaten den Arbeitgeber gewechselt?

☐ Ja

☐ Nein

**Aus welchem Hauptgrund haben Sie Ihre letzte Arbeitsstelle verlassen?**

- ☐ Krankheit/Unfall/Gesundheitsgründe
- ☐ Entlassung
- ☐ Ende des Vertrags/des Praktikums
- ☐ Kündigung / freiwilliger Grund
- ☐ Militär-/Zivildienst
- ☐ Anderer unbeabsichtigter Grund

**Aus welchem Hauptgrund haben Sie freiwillig gekündigt/Ihre Stelle verlassen?**

- ☐ Nicht zufriedenstellende Arbeitsbedingungen
- ☐ Wunsch nach Veränderung/Beförderung
- ☐ Ausbildung / Weiterbildung
- ☐ Familiäre/persönliche Verpflichtungen
- ☐ Anderer freiwilliger Grund

**Wie hoch ist Ihr durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen in Schweizer Franken (CHF)?  
Nettoeinkommen: was Sie am Monatsende nach Abzügen erhalten.**

- ☐ Bis zu CHF 2'000
- ☐ Zwischen CHF 2'001 und CHF 4'000
- ☐ Zwischen CHF 4'001 und CHF 6'000
- ☐ Zwischen CHF 6'001 und CHF 8'000
- ☐ Zwischen CHF 8'001 und CHF 10'000
- ☐ Über CHF 10'000

**Aus wie vielen Personen besteht Ihr Haushalt?**

1
2
3
4
5
6 oder mehr

**Gibt es in Ihrem Haushalt ausser dem Ihrigen noch andere Einkünfte?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein

**Wie hoch ist Ihrem Haushalt ungefähr das gesamte monatliche Nettoeinkommen in Schweizer Franken (CHF)? Nettoeinkommen: das Einkommen, das Sie am Ende des Monats nach Abzügen erhalten.**

- ☐ Bis zu 3 000 CHF
- ☐ Zwischen 3 001 CHF und 6 000 CHF
- ☐ Zwischen 6 001 CHF und 9 000 CHF
- ☐ Zwischen 9 001 CHF und 12 000 CHF
- ☐ Zwischen 12 001 CHF und 15 000 CHF
- ☐ Mehr als 15 000 CHF

## Über Sie selbst

**Haben Sie Kinder?**

- ☐ Ja
- ☐ Nein

**Wie viele Kinder haben Sie in den folgenden Altersgruppen?**

Ich habe (Anzahl) Kind/-er im Vorschulalter (bis ca. 4 Jahre)

Ich habe (Anzahl) Kind/-er im Grundschulalter (ab ca. 4 Jahren)

Ich habe (Anzahl) Kind/-er im Sekundarschulalter (ab ca. 12 Jahren)

Ich habe (Anzahl) Kind/-er in Ausbildung (nach der Pflichtschulzeit, ab ca. 15 Jahren)

Ich habe (Anzahl) erwachsene/-s Kind/-er, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben (nach der Pflichtschulzeit)

**Wo ist Ihr Hauptarbeitsort?**

**PLZ:**

**Kanton :**

AG  
AI  
AR  
BE  
BL  
BS  
FR  
GE  
GL  
GR  
JU  
LU  
NE  
NW  
OW  
SG  
SH  
SO  
SZ  
TG  
TI  
UR  
VD  
VS  
ZG  
ZH

**Möchten Sie eine Bemerkung zu Ihrer beruflichen Situation machen und/oder einen wichtigen Aspekt hinzufügen, der im Fragebogen nicht behandelt wurde?**

**Möchten Sie Ihre Kontaktadresse ändern? (Derzeit: [email])**

☐ Ja

☐ Nein

**Geben Sie bitte hier ihre private E-Mail-Adresse an, damit wir Sie im nächsten Jahr im Rahmen der Kohorten-Kontrolle und der nächsten Befragung kontaktieren können:**

**Bitte wiederholen Sie Ihre E-Mail-Adresse zur Überprüfung:**