

# Fragebogen Mental Health in der Anwaltschaft

## Themenblock 1: Soziodemographie und beruflicher Hintergrund

1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

|                                   |                                   |                                 |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Männlich | <input type="checkbox"/> Weiblich | <input type="checkbox"/> Divers |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

2. Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an: \_\_\_\_\_

3. In welchem Kammerbezirk sind Sie tätig?

|                                       |                                    |                                       |                                             |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bamberg      | <input type="checkbox"/> Frankfurt | <input type="checkbox"/> Köln         | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt     |
| <input type="checkbox"/> Berlin       | <input type="checkbox"/> Freiburg  | <input type="checkbox"/> Mecklenburg- | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg  | <input type="checkbox"/> Hamburg   | <input type="checkbox"/> München      | <input type="checkbox"/> Stuttgart          |
| <input type="checkbox"/> Braunschweig | <input type="checkbox"/> Hamm      | <input type="checkbox"/> Nürnberg     | <input type="checkbox"/> Thüringen          |
| <input type="checkbox"/> Bremen       | <input type="checkbox"/> Karlsruhe | <input type="checkbox"/> Oldenburg    | <input type="checkbox"/> Tübingen           |
| <input type="checkbox"/> Celle        | <input type="checkbox"/> Kassel    | <input type="checkbox"/> Saarland     | <input type="checkbox"/> Zweibrücken        |
| <input type="checkbox"/> Düsseldorf   | <input type="checkbox"/> Koblenz   | <input type="checkbox"/> Sachsen      |                                             |

4. In welcher beruflichen Stellung sind Sie überwiegend tätig?

(Hier meinen wir den Teil Ihrer Tätigkeit, der mehr als 50% Ihrer Arbeitszeit ausmacht)

|                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selbstständig                                         |
| <input type="checkbox"/> Angestellt                                            |
| <input type="checkbox"/> Zu gleichen Teilen angestellt und selbstständig tätig |
| <input type="checkbox"/> Syndikusrechtsanwalt/-in                              |

5. In welcher Kanzleiform sind Sie überwiegend tätig?

(Hier meinen wir ebenfalls den Teil Ihrer Tätigkeit, der mehr als 50% Ihrer Arbeitszeit ausmacht)

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelkanzlei               |
| <input type="checkbox"/> (Partner-)Sozietät/Kanzlei  |
| <input type="checkbox"/> Unternehmen (Syndikus)      |
| <input type="checkbox"/> Behörde/Öffentlicher Dienst |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____  |

6. In welchem Rechtsgebiet sind Sie überwiegend tätig? (Mehrfachauswahl möglich)

|                                                       |                                                |                                                       |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AgrarR                       | <input type="checkbox"/> Bank-u. KapitalmarktR | <input type="checkbox"/> ErbR                         |
| <input type="checkbox"/> Gebwerbl. Rechtsschutz       | <input type="checkbox"/> ImmobilienR           | <input type="checkbox"/> Internationales WirtschaftsR |
| <input type="checkbox"/> Informationstechnologie<br>R | <input type="checkbox"/> IT-Recht              | <input type="checkbox"/> StrafR                       |

|                                                           |                                      |                                                     |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Miet-u. WohneigentumsR           | <input type="checkbox"/> SozialR     | <input type="checkbox"/> Handels- u. GesellschaftsR |
| <input type="checkbox"/> Urheber- und MedienR             | <input type="checkbox"/> VerkehrsR   | <input type="checkbox"/> VerwaltungsR               |
| <input type="checkbox"/> SportR                           | <input type="checkbox"/> ArbeitsR    | <input type="checkbox"/> Bau- und ArchitektenR      |
| <input type="checkbox"/> FamilienR                        |                                      | <input type="checkbox"/> InsolvenzR                 |
| <input type="checkbox"/> MedizinR                         | <input type="checkbox"/> MigrationsR | <input type="checkbox"/> SteuerR                    |
| <input type="checkbox"/> Transport-u. SpeditionsR         | <input type="checkbox"/> VergabeR    | <input type="checkbox"/> VersicherungsR             |
| <input type="checkbox"/> Keine Spezialisierung (Exklusiv) |                                      |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____       |                                      |                                                     |

## 7. Sind Sie Solo-Selbstständiger (ohne Mitarbeiter)?

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

### 7.1 Falls Nein: Wie viele Personen arbeiten insgesamt in Ihrer Kanzlei (mit Ihnen selbst)?

\_\_\_\_\_

## 8. Bitte nennen Sie uns das Jahr Ihrer Erstzulassung: \_\_\_\_\_

## 9. Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem sich Ihre Kanzlei befindet?

(Auch hier beziehen wir uns auf den Standort, der den überwiegenden Teil Ihrer Arbeitszeit ausmacht)

|                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kleinstadt mit bis zu 20.000 Einwohnern                        |
| <input type="checkbox"/> Mittelstadt mit mehr als 20.000 bis 100.000 Einwohnern         |
| <input type="checkbox"/> Kleinere Großstadt mit mehr als 100.000 bis 500.000 Einwohnern |
| <input type="checkbox"/> Große Großstadt mit mehr als 500.000 Einwohnern                |

## 10. Auf welcher Karrierestufe würden Sie sich einordnen?

|                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Berufseinsteiger/in (bis ca. 2 Jahre Berufserfahrung)                 |
| <input type="checkbox"/> Rechtsanwalt/in mit erster Berufserfahrung (ca. 3–5 Jahre)            |
| <input type="checkbox"/> Rechtsanwalt/in mit mehrjähriger Berufserfahrung (mehr als 5 Jahre)   |
| <input type="checkbox"/> Senior Associate / erfahrene/r angestellte/r Anwält/in                |
| <input type="checkbox"/> Partner/in oder Gesellschafter/in einer Kanzlei                       |
| <input type="checkbox"/> Selbstständige/r Rechtsanwalt/in ohne Partnerstruktur (Einzelkanzlei) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____                                            |

11. (Wenn F4: Angestellt) Sind Sie derzeit auf dem Weg zur Partnerschaft?

☐ Ja

☐ Nein

12. Bitte beschreiben Sie Ihre momentane Arbeitssituation etwas genauer:

Ich arbeite im Mittel \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche

13. Haben Sie eine vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit?

☐ Ja, \_\_\_\_\_ Stunden

☐ Nein

13.1 (Wenn F13: Ja) Arbeiten Sie im Schnitt genauso viele Stunden, wie vertraglich vereinbart?

☐ Größtenteils Ja

☐ Nein, ich arbeite weniger

☐ Nein, ich arbeite mehr

14. Haben Sie feste Kernarbeitszeiten?

☐ Ja, von \_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_ Uhr

☐ Nein

15. Bitte geben Sie an, was auf Sie zutrifft.

|                                                                                                    | Nie | Ein paar Mal<br>im Jahr | Ein paar Mal<br>im Monat | Ein paar Mal pro<br>Woche | Regelmäßig |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------|--------------------------|---------------------------|------------|
| Ich arbeite in den<br>Abendstunden                                                                 |     |                         |                          |                           |            |
| Ich arbeite während<br>meines Urlaubs (z.B.<br>Mails beantworten,<br>Schriftsätze<br>erstellen)    |     |                         |                          |                           |            |
| Ich arbeite am<br>Wochenende<br>(Sa/So)                                                            |     |                         |                          |                           |            |
| Ich arbeite auch,<br>wenn ich mich<br>eigentlich körperlich<br>nicht gut fühle (z.B.<br>Erkältung) |     |                         |                          |                           |            |
| Ich bin außerhalb<br>meiner Bürozeiten<br>persönlich<br>erreichbar                                 |     |                         |                          |                           |            |

## Themenblock 2: Zufriedenheit, Wohlbefinden & Symptome

16. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit insgesamt?

|                                           |
|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> Unzufrieden      |
| <input type="checkbox"/> Teils / Teils    |
| <input type="checkbox"/> Zufrieden        |
| <input type="checkbox"/> Sehr zufrieden   |

17. Wie würden Sie ihre aktuelle berufliche Gesamtbelastung (Stress, andere Herausforderungen) einordnen?

|                                              |
|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine Belastung     |
| <input type="checkbox"/> Wenig Belastung     |
| <input type="checkbox"/> Mittlere Belastung  |
| <input type="checkbox"/> Hohe Belastung      |
| <input type="checkbox"/> Sehr hohe Belastung |

17.1 (Wenn F17: Antwortkategorie 3-5): Denken Sie innerhalb der nächsten 12 Monate an einen Berufsausstieg bzw. -wechsel, da Sie die Gesamtbelastung als dauerhaft zu hoch einschätzen?

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein                                                 |
| <input type="checkbox"/> Unentschlossen                                       |
| <input type="checkbox"/> Ja                                                   |
| <input type="checkbox"/> Darüber habe ich mir so noch keine Gedanken gemacht. |

18. Verfügen Sie über einen oder mehrere Fachanwaltstitel?

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

19. Nehmen Sie aktuell an einer Fachanwaltsfortbildung gem. § 15 FAO teil?

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

19.1 (Wenn F19: Ja) Wie würden Sie die durch die Teilnahme an der Fachanwaltsfortbildung ausgelöste Belastung (bspw. zusätzlicher Stress, fehlende Zeit für das Tagesgeschäft) einordnen?

|                                              |
|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine Belastung     |
| <input type="checkbox"/> Wenig Belastung     |
| <input type="checkbox"/> Mittlere Belastung  |
| <input type="checkbox"/> Hohe Belastung      |
| <input type="checkbox"/> Sehr hohe Belastung |

20. (Nur Selbstständige) Haben Sie Bedenken, dass lukrative Mandate in der nahen Zukunft wegbrechen werden?

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

20.1. (Wenn F20: Ja) Wie planen sie dem zu begegnen? (Mehrfachauswahl möglich)

|                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Umfangreichere Werbemaßnahmen für die eigene Kanzlei           |
| <input type="checkbox"/> Mandate annehmen, die einzeln betrachtet weniger lukrativ sind |
| <input type="checkbox"/> Zentrales Rechtsgebiet auf andere Felder ausweiten             |
| <input type="checkbox"/> Sparmaßnahmen treffen                                          |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____                                     |

21. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihr persönliches Wohlbefinden im Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Tätigkeit als Rechtsanwältin bzw. Rechtsanwalt. Bitte geben Sie an, wie oft dies in den letzten drei Monaten auf Sie zutraf.

| In den letzten drei Monaten...                       | Nie | Selten | Manchmal | Oft | Immer |
|------------------------------------------------------|-----|--------|----------|-----|-------|
| ... war ich optimistisch in Bezug auf die Zukunft.   |     |        |          |     |       |
| ... hatte ich das Gefühl, nützlich zu sein.          |     |        |          |     |       |
| ... fühlte ich mich entspannt.                       |     |        |          |     |       |
| ... konnte ich gut mit Problemen umgehen.            |     |        |          |     |       |
| ... konnte ich klar denken.                          |     |        |          |     |       |
| ... fühlte ich mich anderen Menschen nahe.           |     |        |          |     |       |
| ... konnte ich meine eigenen Entscheidungen treffen. |     |        |          |     |       |

22. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihren Gedanken und Gefühlen während der letzten drei Monate. Bitte geben Sie für jede Frage an, wie oft Sie in entsprechender Art und Weise gedacht oder gefühlt haben.

|                                                                                                                                                 | Nie | Selten | Manch-mal | Häufig | Sehr oft |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|-----------|--------|----------|
| Wie oft hatten Sie in den letzten drei Monaten das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Arbeitsleben nicht beeinflussen zu können?                   |     |        |           |        |          |
| Wie oft hatten Sie sich in den letzten drei Monaten sicher im Umgang mit Ihren Aufgaben und Problemen gefühlt?                                  |     |        |           |        |          |
| Wie oft hatten Sie in den letzten drei Monaten das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?                             |     |        |           |        |          |
| Wie oft hatten Sie in den letzten drei Monaten das Gefühl, dass sich Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können? |     |        |           |        |          |

23. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre berufliche Tätigkeit. Bitte geben Sie an, wie häufig Sie Folgendes erleben.

|                                                                                                                             | Nie | Ein paar Mal im Jahr | Einmal im Monat | Einmal pro Woche | Ein paar Mal pro Woche | Täglich |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------|-----------------|------------------|------------------------|---------|
| Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft.                                                                      |     |                      |                 |                  |                        |         |
| Ich habe das Gefühl, dass ich bei meiner Arbeit gegenüber anderen Menschen zunehmend distanziert oder abgestumpft reagiere. |     |                      |                 |                  |                        |         |
| Ich habe das Gefühl, mit meiner Arbeit viel zu bewirken.                                                                    |     |                      |                 |                  |                        |         |

24. Wie stark wurde Ihre Schlafqualität in den letzten 3 Monaten durch berufliche Aspekte beeinflusst?  
(z.B. abendliches Nachdenken über berufliche Themen, Gedankenkarussell, Stress, Anspannung, Versagensängste)

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gar nicht                      |
| <input type="checkbox"/> Geringfügig                    |
| <input type="checkbox"/> Teils / Teils                  |
| <input type="checkbox"/> Stark                          |
| <input type="checkbox"/> Sehr stark                     |
| <input type="checkbox"/> Von Tag zu Tag unterschiedlich |

**25. Wie bewerten Sie Ihre Konzentrationsfähigkeit im Arbeitsalltag?**

|                                        |
|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sehr gut      |
| <input type="checkbox"/> Gut           |
| <input type="checkbox"/> Mittel        |
| <input type="checkbox"/> Eher schlecht |
| <input type="checkbox"/> Schlecht      |

**26. Würden Sie sich selbst im beruflichen Kontext als leicht reizbar beschreiben?** *(z.B. laut werden ggü. Mitarbeitenden, Dinge auf den Boden werfen, Türen knallen)*

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trifft gar nicht zu  |
| <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu |
| <input type="checkbox"/> Teils/Teils          |
| <input type="checkbox"/> Trifft eher zu       |
| <input type="checkbox"/> Trifft völlig zu     |

**27. Wie häufig nehmen Sie körperliche Stresssignale (z.B. Augenzucken, Panikattacken), die sich auf Ihre Arbeit zurückführen lassen, bei sich selbst wahr?**

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gar nicht            |
| <input type="checkbox"/> Ein paar Mal im Jahr |
| <input type="checkbox"/> Etwa einmal im Monat |
| <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat    |
| <input type="checkbox"/> Mehrmals pro Woche   |

**28. Haben Sie den Eindruck, dass Müdigkeit bzw. Überlastung Ihren beruflichen Alltag negativ beeinflussen?**

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein, das ist nicht der Fall |
| <input type="checkbox"/> Hin und wieder               |
| <input type="checkbox"/> Ja, das ist dauerhaft so     |

29. Inwieweit sind folgende Aspekte für Sie ein Stressfaktor?

|                                                                                 | <i>Nie</i> | <i>Selten</i> | <i>Teilweise</i> | <i>Oft</i> | <i>Immer</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|------------------|------------|--------------|
| Unerwartete Eilverfahren /<br>Fristsachen                                       |            |               |                  |            |              |
| Konflikthafte<br>Mandantenkommunikation                                         |            |               |                  |            |              |
| Konfrontation mit<br>belastenden Fallinhalten<br>(z.B. Straf-/Familiensachen)   |            |               |                  |            |              |
| Unklare<br>Erwartungshaltungen<br>seitens Vorgesetzten /<br>Partnern            |            |               |                  |            |              |
| Unklare<br>Erwartungshaltungen<br>seitens Mandanten                             |            |               |                  |            |              |
| Wirtschaftlicher Druck<br>(Umsatz, Billables)                                   |            |               |                  |            |              |
| Geringe Planbarkeit durch<br>Gericht/Behörden                                   |            |               |                  |            |              |
| Tool-/IT-Probleme &<br>Digital Overload                                         |            |               |                  |            |              |
| Hoher Eigenanspruch                                                             |            |               |                  |            |              |
| Vereinbarkeit Beruf -<br>Privates                                               |            |               |                  |            |              |
| Bedrohung durch KI<br>(Automatisierung von<br>juristischen<br>Dienstleistungen) |            |               |                  |            |              |
| Empfundene Unsicherheit<br>der Altersvorsorge                                   |            |               |                  |            |              |

30. Wenn Sie an Ihre aktuelle berufliche Situation als Anwältin oder Anwalt denken, sehen Sie bei sich eine höhere Belastung durch Stress bzw. Druck als dies bei einer anderen Berufswahl der Fall gewesen wäre?

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

30.1 [Wenn F30: Ja] Sehen Sie dies für sich persönlich als problematisch an?

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

31. Wie würden Sie Ihren Arbeitsumfang und Ihre berufliche Auslastung im letzten halben Jahr beschreiben?

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Durchgehend unterausgelastet        |
| <input type="checkbox"/> Schwankende Auslastung              |
| <input type="checkbox"/> Größtenteils passende Auslastung    |
| <input type="checkbox"/> Durchgehend an der Kapazitätsgrenze |
| <input type="checkbox"/> Durchgehend überausgelastet         |
| <input type="checkbox"/> Kann ich nicht einschätzen          |

32. Wie wird sich Ihre berufliche Situation als Anwältin oder Anwalt im nächsten halben Jahr entwickeln?

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Belastung wird in etwa gleichbleiben |
| <input type="checkbox"/> Belastung wird ansteigen             |
| <input type="checkbox"/> Belastung wird weniger werden        |
| <input type="checkbox"/> Kann ich nicht einschätzen           |

33. Haben Sie noch weitere Anmerkungen in Bezug auf Mental Health in der Anwaltschaft?

\_\_\_\_\_ (offen)