

„GESUND ALT WERDEN AM ARBEITSPLATZ“

Ein Projekt für Dienststellen im kommunalen Bereich

Projektleitung: Ulrike Fister

Projektdurchführung: Juliane von Krause,
Sozialwissenschaftliche Beratung München

Gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung



Fragebogen zur persönlichen Einschätzung der Arbeitssituation und Ihrer Gesundheit

Tag der Bearbeitung:

Pin Nr:

Im Rahmen des Projektes „Gesund alt werden am Arbeitsplatz“ bitten wir Sie, eine Reihe von Fragen zu beantworten, welche Ihre Arbeitssituation betreffen. Wir sind an Ihrer persönlichen Einschätzung interessiert.

Wir sichern Ihnen eine völlig anonyme Auswertung Ihrer Daten zu und werden personenbezogene Daten nicht an Dritte weiterleiten.

Bitte wählen Sie jeweils nur eine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten.

Fragebogen zu Gesundheit und Arbeitsfähigkeit

1. Fragen zur Person und zum beruflichen Werdegang

1.1 Wie alt sind Sie?

.....Jahre

1.2 Geschlecht

- Frau
- Mann

1.1.1 Familiensituation im Haushalt

Ich lebe zusammen mit:

- Partner/in
- Kind(ern)
- Partner und Kind(ern)
- Ich bin alleinstehend
- Wohngemeinschaft o.ä.

1.4 Welche berufliche Qualifikation haben Sie?

.....

1.5 Wie lange sind Sie in Ihrer derzeitigen Dienststelle tätig?

- weniger als ein Jahr
- 1 Jahr bis 5 Jahre
- mehr als 5 Jahre bis 10 Jahre
- mehr als 10 Jahre bis 15 Jahre
- mehr als 15 Jahre bis 20 Jahre
- mehr als 20 Jahre bis 30 Jahre
- mehr als 30 Jahre bis 40 Jahre
- mehr als 40 Jahre

1.6 Wieviele Jahre arbeiten Sie in Ihrer derzeitigen Position?

- weniger als ein Jahr
- 1 Jahr bis 5 Jahre
- mehr als 5 Jahre bis 10 Jahre
- mehr als 10 Jahre bis 15 Jahre
- mehr als 15 Jahre bis 20 Jahre
- mehr als 20 Jahre bis 30 Jahre
- mehr als 30 Jahre bis 40 Jahre
- mehr als 40 Jahre

1.7 Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Arbeitsbedingungen insgesamt?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr zufrieden	zufrieden	weniger zufrieden	nicht zufrieden

2.1 Wie ist Ihre Arbeit?

- Vorwiegend psychisch (geistig) belastend
- Vorwiegend körperlich belastend
- Psychisch (geistig) und physisch (körperlich) belastend

2.2 Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wieviele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (1 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 10				
völlig arbeitsunfähig				derzeit die beste Arbeitsfähigkeit					

2.3 Gesundheitliche Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zur Arbeitsanforderung

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den körperlichen Anforderungen durch Ihre Arbeit ein?

<input type="radio"/>				
sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den psychischen (geistigen) Anforderungen durch Ihre Arbeit ein?

<input type="radio"/>				
sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht

2.4 Alltägliche Beschwerden nach der Arbeit

Aufgrund der Arbeitsbedingungen oder Arbeitsanforderungen können unmittelbar Beschwerden auftreten. **Nennen Sie uns bitte alle Beschwerden, die bei Ihnen an Arbeitstagen bzw. nach der Arbeit häufiger auftreten (falls zutreffend, bitte ankreuzen)**

1. Schmerzen im unteren Rücken, Kreuzschmerzen		12. Vorzeitige Müdigkeit, Erschöpfung	
2. Schmerzen im Nacken-, Schulterbereich		13. Magen- oder Verdauungsbeschwerden	
3. Taubheitsgefühle oder Schmerzen in Armen/Händen		14. Hörverschlechterung, Ohrgeräusche	
4. Taubheitsgefühle oder Schmerzen in Beinen/Füßen		15. Heiserkeit	
5. Kopfschmerzen		16. Nervosität, Reizbarkeit	
6. Herzschmerzen, -Stiche, Engegefühl in der Brust		17. Niedergeschlagenheit	
7. Augenschmerzen, -brennen, Rötungen, Tränen		18. Schwindelgefühle, Gleichgewichtsstörungen	
8. Hautreizungen, Juckreiz		19. Atembeschwerden	
9. Einschlafstörungen		20. Andere Beschwerden:	
10. Schlafstörungen		21. Überhaupt keine Beschwerden	
11. Hohe Angespanntheit			

2.5 Derzeitiger Gesundheitszustand (im Zeitraum der letzten 12 Monate)

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre **aktuellen Krankheiten oder Verletzungen** an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten festgestellt oder behandelt hat. Die letzte Spalte ist zu wählen, wenn Sie die jeweilige Krankheit nicht haben.

	Unfallverletzungen, die aktuell die Arbeit behindern	Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
01	Rücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Arm/Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Bein/Fuß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Anderer Körperteil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erkrankungen des Muskel-Skelett- Systems		Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
05	Oberer Bereich des Rückens oder der Halswirbelsäule, wiederholte Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Beschwerden im unteren Bereich des Rückens, wiederholte Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Vom Rücken in das Bein ausstrahlender Schmerz/Ischias, Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Beschwerden der Gliedmaßen (Hand, Fuß, Schulter etc.), wiederholte Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Rheumatische Gelenkbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Andere Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Herz-Kreislauf-Erkrankungen		Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
11	Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Koronare Herzkrankheit, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung (Angina Pectoris)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Herzinfarkt (auch in vergangenen Jahren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Herzleistungsschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Atemwegserkrankungen		Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
16	Wiederholte Atemwegsinfektionen (Mandelentzündung, Erkältung, Nasennebenhöhlenentzündung, Bronchitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Chronische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Chronische Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Bronchialasthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Lungenentzündung, oder Lungentuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Andere Atemwegserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Psychische Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen		Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
22	Angespanntheit, Angstzustände, psychische Probleme, Erschöpfung, Schlaflosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Psychosomatische Erkrankung, täglicher Alkoholkonsum, andere Suchtprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Schwere psychische Erkrankung z.B. Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neurologische und sensorische Erkrankungen		Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
25	Schwerhörigkeit oder Hörschaden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Erkrankungen oder Verletzungen der Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Neurologische Krankheit (z.B. Schlaganfall, Neuralgie, Migräne, chronische Schmerzen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Neurologische Erkrankung wie Parkinson Krankheit oder Multiple Sklerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erkrankungen des Verdauungssystems		Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
29	Erkrankungen der Galle, Gallensteine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Gastritis oder Zwölffingerdarmreizung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Dickdarmreizung, Colitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Anderer Krankheit des Verdauungssystems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Geschlechts- und Harnwegserkrankung		Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
35	Blasenentzündung, Harnwegserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Nierenleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Starke Menstruations- oder Wechselbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Anderer Krankheit, z.B. Prostataerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hautkrankheiten		Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
39	Allergischer Hautausschlag, Ekzeme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Anderer Hautausschlag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	Anderer Hautkrankheiten, Neurodermitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tumore (letzte 5 Jahre)		Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
42	Gutartiger Tumor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	Bösartiger Tumor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hormon- und Stoffwechselerkrankung		Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
44	Übergewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47	Andere Hormon- /Stoffwechselerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Blutkrankheit		Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
48	Anämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49	Andere Blutkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere, nicht aufgeführte Krankheit		Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
50		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.6 Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Erkrankungen

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?
 Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwort-Möglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung vorhanden bzw. Ich habe keine Erkrankung
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage, Teilzeitarbeit zu verrichten
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig

3 Krankheitstand im vergangenen Jahr (12 Monate)

Wie **viele ganze Tage** blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?

<input type="radio"/>				
überhaupt keinen	höchstens 9 Tage	10 – 24 Tage	25 – 99 Tage	mehr als 100 Tage

4 Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch noch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unwahrscheinlich	nicht sicher	ziemlich sicher

5 Psychische Leistungsreserven

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

<input type="radio"/>				
häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

<input type="radio"/>				
immer	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals

Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

<input type="radio"/>				
ständig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals

6 Gesundheitsförderliche Aspekte Ihrer Arbeit

Antworten Sie bitte mit zwei Kreuzchen:

- 1) Sind die folgenden Qualitäten an Ihrem derzeitigen Arbeitsplatz gegeben und
- 2) wenn vorhanden (trifft zu) , wie wichtig sind nach Ihrer Einschätzung diese Qualitäten Ihres derzeitigen Arbeitsplatzes und Ihrer Arbeitstätigkeit für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden? (1 = wichtig, 2= weniger wichtig, 3= nicht wichtig)

Bewertung:	ja, trifft zu	trifft nicht zu	1 ist für Gesundheit wichtig	2 ist weniger wichtig	3 ist nicht wichtig
1 Mein Vorgesetzter erkennt meine Leistungen an.					
2 Mit manchen KollegInnen verstehe ich mich sehr gut.					
3 Die Teamarbeit mit den KollegInnen ist gut.					
4 Mit meiner/m Vorgesetzten komme ich gut aus.					
5 Ich erfahre Rückhalt durch meine/n Vorgesetzte/r					
6 Mein Arbeitsplatz ist gesundheitsgerecht gestaltet					
7 Die räumlichen Verhältnisse sind gut					
8 Das Raumklima und die Raumluft sind in Ordnung					
9 Meine Arbeitsmittel (Computer etc.) sind auf aktuellem Stand.					

Bewertung:	ja, trifft zu	trifft nicht zu	1 ist für Gesundheit wichtig	2 ist für Gesundheit weniger wichtig	3 nicht wichtig
10 Die Arbeitsorganisation in der Dienststelle ermöglicht effizientes Arbeiten.					
11 Bei meiner Arbeit kann ich immer wieder Neues lernen.					
12 Meine jetzigen Arbeitsaufgaben sind interessant..					
13 Meine Arbeit ist nicht anstrengend.					
14 Die Arbeitsmenge ist gut zu bewältigen					
15 Ich habe Spielraum, meine Arbeit selbst zu gestalten.					
16 Meine Arbeitszeiten liegen günstig bzw. ich kann sie mir einteilen.					
17 Mein Arbeitsplatz ist sicher.					
18 Durch meine Arbeit kann ich mir ein recht gutes Leben leisten.					
19 Meine Arbeit lässt sich gut mit anderen Verpflichtungen wie z.B. Familie vereinbaren.					
20 Ich kann betriebliche Sozialberatung, Coaching oder Supervision erhalten					
21 Es gibt Angebote zur Gesundheitsförderung durch die Dienststelle.					
22 Es gibt genug Fortbildungsangebote an denen ich teilnehmen kann					

Vielen Dank, dass Sie alle Fragen beantwortet haben! Das Ende des Fragebogens ist hier erreicht. Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den vorbereiteten Umschlag und geben Sie ihn verschlossen an Ihren Personalrat, oder schicken Sie ihn direkt an:

Juliane von Krause,
 Sozialwissenschaftliche Beratung
 Praschlerstr. 30, 81673 München; beratung@Jvkrause.de