

Fragebogen Projekt „Fit-Care Health Management“



Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts „Fit-Care Health Management“
bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.

Der Fragebogen dient zur Einschätzung der Arbeitsbedingungen im Hinblick auf die gesundheitliche Situation von Mitarbeitern/innen in Seniorenheimen. Die Ergebnisse sind Grundlage für die Erstellung von betriebsinternen Gesundheitsberichten. Darauf aufbauend werden Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens für die Mitarbeiter/innen angeboten.

Die statistische Auswertung erfolgt durch das Zentrum für Zukunftsstudien der Fachhochschule Salzburg GmbH.

Ihre Angaben werden anonym ausgewertet.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

TEIL A: Gesundheit und Gesundheitsverhalten

A01) Wie wichtig ist für Sie persönlich das Thema Gesundheit?

sehr wichtig eher wichtig eher nicht wichtig nicht wichtig

A02) Wie würden Sie Ihre derzeitige körperliche Verfassung einschätzen?

sehr gut eher gut eher nicht gut nicht gut

A03) Wie würden Sie Ihre derzeitige psychische/seelische Verfassung einschätzen?

sehr gut eher gut eher nicht gut nicht gut

A04) Im Folgenden finden Sie eine Liste mit verschiedenen Beschwerden.

Geben Sie bitte für jeden Punkt in der Liste an, wie oft diese Beschwerden im letzten Jahr bei Ihnen persönlich aufgetreten sind.

Geben Sie bitte für jeden Punkt in der Liste an, wie oft diese Beschwerden <u>im letzten Jahr</u> bei Ihnen persönlich aufgetreten sind.	fast immer	häufig	selten	nie / fast nie
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Schlafstörungen (Einschlaf- und Durchschlafstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rücken- oder Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geben Sie bitte für jeden Punkt in der Liste an, wie oft diese Beschwerden <u>im letzten Jahr</u> bei Ihnen persönlich aufgetreten sind.	fast immer	häufig	selten	nie / fast nie
4. Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sonstige Herz-Kreislaufbeschwerden (z.B. Herzklopfen, Herzjagen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Rheuma / Glieder- oder Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Schweißausbrüche / starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Erkältung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hautprobleme / Hauterkrankungen, Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Augenprobleme (z.B. Brennen, Rötung, Jucken oder Tränen der Augen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gefühle von Verstimmung und Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Müde, schwere oder schmerzende Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Andere Beschwerden, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A05) Hatten Sie im letzten Jahr folgende von ärztlicher Seite diagnostizierte Krankheiten oder Beschwerden?

Ich hatte im letzten Jahr ...	ja	nein
1. Knochen- oder Gelenkskrankheiten (Rückenerkrankungen, Wirbelsäulenschäden, Ischias oder Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erkrankungen oder Atemorgane (Atembeschwerden, Bronchitis, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. zu hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. zu niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Herzbeschwerden (Herzrhythmusstörungen, Herzjagen und ähnliches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Anderes? Was? (bitte aufschreiben) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A06) *Hatten Sie im letzten Jahr eine oder mehrere Operationen?*

- ja nein

A07) *Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente?*

- ja nein

A08) *Arbeit kann verschiedene Auswirkungen haben.
Wie fühlen Sie sich im Allgemeinen nach der Arbeit?*

Wie fühlen Sie sich im Allgemeinen nach der Arbeit?	fast immer	häufig	selten	fast nie / nie
1. <i>Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <i>Ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <i>Wenn ich von der Arbeit nach Hause komme, bin ich ziemlich nervös.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A09) *Wie oft sind Sie in Ihrer Freizeit körperlich aktiv (Sport, Bewegung)?
Denken Sie dabei bitte an alle Ihre Bewegungsaktivitäten zusammen.*

- nie ein paar Mal im Monat
 selten (z.B. im Urlaub) 1-2 Mal in der Woche
 1 Mal im Monat 3 Mal oder öfter in der Woche

A10) *Welche Art von körperlicher Aktivität betreiben Sie regelmäßig? (z.B. lange Spaziergänge, Fahrradfahrten, Nordic Walking)*

A11) *Wie schätzen Sie sich in Bezug auf Ihr Gewicht ein?*

- Untergewicht Normalgewicht Übergewicht
 leichtes Untergewicht leichtes Übergewicht

A12) *Geben Sie bitte Ihre Größe und Ihr Gewicht an:*

Größe: _____cm

Gewicht: _____kg

A13) Achten Sie bei der Auswahl Ihres Essens auf eine gesunde Ernährung?

 meistens

 manchmal

 selten bis nie

A14) Haben Sie in den letzten 12 Monaten einmal an einer Gesundenuntersuchung (Vorsorgeuntersuchung) teilgenommen?

 ja

 nein

A15) Rauchen Sie?

 nein, ich bin Nichtraucher/in

 gelegentlich

 täglich _____ Zigaretten

A16) Trinken Sie Alkohol?

 selten bis nie

 ab und zu

 regelmäßig

A17) Wie würden Sie Ihr eigenes Gesundheitsbewusstsein einschätzen?

 sehr groß

 eher groß

 eher gering

 sehr gering

A18) Wenn Sie an die unterschiedlichen Aspekte Ihres Lebens denken (Privatleben, Beruf, Freizeit, Gesundheit, Wohnumfeld, Persönlichkeit etc.):
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben?

 sehr zufrieden

 eher zufrieden

 eher nicht zufrieden

 nicht zufrieden

TEIL B: Arbeit und Betrieb

B01) Welche Bedeutung hat Ihre berufliche Arbeit für Sie persönlich?

Meine berufliche Arbeit ...	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
1. entspricht meinen Interessen / macht mir Freude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. dient hauptsächlich zur Sicherung meines Lebensunterhalts bzw. des Lebensunterhalts meiner Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. bringt mir hohe Anerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. möchte ich nur vorübergehend machen, bis ich etwas anderes finde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B02) Wie wichtig sind folgende Arbeitsplatz-Aspekte für Ihre Arbeitszufriedenheit?

Wie wichtig sind folgende Arbeitsplatz-Aspekte für Ihre Arbeitszufriedenheit?	sehr wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	gar nicht wichtig
1.1 Einsatz entsprechend meiner fachlichen Fähigkeiten und meiner Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Einsatz entsprechend meiner persönlichen Stärken und Interessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Entlohnung entsprechend meiner Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Entlohnung entsprechend meiner tatsächlichen Arbeitsleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 eigene Entscheidungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 selbständige Gestaltung der Arbeitsabläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 vielseitiger Aufgabenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 verantwortungsvoller Aufgabenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1 meiner Arbeitszeit angepasste Menge der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 passender Schwierigkeitsgrad meiner Arbeitsaufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 ausreichend Zeit zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Feedback zu meiner Arbeitsleistung durch den/die Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wichtig sind folgende Arbeitsplatz-Aspekte für Ihre Arbeitszufriedenheit?	sehr wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	gar nicht wichtig
4.2 Wertschätzung meiner Arbeitsleistung durch den/die Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Vertrauen der Vorgesetzten in die Arbeit der Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 respektvolles, faires Führungsverhalten des/der direkten Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 gutes Führungsverhalten der Heimleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 gutes Verhältnis zu den Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 passendes Ausmaß der wöchentlichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 gute Einteilung der Dienstpläne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 durchgehende Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 ausreichend Pausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 passende Häufigkeit der Wochenend- / Feiertagsdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 gute Vereinbarkeit von Arbeitszeit und Privatleben / Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1 klare Verantwortlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 klare Vorgaben zu Arbeitszielen und –inhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 gute Organisation der Arbeitsabläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Möglichkeit zur vollständigen Ausführung der Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Arbeitsmöglichkeiten ohne häufige Unterbrechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 Unterstützung durch Hilfsmittel (z.B. technische Geräte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 Unterstützung durch EDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 nicht zu lange Arbeitswege im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1 gutes Arbeitsklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 gute fachliche Zusammenarbeit / Austauschmöglichkeiten mit Kollegen/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 regelmäßige Dienstbesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 gutes persönliches Verhältnis zu den Kollegen/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 gesicherter Erhalt / Weitergabe von Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 effizienter Informationsaustausch und gute Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Funktionsbereichen (z.B. Pflege, Küche, Wäsche, Reinigung, Verwaltung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1 Förderung von Weiterbildung der Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 gute Aufstiegsmöglichkeiten im Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Sinnhaftigkeit der Unternehmensziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 gemeinsame Umsetzung der Unternehmensziele im Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1 Möglichkeit zur Einbringung eigener Ideen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Mitsprachemöglichkeit bei Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 Mitsprachemöglichkeit bei der Dienstplangestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 gemeinsame Erarbeitung von Problemlösungen im Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wichtig sind folgende Arbeitsplatz-Aspekte für Ihre Arbeitszufriedenheit?	sehr wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	gar nicht wichtig
9.5 <i>gemeinsames Besprechen von Fehlern im Team und abgestimmtes Erarbeiten von Lösungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.1 <i>längerfristig gesicherter Arbeitsplatz</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 <i>Vertretungsmöglichkeiten bei kurzfristigem Ausfall von Mitarbeitern/innen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 <i>Möglichkeiten zur Personalaufstockung bei Mehrbedarf (auch längerfristig)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4 <i>guter Umgang der Führung mit Beschwerden der Mitarbeiter/innen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5 <i>guter Umgang der Führung mit Beschwerden der Bewohner/innen und deren Angehörigen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6 <i>Möglichkeit zu Supervision, Coaching oder Beratung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1 <i>passende Größe der Arbeitsräume</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2 <i>gute Ausstattung der Arbeitsräume</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3 <i>Vorhandensein von Pausenräumen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4 <i>gute Ausgestaltung der Pausenräume</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5 <i>Nähe des Arbeitsplatzes zum Wohnort</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6 <i>gesellschaftliche Wertschätzung meiner Tätigkeit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.1 <i>Wertschätzung meiner Arbeitsleistung durch die Heimbewohner/innen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 <i>Wertschätzung meiner Arbeitsleistung durch die Angehörigen der Bewohner/innen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3 <i>Bewohner/innen-orientierte Arbeit (z.B. Zeit für Gespräche)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4 <i>gute Zusammenarbeit mit Spitälern (z.B. bei Spitalsaufenthalt von Bewohnern/innen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.1 <i>Sonstiges:</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B03) Fühlen Sie sich durch einen oder mehrere der angeführten Faktoren belastet?

Fühlen Sie sich durch einen oder mehrere der angeführten Faktoren belastet?	gar nicht belastet	wenig belastet	eher belastet	stark belastet
1.1 geringe Bezahlung im Verhältnis zur Leistung und/oder Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Erledigung von Tätigkeiten ohne entsprechende Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Überqualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 einseitiger Aufgabenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 große Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 keine / wenig eigene Entscheidungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1 körperlich anstrengende Arbeit (z.B. Heben, Tragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 psychisch/seelisch belastende Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Arbeitshaltung (z.B. viel Sitzen, Stehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 wenig Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 häufig wechselnde Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 häufiges Gefühl von Überforderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 häufiges Gefühl der Unterforderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 mangelndes Feedback der Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 geringe Wertschätzung der Arbeit durch die Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Misstrauen der Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 mangelndes Bewusstsein der Führungskräfte über spezifische Anforderungen an Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 ungünstige Dienstplangestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 viele Nachtdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 viele Überstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 unbezahlte Mehrarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 häufige Krankheits-/Urlaubsvertretung für Kollegen/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 wenig / kurze Pausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 geteilte Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9 unflexible Freizeit-/Urlaubsplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1 monotone Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 keine klaren Zuständigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 „zerstückelte“ Arbeit (z.B. Erledigung nur von Teilbereichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 unklare Vorgaben zu Arbeitszielen und -inhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Dokumentationsanforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 mangelhafte Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fühlen Sie sich durch einen oder mehrere der angeführten Faktoren belastet?	gar nicht belastet	wenig belastet	eher belastet	stark belastet
7.1 mangelnde Unterstützung durch Kollegen/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Mobbing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Konflikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 insgesamt schlechtes Betriebsklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 geringe Wertschätzung durch Kollegen/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1 unklare Unternehmensziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 keine / unklare Information über Unternehmensziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 uneinheitliche Umsetzung der Unternehmensziele im Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1 wenig Mitsprachemöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 wenig Möglichkeit zur Einbringung eigener Ideen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 Unklarheit über eigene Entscheidungsspielräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 Einschränkungen durch geringe eigene Entscheidungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5 Gefühl von Überforderung durch große Entscheidungsspielräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.1 Konkurrenzsituation im Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 keine geeigneten Ansprechpartner/innen bei auftretenden Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 wenig Unterstützungsmöglichkeiten bei Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4 wenig Unterstützungsmöglichkeiten bei Mehrbelastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5 keine Möglichkeiten für notwendige Zusatzausbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1 ungünstige Arbeitsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2 ungünstige Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3 unangenehme klimatische Bedingungen (z.B. Hitze, Kälte, Zugluft, schlechte Luft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4 Umgang mit Chemikalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5 Angst vor Arbeitsplatzverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6 Unzureichende Einschulungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.1 anspruchsvolle Bewohner/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 hoher Pflegebedarf der Bewohner/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3 gelegentliche Überforderung durch Krankheit / Leid / Tod der Bewohner/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4 gelegentliche Überforderung durch viele demente Bewohner/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5 fordernde Angehörige von Bewohnern/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6 Ansprüche / Beschwerden von Bewohnern/innen und Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7 Anzahl und Größe der Wohnbereiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.1 Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B04) Wenn Sie an alles denken, was für Ihre Arbeit eine Rolle spielt (z.B. Tätigkeit, Arbeitsbedingungen, Kollegen/innen, Arbeitszeit usw.): Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrer Arbeit?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr zufrieden | <input type="checkbox"/> eher zufrieden | <input type="checkbox"/> wenig zufrieden | <input type="checkbox"/> nicht zufrieden |
|---|---|--|--|

B05) Finden Sie es sinnvoll, dass in Ihrem Arbeitsbereich verstärkt Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung gesetzt werden?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> sehr sinnvoll | <input type="checkbox"/> eher sinnvoll | <input type="checkbox"/> wenig sinnvoll | <input type="checkbox"/> nicht sinnvoll |
|--|--|---|---|

B06) Wie könnte aus Ihrer Sicht die Gesundheit von Mitarbeitern/innen in Ihrem Betrieb am effektivsten gefördert werden?

B07) Zu welchen Themen würden Sie Gesundheitsmaßnahmen im Betrieb begrüßen?
(mehrere Antworten möglich)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Konflikte | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Sport / Bewegung | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Kommunikation |
| <input type="checkbox"/> (Mitarbeiter)Führung | <input type="checkbox"/> Rauchen | <input type="checkbox"/> Rücken / Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Entspannung | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzgestaltung | <input type="checkbox"/> Arbeitsorganisation |
| <input type="checkbox"/> Ergonomie | <input type="checkbox"/> Mobbing | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| | | <input type="checkbox"/> _____ |

TEIL C: Angaben zur Person (für die statistische Auswertung)

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet / in Partnerschaft lebend	<input type="checkbox"/> alleinstehend / Single			
Alter in Jahren:	<input type="checkbox"/> bis 25	<input type="checkbox"/> 26 bis 35	<input type="checkbox"/> 36 – 45	<input type="checkbox"/> 46 – 55	<input type="checkbox"/> älter als 55

Wie lange arbeiten Sie bereits im Unternehmen?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> kürzer als 1 Jahr | <input type="checkbox"/> 1 bis 5 Jahre | <input type="checkbox"/> 6 bis 10 Jahre | <input type="checkbox"/> länger als 10 Jahre |
|--|--|---|--|

In welchem Bereich sind Sie tätig?

- Pflegedienst
- Verwaltung
- Sonstiges (Küche, Reinigung, Hausdienst, Animation) :

Arbeitszeiten

- wöchentliche Arbeitszeit (laut Arbeitsvertrag): _____ Std.
- durchschnittliche wöchentliche Überstunden: _____ Std.

Wie sind Sie beschäftigt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 5-Tage-Woche | <input type="checkbox"/> Schicht- und Wechseldienst |
| <input type="checkbox"/> weniger als 5 Tage pro Woche | <input type="checkbox"/> geteilte Dienste |
| <input type="checkbox"/> mehr als 5 Tage pro Woche | <input type="checkbox"/> lange Dienste |

Was ist Ihr derzeit ausgeübter Beruf?

Bitte anführen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> mit Führungsverantwortung | <input type="checkbox"/> ohne Führungsverantwortung |
|--|---|

Stammen Sie oder Ihre Eltern aus einem anderen Land?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Haben wir etwas nicht gefragt, das Sie uns hier mitteilen möchten?