

1. Angaben zu ihrer Person und beruflichen Tätigkeit

- 1.1 Alter:** 18 – 25
(in Jahren) 26 – 35
 36 – 45
 46 – 55
 56 – 65

- 1.2 Geschlecht:** Weiblich
 Männlich
 Divers

1.3 Höchster Schul-/Hochschulabschluss (abgeschlossene Schul-/Hochschulbildung):

- Volksschule, Hauptschule, Mittelschule Hochschule, Universität
 Mittlerer Schulabschluss, Mittlere Reife (Noch) kein Abschluss
 Abitur, Fachhochschulreife

1.4 Aktueller Beschäftigungsgrad:

- Vollzeit Teilzeit Geringfügig beschäftigt

1.5 Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie bereits im Betrieb?

_____ Jahre

1.6 Haben Sie eine Leitungsfunktion?

- Ja Nein

2. Anforderungen im Arbeitsumfeld und Arbeitszufriedenheit³

Nachfolgend sind einige Arbeitsanforderungen aufgeführt. Bitte beurteilen Sie zu jedem Punkt, wie häufig dies bei Ihrer Arbeit vorkommt, ob (1) nie, (2) selten, (3) manchmal oder (4) häufig.

2.1 Wie häufig kommt es bei Ihrer Arbeit vor, ...	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Belastet Sie das?	Ja	Nein
...dass Sie unter starkem Termin- oder Leistungsdruck arbeiten müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie vor neue Aufgaben gestellt werden, in die Sie sich erst mal hineindenken und einarbeiten müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie bei der Arbeit gestört oder unterbrochen werden, z. B. durch Kollegen, schlechtes Material, Maschinenstörungen oder Telefonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Dinge von Ihnen verlangt werden, die Sie nicht gelernt haben oder die Sie nicht beherrschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie verschiedenartige Arbeiten oder Vorgänge gleichzeitig im Auge behalten müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit gehen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Sie sehr eigenverantwortlich, selbstbestimmt arbeiten müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass es Ihnen schwerfällt, nach der Arbeit abzuschalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass Ihre Tätigkeit Sie in Situationen bringt, die Sie gefühlsmäßig belasten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³ Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Grundauswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018; doi:10.21934/baua:bericht20190618 (online); <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd73.html>

2.2 Überforderung/Unterforderung	In der Regel den Anforderungen gewachsen	Eher überfordert	Eher unterfordert
Fühlen Sie sich in Ihrer Tätigkeit den Anforderungen an Ihre fachlichen Kenntnisse und Fertigkeiten in der Regel gewachsen, eher überfordert oder eher unterfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich den Anforderungen durch die Arbeitsmenge bzw. das Arbeitspensum in der Regel gewachsen, eher überfordert oder eher unterfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachfolgend sind verschiedene Aspekte von Arbeit aufgeführt. Bitte beurteilen Sie, ob Sie damit sehr zufrieden (1), zufrieden (2), weniger zufrieden (3) oder nicht zufrieden (4) sind:

2.3 Wie zufrieden sind Sie...,	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weniger zufrieden	Nicht zufrieden
...mit dem Einkommen aus Ihrer Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit Ihrer derzeitigen Arbeitszeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit dem Betriebsklima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit dem Führungsstil Ihres direkten Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit der Fehlerkultur in Ihrem Unternehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit dem offenen Umgang / Ehrlichkeit Ihrem Unternehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit Art und Inhalt der Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit den Möglichkeiten, Ihre Fähigkeiten anzuwenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit den körperlichen Arbeitsbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit der Arbeitsplatzgestaltung / Ergonomie am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weniger zufrieden	Nicht zufrieden
2.4 Und nun alles in allem betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.5 Was ist positiv an Ihrer Arbeit bzw. gefällt Ihnen gut in Ihrem Betrieb/Unternehmen?

2.6 Was könnte an Ihrer Arbeit bzw. in Ihrem Betrieb/Unternehmen zukünftig noch verbessert werden?

3. Bedarf an Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)

Die folgende Auflistung enthält Themenfelder der BGF. Welche dieser Themenfelder kennen Sie bereits und zu welchen würden Sie sich **für Ihre Arbeit** Maßnahmen/Angebote wünschen? (Mehrfachangaben möglich)

3.1 Themenfelder BGF	Themenfeld kenne ich	Maßnahmen dazu würde ich mir wünschen	Thema ist mir <u>un</u> bekannt
a) Arbeits- bzw. Betriebsorganisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Arbeitszeitmodelle/Schichtmodelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ergonomie am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Gestaltung Arbeitstätigkeit/Arbeitsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Gesunder Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Gesundheitsgerechte Führung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Gesundheitskompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Informations- und Kommunikationskultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Mobbing am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Psychische Belastungen bzw. Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Stressbelastung/Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Suchtprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Teamarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Vorschläge: _____

3.2 Häufigkeit von BGF-Maßnahmen	Nie	1x im Halbjahr	1x im Quartal	1x im Monat	Jede Woche	Täglich
Wie häufig sollten Ihre Ansicht nach gesundheitsförderliche Maßnahmen in Ihrem Betrieb, Ihrem Unternehmen bzw. Ihrer Einrichtung stattfinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 Zeitrahmen für BGF-Maßnahmen	Weniger als 30 Minuten	30 bis 60 Minuten	Mehr als 60 Minuten
Wie viel Zeit würden Sie für gesundheitsförderliche Maßnahmen in Ihrem Betrieb je Angebotseinheit aufwenden wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>