

Mitarbeiterbefragung „Gesundes Arbeiten“

Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens:

Kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die Ihre Meinung am besten wiedergibt. Dabei gibt es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Falls ein angesprochener Themenbereich überhaupt nicht auf Ihre persönliche Arbeitssituation zutrifft, kreuzen Sie die Antwort «trifft nicht zu» an. Um eine irrtümlich angekreuzte Antwort zu korrigieren, streichen Sie Ihre Antwort einfach durch und kreuzen Sie das gewünschte Feld an.

Allgemeine Fragen zu Ihrer Arbeit

Name, Vorname: _____

Ist Ihre Arbeit in den letzten zwei Monaten anstrengender geworden?	
Ja, und zwar	<input type="checkbox"/>
mengenmäßig mehr	<input type="checkbox"/>
komplizierter, mit höheren Anforderungen	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>

Wie oft ist es in den letzten vier Arbeitswochen vorgekommen, dass Sie	nie	selten	oft	immer
mit richtiger Freude gearbeitet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Ihre Arbeit Anerkennung bekommen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stolz auf Ihre Arbeit waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich mit Ihrem Unternehmen besonders verbunden gefühlt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und wie oft ist es in den letzten vier Arbeitswochen vorgekommen, dass Sie	nie	selten	oft	immer
sich nach der Arbeit leer und ausgebrannt gefühlt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich auch in Ihrer arbeitsfreien Zeit nicht richtig erholen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Arbeitssituation als frustrierend erlebt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit einem flauen Gefühl an Ihre berufliche Zukunft gedacht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperliche Beanspruchung und Arbeitsumgebung

Wie empfinden Sie Ihren Arbeitsplatz in Bezug auf die folgenden Merkmale:	sehr schlecht	ziemlich schlecht	es geht so	ziemlich gut	sehr gut	trifft nicht zu
Gleichbleibende Körperhaltung/Zwangshaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Anstrengungen (z.B. Tragen/Heben von schweren Gegenständen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügbare oder funktionsfähige Arbeitsmittel (z.B. Werkzeuge, Geräte, Computer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raum-/Platzverhältnisse am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefahren am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig treten an Ihrem Arbeitsplatz folgende Anforderungen auf:	nie	fast nie	manchmal	häufig	ständig
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lange Laufwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten in gebückter Haltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten auf Knien oder in der Hocke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit über Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie empfinden Sie die Umwelteinflüsse an Ihrem Arbeitsplatz in Bezug auf:	sehr schlecht	ziemlich schlecht	es geht so	ziemlich gut	sehr gut	trifft nicht zu
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staub, Gas und Rauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeitsaufgaben und Arbeitsanforderungen

Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:	sehr schlecht	ziemlich schlecht	es geht so	ziemlich gut	sehr gut	trifft nicht zu
Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taktgebundenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufige Wiederholung gleicher Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsanforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vielfalt an Aufgaben/Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständige Einteilung der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verantwortung (z.B. für Material, Personal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeitszeit und Freizeit

Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:	sehr schlecht	ziemlich schlecht	es geht so	ziemlich gut	sehr gut	trifft nicht zu
3-Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechselschicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereinbarkeit von Arbeit und Familie/Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unternehmensleistungen

Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:	sehr schlecht	ziemlich schlecht	es geht so	ziemlich gut	sehr gut	trifft nicht zu
Qualifizierungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung und Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit, den Arbeitsplatz behalten zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezahlung/Entlohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialleistungen (z.B. Altersvorsorge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationspolitik und Mitarbeiterbeteiligung

Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:	sehr schlecht	ziemlich schlecht	es geht so	ziemlich gut	sehr gut	trifft nicht zu
Information über wichtige Dinge und Vorgänge im Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitsprachemöglichkeiten bei betrieblichen Entscheidungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einflussmöglichkeit bei Problemen am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zufriedenheit mit Führungsstil der direkten Vorgesetzten

Wie empfinden Sie den Führungsstil des/der direkten Vorgesetzten in Bezug auf:	sehr schlecht	ziemlich schlecht	es geht so	ziemlich gut	sehr gut	trifft nicht zu
Rückmeldung über die geleistete Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anerkennung der persönlichen Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung bei Problemen am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Betriebsklima

Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:	sehr schlecht	ziemlich schlecht	es geht so	ziemlich gut	sehr gut	trifft nicht zu
Gegenseitige Unterstützung und Hilfestellung unter den Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konfliktbewältigung unter den Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsklima im Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„Ich und das Unternehmen“

Wie schätzen Sie ein:	sehr schlecht	ziemlich schlecht	es geht so	ziemlich gut	sehr gut	trifft nicht zu
Ihre Arbeitsmotivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Verbundenheit/Identifikation mit dem Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Zufriedenheit mit der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperliche Beschwerden

Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten folgende Beschwerden?	nie	fast nie	manchmal	häufig	ständig
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücken- oder Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit, Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden, Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme/Hauterkrankungen, Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenprobleme: Brennen, Rötung, Jucken, Tränen der Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gefühlszustand

Wie oft empfanden Sie in letzter Zeit folgende Gefühle und Stimmungen?	nie	fast nie	manchmal	häufig	ständig
Zuversicht, Lebensfreude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energielosigkeit, Erschöpftheit, allgemeine Unlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeglichenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach der Arbeit nicht abschalten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst vor Fehlern, vor dem Versagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Langfristige Ausübung der Tätigkeit

Bitte denken Sie noch einmal an Ihre Arbeit und Ihren Gesundheitszustand: Meinen Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben können?	
Ja, wahrscheinlich	<input type="checkbox"/>
Nein, wahrscheinlich nicht	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

Gestaltungsmöglichkeiten

Bitte denken Sie noch einmal an Ihre Arbeit und Ihren Gesundheitszustand: Meinen Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben können?	
Ja, wahrscheinlich	<input type="checkbox"/>
Nein, wahrscheinlich nicht	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

Persönliche Angaben

Wie alt sind Sie			
Unter 20 Jahre	<input type="checkbox"/>	40 - 44 Jahre	<input type="checkbox"/>
20 - 24 Jahre	<input type="checkbox"/>	45 - 49 Jahre	<input type="checkbox"/>
25 - 29 Jahre	<input type="checkbox"/>	50 - 52 Jahre	<input type="checkbox"/>
30 - 34 Jahre	<input type="checkbox"/>	53 - 54 Jahre	<input type="checkbox"/>
35 - 39 Jahre	<input type="checkbox"/>	55 Jahre oder älter	<input type="checkbox"/>

Arbeitsbereich

In welcher Unterabteilung arbeiten Sie?	
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank! Ihr AM&Z Team 😊