

# Fragebogen zur Durchführung einer Mitarbeiterbefragung

## „Gesundes Arbeiten“

Die Mitarbeiterbefragung mit Hilfe des Fragebogens „Gesundes Arbeiten“ dient dazu, sich auf einer breiten empirischen Grundlage ein umfassendes Bild von der Gesundheits- und Belastungssituation im Betrieb unter Altersgesichtspunkten zu verschaffen. Die Befragungsergebnisse liefern:

- eine Bewertung der Arbeitsbedingungen aus Mitarbeitersicht nach Dimensionen, die für ein gesundes Arbeiten und Altern im Betrieb bedeutsam sind;
- eine Einschätzung von Gesundheit, Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit der Belegschaft, differenziert nach Alter;
- Hinweise auf sinnvolle bzw. dringliche Handlungsansätze, mit denen die Gesundheit und die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen gefördert werden kann.

Bei einer Wiederholung der Mitarbeiterbefragung nach größeren Zeitabständen (z.B. nach einem oder nach zwei Jahren) kann ermittelt und abgebildet werden, inwieweit sich die Qualität der Arbeitsbedingungen wie auch der Gesundheitszustand der Beschäftigten im jeweiligen Zeitraum verändert haben. Der Fragebogen kann damit auch einer Überprüfung der Wirksamkeit durchgeführter Gestaltungsmaßnahmen dienen.

Um die Gültigkeit der Ergebnisse sicherzustellen und um einen möglichst hohen Rücklauf bei der Befragung zu erzielen, sind folgende Richtlinien bei der Durchführung zu beachten:

- *Freiwilligkeit*: Die Teilnahme an der Befragung ist grundsätzlich freiwillig. Die Belegschaftsvertretung wird bei der Planung und der Organisation der Befragung einbezogen.
- *Anonymität*: Den Beschäftigten wird die vertrauliche Handhabung ihrer Angaben zugesichert. Zur Gewährleistung des Datenschutzes werden auf dem Fragebogen keine Namen festgehalten. Die Rückgabe der Fragebogen erfolgt anonym in geschlossenem Umschlag. Bei der Auswertung werden keine Untergruppen gebildet, die Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen.
- *Information*: Die Beschäftigten werden nach Abschluss der Auswertung über die Ergebnisse informiert.

Bei dem hier vorgestellten Fragebogen handelt es sich um eine überarbeitete Fassung des KMU-vital der Gesundheitsförderung Schweiz (vgl. [www.kmu-vital.ch](http://www.kmu-vital.ch)), erweitert um einige Items aus der Erhebung „Was ist gute Arbeit“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit und ergänzt um eine gestaltungsorientierte Frage.

Vor Einsatz des Fragebogens sind die Fragen 13 („Gestaltungsmöglichkeiten“) und 17 („Arbeitsbereich“) auf die betrieblichen Gegebenheiten im einzelnen Unternehmen anzupassen. Die nachfolgende „erste Seite“ zur allgemeinen Information stellt einen Vorschlag dar, der entsprechend den betrieblichen Durchführungsmodalitäten abzuändern ist.

Bei der Auswertung empfiehlt es sich zur ersten Sichtung der Ergebnisse zunächst, eine Häufigkeitsauszählung (unter Verwendung der Prozentwerte und der absoluten Zahlen) zu erstellen. In einem zweiten Schritt sind differenziertere Auswertungen sinnvoll, etwa nach Altersgruppen und/oder nach Unternehmensbereichen.

Einfache Auswertungen wie Häufigkeiten und Mittelwerte können mit Tabellenverarbeitungen, wie sie in den gängigen Office-Paketen enthalten sind (Excel, OpenOffice/Calc), vorgenommen werden. Für weitergehende Auswertungen, wie Vergleiche zwischen Gruppen oder Errechnung von Zusammenhangsmaßen, muss auf spezielle Statistikprogramme zurückgegriffen werden.

## Mitarbeiterbefragung „Gesundes Arbeiten“

*Ihre Sicht und Ihre Meinung sind gefragt!*

Diese Befragung soll

- die Stärken und Schwächen des Unternehmens in Bezug auf die Arbeits- und Arbeitsplatzbedingungen ermitteln und
- Möglichkeiten aufzeigen, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter/innen zu verbessern.

Die Befragung erfolgt anonym und ohne Namensangabe. Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich und auch nicht das Ziel der Befragung.

Über die Ergebnisse werden wir Sie nach Abschluss der Auswertung informieren.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Wir hoffen jedoch, dass Sie die Möglichkeit nutzen, um uns Ihre Erfahrungen mitzuteilen. Je mehr Mitarbeiter/innen sich an der Befragung beteiligen, desto aussagekräftiger sind die Ergebnisse!

### 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.

**Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen  
in den beiliegenden Umschlag und  
schicken Sie ihn an uns zurück.**

### Quellenhinweis:

Der Fragebogen basiert in weiten Teilen auf der MitarbeiterInnenbefragung von KMU-vital, dem Programm für gesunde Betriebe von Gesundheitsförderung Schweiz ([www.kmu-vital.ch](http://www.kmu-vital.ch)).

Er wurde um einige eigene Fragen erweitert und ergänzt um Items aus der Erhebung „Was ist gute Arbeit?“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA).



Gesundheitsförderung Schweiz  
Promotion Santé Suisse  
Promozione Salute Svizzera

## 1. Allgemeine Fragen zu Ihrer Arbeit

Ist Ihre Arbeit in den letzten zwei Jahren anstrengender geworden?	
Ja, und zwar...	
... 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 <u>nicht</u> 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"/>

## 2. 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
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"/>
Gleichbleibende Körperhaltung/Zwangshaltungen	<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	kaum	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"/>

### 3. 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"/>

### 4. 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"/>

### 5. 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"/>

## 6. 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"/>

## 7. 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"/>

## 8. 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"/>

### 9. „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"/>

### 10. Körperliche Beschwerden

Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten folgende Beschwerden?	ständig	häufig	manchmal	selten	nie
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"/>

### 11. Gefühlszustand

Wie oft empfanden Sie in letzter Zeit folgende Gefühle und Stimmungen?	ständig	häufig	manchmal	selten	nie
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"/>

## 12. 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"/>

## 13. Gestaltungsmöglichkeiten

Um Arbeitsbelastungen abzubauen, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Kreuzen Sie bitte die Handlungsfelder an, die Sie persönlich <b>besonders wichtig</b> finden, wo mehr getan werden sollte, damit man langfristig gesund und leistungsfähig bleibt:	
Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Arbeitsumgebungsbedingungen (z.B. bessere Beleuchtung, Lärmschutz, usw.)	<input type="checkbox"/>
Rotation/Belastungswechsel	<input type="checkbox"/>
Qualifizierung und verbesserte berufliche Entwicklungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>
Pausengestaltung (z.B. Ermöglichung von „Mikropausen“ am Arbeitsplatz)	<input type="checkbox"/>
Flexible Gestaltung der Arbeitszeit (Verkürzung oder veränderte Lage der Arbeitszeit)	<input type="checkbox"/>
Veränderung des Schichtarbeitsmodells	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsförderliches Arbeitsverhalten	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsprogramme (z.B. Fitnesstraining)	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsworkshops zum Thema „Gesund in die Rente“	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	

## 14. Persönliche Angaben

Sind Sie...	
Männlich	<input type="checkbox"/>
Weiblich	<input type="checkbox"/>

**15. Alter**

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"/>

**16. Tätigkeitsdauer**

Seit wie vielen Jahren sind Sie in Ihrem Arbeitsbereich tätig?			
Seit weniger als 5 Jahren	<input type="checkbox"/>	Seit 20 - 24 Jahren	<input type="checkbox"/>
Seit 5 - 9 Jahren	<input type="checkbox"/>	Seit 25 - 29 Jahren	<input type="checkbox"/>
Seit 10 - 14 Jahren	<input type="checkbox"/>	Seit 30 - 34 Jahren	<input type="checkbox"/>
Seit 15 - 19 Jahren	<input type="checkbox"/>	Seit mehr als 34 Jahren	<input type="checkbox"/>

**17. Arbeitsbereich**

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