

## 1. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Punkten in Ihrer derzeitigen Tätigkeit?

(Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen)

	sehr zufrieden	im großen und ganzen zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Betriebs-Klima	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Aufstiegsmöglichkeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Arbeitszeitregelung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Einkommen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
mit Ihren Vorgesetzten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Art und Inhalt der Tätigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Räumliche Verhältnisse, Umfeld des Arbeitsplatzes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Arbeitsdruck und Arbeitsbelastung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Möglichkeiten, Ihre Fähigkeiten anzuwenden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Möglichkeiten, sich weiterzubilden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

## 2. Welche dieser gesundheitlichen Beschwerden treten bei Ihnen während oder unmittelbar nach der Arbeit häufig auf?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im unteren Rücken                | <input type="checkbox"/> Augen: Brennen, Jucken, Tränen         |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Nacken-, Schulterbereich      | <input type="checkbox"/> Hautreizungen, Juckreiz                |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in Armen und Händen              | <input type="checkbox"/> nächtliche Schlafstörungen             |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Hüfte                     | <input type="checkbox"/> Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in den Knien                     | <input type="checkbox"/> Magen- oder Verdauungsbeschwerden      |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen/Schwellung in Beinen/Füßen       | <input type="checkbox"/> Hörverschlechterung, Ohrgeräusche      |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                              | <input type="checkbox"/> Nervosität oder Reizbarkeit            |
| <input type="checkbox"/> Herzstiche/-Schmerzen, Engegefühl i. Brust | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit                   |
| <input type="checkbox"/> Atemnot                                    | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl                        |
| <input type="checkbox"/> Husten                                     | <input type="checkbox"/> andere Beschwerden während/nach Arbeit |
| <input type="checkbox"/> Laufen der Nase oder Niesreiz              | <input type="checkbox"/> überhaupt keine Beschwerden            |

## 3. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ausgezeichnet              | sehr gut                   | gut                        | weniger gut                | schlecht                   |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

## 4. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

- |   | ja                         | nein                       |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Ich habe weniger geschafft als ich wollte   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Ich konnte nur bestimmte Dinge tun  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich mußte mich besonders anstrengen) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

**5. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?**

keine Schmerzen      sehr leicht      leicht      mäßig      stark      sehr stark

1       2       3       4       5       6

**6. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?**

überhaupt nicht      ein bißchen      mäßig      ziemlich      sehr

1       2       3       4       5

**7. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen vier Wo-chen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht).**

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...	immer	meistens	ziemlich oft	manch-mal	selten	nie
... voller Schwung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... sehr nervös?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern konnte?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... ruhig und gelassen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... voller Energie?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... entmutigt und traurig?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... erschöpft?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... glücklich?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... müde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**8. Im folgenden sehen Sie eine Liste von Arbeitsbedingungen, die im Schulalltag auftreten. Bitte kreuzen Sie bei jeder Situation an, wie belastend diese Situation aktuell für Sie ist.**

	überhaupt nicht belastend			sehr belastend		
Zu große Klassen/Gruppen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Mangelnde Motivation bzw. Konzentrationsfähigkeit der Kinder/Jugendlichen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Disziplinprobleme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Probleme mit Kindern/Jugendlichen anderer kultureller Herkunft	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ärger mit Behörden bzw. Institutionen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Probleme mit den Eltern	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Fachfremder Unterrichtseinsatz	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Unterschiedliche Lernvoraussetzungen der Kinder/Jugendlichen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Vor- und Nachbereitung des Unterrichts	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Geringe Lernbereitschaft von Kinder/Jugendlichen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Verwaltungsarbeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ständige Kritik am Lehrerberuf und fehlende Anerkennung in der Öffent-lichkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Hektisches und störungsvolles Arbeitsklima an der Schule	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

9. Welche der folgenden ungünstigen Arbeitsbedingungen (die für alle Arten von Arbeitsplätzen formuliert wurden) kommen an Ihrem Arbeitsplatz oft vor, d.h. mindestens mehrfach wöchentlich? Wenn etwas vorkommt, kreuzen Sie bitte auch an, ob Sie sich dadurch belastet fühlen.

		kommt oft vor und ...		
Lassen Sie Zeilen frei, wenn etwas nicht oft vorkommt!		belastet nicht	belastet wenig	belastet stark
<b>Körperlicher Bereich:</b>	z.B. einseitige/verkrampfte Haltung, vorwiegend stehend/sitzend arbeiten, schweres Heben	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Physikalische Einflüsse:</b>	z.B. Staub, Lärm, Schmutz, Umgang mit Gefahrstoffen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Klimatische Einflüsse:</b>	z.B. Hitze, Kälte, zu feuchte/zu trockene Luft, Durchzug, schlechte Lüftung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Ausstattung:</b>	z.B. ungünstige Beleuchtung, fehlendes/schlechtes Arbeitsmaterial, Unfallgefahr	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Arbeitsdruck:</b>	z.B. zuviel Arbeit, Leistungsdruck, monotone Arbeit, starke Konzentration/Anspannung, hohe Verantwortung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Arbeitszeit:</b>	z.B. lange Anfahrtswege, häufige Überstunden, ungünstige Arbeitszeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Personalführung:</b>	z.B. fehlende Anerkennung, unklare oder widersprüchliche Anweisungen, fehlende Informationen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Arbeitsorganisation:</b>	z.B. Zeitdruck, Hektik, schlechte Zusammenarbeit oder Zusammenarbeit, häufige Störungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

10. Angaben zur Person

**Alter:**

\_\_\_\_\_ Jahre

**Geschlecht:**

1  weiblich

2  männlich

**Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Befragung!**