

Nachbefragung

**Indikatoren des Reha-Status – IRES
Version 3.3**

Fragebogen

***Gesundheit
in Beruf und Alltagsleben***

Wie wird's gemacht?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen.
- Bitte machen Sie pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen! Entscheiden Sie sich bitte für eine der Antwortmöglichkeiten!
- Wenn Sie Anmerkungen zu den Fragen haben, können Sie diese auf der letzten Seite des Fragebogens notieren.

Beispiel:

Richtig:

Ich konnte schlecht einschlafen

Meis- tens	Ziem- lich oft	Manch- mal	Selten	Nie
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falsch!:

Ich konnte schlecht einschlafen

Ich konnte schlecht einschlafen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Manchmal ist es auch erforderlich, Zahlen einzutragen:

Beispiel:

Wie alt sind Sie?

52

Jahre

- Gehen Sie der Reihe nach vor, Frage für Frage. Lassen Sie dabei keine Frage aus, außer Sie werden ausdrücklich dazu aufgefordert!

Beispiel:

Sind Sie Raucher?

Nein



Ja

Weiter mit **Frage** ...!

- Füllen Sie alle Unterpunkte einer Frage aus, auch wenn sie auf Sie nicht zutreffen!

Beispiel:

Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?

	Stark	Ziem- lich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- Wir würden gerne wissen, wie lange Sie zum Ausfüllen des Fragebogens brauchen. Bitte schauen Sie jetzt auf die Uhr und notieren Sie die Zeit. Die Zeit, die Sie für das Ausfüllen benötigt haben, können Sie dann am Ende des Bogens eintragen.

Aktuelle Uhrzeit:

Ihre Gesundheit

1. Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

1

Sehr stark

1

Stark

2

Ziemlich

3

Etwas

4

Wenig

5

Gar nicht

6

2. Wie viel kann man Ihrer Meinung nach tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern?

2

Sehr viel

1

Viel

2

Einiges

3

Etwas

4

Wenig

5

Nichts

6

3. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

3

Sehr gut

1

Gut

2

Zufrieden-
stellend

3

Weniger gut

4

Schlecht

5

Sehr schlecht

6

4. Wie viel wiegen Sie ohne Bekleidung?

4

Kilogramm

5. Wie groß sind Sie?

5

Zentimeter

6. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 6 Monaten so krank, dass Sie das Bett hüten mussten?

6

An keinem Tag
0

oder: An ca. Tagen

7. Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“, d.h. als schädlich für die Gesundheit betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere Risikofaktoren.

Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht		
Rauchen	<input type="checkbox"/>	7					
Übergewicht.....	<input type="checkbox"/>	8					
Falsche Ernährung	<input type="checkbox"/>	9					
Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/>	10					
Stress und Hektik.....	<input type="checkbox"/>	11					
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	12					
	1	2	3	4	5		
	Stark erhöht	Ziemlich erhöht	Mäßig erhöht	Ein wenig erhöht	Gar nicht erhöht	Weiß nicht	
Cholesterin.....	<input type="checkbox"/>	13					
Blutzucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	14					
Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	15					
	1	2	3	4	5	6	

8. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit unter Schmerzen gelitten?

16

So gut wie nie

1



Weiter mit Frage 13!

Selten

2



Manchmal

3



Ziemlich oft

4



Meistens

5



Immer

6



Weiter mit der nächsten Frage!

Frage 9 bis Frage 12 bitte nur beantworten, wenn Sie in der letzten Zeit Schmerzen hatten!

9. Wo hatten Sie diese Schmerzen?

17

10. Wie stark waren diese Schmerzen?

18

Ich hatte keine Schmerzen

1

Sehr leicht

2

Leicht

3

Mäßig

4

Stark

5

Sehr stark

6

11. Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?

19

Nicht beeinträchtigt

1

Wenig beeinträchtigt

2

Etwas beeinträchtigt

3

Ziemlich beeinträchtigt

4

Stark beeinträchtigt

5

Sehr stark beeinträchtigt

6

12. An wie vielen Tagen in den letzten 7 Tagen hatten Sie starke oder störende Schmerzen?

20

An Tagen in den letzten 7 Tagen

Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!

13. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen ...

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... beim Treppensteigen in normalem Schritt ein Stockwerk hoch	<input type="checkbox"/>				
... beim bergan Gehen oder beim schnellen Gehen auf ebener Strecke	<input type="checkbox"/>				
... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke	<input type="checkbox"/>				
... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.....	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

14. Wie stark haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ...

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
... beim Aufstehen nach längerem Sitzen	<input type="checkbox"/>	25				
... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen	<input type="checkbox"/>	26				
... bei längerem Gehen (ca. eine halbe Stunde lang)	<input type="checkbox"/>	27				
... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen	<input type="checkbox"/>	28				
	1	2	3	4	5	

15. Wie häufig haben Sie in den letzten 4 Wochen unter den folgenden Schwierigkeiten gelitten?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich habe Namen von Personen vergessen, die mir eigentlich bekannt sind	<input type="checkbox"/>	29				
Ich konnte mich nicht besonders gut konzentrieren	<input type="checkbox"/>	30				
Ich habe ab und zu Erledigungen vergessen	<input type="checkbox"/>	31				
Ich hatte das Gefühl, komplizierte Dinge nur langsam zu begreifen	<input type="checkbox"/>	32				
Ich konnte mir neue Dinge nicht besonders gut einprägen	<input type="checkbox"/>	33				
	1	2	3	4	5	

Familie, Freunde und Bekannte

16. Inwieweit machen Sie sich zurzeit über folgende Dinge Sorgen?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
Wegen meiner Krankheit kann ich mich nicht mehr genügend um meine Familie und meine Freunde kümmern	<input type="checkbox"/>	34				
Mein Gesundheitszustand geht anderen „auf die Nerven“	<input type="checkbox"/>	35				
Wegen meines Gesundheitszustands bleibt mir weniger Zeit für Familie und Bekannte	<input type="checkbox"/>	36				
Durch meine Krankheit belaste ich die Menschen, die mir nahe stehen.....	<input type="checkbox"/>	37				
	1	2	3	4	5	

17. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit in der letzten Zeit folgende Aussagen auf Sie zutrafen:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft voll zu	Trifft weit- gehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht zu	
Es gibt kaum jemanden, der mir Arbeit abnimmt, wenn ich einmal Hilfe brauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
Über persönliche Dinge kann ich eigentlich mit kaum jemand sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
Ich kenne zu wenige Menschen, die ich bei Problemen um Rat fragen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
	1	2	3	4	5	

Alltägliche Sorgen und Probleme

18. Wie häufig fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen ...

Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
... völlig erschöpft?	<input type="checkbox"/>	42				
... lustloser als früher?	<input type="checkbox"/>	43				
... unruhig und abgespannt?	<input type="checkbox"/>	44				
... wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist?	<input type="checkbox"/>	45				
	1	2	3	4	5	

19. Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie in den letzten 4 Wochen folgende Gefühle hatten:

Bitte in **jede Zeile** ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich war innerlich gespannt und habe mich nervös gefühlt	<input type="checkbox"/>	46				
Ich hatte das Gefühl, dass es mir schwer fällt, mich zu beruhigen	<input type="checkbox"/>	47				
Ich fühlte mich rastlos, musste ständig in Bewegung sein	<input type="checkbox"/>	48				
Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend	<input type="checkbox"/>	49				
	1	2	3	4	5	

20. Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen:

Wie stark hat Sie Ihr Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben in Beruf oder Haushalt eingeschränkt?

Sehr stark	Stark	Ziemlich	Etwas	Wenig	Gar nicht
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

21. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl ...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
... dass Sie sich zu nichts entschließen können?	<input type="checkbox"/>	51				
... dass Ihnen nichts mehr Spaß macht?	<input type="checkbox"/>	52				
... dass nichts so läuft, wie Sie es eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	53				
... ohne Schwung zu sein?	<input type="checkbox"/>	54				
	1	2	3	4	5	

22. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie zurzeit folgenden Aussagen zustimmen:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft voll zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht zu	
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe	<input type="checkbox"/>	55				
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen	<input type="checkbox"/>	56				
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll	<input type="checkbox"/>	57				
	1	2	3	4	5	

23. Wenn Sie an die letzten 4 Wochen denken: Wie schätzen Sie sich selbst ein?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich habe bei manchen Aufgaben versagt und hätte vieles besser machen können	<input type="checkbox"/>	58				
Ich habe mir gewünscht, ich hätte mehr Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	59				
Ich fand, dass ich mich zu leicht von anderen einschüchtern lasse	<input type="checkbox"/>	60				
	1	2	3	4	5	

24. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Völlig unzufrieden



Völlig zufrieden



Wie zufrieden waren Sie ...

... mit Ihrer Wohnsituation? 61

... mit Ihrer finanziellen Lage? 62

... mit Ihrer Freizeit? 63

... mit Ihrer Gesundheit? 64

... mit Ihrer familiären Situation? 65

... mit Ihren Beziehungen zu
Freunden, Nachbarn,
Bekanntem? 66

Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen ...

Völlig unzufrieden

Völlig zufrieden

Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen dann insgesamt mit Ihrem Leben? 67

1

2

3

4

5

6

7

Gesundheit und Krankheit im alltäglichen Leben

Die folgenden Fragen nach alltäglichen Tätigkeiten beziehen sich auf Ihre momentane Situation. Bitte beachten Sie jeweils den Zeitraum, der in den einzelnen Fragen angesprochen ist.

Falls Sie gerade einen stationären Krankenhausaufenthalt (z.B. wegen einer Operation) hinter sich haben, beziehen Sie die Fragen bitte auf die Zeit davor.

25. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Un- möglich	Große Schwie- rigkeiten	Mäßige Schwie- rigkeiten	Geringe Schwie- rigkeiten	Ohne Schwie- rigkeiten	
Körperlich schwere Arbeiten verrichten (z.B. schwere Gegenstände heben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68
Sich strecken, um ein Buch von einem hohen Regal zu holen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69
Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70
Zu einer kulturellen Veranstaltung oder einem Fest gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71
Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen (z.B. Mineralwasserkasten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72
Eine halbe Stunde körperlich arbeiten (wie z.B. Staub saugen, Rasen mähen) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73
Sportarten betreiben, bei denen man richtig ins Schwitzen kommt (z.B. Rennen, Skilaufen, Bergwandern).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74
	1	2	3	4	5	

26. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten gehabt hätten, folgendes zu tun:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Un- möglich	Große Schwie- rigkeiten	Mäßige Schwie- rigkeiten	Geringe Schwie- rigkeiten	Ohne Schwie- rigkeiten	
Eine Tageswanderung machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75
30 Minuten lang ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76
Eine Treppe über drei Etagen hinaufgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77
Eine Zugreise unternehmen, die länger als 8 Stunden dauert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78
	1	2	3	4	5	

27. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zurzeit auf Sie zutreffen.

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft voll zu	Trifft weit- gehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht zu	
Wenn man sich ein bisschen umstellt, kann man trotz der Krankheit ganz gut im Alltag zurecht kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79
Ich komme innerlich mit der Krankheit ganz gut zurecht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80
Trotz meiner Krankheit kann ich alle Dinge tun, die mir wirklich wichtig sind.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81
	1	2	3	4	5	

28. Wie gut sind Sie über Ihre Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten informiert?

Sehr gut	Gut	Zufrieden- stellend	Weniger gut	Schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

29. Ich weiß, wie ich mich verhalten muss, um meine Krankheit positiv zu beeinflussen.

Stimmt voll und ganz	Stimmt weitgehend	Stimmt ziemlich	Stimmt etwas	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

30. Ich schaffe es, mein Wissen über die Krankheit in alltägliches Verhalten umzusetzen.

84

Stimmt
voll und ganz

1

Stimmt
weitgehend

2

Stimmt
ziemlich

3

Stimmt
etwas

4

Stimmt
kaum

5

Stimmt
überhaupt nicht

6

31. Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen (z.B. Herzgruppe, Rheumagruppe o.ä.)?

85

Nie

1

Ein einziges
Mal

2

Ein paar Mal,
aber
unregelmäßig

3

Einmal in
jedem Monat

4

In jedem Monat
mehrmals

5

Einmal pro
Woche oder
öfter

6

Angaben zur Person

32. Wie alt sind Sie?

86

Jahre

33. Ihr Geschlecht?

87

Männlich

1

Weiblich

2

34. Welche berufliche Stellung haben Sie? Wenn Sie nicht mehr oder zurzeit nicht berufstätig sind, nennen Sie bitte die letzte Stellung.

(Bei den männlichen Bezeichnungen sind selbstverständlich auch Frauen gemeint!)

Bitte nur eine Angabe!

Arbeiter / Arbeiterin

- Un- oder angelernter Arbeiter 1
- Gelernter Arbeiter, Facharbeiter 2
- Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier 3

Angestellter / Angestellte

- Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist)..... 4
- Angestellter mit schwieriger Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter) 5
- Angestellter mit leitender Tätigkeit (z.B. wissenschaftlicher Angestellter, Abteilungsleiter) 6
- Angestellter mit umfassenden Tätigkeiten (z.B. Direktor, Geschäftsführer) 7

Beamter / Beamtin (einschließlich Richter und Berufssoldaten)

- Beamter im einfachen Dienst..... 8
- Beamter im mittleren Dienst..... 9
- Beamter im gehobenen Dienst 10
- Beamter im höheren Dienst 11

Selbständiger / Selbständige (einschließlich mithelfende Familienangehörige)

- Selbständiger Landwirt / Genossenschaftsbauer..... 12
- Akademiker in freiem Beruf (z.B. Arzt, Rechtsanwalt, Steuerberater) 13
- Selbständiger im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung 14
- Mithelfender Familienangehöriger 15

- Sonstiges** (z.B. Auszubildender, Schüler, Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Praktikant) ... 16

- Noch nie berufstätig gewesen** 17

35. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Nein

1

Beantragt

2

Ja

3



Mit welchem
Behinderungsgrad?
Bitte hier die Zahl eintragen:

89

90

36. Sind Sie erwerbstätig?

(Als erwerbstätig gilt auch, wer zurzeit arbeitsunfähig oder krankgeschrieben ist.)

Ja, ich bin erwerbstätig

1



Bitte
weiter mit
Frage 37

91

Nein, ich bin nicht erwerbstätig.....

2

sondern ...

Bitte nur eine Angabe!

... Hausfrau / Hausmann

1



... in Ausbildung oder Umschulung

2



... arbeitslos gemeldet.....

3



... im vorzeitigen Ruhestand.....

4



... **befristet** in Erwerbs- oder
Berufsunfähigkeitsrente

5



... **unbefristet** in Erwerbs- oder
Berufsunfähigkeitsrente

6



... **ganz** in Altersrente / pensioniert

7



... in Teilrente (z.B. Altersteilzeit)

8



... mit

%



... Sonstiges

9



Bitte
weiter mit
Frage 46

92

93

Frage 37 bis Frage 45 bitte nur ausfüllen, wenn Sie erwerbstätig sind!

Ihre Berufstätigkeit

37. Wie viele Stunden arbeiten Sie zurzeit durchschnittlich in der Woche in Ihrem Beruf?

94

Bitte rechnen Sie dabei auch regelmäßig anfallende Überstunden ein.

Stunden in der Woche

38. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit ihrer beruflichen Situation?

95

Völlig
unzufrieden

Völlig
zufrieden



1

2

3

4

5

6

7

39. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 6 Monaten krankgeschrieben?

96

An keinem Tag
0

oder: An ca. Tagen

40. Wie stark haben Sie sich in den letzten 4 Wochen Gedanken darüber gemacht, dass Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in Zukunft ...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... weniger verdienen könnten, z.B. weil Sie Ihre Arbeitszeit reduzieren müssen?	<input type="checkbox"/>				
... arbeitslos werden könnten?	<input type="checkbox"/>				
... in Ihrem Beruf nicht mehr so gut vorankommen?	<input type="checkbox"/>				
... Ihre Berufstätigkeit ganz aufgeben müssen und vorzeitig berentet werden?	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

97

98

99

100

41. Wie sehr fühlen Sie sich durch folgende Bedingungen in Ihrer Berufstätigkeit belastet?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ich fühle mich belastet durch ...	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
Überstunden, lange Arbeitszeit.....	<input type="checkbox"/>	101				
Lärm	<input type="checkbox"/>	102				
Körperlich anstrengende Arbeit	<input type="checkbox"/>	103				
Unangenehme einseitige körperliche Beanspruchung oder Körperhaltung.....	<input type="checkbox"/>	104				
Andauerndes oder fast andauerndes Stehen	<input type="checkbox"/>	105				
Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck.....	<input type="checkbox"/>	106				
Häufige Störungen und Unterbrechungen	<input type="checkbox"/>	107				
Zwang zu schnellen Entscheidungen.....	<input type="checkbox"/>	108				
Meine Arbeitsleistung wird streng kontrolliert.....	<input type="checkbox"/>	109				
	1	2	3	4	5	

42. Wie schätzen Sie derzeit Ihre berufliche Tätigkeit ein?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stimmt voll und ganz	Stimmt weitgehend	Stimmt ziemlich	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht	
Meine Arbeit macht mir Freude.....	<input type="checkbox"/>	110				
Mit meiner Arbeit komme ich gut zurecht.....	<input type="checkbox"/>	111				
Ich fühle mich durch meine Arbeit überlastet.....	<input type="checkbox"/>	112				
Ich habe das Gefühl, dass die Arbeit meine Gesundheit beeinträchtigt.....	<input type="checkbox"/>	113				
Die Leistungsanforderungen in meinem Beruf sind einfach zu hoch	<input type="checkbox"/>	114				
Ich kann meine Talente und Fähigkeiten voll einbringen.....	<input type="checkbox"/>	115				
In der Firma herrscht ein angenehmes Arbeitsklima	<input type="checkbox"/>	116				
Die Bezahlung ist für die von mir verrichtete Tätigkeit angemessen	<input type="checkbox"/>	117				
	1	2	3	4	5	

43. Wenn Sie einmal an die Zukunft denken:
Glauben Sie, dass Sie in einem Jahr noch berufstätig sein werden?

Ich halte das für ...

Sehr wahrscheinlich	Ziemlich wahrscheinlich	Eher wahrscheinlich	Eher unwahrscheinlich	Ziemlich unwahrscheinlich	Sehr unwahrscheinlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

118

44. Wie wird Ihre Situation vermutlich in einem Jahr sein?

Bitte nur *eine Angabe!*

In etwa einem Jahr werde ich vermutlich ...

voll erwerbs- tätig sein (mind. 35 Std. pro Woche)	teilzeit- erwerbs- tätig sein	Hausfrau / Haus- mann sein	in Aus- bildung oder Um- schulung sein	arbeits- los sein	im vor- zeitigen Ruhe- stand sein	in Erwerbs- oder Berufs- unfähig- keitsrente sein	in Alters- rente / pensio- niert sein	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

119

45. Haben Sie einen Antrag auf Frühberentung (Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente) gestellt, der noch nicht entschieden ist?

Nein

1

Ja

2

120

Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!

Und nun noch einige letzte Fragen

46. Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

121

Anregend,
aufschlussreich

1

Ziemlich
langweilig

2

Eher lästig

3

Richtig
unangenehm

4

47. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?

122

Etwa Minuten

48. Wenn Sie Bemerkungen, Anregungen und Hinweise zum Inhalt des Fragebogens haben, können Sie sie an dieser Stelle notieren:

123

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

**Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch
und überprüfen Sie Ihre Angaben auf Vollständigkeit.**