

Anhänge

Anhang 1: Fragebogen zur Ermittlung unterschiedlicher Strukturen in Kindertageseinrichtungen (Langfassung) (siehe Abschnitt 3.2)

CODE:

1

Zunächst zu Ihrer Person:

1. Welche Position begleiten Sie in Ihrer Einrichtung?

- Leitung der Einrichtung
- Stellvertretung
- Gruppenleitung
- Mitarbeiter/in in der Gruppe
- Andere Position: _____

2. Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich
- Männlich

3. Wie viele Jahre arbeiten Sie in Ihrem Beruf?

_____ Jahre

4. Seit wann arbeiten Sie in der Einrichtung?

Monat/Jahr: _____

Nun möchten wir Näheres zu der Einrichtung wissen, in der Sie arbeiten.

5. Um welche Art der Einrichtung handelt es sich?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Kindertagesstätte
- Krippe
- Kindergarten
- Hort
- Integrative Einrichtung
- Sonstige: _____

6. Wer ist der Träger der Einrichtung?

- Öffentlicher Träger
- Kirchlicher Träger
- Freier gemeinnütziger Träger
- Freier gewerblicher Träger
- Anderer Träger: _____

CODE:

2

7. In welchem Bundesland liegt die Einrichtung?

8. In welchem Umfeld befindet sich die Einrichtung?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Großstadt** (> 100.000 Einwohner)
- Innenstadt
- Randgebiet/Ortsteil
- Mittelzentrum** (> 20.000 – 100.000 Einwohner)
- Kleinstadt** (> 5.000 – 20.000 Einwohner)
- Kleinstadt** (- 5.000 Einwohner)

Weitere Kennzeichen:

- Ländliches Gebiet
- Sozialer Brennpunkt
- Andere _____

9. Wie sehen die Betreuungszeiten der Einrichtung aus?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Durchgehend von _____ bis _____ Uhr
- Mit Mittagsversorgung
- Ohne Mittagsversorgung
- Mit Mittagspause (Vormittag- /Nachmittagblock):
- Vormittags: Von _____ bis _____ Uhr
- Nachmittags: Von _____ bis _____ Uhr

10 a. Wie lange werden die Kinder in der Einrichtung betreut?

Anzahl

- bis 5 Stunden _____
- bis 7 Stunden _____
- mehr als 7 Stunden _____

CODE:

4

2. Altersübergreifende Gruppen mit Kinder in Alter von < 3 Jahren bis zum Schuleintritt

Anzahl der Gruppen: _____ Gruppengröße: _____

Altersverteilung innerhalb der Gruppen:

Unter 18 Monate _____

18 Monate bis unter 3 Jahre _____

Über 3 Jahre _____

Anzahl der in der Gruppe anwesenden Betreuer/innen: _____

Ausbildung der Betreuer/innen: _____

Besonderheiten: _____

3. Altersübergreifende Gruppen mit Kinder in Alter von < 3 Jahren bis zum Schuleintritt und älter (z. B. Hortkinder)

Anzahl der Gruppen: _____ Gruppengröße: _____

Altersverteilung innerhalb der Gruppen:

Unter 18 Monate _____

18 Monate bis unter 3 Jahre _____

Über 3 Jahre _____

Schulkinder _____

Anzahl der in der Gruppe anwesenden Betreuer/innen: _____

Ausbildung der Betreuer/innen: _____

Besonderheiten: _____

CODE:

5

4. (Altersübergreifende) Gruppen mit Kindern im Alter von 3 Jahren bis zum Schuleintritt

Anzahl der Gruppen: _____ Gruppengröße: _____

Anzahl der in der Gruppe anwesenden Betreuer/innen: _____

Ausbildung der Betreuer/innen: _____

Besonderheiten: _____

5. (Altersübergreifende) Gruppen mit Kindern im Alter von 3 Jahren bis zum Schuleintritt und älter (z. B. Hortkinder)

Anzahl der Gruppen: _____ Gruppengröße: _____

Anzahl der Hortkinder: _____

Anzahl der in der Gruppe anwesenden Betreuer/innen: _____

Ausbildung der Betreuer/innen: _____

Besonderheiten: _____

13. Wie viele Kinder mit Migrationshintergrund besuchen die Einrichtung?

Anzahl

Jünger als 3 Jahre:

davon aus nicht-deutschsprachigen Familien:

Älter als 3 Jahre:

davon aus nicht-deutschsprachigen Familien:

CODE:

6

14. Wie viele Kinder mit erhöhtem Betreuungsaufwand (z. B. Kinder mit Entwicklungsverzögerungen oder verhaltensauffällige Kinder) besuchen die Einrichtung?

_____ Kinder

Nähere Angaben: _____

15. Welche Ausstattungsmerkmale hat die Einrichtung?

1. Anzahl der Gruppenräume _____

2. Funktionsräume:

- Ruheraum Mehrzweck-/Bewegungsraum
 Küche Außengelände

Weitere Funktionsräume:

3. Personalräume:

- Büro Besprechungsraum Aufenthaltsraum

Es folgen einige Fragen zu den Beschäftigten Ihrer Einrichtung

16. Wie viele Beschäftigte arbeiten in der Einrichtung?

Anzahl

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Insgesamt | _____ |
| <input type="checkbox"/> davon männliche Mitarbeiter | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pädagogisches Personal | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliches Personal | _____ |

CODE:

7

17. Welche berufliche Ausbildung haben die Beschäftigten?	Anzahl
<input type="checkbox"/> Erzieher/in	_____
<input type="checkbox"/> Sozialpädagoge/in	_____
<input type="checkbox"/> Kinderpfleger/in	_____
<input type="checkbox"/> Praktikant/innen	_____
<input type="checkbox"/> Andere: _____	_____

Die Fragen 18-22 beziehen sich auf das pädagogische Personal

18. Welche Themen wurden in den Fort- und Weiterbildungen der letzten 2 Jahren behandelt?	
19. Wie viele Vollzeit- bzw. Teilzeitkräfte arbeiten in der Einrichtung?	Anzahl
<input type="checkbox"/> Vollzeit: > 38,5 Wochenstunden	_____
<input type="checkbox"/> Teilzeit: 32 – 38,5 Wochenstunden	_____
<input type="checkbox"/> 21 – 32 Wochenstunden	_____
<input type="checkbox"/> < 21 Wochenstunden	_____
20. Wie alt sind die Beschäftigten?	Anzahl
<input type="checkbox"/> 18-30 Jahre	_____
<input type="checkbox"/> 31-40 Jahre	_____
<input type="checkbox"/> 41-50 Jahre	_____
<input type="checkbox"/> > 50 Jahre	_____

CODE:

8

21. Gibt es Klagen über gesundheitliche Beschwerden insbesondere im Bereich des Muskel-Skelett-Systems wie z. B. Rückenschmerzen?

- Ja
- Nein
- Dazu kann ich keine Angaben machen

22. Welche Belastungen werden dafür verantwortlich gemacht?

- Ungünstige Körperhaltungen (schlechte Sitzposition, vorgebeugtes Stehen)
- Heben und Tragen
- Andere Belastungen:

23. Wurden in Ihrer Einrichtung bereits Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter/innen durchgeführt?

- Nein
- Ja, und zwar folgende:

CODE:

9

Zum Schluss hätten wir noch gerne Ihre ganz persönliche Einschätzung zu der Einrichtung, in der Sie arbeiten

24. Wie würden Sie folgende Rahmenbedingungen in Ihrer Einrichtung beurteilen?

Vergeben Sie Schulnoten von 1-5	Sehr gut (1)	Gut (2)	Befriedigend (3)	Ausreichend (4)	Mangelhaft (5)
Ausstattung (Räume, Mobiliar etc.)	<input type="checkbox"/>				
Größe der Räume	<input type="checkbox"/>				
Außenbereich	<input type="checkbox"/>				
Aus- und Weiterbildung	<input type="checkbox"/>				
Betriebsklima	<input type="checkbox"/>				
Pädagogisches Konzept	<input type="checkbox"/>				

25. Nennen Sie drei Dinge, die Sie an Ihrer Einrichtung als besonders positiv empfinden:

26. Nennen Sie drei Dinge, die Sie an Ihrer Einrichtung als eher negativ empfinden:

Anhang 2: Fragebogen zur Ermittlung unterschiedlicher Strukturen in Kindertageseinrichtungen (Kurzfassung) (siehe Abschnitt 3.2)

CODE:

Zunächst einige Fragen zu Ihrer Person

1. Wie alt sind Sie?

- 18-30 Jahre
- 31-40 Jahre
- 41-50 Jahre
- > 50 Jahre

2. Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich
- Männlich

3. Welche berufliche Ausbildung haben Sie?

- Erzieher/in
- Sozialpädagoge/in
- Kinderpfleger/in
- Praktikant/innen
- Andere: _____

4. Wie viele Jahre arbeiten Sie in Ihrem Beruf?

_____ Jahre

5. Welche Position begleiten Sie in Ihrer Einrichtung?

- Leitung der Einrichtung
- Stellvertretung
- Gruppenleitung
- Mitarbeiter/in in der Gruppe
- Andere Position: _____

6. Seit wann arbeiten Sie in dieser Einrichtung?

Monat/Jahr: _____

CODE:

7. Wie viele Wochenstunden sind Sie in Ihrer Einrichtung tätig?

- Vollzeit:** > 38,5 Wochenstunden
- Teilzeit:** 32–38,5 Wochenstunden
- 21–32 Wochenstunden
- < 21 Wochenstunden

8. Haben Sie gesundheitliche Beschwerden insbesondere im Bereich des Muskels-Skelett-Systems wie z. B. Rückenschmerzen?

- Nein
- Ja, und zwar folgende:

9. Machen Sie Belastungen am Arbeitsplatz dafür verantwortlich?

- Ungünstige Körperhaltungen (schlechte Sitzposition, vorgebeugtes Stehen)
- Heben und Tragen
- Andere Belastungen:

10. Haben Sie in Ihrer Einrichtung bereits an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter/innen teilgenommen?

- Nein
- Ja, und zwar an folgenden:

CODE:

11. An welchen Fort- und Weiterbildungen haben Sie in den letzten 2 Jahren teilgenommen (Themen)?

Zum Schluss hätten wir noch gerne Ihre ganz persönliche Einschätzung zu der Einrichtung, in der Sie arbeiten

12. Wie würden Sie folgende Rahmenbedingungen in Ihrer Einrichtung beurteilen?

Vergeben Sie Schulnoten von 1-5	Sehr gut (1)	Gut (2)	Befriedigend (3)	Ausreichend (4)	Mangelhaft (5)
Ausstattung (Räume, Mobiliar etc.)	<input type="checkbox"/>				
Größe der Räume	<input type="checkbox"/>				
Außenbereich	<input type="checkbox"/>				
Aus- und Weiterbildung	<input type="checkbox"/>				
Betriebsklima	<input type="checkbox"/>				
Pädagogisches Konzept	<input type="checkbox"/>				

13. Nennen Sie drei Dinge, die Sie an Ihrer Einrichtung als besonders positiv empfinden:

14. Nennen Sie drei Dinge, die Sie an Ihrer Einrichtung als eher negativ empfinden:

Anhang 3:
Checkliste zur Güte der Gestaltung (siehe Abschnitt 3.2)



Checkliste für Begehungen vor Ort

Einrichtung

Tel.:

Begehung am:

Adresse

Leitung:

Durch:

Kurzbeschreibung/Bilder

Räume	No.	Bemerkungen
Eingangsbereich:		
Flur		Funktionen:
Gruppenräume und Nebenräume		
Wickelbereich		
Schlafbereich		
Räume	No.	Bemerkungen
Waschraum		
Toiletten		
Essbereich (Bistro)		Max ____ Kinder
Mehrzweckraum:		Funktionen:
Bewegungs-/Turnraum:		
Andere:		
Küche:		
Waschküche:		
Personalräume:		
Büro:		
Andere		
Außengelände		

A. Eingangsbereich

Größe*: _____ m²

Beschreibung

Funktionen	Bemerkungen

B. Flur

Größe*: _____ m²

Beschreibung

Funktionen		J	N	Bemerkungen
Wird als zusätzlicher Raum genutzt				
Garderobenbereich	Sitzmöglichkeit (kindgerecht)			
	Sitzmöglichkeit (erwachsenengerecht)			
	Persönliches Fach gekennzeichnet			
	Erreichbarkeit der Haken			

C 1. Gruppenraum Nr./Name:

Größe*: _____ m²

Gruppengröße

Alter der Kinder

Funktionen/Nebenräume

Beschreibung:

		J	N	Bemerkungen
1. Tische				
<u>Kinder</u>	Niedriger kindgerechter Tisch (altersentsprechend)			
	Andere			
<u>Erwachsene</u>	Zargenfreie Tische			
	Höherer erwachsenengerechter Tisch zwischen den Kindertischen			
	Arbeitsplatz für z.B. Dokumentation (Stehpult; Schreibtisch etc.)			
	Andere			
2. Stühle				
<u>Kinder:</u>	Hochstühle für Kleinkinder			
	Mitwachsende Stühle			
	Kleine altersentsprechende Stühle			
		J	N	Bemerkungen
2. Stühle				
<u>Erwachsene:</u>	Stuhl mit angepasster Sitzfläche und Rückenlehne , aber niedriger Sitzhöhe			
	höhenverstellbarer Drehstuhl mit Rollen			
	Sitzsockel zum Sitzen beim Spielen auf der Matte			
	Große erwachsenengerechte Stühle			
	Sessel zum Füttern mit der Flasche			
	Andere			
3. Stauraum				
<u>Für Spielmaterialien</u>	offene Regale in Kinderhöhe			
	„ beschriftete “ Regale, durchsichtige Behälter			
	Aufbewahrung und Platz zum Spielen liegen dicht beieinander			
Eigentumsfächer	<u>Für Kinder</u>			
	<u>Für Personal</u>			

4. Laufstall			
Erhöhter Laufstall			
Spielbereiche mit Gittersystem und gesicherter Tür eingegrenzt			
Andere			
5. Allgemein			
Raum ist leicht zugänglich			
Mehrere Funktionsbereiche ausgewiesen 1. Lese-, 2. Bau-, 3. Rollenspiel-, 4. Kuschel-, 5. Mal- 6. Musik- 7. Natur- u. Experimentier- 8. Für feinmotorische Aktivitäten			
Wickeltisch im Gruppenraum (Näheres s.)			
Alle Bereiche können von Erzieherin leicht überblickt werden (mindestens Hörkontakt)			
Schneller Zugang zum Telefon			
Dokumentation im Gruppenraum			

	J	N	Bemerkungen
6. Nebenräume (in direkter Nähe zum Gruppenraum)			
Nebenräume zur Vorbereitung/Lagerung von Material			
Arbeitsplatz für Erzieher/innen			
Regale/Tritte (Erreichbarkeit)			
Wickelraum (s.)			
Ruheraum (s. D)			
Sonstiges			
7. Garderobe			
Garderobe in der Nähe des Gruppenraums (weiteres s. B)			
Weitere Anmerkungen			

D 1 Ruhe/SchlafräumGröße*: _____ m²

Gemeinsamer Raum ja nein

Im Mehrzweckraum untergebracht ja nein

Raum ist einer Gruppe zugeordnet ja, welcher nein

Beschreibung:

	J	N	Bemerkungen
1. Betten			
Betten/Schlafmatten sind leicht zugänglich			
Für <u>größere</u> Kinder kleine Betten ohne Gitter			
Hochbett für <u>Kleinkinder</u> mit absenkbarem Seitenteil			
Hochbett mit absenkbarem Seitenteil und Aufstiegshilfe			
Müssen Betten auf- bzw. abgebaut werden?			
	J	N	Bemerkungen
2. Sitzmöbel/Stauraum			
Bequeme Sitzgelegenheit (Stuhl, Sofa) für Aufsicht führende Erzieher/in			
Ausreichender Stauraum			
Sonstiges			
3. Wickeltische*			
erwachsenengerechte Höhe			
Mit Fußraum			
Auf Rollen			
Mit Treppchen oder anderen Aufstiegshilfen			
4. Wickelbereich*			
Alle Materialien im günstigen Greifbereich des Personals			
Mit Wasseranschluss			
Duschtasse auf Höhe des Wickeltisches			
Ausreichende Arbeitsfläche			
Weitere Anmerkungen			

*nur beim vorhandenem Wickelbereich

E. Waschräume/Toiletten

Beschreibung

	J	N	Bemerkungen
Waschbecken			
Waschbecken in Erwachsenenhöhe (90 cm)			
Waschbecken in angepasster Kinderhöhe			
Toiletten			
Altersgerechte Toiletten			
Töpfchen werden benutzt?			
Aufstiegshilfen			
	J	N	Bemerkungen
Toilettenbereich ist nahe am Gruppenraum			
Allgemein			
„ beschriftete “ Zahnbürsten u. Zahnputzbecher, Handtücher (z. B. mit Symbol, Name, Foto)			
Wickelbereich			
Alle Materialien im günstigen Greifbereich des Personals			
Mit Wasseranschluss			
Duschtasse auf Höhe des Wickeltisches			
Ausreichende Arbeitsfläche			
Wickeltische			
erwachsenengerechte Höhe			
Mit Fußraum			
Auf Rollen			
Mit Aufstiegshilfen			
Weitere Anmerkungen			

F. Küche**Beschreibung**

	J	N	Bemerkungen
Geräte in erwachsenengerechter Höhe			
Wie/in welchem Umfang genutzt/Personal?			
Sonstiges			

F1. Waschküche**Beschreibung**

	J	N	Bemerkungen
Maschinen Höhe?			
Arbeits Tisch			
Wie/in welchem Umfang genutzt?			

G. Essbereichim Gruppenraum? JA NEIN**Beschreibung:**

		J	N	Bemerkungen
Tische*				
<u>Kinder</u>	Niedriger kindgerechter Tisch (altersentsprechend)			
	Andere			
<u>Erwachsene</u>	Zargenfreie Tische			
	Höherer erwachsenengerechter Tisch zwischen den Kindertischen			
2. Stühle				
	Hochstühle für Kleinkinder			
	Mitwachsende Stühle			
	Kleine altersent- sprechende Stühle			

		J	N	Bemerkungen
Tische*				
Erwachsene:	Stuhl mit angepasster Sitzfläche und Rückenlehne, aber niedriger Sitzhöhe			
	höhenverstellbarer Drehstuhl mit Rollen			
	Große erwachsenengerechte Stühle			
	Sessel zum Füttern mit der Flasche			
	Andere			
Allgemein				
Kindgerechte Gegenstände (z. B. Besteck, kleine Kannen für Getränke, stabile Schüsseln und Löffel, usw.)				
Transport durch Erzieherinnen				
Stehen Transportwagen zur Verfügung				
Sonstiges				

* falls nicht im Gruppenraum gegessen wird, bitte hier eintragen

H. Mehrzweckraum = Turnhalle, siehe unten

Beschreibung:

Bemerkungen	
Nutzung	
Ausstattung	

I. Turnhalle Größe: _____ m²

Beschreibung

		J/N	Bemerkungen
Turnhalle			
	Alle Bereiche können von Erzieherin leicht überblickt werden		
	Auf einer Ebene mit dem Gruppenraum		
	Geräteraum		

K. PersonalräumeBeschreibung

		J/N	Bemerkungen
Büro	Büroarbeitsplatz ergonomisch gestaltet? (s. Checkliste)		
Besprechungsraum	Separater Büroraum		
	Raum mit doppelter Nutzung:		
Aufenthaltsraum/ Pausenraum	Separater Raum mit Tür		
	Raum mit doppelter Nutzung:		
Sanitärraum für Beschäftigte	Auf einer Ebene mit dem Gruppenraum?		
Raum für Elterngespräche			

L. SonstigesBeschreibung

		J/N	Bemerkungen
Treppen	Treppen zwischen den Räumen vorhanden?		
	Mit 2 Handläufen für <u>Kinder</u> und Erwachsene?		
	Mit Gittersystem		
HvL	Transportwagen? Kleinlastenaufzüge?		
Baumaterialien	Verwendung schallschluckender Materialien (z. B. Dämmplatten) oder schallbrechender Zwischendecken?		

J. Außengelände

Größe: _____ m²

Beschreibung

		J/N	Bemerkungen
Außen- gelände			
	Erwachsenengerechte Sitzmöglichkeiten		
	Alle Bereiche sind leicht zu überblicken		
	Auf einer Ebene mit dem Gruppenraum		
	Ausgang vom Gruppenraum		
	Getrennte Bereiche für Kinder < 3 Jahre		

Gespräch mit Leitung:

AA. Einrichtung gesamt

Größe*: _____ m²

Funktionen	Bemerkungen
Baujahr, letzte Renovierung	
Umbau geplant	
Anlage gesamt (wie viel Geschosse, Verteilung der Räume)	
Anzahl der Räume insgesamt	
Sonstiges, Besonderheiten	

BB. Arbeitsorganisation

Pausenregelung	
Umgang mit Urlaub/ krankheitsbedingten Ausfällen	
Schichtplanung erforderlich	
Gruppenplanung	Bringezeit (1 Gruppe versus eigene Gruppe)
	Nachmittag: Gruppenzusammenlegung?
	Veränderungen während des Tages: z. B. Zusammenlegung/teiloften/„Besuche“/ besondere immer wiederkehrende „Aktionen“

Betreuungskonzept	Offen (welches Konzept, Rotation) Gruppen	
Arbeitsansatz oder Schwerpunkt	<input type="radio"/> Keinen <input type="radio"/> Bewegung <input type="radio"/> Situationsansatz <input type="radio"/> Waldorf <input type="radio"/> Reggio	<input type="radio"/> Montessori <input type="radio"/> Natur/Wald <input type="radio"/> Bilingual/Fremdsprache/Internac. <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Tagesplanung/ Ablauf		

N. Betreuung

- **Wie viele Kinder in welchen Altersgruppen werden in welchem Stundenumfang betreut?**

	bis zu 25	von 25 bis 35	von 35 bis 45	mehr als 45
Unter 1-Jährige				
1-2-Jährige				
2-3-Jährige				
3-Jährige bis zum Schuleintritt				
Schulkinder bis ...				

- **Wie viele Kinder mit erhöhtem Förderbedarf werden in welchem Stundenumfang betreut?**

	bis zu 25	von 25 bis 35	von 35 bis 45	mehr als 45
Mit Integrationsstatus				
Mit sozialpädagogischem Förderbedarf				
Mit schlechten oder keinen Deutschkenntnissen				

Besonders positive Aspekte dieser Einrichtung (die einzelnen Items werden anhand des ersten Fragebogens für jede KiTa individuell erstellt):

Besonders negative Aspekte dieser Einrichtung (die einzelnen Items werden anhand des ersten Fragebogens für jede KiTa individuell erstellt):

Merkmale der KiTa

Anzahl Kinder:

Anzahl U3 insgesamt:

- Anzahl < 18 Monate:
- Anzahl > 18 Monate:

Betreuung < 5h:

Betreuung < 7h:

Betreuung > 7h:

Anzahl der Gruppen:

- 0-3 J.:
- 0-6 J.:
- 0-> 6 J.:
- 3-6 J.:
- 3-> 6 J.:

Beschäftigte insgesamt:

- Erzieher/in:
- Sozialpädagoge/in:
- Kinderpfleger/in:
- Praktikant/in:
- Andere:

Vollzeit (> 38,5 Wochenstunden):

Teilzeit:

- 32-38,5 Wochenstunden:
- 21-32 Wochenstunden:
- < 21 Wochenstunden:

Altersverteilung:

- 18-30 Jahre:
- 31-40 Jahre:
- 41-50 Jahre:
- > 50 Jahre:

Betreuungsschlüssel: 0-6 Jahre: Ist: Soll:

3-6 Jahre: Ist: Soll:

Migration: U3 – Betreuung:

Anhang 4: Aufbau des Fragebogens ErgoKiTa I (siehe Abschnitt 3.3.1)

Beschreibung des Fragebogens „ErgoKiTa“

Aufbau des Fragebogens

Module	Inhalt	Fragen (Anzahl)	Begründung	Quelle
	Einführung			
A. Zur Person und beruflichen Situation	Allg. Information zur Person: - Demografische Daten	9	- Zusammensetzung und Repräsentativität der Stichprobe - Erfassung der Fachkraft-Kind-Relation	- Eigene Formulierung - BASE-Studie (<i>Smith & Delius</i> , 2003)
	Allg. Information zur beruflichen Situation: - Berufliche Ausbildung - Berufserfahrung - Position - Arbeitsvertrag - Arbeitszeit - Gruppengröße, Gruppenzusammensetzung	18		
B. Angaben zur Arbeitssituation	Arbeitsbedingungen: - Ausstattung - Räumliche Arbeitsbedingungen - Organisatorische Arbeitsbedingungen	39	- Erfassung des Ist-Zustands in der Einrichtung: Ausstattung, räumliche und organisatorische Arbeitsbedingungen - Identifizierung von Interventionsbedarf nach Belastungserleben	- Eigene Formulierung - BASE-Studie (<i>Smith & Delius</i> , 2003) - Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten (<i>Seibt et al.</i> , 2005) - Prüfliste zur vorwiegend psychischen Belastung bei Erzieherinnen (PBE) (<i>Rudow</i> , 2007) - <i>Handlungshilfe der Unfallkasse NRW</i> (Stand: 06.09.2011) - Fragebogen Arbeitsstressoren bei Erzieherinnen (<i>Buch & Frieling</i> , 2001) - STEGE

	Tätigkeiten: - Tätigkeitsanteile - Typische Tätigkeiten (Essen, Pflege, Schlafen, Spiel- und Lernaktivitäten) und ausgewählte ungünstige Körperhaltungen	15	- Identifizierung von Interventionsbedarf nach Belastungserleben	- Eigene Formulierung - BASE-Studie (<i>Smith & Delius, 2003</i>) - Fragebogen Arbeitsstressoren bei Erzieherinnen (<i>Buch & Frieling, 2001</i>)
B. Angaben zur Arbeitssituation	COPSOQ - Copenhagen Psychosocial Questionnaire	84	- Psychische Belastung und Beanspruchung bei der Arbeit - Vergleich mit anderen Berufsgruppen und mit den berufsgruppenspezifischen Referenzwerten aus der COPSOQ-Datenbank	- Copenhagen Psychosocial Questionnaire - Kurze Version - (<i>Nübling & Stöbel, 2005</i>)
C. Gesundheit & Arbeitsfähigkeit	Modifizierte Beschwerdeskala nach Corlett-Bishop: - Beschwerden nach Körperregionen	41	- Zusammensetzung und Repräsentativität der Stichprobe - Zusammenhang: Gesundheitszustand und Belastung - Vergleichsdaten für die Berufsgruppe	- Nordic Questionnaire nach Corlett-Bishop (<i>Kuorinka et al., 1987</i>)
	WAI - derzeitige Arbeitsfähigkeit - aktuellen Erkrankungen oder Verletzungen - Psychische Leistungsreserven	24	- Arbeitsfähigkeit - Zusammenhang: Gesundheitszustand und Belastung	- Der Work Ability Index - ein Leitfaden (<i>Hasselhorn & Freude, 2007</i>)
D. Verbesserung der Arbeitssituation	- besonders gute (+) oder schlechte (-) Beispiele - Vorschläge/Wünsche	7	- Identifizierung von Interventionsbedarf - Entwicklung von Lösungsansätzen	- Eigene Formulierung

Smith, J; Delius J.A.M.: Die längsschnittlichen Erhebungen der Berliner Altersstudie (BASE): Design, Stichproben und Schwerpunkte 1990-2002. In: *F. Karl* (Hrsg.), Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie: Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema, Juventa, S. 225-249, Weinheim 2003

Seibt, R.; Khan, A.; Thinschmidt, M.; Duschke, D.; Weidhaas, J.: Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten. Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wiss., Bremerhaven 2005

Rudow, B.: Die Entwicklung einer Prüfliste zur Erfassung vorwiegend psychischer Belastungen bei ErzieherInnen (PBE) – ein Beitrag zum Arbeits- und Gesundheitsschutz (2001). In Forschungsbericht im Auftrag der GEW-Baden-Württemberg und der Johannes Löchner Stiftung, Stuttgart/Heddesheim

Unfallkasse NRW: Neue Handlungshilfe: Gefährdungsbeurteilung in Kindertageseinrichtungen. Online, [http://www.unfallkasse-nrw.de/presse/nachrichtenarchiv/aktuelles-detail-archiv-der-startseite/neue-handlungshilfe-gefaehrdungsbeurteilung-in-kindertageseinrichtungen-456/?tx_ttnews\[year\]=2011&tx_ttnews\[backPid\]=524&cHash=db4332832cf5151b3f798a58ab90fe74](http://www.unfallkasse-nrw.de/presse/nachrichtenarchiv/aktuelles-detail-archiv-der-startseite/neue-handlungshilfe-gefaehrdungsbeurteilung-in-kindertageseinrichtungen-456/?tx_ttnews[year]=2011&tx_ttnews[backPid]=524&cHash=db4332832cf5151b3f798a58ab90fe74), 19.10.2011

Buch, M.; Frieling, E.: Belastung- und Beanspruchungsoptimierung in Kindertagesstätten, Unveröffentlichtes Manuskript, Gesamthochschule Kassel 2001

Nübling, M.; Stößel, U.; Hasselhorn, H.-M.; Michaelis, M.; Hofmann, F.: Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen (COPSOQ) – Erprobung eines Messinstruments, Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Dortmund/Berlin/Dresden 2005

Kuorinka, I.; Jonsson, B.; Kilbom, A.; Vinterberg, H.; Biering-Sorensen, F.; Andersson, G.; Jorgensen, K. (1987): Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms, in Applied Ergonomics, Volume 18, Issue 3, S. 233-237.

Hasselhorn, H.M.; Freude, G.: Der Work Ability Index – ein Leitfaden. Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Dortmund/Berlin/Dresden 2007

Anhang 5: Fragebogen ErgoKiTa (siehe Abschnitt 3.3.1)

TEIL A: ZU IHRER PERSON UND BERUFLICHER SITUATION

- Geschlecht: ₁ männlich ₂ weiblich
- Geburtsjahr: _____
- Wie groß sind Sie? Ungefähr _____ cm.
- Wie viel wiegen Sie? Ungefähr _____ kg.
- Rauchen Sie? ₁ nein ₂ ja, selten ₃ ja, regelmäßig _____ pro Tag
- Treiben Sie in Ihrer Freizeit Sport? ₁ nein ₂ nein, aber früher ₃ ja

Wenn „nein, aber früher“ oder „ja“ ... (bis zu drei Nennungen möglich)

a. Welche Sportarten?	1. _____	2. _____	3. _____
b. Wie oft pro Woche?	1. _____ Mal	2. _____ Mal	3. _____ Mal
c. Wenn „nein, aber früher“ → Bis wann haben Sie ihn betrieben?	1. _____	2. _____	3. _____

- Leben Sie mit Partner/Partnerin zusammen? ₁ nein ₂ ja
- Wie viele Kinder in welchen Altersgruppen leben in ihrem Haushalt?

bis 5 Jahre	6-14 Jahre	15-18 Jahre	älter als 18 Jahre	keine
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>

- Welchen **höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss** haben Sie?

<input type="radio"/> ₁ kein Schulabschluss	<input type="radio"/> ₅ Fachhochschulreife
<input type="radio"/> ₂ Hauptschul-/Volksschulabschluss	<input type="radio"/> ₆ allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur
<input type="radio"/> ₃ Realschulabschluss (mittlere Reife)	<input type="radio"/> ₇ Anderer: _____
<input type="radio"/> ₄ Abschluss Polytechnische Oberschule	

- Wie lautet Ihre genaue **Berufsbezeichnung**?

<input type="radio"/> ₁ Erzieher/in	<input type="radio"/> ₄ Sozialassistent/in
<input type="radio"/> ₂ Sozialpädagoge/in	<input type="radio"/> ₅ Sonstiges: _____
<input type="radio"/> ₃ Kinderpfleger/in	

- Seit **wann** sind Sie in Ihrem Beruf tätig? _____ (Jahr)
- Wie viele **Jahre** arbeiten Sie in Ihrem Beruf? _____ Jahren
- Wie viele Jahre sind Sie in der **jetzigen Einrichtung**? _____ Jahren

14. Welche **Position** bekleiden Sie in Ihrer Einrichtung?

<input type="radio"/> ₁ Leitung der Einrichtung	<input type="radio"/> ₄ Mitarbeiter/in in der Gruppe
<input type="radio"/> ₂ Stellvertretung	<input type="radio"/> ₅ andere Position: _____
<input type="radio"/> ₃ Gruppenleitung	

15. Ist Ihr **Arbeitsvertrag befristet**? ₁ nein ₂ ja → Dauer der Befristung _____ Monate

16. **Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit**: _____ Stunden pro Woche

17. Ist es erforderlich, **Überstunden** zu machen? ₁ nein ₂ ja, ___Std./Woche (Durchschn.)

18. Werden die Überstunden **ausgeglichen**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wie? <input type="radio"/> ₂ finanziell <input type="radio"/> ₃ Zeitausgleich

19. Warum treten Überstunden besonders auf? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> ₁ Kollege/-in ist krank	<input type="radio"/> ₄ Schlechte Planung
<input type="radio"/> ₂ Kollege/-in ist in Urlaub	<input type="radio"/> ₅ Andere: _____
<input type="radio"/> ₃ Zu viel Arbeit	

20. Ihre **tägliche (reale) Pausenzeit** im Durchschnitt: _____ Minuten/Tag

21. Ist Ihre **Pausenzeit** ... ₁ flexibel ₂ fest gelegt

22. Wie viel **Zeit** für bürokratische/verwaltende Tätigkeiten haben Sie (Durchschn.): _____ Min./Tag

23. Ist es erforderlich, am Wochenende oder abends zu arbeiten? ₁ nein ₂ ja → wie oft? _____ mal pro Jahr

24. Wie viele **Kinder** betreuen Sie **pro Tag** im Durchschnitt? _____ Kinder/Tag

25. Wie viele **Kinder** in welchen **Altersgruppen** werden zurzeit von Ihnen betreut?

Altersgruppen	Anzahl der Kinder	davon Kinder mit Ganztagsbetreuung
Unter 1-Jährige		
1-2-Jährige		
2-3-Jährige		
3-Jährige bis zum Schuleintritt		
Hortkinder		

26. Betreuen Sie **Integrationskinder**? ₁ nein ₂ ja → wie viele? _____ Integrationskinder

27. Für wie viele Kinder in Ihrer Gruppe bzw. der von Ihnen betreuten Kindern ist Deutsch **nicht** die Muttersprache? _____ Kinder

TEIL B: ANGABEN ZU IHRER ARBEIT

B1. Die folgende Prüfliste zu den **Arbeitsbedingungen an Ihrem Arbeitsplatz** in den letzten vier Arbeitswochen sollen Sie in **zwei** Schritten beurteilen:

(A) Trifft die Aussage für Ihren Arbeitsplatz **zu** oder **nicht zu**?

(B) Wenn sie **zutrifft**, überlegen Sie: „Wie **stark** fühle ich mich dadurch **belastet**?“ Hierzu verwenden Sie bitte die folgende Skala (1-6):

kaum	gering	mäßige	deutlich	stark	sehr stark
1	2	3	4	5	6

		A. Trifft ...		B. Belastet?
		zu 1	nicht zu 2	
0	Beispiel: „Zu starkes, blendendes Licht“	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
Ihre Einrichtung (Allgemein)				
1	Die Luftverhältnisse (trockene Luft, Zugluft) sind schlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
2	Die Beleuchtung ist unzureichend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
3	Zu starkes, blendendes Licht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
4	Der Lärmpegel in der KiTa ist hoch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
5	Räume sind in schlechtem Zustand (z. B. bauliche Mängel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
6	Schlechte hygienische Bedingungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
7	Zu weit entfernt voneinander gelegene Räumlichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
8	Die Außenanlagen sind nicht ausreichend groß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
9	Es gibt nicht genügend erwachsenengerechtes Mobiliar in der KiTa (z. B. Stühle, Tische)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
10	Die Außenanlagen sind nicht gut mit Spielmaterial ausgestattet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
11	Es fehlen Arbeitsmittel und Finanzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
Ihr Gruppenraum				
12	Der Gruppenraum ist nicht gut mit Mobiliar ausgestattet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
13	Der Gruppenraum ist nicht gut mit pädagogischem Material ausgestattet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
14	Der Lärmpegel im Gruppenraum ist hoch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
15	Es gibt nicht genügend erwachsenengerechtes Mobiliar im Gruppenraum (z. B. Stühle, Tische)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
16	Es gibt keine ausreichende Aufbewahrungsmöglichkeiten für Unterlagen oder Materialien im Gruppenraum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
17	Es gibt keine ausreichende Aufbewahrungsmöglichkeiten für persönliche Dinge im Gruppenraum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

ErgoKiTa

		A. Trifft ...		B. Belastet?
		zu	nicht zu	
18	Es steht kein Pausenraum oder -ecke „zum Abschalten“ zur Verfügung	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
19	Es stehen keine Räumlichkeiten für individuelle Beratungen/Gespräche zur Verfügung	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
Organisatorisch				
20	Es gibt keine klare Aufgabenverteilung im Team	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
21	Es gibt nicht genügend Zeit für Vor- und Nachbereitung	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
22	Es gibt zu viele administrative Pflichten (Dokumentation/Büroarbeit)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
23	Es fehlt Zeit für administrative Pflichten (Dokumentation/Büroarbeit)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
24	Die zustehende Pausenzeit kann oft nicht genommen werden	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
25	Zu viele kurzfristige Dienstplanänderungen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
26	Es fallen regelmäßig Überstunden an	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
27	Nicht ausreichende Berücksichtigung eigener Wünsche bei der Urlaubsplanung	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
28	Nicht ausreichende Berücksichtigung eigener Wünsche bei der Dienstplanung	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
29	Personalmangel	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
30	Hohe Fluktuation des Personals	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
31	Hohe Anzahl der Kinder in einer Gruppe	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
32	Nicht genügend Versammlungen und Teamsitzungen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
33	Viele Anforderungen von Eltern	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
34	Viele Anforderungen von außen (Träger, Gesetze ...)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
35	Häufige Vertretung in anderen Gruppen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—

B2. Die folgende Prüfliste zur **Arbeitsorganisation** sollen Sie wie oben in **zwei** Schritten beurteilen.

Arbeiten Sie...	A. Trifft ...		B. Belastet?
	zu	nicht zu	
1. im rollierenden Dienst (Früh-, Spätdienst)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
2. mit wechselnden Arbeitsaufgaben (z. B. Küchen-, Essens- oder Schlafdienst)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
3. mit einem eher geregelten Tagesablauf innerhalb einer festen Gruppe	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
4. in gemeinsamen Früh- oder Spätgruppen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—

ErgoKiTa

B3. Wie viel **Prozent Ihrer Arbeitszeit** (ohne Berücksichtigung von Pausen) haben Sie für folgende Tätigkeiten ungefähr in den letzten vier Arbeitswochen aufgewendet (Durchschn.)?

- 1. **Pädagogische Arbeit am Kind** (z. B. Beaufsichtigung, Anleitung) _____ %
 - 2. **Pflege** (z. B. Wickeln, An-/Ausziehen von Kleidung) _____ %
 - 3. **Essen** (z. B. Vorbereitung, Beaufsichtigung, aufräumen) _____ %
 - 4. **Schlafen** (z. B. Schlafen legen der Kinder, Beaufsichtigung) _____ %
 - 5. **Dokumentation/Büroarbeit** _____ %
 - 6. **Sonstiges:** _____ %
- Summe 100 %**

B4. Bei Ihrer Arbeit kommen verschiedene Tätigkeiten vor, die in eher günstigen oder ungünstigen Körperhaltungen für Rücken, Gelenke und Muskeln ausgeführt werden können.

In der folgenden Prüfliste finden Sie **typische Tätigkeiten** und **ausgewählte ungünstige Körperhaltungen**. Nur diese sollen Sie in **drei** Schritten beurteilen:

(A) Zunächst möchten wir wissen, **wie häufig** Sie die genannte Tätigkeit **insgesamt** in den vergangenen **vier Arbeitswochen** ausgeübt haben. Dazu verwenden Sie folgende Skala (0-4):

nie	1x/4 Wochen	1x/2 Wochen	2-3x/Woche	täglich
0	1	2	3	4

Sollte die Aussage „**nie**“ (**0**) **zutreffen**, dann fahren Sie mit der nächsten Tätigkeit fort.

(B) Beurteilen Sie dann die **Tätigkeit** in Kombination mit jeder in der Tabelle genannten **Körperhaltung** (nur weiße Kästchen) und überlegen Sie: „**Wie oft** übe ich diese Tätigkeit in **dieser** Körperhaltung aus?“. Hierzu verwenden Sie bitte die folgende Skala (0-4):

nie/fast nie	selten	manchmal	oft	immer
0	1	2	3	4

Sollte die Aussage „**nie**“ (**0**) **zutreffen**, dann fahren Sie mit der nächsten Körperhaltung bzw. Tätigkeit fort.

(C) Und schließlich überlegen Sie für dieselbe Kombination: „**Wie stark** fühle ich mich durch die Arbeit in dieser Körperhaltung **belastet?**“ Hierzu verwenden Sie bitte die folgende Skala (1-6):

kaum	gering	mäßig	deutlich	stark	sehr stark
1	2	3	4	5	6

Beispiel: Sie teilen **täglich** (Siehe „A. Häufigkeit“= 4) Essen aus. Sie üben diese Tätigkeit **immer stehend gedreht oder gebeugt** (Siehe „B. Häufigkeit“= 4) durch und fühlen sich durch die Arbeit in dieser Körperhaltung **sehr stark belastet** (Siehe „C. Belastet?“= 6).

Tätigkeit	A. Häufigkeit (insg.)	Beurteilung	Körperhaltung			
			Knien/hocken	Sitzen auf dem Boden	Sitzen gedreht/ gebeugt	Stehen gedreht/ gebeugt
0 Beispiel: Essen austeilen	4	B. Häufigkeit			0	4
		C. Belastet?			—	6



Tätigkeit	A. Häufigkeit (insg.)	Beurteilung	Körperhaltung			
			Knie/hocken	Sitzen auf dem Boden	Sitzen gedreht/gebeugt	Stehen gedreht/gebeugt
1 Mahlzeiten vorbereiten, Tisch decken, aufräumen	—	B. Häufigkeit	■	■	—	—
		C. Belastet?	■	■	—	—
2 Unterstützung beim Essen und Aufsicht führen	—	B. Häufigkeit	■	■	—	—
		C. Belastet?	■	■	—	—
3 Unterstützung beim An- und Ausziehen von Kleidungsstücken	—	B. Häufigkeit	—	—	—	—
		C. Belastet?	—	—	—	—
4 Wickeln	—	B. Häufigkeit	■	■	■	—
		C. Belastet?	■	■	■	—
5 Beaufsichtigung bzw. Anleitung zur Körperpflege/Toilettenbenutzung	—	B. Häufigkeit	—	■	■	—
		C. Belastet?	—	■	■	—
6 Schlafen legen der Kinder	—	B. Häufigkeit	—	■	■	—
		C. Belastet?	—	■	■	—
7 Begleitung/Anleitung/Beaufsichtigung bei Spiel- und Lernaktivitäten	—	B. Häufigkeit	—	—	—	—
		C. Belastet?	—	—	—	—
8 Aufräumen von Spielzeug/ Materialien	—	B. Häufigkeit	—	—	—	—
		C. Belastet?	—	—	—	—
9 Erledigen von administrativen/ dokumentarischen Aufgaben	—	B. Häufigkeit	■	■	—	—
		C. Belastet?	■	■	—	—
10 Sonstige: _____	—	B. Häufigkeit	—	—	—	—
		C. Belastet?	—	—	—	—

B5. Die folgende Prüfliste zur **Handhabung von Lasten** sollen Sie in **zwei** Schritten beurteilen.

(A) Kommt diese Art der Handhabung von Lasten an Ihrem Arbeitsplatz **vor** oder **nicht vor**?

(B) Wenn sie **vorkommt**, überlegen Sie: „Wie **stark** fühle ich mich dadurch **belastet**?“ Hierzu verwenden Sie bitte wie oben die folgende Skala:

kaum	gering	mäßig	deutlich	stark	sehr stark
1	2	3	4	5	6

Handhabung von Lasten			A. Kommt		C. Belastet?
			vor	nicht vor	
1	Kind (z. B. auf den Wickeltisch heben oder durch den Gruppenraum tragen)	Heben	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
		Tragen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
2	Möbiliar (z. B. Betten stellen, Stühle oder Tische auseinander verschieben)	Heben	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
		Tragen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
3	Essenswagen	Ziehen/schieben	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
4	Kinderwagen	Ziehen/schieben	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—



B6. Die folgenden Fragen betreffen die **Anforderungen** bei Ihrer Arbeit.

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Ist Ihre Arbeit ungleich verteilt, so dass sie sich auftürmt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Müssen Sie Überstunden machen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit emotional eingebunden ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Ist Ihre Arbeit emotional fordernd ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurückzuhalten ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

B7. Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen **Arbeit und Privatleben**: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen .	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Meine Arbeit erzeugt Stress , der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen .	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern .	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

B8. Die folgenden Fragen betreffen Ihre **Einflussmöglichkeiten** und Ihren **Spielraum** bei der Arbeit.

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Haben Sie großen Einfluss auf Ihre Arbeit?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Können Sie Ihre Arbeit unterbrechen , um sich mit einem Kollegen zu unterhalten?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Wenn Sie private Dinge erledigen müssen, können Sie Ihren Arbeitsplatz ohne besondere Erlaubnis für eine halbe Stunde verlassen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

B9. Die folgenden Fragen betreffen Ihre **Entwicklungsmöglichkeiten** und die **Bedeutung** der Arbeit.

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

B10. Entwicklungsmöglichkeiten und Bedeutung (Teil 2)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Verlangt es Ihre Arbeit, dass Sie die Initiative ergreifen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu lernen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Ist Ihre Arbeit sinnvoll ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
6. Fühlen Sie sich motiviert und eingebunden in Ihre Arbeit?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Sind Sie stolz , dieser Einrichtung anzugehören?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9. Erleben Sie Probleme Ihrer Arbeitsstelle als Ihre eigenen ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10. Hat Ihre Arbeitsstelle große persönliche Bedeutung für Sie?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

B11. Nun einige Fragen zu **Regelungen** und **Abläufen** bei Ihrer Arbeit.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an ihrem Arbeitsplatz informiert , z. B. über wichtige Entscheidungen, Veränderungen oder Pläne für die Zukunft?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Erhalten Sie alle Informationen , die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Wissen Sie genau, wie weit Ihre Befugnisse bei der Arbeit reichen ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Machen Sie Dinge bei der Arbeit, die von einigen Leuten akzeptiert werden, aber von anderen nicht ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

B12. Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihr **unmittelbarer Vorgesetzter ...**

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... für gute Entwicklungsmöglichkeiten der einzelnen Mitarbeiter sorgt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... die Arbeit gut plant ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... Konflikte gut löst ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

B13. Die folgenden Fragen betreffen Ihr **Verhältnis** zu Ihren **Kollegen/-innen** und zu **Ihrem/Ihrer Vorgesetzten**.

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Wie oft sind Ihre Kollegen bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Wie oft ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Wie oft spricht Ihr Vorgesetzter mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Wie oft sprechen Ihre Kollegen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Arbeiten Sie getrennt von Ihren Kollegen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Können Sie sich mit Kollegen unterhalten , während Sie arbeiten?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen gut ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11. Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
12. Fühlen Sie sich durch Kollegen und Vorgesetzte häufig zu Unrecht kritisiert , schikaniert oder vor anderen bloßgestellt ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

B14. Machen Sie sich Sorgen, dass...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... Sie arbeitslos werden?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... neue Technologien Sie überflüssig machen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... man Sie gegen Ihren Willen auf eine andere Arbeitsstelle versetzen könnte?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

B15. Wie oft haben Sie im Laufe der **letzten 12 Monate** daran gedacht, Ihren Beruf **aufzugeben**?

nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

B16. Wenn Sie Ihre **Arbeitsituation** insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit ...

	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
1. ... Ihren Berufsperspektiven ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
2. ... den Leuten , mit denen Sie arbeiten?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
3. ... den körperlichen Arbeitsbedingungen ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
4. ... der Art und Weise, wie Ihre Einrichtung geführt wird?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
5. ... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
6. ... den Herausforderungen und Fertigkeiten , die Ihre Arbeit beinhalten?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
7. ... Ihre Arbeit insgesamt , unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

B17. Ihr Gesundheitszustand: Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren **derzeitigen** Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

Schlechtester denkbare
Gesundheitszustand

Bester denkbare
Gesundheitszustand

ErgoKiTa

B18. Energie und psychisches Wohlbefinden: Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit sie für Sie zutrifft.

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Wie häufig fühlen Sie sich müde ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Wie häufig sind Sie emotional erschöpft ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Wie häufig denken Sie: Ich kann nicht mehr ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

B19. Wie oft hatten Sie in den vergangenen **vier Wochen** ...

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. ... Konzentrationsprobleme ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... Schwierigkeiten, sich zu erinnern ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... Schwierigkeiten, klar zu denken ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

B20. Nachfolgend finden Sie fünf Aussagen, denen Sie zustimmen oder nicht zustimmen können. Diese Aussagen beziehen sich auf Ihr **Leben insgesamt**, also nicht nur auf die Arbeit.

	stimme genau zu	stimme zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
1. In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen .	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
2. Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet .	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
3. Ich bin mit meinem Leben zufrieden .	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
4. Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
5. Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇



TEIL C: IHRE GESUNDHEIT UND ARBEITSFÄHIGKEIT

Im Weiteren möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie **aktuell** Beschwerden im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben oder in den **vergangenen 12 Monaten** hatten und wie Sie damit umgehen.

	nein	ja
1. Haben Sie Beschwerden, von denen Sie annehmen, dass sie durch die Arbeit verursacht werden?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂
2. Haben Sie Beschwerden, von denen Sie annehmen, dass sie durch die Arbeit verschlimmert werden?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂

Falls Sie keine Beschwerden hatten (d. h. Frage 1 und 2 mit „**nein**“ beantwortet), brauchen Sie die nächsten Fragen nicht beantworten. Fahren Sie in diesem Fall auf der **Seite 19** (Frage **W1**) fort.

3. Haben Sie wegen der Beschwerden mit einem(r) **Vorgesetzten** gesprochen?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, wann? _____ (Jahr)

4. Wurden deshalb **Maßnahmen** eingeleitet? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> ₁ Arbeitsplatzgestaltung	<input type="radio"/> ₄ Information des Betriebsarztes
<input type="radio"/> ₂ Hilfsmittel	<input type="radio"/> ₅ Sonstige _____
<input type="radio"/> ₃ Verhaltensmaßnahmen	<input type="radio"/> ₀ Keine

5. Haben Sie wegen der Beschwerden den **Betriebsarzt** aufgesucht?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, wann? _____ (Jahr)

6. Wurden deshalb **Maßnahmen** eingeleitet? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> ₁ Arbeitsplatzgestaltung	<input type="radio"/> ₄ Umsetzung
<input type="radio"/> ₂ Hilfsmittel	<input type="radio"/> ₅ Weitere Untersuchungen
<input type="radio"/> ₃ Verhaltensmaßnahmen	<input type="radio"/> ₆ Sonstige _____
	<input type="radio"/> ₀ Keine

7. Im Folgenden möchten wir wissen, in welchen Körperregionen bisher Beschwerden aufgetreten sind. Zum Einschätzen der Stärke Ihrer Beschwerden benutzen Sie bitte folgende Skala.



Tragen Sie überall dort, wo Beschwerden auftreten, die **Stärke der Beschwerde (1-7)** in die unten stehende Tabelle anhand des Körperschemas ein! Alle Bereiche, in den keine Beschwerden auftreten, kennzeichnen Sie bitte mit „0“. Verwenden Sie bitte keine Zwischenwerte (z.B. 3-4 oder 3,5 → falsch), sondern entscheiden Sie sich für eine ganzzahlige Zahl (z.B. 3 → richtig)! Die jeweilige **Körperregion (A-I)** wählen Sie anhand der Zeichnung aus. Das Beispiel (unten links) zeigt den Eintrag für mäßige Beschwerden (3) im linken Schulterbereich.

Körper-region		Stärke der Beschwerden	
Rücken	A		
	B		
	C		
Körper-region		Stärke der Beschwerden	
		Links	Rechts
Arme	D		
	E		
	F		
Beine	G		
	H		
	I		

a. Körperregion mit den stärksten Beschwerden

Beantworten Sie bitte die Fragen **8 bis 18** zunächst für die Körperregion, bei der Sie die **stärksten** Beschwerden eingetragen haben. Tragen Sie bitte den entsprechenden Buchstaben ein.

Körperregion: _____ (A-I)

8. Hatten Sie **früher** bereits **Beschwerden** im genannten Bereich?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, wann? _____ (Jahr)



9. Wann treten die Beschwerden auf? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> O₁ regelmäßig bei bestimmten Tätigkeiten	<input type="radio"/> O₃ während der Arbeitszeit
<input type="radio"/> O₂ vereinzelt bei verschiedenen Tätigkeiten	<input type="radio"/> O₄ nach der Arbeit

10. Wann sind Sie wieder **beschwerdefrei**? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> O₁ nach einer Pause	<input type="radio"/> O₄ nach einem Urlaub
<input type="radio"/> O₂ bis zum nächsten Tag	<input type="radio"/> O₀ nie
<input type="radio"/> O₃ nach einem Wochenende	

11. Wie **häufig** treten die Beschwerden auf?

täglich	1x/Woche	1x/Monat	seltener
<input type="radio"/> O₁	<input type="radio"/> O₂	<input type="radio"/> O₃	<input type="radio"/> O₄

12. Wann sind die Beschwerden zuletzt aufgetreten?

im letzten Jahr	im letzten Monat	in der letzten Woche	heute
<input type="radio"/> O₁	<input type="radio"/> O₂	<input type="radio"/> O₃	<input type="radio"/> O₄

13. Fühlen Sie sich durch die Beschwerden ...

	nein	gering	erheblich
a. ... bei Ihrer Tätigkeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> O₁	<input type="radio"/> O₂	<input type="radio"/> O₃
b. ... in Ihrer Freizeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> O₁	<input type="radio"/> O₂	<input type="radio"/> O₃

14. Waren Sie wegen der Beschwerden in **ärztlicher Behandlung**?

nein	ja
<input type="radio"/> O₁	<input type="radio"/> O₂ → Wenn ja, wann? _____ (Jahr)

15. Nehmen Sie **Medikamente** wegen der Beschwerden ein?

nein	ja
<input type="radio"/> O₁	<input type="radio"/> O₂ → Wenn ja, <input type="radio"/> O₁ regelmäßig <input type="radio"/> O₂ gelegentlich → Wenn ja, seit wann? _____

16. Ist eine zusätzliche **Therapie** eingeleitet worden? Mehrere Nennungen möglich.

nein	ja
<input type="radio"/> O₁	<input type="radio"/> O₂ → Wenn ja, <input type="radio"/> O₁ Massage <input type="radio"/> O₄ Krankengymnastik <input type="radio"/> O₂ Spritzen <input type="radio"/> O₅ Klinikaufenthalt <input type="radio"/> O₃ Reha-Maßnahme <input type="radio"/> O₆ Sonstiges

17. Waren Sie wegen der Beschwerden **krankgeschrieben**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, <input type="radio"/> ₁ 1x/Jahr <input type="radio"/> ₂ 2x/Jahr <input type="radio"/> ₃ häufiger → Wenn ja, wann zuletzt? _____ (Jahr)

18. Wie **lange** waren Sie krankgeschrieben?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

b. Beschwerden im Bereich des unteren Rückens (LWS)

Wenn Sie im Bereich des **unteren Rückens (Körperregion C)** die **stärksten** Beschwerden angegeben haben (d. h. Frage 8 bis 18 beantwortet) oder dort **keine** Beschwerden haben, fahren Sie mit dem **Teil „c“** (Seite 17) fort.

Wenn Sie aber auch in diesem Bereich Beschwerden haben, beantworten Sie bitte die Fragen **19 bis 29** (wie oben).

19. Hatten Sie **früher** bereits **Beschwerden** im unteren Rücken?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, Wann erstmal s? _____ (Jahr)

20. Wann treten die Beschwerden auf? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> ₁ regelmäßig bei bestimmten Tätigkeiten	<input type="radio"/> ₃ während der Arbeitszeit
<input type="radio"/> ₂ vereinzelt bei verschiedenen Tätigkeiten	<input type="radio"/> ₄ nach der Arbeit

21. Wann sind Sie wieder **beschwerdefrei**? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> ₁ nach einer Pause	<input type="radio"/> ₄ nach einem Urlaub
<input type="radio"/> ₂ bis zum nächsten Tag	<input type="radio"/> ₀ nie
<input type="radio"/> ₃ nach einem Wochenende	

22. Wie **häufig** treten die Beschwerden auf?

täglich	1x/Woche	1x/Monat	seltener
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

23. **Wann** sind die Beschwerden zuletzt aufgetreten?

im letzten Jahr	im letzten Monat	in der letzten Woche	heute
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

24. Fühlen Sie sich durch die Beschwerden ...

	nein	gering	erheblich
a. ... bei Ihrer Tätigkeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
b. ... in Ihrer Freizeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

25. Waren Sie wegen der Beschwerden in **ärztlicher Behandlung**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, wann? _____ (Jahr)

26. Nehmen Sie **Medikamente** wegen der Beschwerden ein?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, <input type="radio"/> ₁ regelmäßig <input type="radio"/> ₂ gelegentlich → Wenn ja, seit wann? _____

27. Ist eine zusätzliche **Therapie** eingeleitet worden? Mehrere Nennungen möglich.

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, <input type="radio"/> ₁ Massage <input type="radio"/> ₄ Krankengymnastik <input type="radio"/> ₂ Spritzen <input type="radio"/> ₅ Klinikaufenthalt <input type="radio"/> ₃ Reha-Maßnahme <input type="radio"/> ₆ Sonstiges

28. Waren Sie wegen der Beschwerden **krankgeschrieben**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, <input type="radio"/> ₁ 1x/Jahr <input type="radio"/> ₂ 2x/Jahr <input type="radio"/> ₃ häufiger → Wenn ja, wann zuletzt? _____ (Jahr)

29. Wie **lange** waren Sie krankgeschrieben?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

c. Beschwerden im Bereich der Knie

Wenn Sie im Bereich der **Knie (Körperregion H)** die **stärksten** Beschwerden angegeben haben (d. h. Frage **8** bis **18** beantwortet) oder dort **keine** Beschwerden haben, fahren Sie mit der Frage **41** fort.

Wenn Sie aber auch in diesem Bereich Beschwerden haben, beantworten Sie bitte die Fragen **30 bis 40** (wie oben).

30. Hatten Sie **früher** bereits **Beschwerden** im Knie?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, wann erstmal s? _____ (Jahr)

ErgoKiTa

31. Wann treten die Beschwerden auf? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> ₁ regelmäßig bei bestimmten Tätigkeiten	<input type="radio"/> ₃ während der Arbeitszeit
<input type="radio"/> ₂ vereinzelt bei verschiedenen Tätigkeiten	<input type="radio"/> ₄ nach der Arbeit

32. Wann sind Sie wieder **beschwerdefrei**? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> ₁ nach einer Pause	<input type="radio"/> ₄ nach einem Urlaub
<input type="radio"/> ₂ bis zum nächsten Tag	<input type="radio"/> ₀ nie
<input type="radio"/> ₃ nach einem Wochenende	

33. Wie **häufig** treten die Beschwerden auf?

täglich	1x/Woche	1x/Monat	seltener
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

34. **Wann** sind die Beschwerden zuletzt aufgetreten?

im letzten Jahr	im letzten Monat	in der letzten Woche	heute
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

35. Fühlen Sie sich durch die Beschwerden ...

	nein	gering	erheblich
a. ... bei Ihrer Tätigkeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
b. ... in Ihrer Freizeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

36. Waren Sie wegen der Beschwerden in **ärztlicher Behandlung**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wann? _____ (Jahr)

37. Nehmen Sie **Medikamente** wegen der Beschwerden ein?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, <input type="radio"/> ₁ regelmäßig <input type="radio"/> ₂ gelegentlich → Wenn ja, seit wann? _____

38. Ist eine zusätzliche **Therapie** eingeleitet worden? Mehrere Nennungen möglich.

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, <input type="radio"/> ₁ Massage <input type="radio"/> ₄ Krankengymnastik <input type="radio"/> ₂ Spritzen <input type="radio"/> ₅ Klinikaufenthalt <input type="radio"/> ₃ Reha-Maßnahme <input type="radio"/> ₆ Sonstiges



39. Waren Sie wegen der Beschwerden krankgeschrieben?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, <input type="radio"/> ₁ 1x/Jahr <input type="radio"/> ₂ 2x/Jahr <input type="radio"/> ₃ häufiger → Wenn ja, wann zuletzt? _____ (Jahr)

40. Wie lange waren Sie krankgeschrieben?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

41. Sonstige Bemerkungen zu Ihren Beschwerden oder zu den erfolgten Maßnahmen bitte in der folgenden Tabelle oder einem Beiblatt unter Angabe der entsprechenden Nr. vermerken.

Frage (Nr.)	Bemerkungen

W1. Sind Sie bei Ihrer Arbeit:

Vorwiegend geistig tätig	<input type="radio"/> ₁
Vorwiegend körperlich tätig	<input type="radio"/> ₂
zu etwa gleichen Teilen geistig und körperlich tätig	<input type="radio"/> ₃

W2. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit ein? Wenn Sie Ihre beste je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit geben? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an (0 bedeutet, dass Sie zurzeit völlig arbeitsunfähig sind).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

Völlig arbeitsunfähig

zurzeit die beste
Arbeitsfähigkeit



W3. Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Anforderungen der Arbeitsfähigkeit

	sehr gut	eher gut	mittel mäßig	eher schlecht	sehr schlecht
1. Wie schätzen Sie Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Wie schätzen Sie Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den psychischen (geistigen) Arbeitsanforderungen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

W4. Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre **aktuellen Erkrankungen** oder **Verletzungen** an. **Bitte unterstreichen** Sie im Fragetext (z. B. Migräne), um welche Erkrankung es sich handelt. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheit **diagnostiziert** oder **behandelt** hat.

	nein	ja, Diagnose vom Arzt	ja, eigene Einschätzung
1. Unfallverletzungen (z. B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
2. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z. B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
3. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt, Venenerkrankungen)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
4. Atemwegserkrankungen (z. B. chronische Bronchitis, wiederholte Atemwegsinfektionen, Bronchialasthma)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
5. Psychische Beeinträchtigungen (z. B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
6. Neurologische und sensorische Erkrankungen (z. B. Kopfschmerzen, Migräne, Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Epilepsie)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
7. Erkrankungen des Verdauungssystems (z. B. der Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
8. Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
9. Hautkrankheiten (z. B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
10. Tumore/Krebs	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
11. Hormon-/Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Fettleibigkeit, Kropf)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
12. Krankheiten des Blutes (z. B. Anämie)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
13. Angeborene Erkrankungen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
14. Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃



W5. Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausübung Ihrer Arbeit?

Mehrere Nennungen möglich.

a. Ich habe keine Beeinträchtigungen/Erkrankungen	<input type="radio"/> ₁
b. Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden	<input type="radio"/> ₂
c. Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethode zu ändern	<input type="radio"/> ₃
d. Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethode zu ändern	<input type="radio"/> ₄
e. Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage, Teilzeitarbeit zu verrichten	<input type="radio"/> ₅
f. Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig	<input type="radio"/> ₆

W6. Wie viele Arbeitstage blieben Sie aufgrund eines **gesundheitlichen Problems** (Krankheit, Gesundheitsvorsorge, Untersuchung, nicht Urlaub) **in den letzten 12 Monaten** der Arbeit fern?

überhaupt keinen	höchstens 9 Tage	10-24 Tage	25-99 Tage	100 Tage und mehr
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

W7. Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem **jetzigen Gesundheitszustand**, Ihre derzeitige Arbeit auch in den **nächsten 2 Jahren** ausüben können?

unwahrscheinlich	nicht sicher	ziemlich sicher
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

W8. Psychische Leistungsreserven:

	häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
1. Haben Sie in letzter Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich , was die Zukunft anbetrifft?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

E1. Wären die Anforderungen einer üblichen Schicht so wie **in den letzten vier Arbeitswochen**, dann wäre das für Sie persönlich ...

	Zumutbar 	Im kritischen Bereich 	Nicht mehr zumutbar 
Körperlich	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
Psychisch	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

ErgoKiTa

TEIL D: VERBESSERUNG IHRER ARBEITSSITUATION

D1. Im Rahmen des ErgoKiTa-Projekts werden typische Problemfelder in Ihrem Beruf identifiziert und Lösungsvorschläge dazu entwickelt. Deswegen möchten wir zum Schluss von Ihnen wissen, ob es in Ihrer Einrichtung zu den unten genannten Themen, besonders gute (+) oder schlechte (-) Beispiele gibt. Dafür kodieren Sie bitte Ihre Aussage mit der jeweiligen Bewertung (+/-). Falls Sie noch mehr Platz benötigen, benutzen Sie die Seite 24 oder ein Beiblatt.

	+/-	Beschreibung
1. Ausstattung (z. B. erwachsenengerechtes Mobiliar)		
2. Räumlichkeiten (z. B. Ess-, Schlafbereich, Funktionsräumen)		
3. Arbeitsorganisation (z. B. Arbeitszeit, Aufgabenverteilung)		
4. Pädagogisches Konzept		
5. Gruppenstruktur		
6. Sonstiges		

D2. Haben Sie **Vorschläge/Wünsche** zur Verbesserung Ihrer Arbeitssituation?

1. _____

2. _____

3. _____

ErgoKiTa

Anhang 6: Tätigkeitskategorien (siehe Abschnitt 3.3.3)

Tätigkeitskategorien erfasst mit Ultra mobile PC

— Erzieherinnen —

Hauptkategorien mit Unterkategorien

1. Dokumentation/Administration

- 1.1 Beobachtungsbögen führen
- 1.2 Beurteilungen für Schulen
- 1.3 Dokumentation der Bildungs- und Spielangebote
- 1.4 Erarbeiten von Monatsplänen
- 1.5 Sonstiges

2. Pflegearbeiten

- 2.1 An- und Ausziehen/Kleider wechseln und reinigen
- 2.2 Toilettenbenutzung/Windeln
- 2.3 Waschen/Hygiene

3. Verpflegung

- 3.1 Bereitstellen/Aufräumen (Geschirr etc.)
- 3.2 Essen austeilen/füttern
- 3.3 Essen vorbereiten

4. Mittagsschlaf

- 4.1 Mittagsschlaf

5. Elternkontakt

- 5.1 Elternnachmittage/-abende
- 5.2 Elterngespräche

Anhang 6

6. Erziehungs- und Bildungsarbeit

- 6.1 Bildungsarbeit (chemisches Experiment, Musikunterricht)
- 6.2 Bildungsarbeiten vorbereiten
- 6.3 Singen
- 6.4 Tanzen/sportliche Aktivitäten

7. Reinigungstätigkeiten

- 7.1 Pflanzen- und Tierpflege
- 7.2 Reinigen des Spielplatzes und Außenflächen
- 7.3 Reinigung der KiTa-Räume (Bettwäsche, Böden etc.)
- 7.4 Reinigung Spielzeit etc.

8. Weiterbildung/Supervision

- 8.1 erhalten
- 8.2 geben

9. Einzelkontakt

- 9.1 Begrüßung
- 9.2 individuelle Förderung bei Bildungsarbeit/Spielen
- 9.3 Trösten/Schlichten von Streiten

10. Weg

- 10.1 Ausflug
- 10.2 innerhalb der KiTa
- 10.3 zum Spielplatz
- 10.4 Sonstiges

11. Pause

- 11.1 Pause

12. Spielen

12.1 anleitendes Spielen/Vorlesen

12.2 Spielbeaufsichtigung

12.3 teilnehmendes Spiel

13. Besprechung

13.1 Besprechung ErzieherIn

13.2 Besprechung andere MitarbeiterIn

13.3 Telefonat abgehend

13.4 Telefonat eingehend

Anhang 7: Fragebogen ErgoKiTa II (siehe Abschnitt 3.5.3)

TEIL A: ZU IHRER PERSON UND BERUFLICHEN SITUATION

Wenn Sie schon an der ersten Befragung teilgenommen haben, beginnen Sie bitte mit **Frage 14 auf der Seite 3**.

1. Geschlecht: ₁ männlich ₂ weiblich
2. Geburtsjahr: _____
3. Wie groß sind Sie? Ungefähr _____ cm
4. Leben Sie mit Partner/Partnerin zusammen? ₁ nein ₂ ja
5. Wie viele Kinder in welchen Altersgruppen leben in Ihrem Haushalt?

bis 5 Jahre	6-14 Jahre	15-18 Jahre	älter als 18 Jahre	keine
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>

6. Welchen **höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss** haben Sie?

<input type="radio"/> ₁ kein Schulabschluss	<input type="radio"/> ₅ Fachhochschulreife
<input type="radio"/> ₂ Hauptschul-/Volksschulabschluss	<input type="radio"/> ₆ allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife /Abitur
<input type="radio"/> ₃ Realschulabschluss (mittlere Reife)	<input type="radio"/> ₇ Anderer: _____
<input type="radio"/> ₄ Abschluss Polytechnische Oberschule	

7. Wie lautet Ihre genaue **Berufsbezeichnung**?

<input type="radio"/> ₁ Erzieher/in	<input type="radio"/> ₄ Sozialassistent/in
<input type="radio"/> ₂ Sozialpädagoge/in	<input type="radio"/> ₅ Sonstiges: _____
<input type="radio"/> ₃ Kinderpfleger/in	

8. Seit **wann** sind Sie in Ihrem Beruf tätig? _____ (Jahr)
9. Wie viele **Jahre** arbeiten Sie in Ihrem Beruf? _____ Jahren
10. Wie viele Jahre sind Sie in der **jetzigen Einrichtung**? _____ Jahren
11. Welche **Position** bekleiden Sie in Ihrer Einrichtung?

<input type="radio"/> ₁ Leitung der Einrichtung	<input type="radio"/> ₄ Mitarbeiter/in in der Gruppe
<input type="radio"/> ₂ Stellvertretung	<input type="radio"/> ₅ andere Position: _____
<input type="radio"/> ₃ Gruppenleitung	

12. Ist Ihr **Arbeitsvertrag befristet**? ₁ nein ₂ ja
→ Dauer der Befristung _____ Monate
13. Wie viel **Zeit** für bürokratische/verwaltende Tätigkeiten haben Sie (Durchschn.):
_____ Min./Tag

Wenn Sie schon an der ersten Befragung teilgenommen haben, bitte hier beginnen.

14. Treiben Sie in Ihrer Freizeit Sport? ₁ nein ₂ nein, aber früher ₃ ja

Wenn „ja“ ... (bis zu drei Nennungen möglich)

a. Welche Sportarten?	1. _____	2. _____	3. _____
b. Wie oft pro Woche?	1. _____ Mal	2. _____ Mal	3. _____ Mal

15. Wie viel wiegen Sie? ungefähr _____ kg

16. Rauchen Sie? ₁ nein ₂ ja, selten ₃ ja, regelmäßig _____ pro Tag

17. **Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit:** _____ Stunden pro Woche

18. Ist es erforderlich, **Überstunden** zu machen? ₁ nein ₂ ja, _____ Std/Woche (Durchschn.)

19. Werden die Überstunden **ausgeglichen**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wie? <input type="radio"/> ₂ finanziell <input type="radio"/> ₃ Zeitausgleich

20. Warum treten Überstunden besonders auf? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> ₁ Kollege/-in ist krank	<input type="radio"/> ₄ Schlechte Planung
<input type="radio"/> ₂ Kollege/-in ist in Urlaub	<input type="radio"/> ₅ Andere: _____
<input type="radio"/> ₃ Zu viel Arbeit	

21. Ihre **tägliche (reale) Pausenzeit** im Durchschnitt: _____ Minuten/Tag

22. Ist Ihre **Pausenzeit** ... ₁ flexibel ₂ fest gelegt

23. Wie viele **Kinder** betreuen Sie **pro Tag** im Durchschnitt? _____ Kinder/Tag,
davon _____ Kinder mit Ganztagsbetreuung

24. Betreuen Sie Kinder in den folgenden Altersgruppen?

	nein	ja
Unter 1-Jährige	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂
1-2-Jährige	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂
2-3-Jährige	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂
3-Jährige bis zum Schuleintritt	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂
Hortkinder	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂

TEIL B: ANGABEN ZU IHRER ARBEIT

B1. Die folgende Prüfliste zu den **Arbeitsbedingungen an Ihrem Arbeitsplatz** in den letzten vier Arbeitswochen sollen Sie in **zwei** Schritten beurteilen:

(A) Trifft die Aussage für Ihren Arbeitsplatz **zu** oder **nicht zu**?

(B) Wenn sie **zutrifft**, überlegen Sie: „Wie **stark** fühle ich mich dadurch **belastet**?“

Hierzu verwenden Sie bitte die folgende Skala (1-6):

kaum	gering	mäßig	deutlich	stark	sehr stark
1	2	3	4	5	6

		A. Trifft ...		B. Belastet?
		zu	nicht zu	
0	Beispiel: „Zu starkes, blendendes Licht“	<input checked="" type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	2
Ihre Einrichtung (Allgemein)				
1	Der Lärmpegel in der KiTa ist hoch	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
2	Zu weit entfernt voneinander gelegene Räumlichkeiten	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
3	Es gibt nicht genügend erwachsenengerechtes Mobiliar in der KiTa (z. B. Stühle, Tische)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
4	Es fehlen Arbeitsmittel und Finanzen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
Ihr Gruppenraum				
5	Der Gruppenraum ist nicht gut mit Mobiliar ausgestattet	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
6	Der Gruppenraum ist nicht gut mit pädagogischem Material ausgestattet	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
7	Der Lärmpegel im Gruppenraum ist hoch	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
8	Es gibt nicht genügend erwachsenengerechtes Mobiliar im Gruppenraum (z. B. Stühle, Tische)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
9	Es steht kein Pausenraum oder -ecke „zum Abschalten“ zur Verfügung	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
10	Es stehen keine Räumlichkeiten für individuelle Beratungen/ Gespräche zur Verfügung	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
Organisatorisch				
11	Es gibt keine klare Aufgabenverteilung im Team	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
12	Es gibt nicht genügend Zeit für Vor- und Nachbereitung	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
13	Es gibt zu viele administrative Pflichten (Dokumentation/Büroarbeit)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
14	Es fehlt Zeit für administrative Pflichten (Dokumentation/ Büroarbeit)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
15	Die zustehende Pausenzeit kann oft nicht genommen werden	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
16	Zu viele kurzfristige Dienstplanänderungen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—

ErgoKiTa

		A. Trifft ...		B. Belastet?
		zu	nicht zu	
17	Es fallen regelmäßig Überstunden an	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
18	Nicht ausreichende Berücksichtigung eigener Wünsche bei der Urlaubsplanung	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
19	Nicht ausreichende Berücksichtigung eigener Wünsche bei der Dienstplanung	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
20	Personalmangel	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
21	Hohe Fluktuation des Personals	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
22	Hohe Anzahl der Kinder in einer Gruppe	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
23	Nicht genügende Versammlungen und Teamsitzungen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
24	Viele Anforderungen von Eltern	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
25	Viele Anforderungen von außen (Träger, Gesetze ...)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
26	Häufige Vertretung in anderen Gruppen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—

B2. Die folgende Prüfliste zur **Arbeitsorganisation** sollen Sie wie oben in **zwei** Schritten beurteilen.

Arbeiten Sie...	A. Trifft ...		B. Belastet?
	zu	nicht zu	
1. im rollierenden Dienst (Früh-, Spätdienst)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
2. mit wechselnden Arbeitsaufgaben (z. B. Küchen-, Essens- oder Schafdienst)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
3. mit einem eher geregelten Tagesablauf innerhalb einer festen Gruppe	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
4. in gemeinsamen Früh- oder Spätgruppen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—

B3. Bei Ihrer Arbeit kommen verschiedene Tätigkeiten vor, die in eher günstigen oder ungünstigen Körperhaltungen für Rücken, Gelenke und Muskeln ausgeführt werden können.

In der folgenden Prüfliste finden Sie **typische Tätigkeiten** und **ausgewählte ungünstige Körperhaltungen**. Nur diese sollen Sie in **drei** Schritten beurteilen:

(A) Zunächst möchten wir wissen, **wie häufig** Sie die genannte Tätigkeit **insgesamt** in den vergangenen **vier Arbeitswochen** ausgeübt haben. Dazu verwenden Sie folgende Skala (0-4):

nie	1x/4 Wochen	1x/2 Wochen	2-3x/Woche	täglich
0	1	2	3	4

Sollte die Aussage „**nie**“ (0) zutreffen, dann fahren Sie mit der nächsten Tätigkeit fort.

(B) Beurteilen Sie dann die **Tätigkeit** in Kombination mit jeder in der Tabelle genannten **Körperhaltung** (nur weiße Kästchen) und überlegen Sie: „**Wie oft** übe ich diese Tätigkeit in **dieser** Körperhaltung aus?“. Hierzu verwenden Sie bitte die folgende Skala (0-4):

nie / fast nie	selten	manchmal	oft	immer
0	1	2	3	4

Sollte die Aussage „**nie**“ (0) zutreffen, dann fahren Sie mit der nächsten Körperhaltung bzw. Tätigkeit fort.

(C) Und schließlich überlegen Sie für dieselbe Kombination: „**Wie stark** fühle ich mich durch die Arbeit in dieser Körperhaltung **belastet**?“ Hierzu verwenden Sie bitte die folgende Skala (1-6):

kaum	gering	mäßig	deutlich	stark	sehr stark
1	2	3	4	5	6

Beispiel: Sie teilen **täglich** (Siehe „A. Häufigkeit“= 4) Essen aus. Sie üben diese Tätigkeit **immer stehend gedreht oder gebeugt** (Siehe „B. Häufigkeit“= 4) durch und fühlen sich durch die Arbeit in dieser Körperhaltung **sehr stark belastet** (Siehe „C. Belastet?“= 6).

Tätigkeit	A. Häufigkeit (insgesamt)	Beurteilung	Körperhaltung			
			Knien/hocken	Sitzen auf dem Boden	Sitzen gedreht/gebeugt	Stehen gedreht/gebeugt
0 Beispiel: Essen austeilen	4	B. Häufigkeit			0	4
		C. Belastet?			—	6
1 Mahlzeiten vorbereiten, Tisch decken, aufräumen	—	B. Häufigkeit			—	—
		C. Belastet?			—	—
2 Unterstützung beim Essen und Aufsicht führen	—	B. Häufigkeit			—	—
		C. Belastet?			—	—
3 Unterstützung beim An- und Ausziehen von Kleidungsstücken	—	B. Häufigkeit	—	—	—	—
		C. Belastet?	—	—	—	—
4 Wickeln	—	B. Häufigkeit				—
		C. Belastet?				—
5 Beaufsichtigung bzw. Anleitung zur Körperpflege/Toilettenbenutzung	—	B. Häufigkeit	—			—
		C. Belastet?	—			—
6 Schlafen legen der Kinder	—	B. Häufigkeit	—			—
		C. Belastet?	—			—
7 Begleitung/Anleitung/Beaufsichtigung bei Spiel- und Lernaktivitäten	—	B. Häufigkeit	—	—	—	—
		C. Belastet?	—	—	—	—
8 Aufräumen von Spielzeug/ Materialien	—	B. Häufigkeit	—	—	—	—
		C. Belastet?	—	—	—	—
9 Erledigen von administrativen/ dokumentarischen Aufgaben	—	B. Häufigkeit			—	—
		C. Belastet?			—	—

B4. Die folgende Prüfliste zur **Handhabung von Lasten** sollen Sie in **zwei** Schritten beurteilen.

(A) **Kommt** diese Art der Handhabung von Lasten an Ihrem Arbeitsplatz **vor** oder **nicht vor**?

(B) Wenn sie **vorkommt**, überlegen Sie: „Wie **stark** fühle ich mich dadurch **belastet**?“ Hierzu verwenden Sie bitte wie oben die folgende Skala:

kaum	gering	mäßig	deutlich	stark	sehr stark
1	2	3	4	5	6

Handhabung von Lasten			A. Kommt		C. Belastet?
			vor	nicht vor	
1	Kind (z. B. auf den Wickeltisch heben oder durch den Gruppenraum tragen)	Heben	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
		Tragen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
2	Mobilier (z. B. Betten stellen, Stühle oder Tische auseinander verschieben)	Heben	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
		Tragen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—
3	Essenswagen	Ziehen/schieben	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	—



B5. Die folgenden Fragen betreffen die **Anforderungen** bei Ihrer Arbeit.

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Ist Ihre Arbeit ungleich verteilt, so dass sie sich auftürmt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Müssen Sie Überstunden machen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit emotional eingebunden ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Ist Ihre Arbeit emotional fordernd ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurückzuhalten ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

B6. Wie oft haben Sie im Laufe der **letzten 12 Monate** daran gedacht, Ihren Beruf **aufzugeben**?

nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

B7. Wenn Sie Ihre **Arbeitssituation** insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit ...

	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
1. ... Ihren Berufsperspektiven ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
2. ... den Leuten , mit denen Sie arbeiten?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
3. ... den körperlichen Arbeitsbedingungen ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
4. ... der Art und Weise, wie Ihre Einrichtung geführt wird?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
5. ... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
6. ... den Herausforderungen und Fertigkeiten , die Ihre Arbeit beinhalten?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
7. ... Ihrer Arbeit insgesamt , unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

B8. Ihr Gesundheitszustand: Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren **derzeitigen** Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

Schlechtester denkbare
Gesundheitszustand

Bester denkbare
Gesundheitszustand

B9. Energie und psychisches Wohlbefinden: Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit sie für Sie zutrifft.

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Wie häufig fühlen Sie sich müde ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Wie häufig sind Sie emotional erschöpft ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Wie häufig denken Sie: Ich kann nicht mehr ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

TEIL C: IHRE GESUNDHEIT UND ARBEITSFÄHIGKEIT

Im Weiteren möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie **aktuell** Beschwerden im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben oder in den **vergangenen 12 Monaten** hatten und wie Sie damit umgehen.

	nein	ja
1. Haben Sie Beschwerden, von denen Sie annehmen, dass sie durch die Arbeit verursacht werden?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂
2. Haben Sie Beschwerden, von denen Sie annehmen, dass sie durch die Arbeit verschlimmert werden?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂

Falls Sie **keine Beschwerden** hatten (d. h. Frage 1 und 2 mit „**nein**“ beantwortet), brauchen Sie die nächsten Fragen nicht beantworten. Fahren Sie in diesem Fall auf der **Seite 14** (Frage **W1**) fort.

3. Im Folgenden möchten wir wissen, in welchen Körperregionen bisher Beschwerden aufgetreten sind. Zum Einschätzen der Stärke Ihrer Beschwerden benutzen Sie bitte folgende Skala.



Tragen Sie überall dort, wo Beschwerden auftreten, die **Stärke der Beschwerde (1-7)** in die unten stehende Tabelle anhand des Körperschemas ein! Alle Bereiche, in den keine Beschwerden auftreten, kennzeichnen Sie bitte mit „0“. Verwenden Sie bitte keine Zwischenwerte (z. B. 3-4 oder 3,5 → falsch), sondern entscheiden Sie sich für eine ganzzahlige Zahl (z. B. 3 → richtig)! Die jeweilige **Körperregion (A-I)** wählen Sie anhand der Zeichnung aus. Das Beispiel (unten links) zeigt den Eintrag für mäßige Beschwerden (3) im linken Schulterbereich.

Körperregion	Stärke der Beschwerden	
	Links	Rechts
D	3	0

Körperregion	Stärke der Beschwerden	
	Stärke der Beschwerden	
	Links	Rechts
Rücken	A	
	B	
	C	
Arme	D	
	E	
	F	
Beine	G	
	H	
	I	

a. Körperregion mit den stärksten Beschwerden

Beantworten Sie bitte die Fragen **4 bis 12** zunächst für die Körperregion, bei der Sie die **stärksten** Beschwerden eingetragen haben. Tragen Sie bitte den entsprechenden Buchstaben ein.

Körperregion: _____ (A-I)

4. Hatten Sie **früher** bereits **Beschwerden** im genannten Bereich?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, wann? _____ (Jahr)

5. Wann treten die Beschwerden auf? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> 1 regelmäßig bei bestimmten Tätigkeiten	<input type="radio"/> 3 während der Arbeitszeit
<input type="radio"/> 2 vereinzelt bei verschiedenen Tätigkeiten	<input type="radio"/> 4 nach der Arbeit

6. Wann sind Sie wieder **beschwerdefrei**? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> 1 nach einer Pause	<input type="radio"/> 4 nach einem Urlaub
<input type="radio"/> 2 bis zum nächsten Tag	<input type="radio"/> 0 nie
<input type="radio"/> 3 nach einem Wochenende	

7. Wie **häufig** treten die Beschwerden auf?

täglich	1x/Woche	1x/Monat	seltener
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

8. **Wann** sind die Beschwerden zuletzt aufgetreten?

im letzten Jahr	im letzten Monat	in der letzten Woche	heute
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

9. Fühlen Sie sich durch die Beschwerden ...

	nein	gering	erheblich
a. ... bei Ihrer Tätigkeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
b. ... in Ihrer Freizeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

10. Waren Sie wegen der Beschwerden in **ärztlicher Behandlung**?

nein	ja
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2 → Wenn ja, wann? _____ (Jahr)

11. Waren Sie wegen der Beschwerden krankgeschrieben?

nein	ja
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2 → Wenn ja, <input type="radio"/> 1 1x/Jahr <input type="radio"/> 2 2x/Jahr <input type="radio"/> 3 häufiger → Wenn ja, wann zuletzt? _____ (Jahr)

12. Wie **lange** waren Sie krankgeschrieben?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

b. Beschwerden im Bereich des unteren Rückens (LWS)

Wenn Sie im Bereich des **unteren Rückens (Körperregion C)** die **stärksten** Beschwerden angegeben haben (d. h. Frage 4 bis 12 beantwortet) oder dort **keine** Beschwerden haben, fahren Sie mit dem Teil „c“ (Seite 12) fort.

Wenn Sie aber auch in diesem Bereich Beschwerden haben, beantworten Sie bitte die Fragen 13 bis 21 (wie oben).

13. Hatten Sie **früher** bereits **Beschwerden** im unteren Rücken?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, Wann erstmal s? _____ (Jahr)

14. Wann treten die Beschwerden auf? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> ₁ regelmäßig bei bestimmten Tätigkeiten	<input type="radio"/> ₃ während der Arbeitszeit
<input type="radio"/> ₂ vereinzelt bei verschiedenen Tätigkeiten	<input type="radio"/> ₄ nach der Arbeit

15. Wann sind Sie wieder **beschwerdefrei**? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> ₁ nach einer Pause	<input type="radio"/> ₄ nach einem Urlaub
<input type="radio"/> ₂ bis zum nächsten Tag	<input type="radio"/> ₀ nie
<input type="radio"/> ₃ nach einem Wochenende	

16. Wie **häufig** treten die Beschwerden auf?

täglich	1x/Woche	1x/Monat	seltener
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

17. **Wann** sind die Beschwerden zuletzt aufgetreten?

im letzten Jahr	im letzten Monat	in der letzten Woche	heute
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

18. Fühlen Sie sich durch die Beschwerden ...

	nein	gering	erheblich
a. ... bei Ihrer Tätigkeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
b. ... in Ihrer Freizeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

19. Waren Sie wegen der Beschwerden in **ärztlicher Behandlung**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, wann? _____ (Jahr)

20. Waren Sie wegen der Beschwerden **krankgeschrieben**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, <input type="radio"/> ₁ 1x/Jahr <input type="radio"/> ₂ 2x/Jahr <input type="radio"/> ₃ häufiger → Wenn ja, wann zuletzt? _____ (Jahr)

21. Wie **lange** waren Sie krankgeschrieben?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

c. Beschwerden im Bereich der Knie

Wenn Sie im Bereich der **Knie (Körperregion H)** die **stärksten** Beschwerden angegeben haben (d. h. Frage 4 bis 12 beantwortet) oder dort **keine** Beschwerden haben, fahren Sie mit der **Frage W1** (Seite 14) fort.

Wenn Sie aber auch in diesem Bereich Beschwerden haben, beantworten Sie bitte die Fragen **22 bis 30** (wie oben).

22. Hatten Sie **früher** bereits **Beschwerden** im Knie?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, wann erstmal s? _____ (Jahr)

23. Wann treten die Beschwerden auf? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> ₁ regelmäßig bei bestimmten Tätigkeiten	<input type="radio"/> ₃ während der Arbeitszeit
<input type="radio"/> ₂ vereinzelt bei verschiedenen Tätigkeiten	<input type="radio"/> ₄ nach der Arbeit

24. Wann sind Sie wieder **beschwerdefrei**? Mehrere Nennungen möglich.

<input type="radio"/> ₁ nach einer Pause	<input type="radio"/> ₄ nach einem Urlaub
<input type="radio"/> ₂ bis zum nächsten Tag	<input type="radio"/> ₀ nie
<input type="radio"/> ₃ nach einem Wochenende	

25. Wie **häufig** treten die Beschwerden auf?

täglich	1x/Woche	1x/Monat	seltener
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

26. **Wann** sind die Beschwerden zuletzt aufgetreten?

im letzten Jahr	im letzten Monat	in der letzten Woche	heute
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

27. Fühlen Sie sich durch die Beschwerden ...

	nein	gering	erheblich
a. ... bei Ihrer Tätigkeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
b. ... in Ihrer Freizeit eingeschränkt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

28. Waren Sie wegen der Beschwerden in **ärztlicher Behandlung**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wann? _____ (Jahr)

29. Waren Sie wegen der Beschwerden **krankgeschrieben**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂ → Wenn ja, <input type="radio"/> ₁ 1x/Jahr <input type="radio"/> ₂ 2x/Jahr <input type="radio"/> ₃ häufiger → Wenn ja, wann zuletzt? _____ (Jahr)

30. Wie **lange** waren Sie krankgeschrieben?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

W1. Wie schätzen Sie Ihre **derzeitige Arbeitsfähigkeit** im Vergleich zu der **besten**, je erreichten Arbeitsfähigkeit ein? Wenn Sie Ihre beste je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit geben? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an (0 bedeutet, dass Sie zurzeit völlig arbeitsunfähig sind).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

Völlig arbeitsunfähig

zurzeit die beste
Arbeitsfähigkeit

W2. Arbeitsfähigkeit in Relation zu den **Anforderungen der Arbeitsfähigkeit**

	sehr gut	eher gut	mittel mäßig	eher schlecht	sehr schlecht
1. Wie schätzen Sie Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Wie schätzen Sie Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den psychischen (geistigen) Arbeitsanforderungen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

W3. Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre **aktuellen Erkrankungen** oder **Verletzungen** an. **Bitte unterstreichen** Sie im Fragetext (siehe Beispiel), um welche Erkrankung es sich handelt. Geben Sie bitte an, ob ein **Arzt** diese Krankheit **diagnostiziert** hat oder ob es sich um Ihre **eigene Einschätzung** handelt.

	nein	ja, Diagnose vom Arzt	ja, eigene Einschätzung
Beispiel: Unfallverletzungen (z.B. <u>des Rückens, der Glieder</u>)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
1. Unfallverletzungen (z. B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
2. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z. B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
3. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt, Venenerkrankungen)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
4. Atemwegserkrankungen (z. B. chronische Bronchitis, wiederholte Atemwegsinfektionen, Bronchialasthma)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
5. Psychische Beeinträchtigungen (z. B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
6. Neurologische und sensorische Erkrankungen (z. B. Kopfschmerzen, Migräne, Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Epilepsie)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
7. Erkrankungen des Verdauungssystems (z. B. der Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
8. Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z. B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
9. Hautkrankheiten (z. B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
10. Tumore/Krebs	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
11. Hormon-/Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Fettleibigkeit, Kropf)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
12. Krankheiten des Blutes (z. B. Anämie)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
13. Angeborene Erkrankungen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
14. Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

W4. Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausübung Ihrer Arbeit?

Mehrere Nennungen möglich.

a. Ich habe keine Beeinträchtigungen/Erkrankungen	<input type="radio"/> ₁
b. Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden	<input type="radio"/> ₂
c. Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethode zu ändern	<input type="radio"/> ₃
d. Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethode zu ändern	<input type="radio"/> ₄
e. Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage, Teilzeitarbeit zu verrichten	<input type="radio"/> ₅
f. Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig	<input type="radio"/> ₆

W5. Wie viele Arbeitstage blieben Sie aufgrund eines **gesundheitlichen Problems** (Krankheit, Gesundheitsvorsorge, Untersuchung, nicht Urlaub) **in den letzten 12 Monaten** der Arbeit fern?

überhaupt keinen	höchstens 9 Tage	10-24 Tage	25-99 Tage	100 Tage und mehr
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

W6. Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem **jetzigen Gesundheitszustand**, Ihre derzeitige Arbeit auch in den **nächsten 2 Jahren** ausüben können?

unwahrscheinlich	nicht sicher	ziemlich sicher
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

W7. Psychische Leistungsreserven:

	häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
1. Haben Sie in letzter Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege ?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich , was die Zukunft anbetrifft?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

E1. Wären die Anforderungen einer üblichen Schicht so wie **in den letzten vier Arbeitswochen**, dann wäre das für Sie persönlich ...

	Zumutbar 	Im kritischen Bereich 	Nicht mehr zumutbar 
Körperlich	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃
Psychisch	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃

TEIL D: BEURTEILUNG DER „ERGOKITA“-INTERVENTION

Im Rahmen des Projektes Ergo-KiTa wurden verschiedene Möbel für Ihre KiTa angeschafft und Informationen über gesundheitsgerechtes Verhalten gegeben. Wir bitten Sie jetzt um Ihre Beurteilung unserer Interventionsmaßnahmen.

D 1. Hat sich Ihr Gesundheitsbewusstsein durch die Teilnahme an dem Projekt geändert?

in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen für jedes einzelne Möbelstück getrennt zu beantworten. Falls Sie eines der im Folgenden genannten Möbel nicht benutzt haben, fahren Sie bitte bei dem nächsten Möbelstück fort.

D 2. Stuhl mit Rückenlehne und Armlehne (MODUL Nr. 1)

	ORG-DELTA EZ Classic	<input checked="" type="radio"/> ₁ Ich habe den Stuhl nicht benutzt
--	----------------------	---

1. Wie lange haben Sie den Stuhl benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Stuhls.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Fühlen Sie sich wohl auf der Sitzfläche?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Erhält Ihr Rücken Unterstützung durch die Lehne?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Ist der Stuhl für längeres Sitzen geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Schränkt der Stuhl die Bewegungsfreiheit beim Sitzen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Ermöglicht/unterstützt der Stuhl unterschiedliche Sitzhaltungen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Lässt sich der Stuhl einfach einstellen (Höhe, Rücken-, Armlehnen)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
7. Lässt sich der Stuhl ausreichend hoch einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Lässt sich der Stuhl ausreichend niedrig einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10. Empfinden Sie den Stuhl als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11. Finden Sie den Stuhl für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Wie schätzen Sie die Beweglichkeit des Stuhls ein, wenn der Stuhl an einen anderen Ort bewegt werden soll und wenn ...

	sehr gut	eher gut	mittel-mäßig	eher schlecht	sehr schlecht
1. ... Sie darauf sitzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... Sie den Stuhl schieben oder tragen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Bei welchen Tätigkeiten benutzen Sie den Stuhl und ist/wäre der Stuhl für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Stuhl wird bei der genannten Tätigkeit benutzt ?		Der Stuhl ist für diese Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	In geringem Maße	in sehr geringem Maß
1. Arbeiten am Tisch (Kinderhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Arbeiten am Tisch (Erwachsenenhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Beim An-/Ausziehen der Kinder	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Beim Essen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Büroarbeiten/ Dokumentation	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Aufsicht beim Schlafen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



5. Falls Sie **Beschwerden** im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:
 - Haben sich Ihre Beschwerden durch die Verwendung dieses Stuhls **gebessert**?

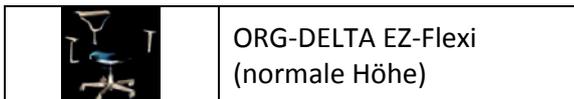
nein	ja
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht <input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

6. Empfinden Sie den Stuhl als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 3. Höheneinstellbarer Rollhocker mit/ohne Rückenlehne oder Armstützen (MODUL Nr. 2.1)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezüglich des unten abgebildeten Stuhls.



ORG-DELTA EZ-Flexi
(normale Höhe)

₁ Ich habe den Stuhl **nicht benutzt**

1. Wie lange haben Sie den Stuhl benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Stuhls:

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Fühlen Sie sich wohl auf der Sitzfläche?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Erhält Ihr Rücken Unterstützung durch die Lehne?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Ist der Stuhl für längeres Sitzen geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Schränkt der Stuhl die Bewegungsfreiheit beim Sitzen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Ermöglicht/unterstützt der Stuhl unterschiedliche Sitzhaltungen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
6. Lässt sich der Stuhl einfach einstellen (Höhe, Rücken-, Armlehnen)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Lässt sich der Stuhl ausreichend hoch einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Lässt sich der Stuhl ausreichend niedrig einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10. Empfinden Sie den Stuhl als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11. Finden Sie den Stuhl für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Wie schätzen Sie die **Beweglichkeit** des Stuhls ein, wenn der Stuhl an einen anderen Ort bewegt werden soll und wenn...

	sehr gut	eher gut	mittel-mäßig	eher schlecht	sehr schlecht
1. ... Sie darauf sitzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... Sie den Stuhl schieben oder tragen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Bei welchen Tätigkeiten benutzen Sie den Stuhl und ist/wäre der Stuhl für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Stuhl wird bei der genannten Tätigkeit benutzt ?		Der Stuhl ist für diese Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Arbeit am Boden	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Arbeit am Tisch (Kinderhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Arbeit am Tisch (Erwachsenenhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Beim An-/Ausziehen der Kinder	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Im Bad	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Beim Essen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Aufsicht beim Schlafen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



5. Falls Sie **Beschwerden** im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:
 - Haben sich Ihre Beschwerden durch die Verwendung dieses Stuhles **gebessert**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht <input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

6. Empfinden Sie den Stuhl als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 4. Höheneinstellbarer Rollhocker mit/ohne Rückenlehne oder Armstützen (MODUL Nr. 2.2)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezüglich des unten abgebildeten Stuhls.

	ORG-DELTA EZ-Flexi (niedrige Höhe)	<input type="radio"/> ₁ Ich habe den Stuhl nicht benutzt
---	---------------------------------------	--

1. Wie lange haben Sie den Stuhl benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Stuhls:

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Fühlen Sie sich wohl auf der Sitzfläche?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Erhält Ihr Rücken Unterstützung durch die Lehne?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Ist der Stuhl für längeres Sitzen geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Schränkt der Stuhl die Bewegungsfreiheit beim Sitzen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Ermöglicht/unterstützt der Stuhl unterschiedliche Sitzhaltungen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
6. Lässt sich der Stuhl einfach einstellen (Höhe, Rücken-, Armlehnen)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Lässt sich der Stuhl ausreichend hoch einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Lässt sich der Stuhl ausreichend niedrig einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10. Empfinden Sie den Stuhl als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11. Finden Sie den Stuhl für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Wie schätzen Sie die **Beweglichkeit** des Stuhls ein, wenn der Stuhl an einen anderen Ort bewegt werden soll und wenn...

	sehr gut	eher gut	mittel-mäßig	eher schlecht	sehr schlecht
1. ... Sie darauf sitzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... Sie den Stuhl schieben oder tragen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Bei welchen Tätigkeiten benutzen Sie den Stuhl und ist/wäre der Stuhl für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Stuhl wird bei der genannten Tätigkeit benutzt ?		Der Stuhl ist für diese Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Arbeit am Boden	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Arbeit am Tisch (Kinderhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Arbeit am Tisch (Erwachsenenhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Beim An-/Ausziehen der Kinder	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Im Bad	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Beim Essen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Aufsicht beim Schlafen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



5. Falls Sie **Beschwerden** im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:
 - Haben sich Ihre Beschwerden durch die Verwendung dieses Stuhls **gebessert**?

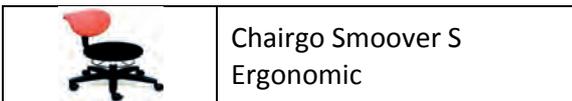
nein	ja
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht <input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

6. Empfinden Sie den Stuhl als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 5. Höheneinstellbarer Rollhocker mit/ohne Rückenlehne oder Armstützen (MODUL Nr. 2.3)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezüglich des unten abgebildeten Stuhls.



Chairgo Smoover S
Ergonomic

₁ Ich habe den Stuhl **nicht benutzt**

1. Wie lange haben Sie den Stuhl benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Stuhls:

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Fühlen Sie sich wohl auf der Sitzfläche?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Erhält Ihr Rücken Unterstützung durch die Lehne?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Empfinden Sie die Nutzung der Rückenlehne als Armablage vor dem Körper als entlastend?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Ist der Stuhl für längeres Sitzen geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Schränkt der Stuhl die Bewegungsfreiheit beim Sitzen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
6. Ermöglicht/unterstützt der Stuhl unterschiedliche Sitzhaltungen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Lässt sich der Stuhl einfach einstellen (Höhe, Rücken-, Armlehnen)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Lässt sich der Stuhl ausreichend hoch einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9. Lässt sich der Stuhl ausreichend niedrig einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11. Empfinden Sie den Stuhl als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
12. Finden Sie den Stuhl für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Wie schätzen Sie die **Beweglichkeit** des Stuhls ein, wenn der Stuhl an einen anderen Ort bewegt werden soll und wenn...

	sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
1. ... Sie darauf sitzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... Sie den Stuhl schieben oder tragen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Bei welchen Tätigkeiten benutzen Sie den Stuhl und ist/wäre der Stuhl für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Stuhl wird bei der genannten Tätigkeit benutzt ?		Der Stuhl ist für diese Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Arbeit am Boden	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Arbeit am Tisch (Kinderhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Arbeit am Tisch (Erwachsenenhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Beim An-/Ausziehen der Kinder	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Im Bad	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



6. Beim Essen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Aufsicht beim Schlafen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

5. Falls Sie **Beschwerden** im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

- Haben sich Ihre Beschwerden durch die Verwendung dieses Stuhles **gebessert**?

nein	ja	
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht <input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____	

6. Empfinden Sie den Stuhl als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 6. Höheneinstellbarer Rollhocker mit/ohne Rückenlehne oder Armstützen (MODUL Nr. 2.4)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezüglich des unten abgebildeten Stuhls.

	TORRO SIT Drehhocker	<input type="radio"/> ₁ Ich habe den Stuhl nicht benutzt
---	----------------------	--

1. Wie lange haben Sie den Stuhl benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Stuhls:

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Fühlen Sie sich wohl auf der Sitzfläche?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Erhält Ihr Rücken Unterstützung durch die Lehne?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Empfinden Sie die Nutzung der Rückenlehne als Armablage vor dem Körper als entlastend?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Ist der Stuhl für längeres Sitzen geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
5. Schränkt der Stuhl die Bewegungsfreiheit beim Sitzen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Ermöglicht/unterstützt der Stuhl unterschiedliche Sitzhaltungen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Lässt sich der Stuhl einfach einstellen (Höhe, Rücken-, Armlehnen)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Lässt sich der Stuhl ausreichend hoch einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9. Lässt sich der Stuhl ausreichend niedrig einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11. Empfinden Sie den Stuhl als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
12. Finden Sie den Stuhl für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Wie schätzen Sie die **Beweglichkeit** des Stuhls ein, wenn der Stuhl an einen anderen Ort bewegt werden soll und wenn...

	sehr gut	eher gut	mittel-mäßig	eher schlecht	sehr schlecht
1. ... Sie darauf sitzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... Sie den Stuhl schieben oder tragen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Bei welchen Tätigkeiten benutzen Sie den Stuhl und ist/wäre der Stuhl für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Stuhl wird bei der genannten Tätigkeit benutzt ?		Der Stuhl ist für diese Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Arbeit am Boden	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Arbeit am Tisch (Kinderhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Arbeit am Tisch (Erwachsenenhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



4. Beim An-/Ausziehen der Kinder	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Im Bad	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Beim Essen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Aufsicht beim Schlafen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

5. Falls Sie **Beschwerden** im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

- Haben sich Ihre Beschwerden durch die Verwendung dieses Stuhls **gebessert**?

nein	ja	
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht	<input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

6. Empfinden Sie den Stuhl als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 7. Höheneinstellbarer Rollhocker mit/ohne Rückenlehne oder Armstützen (MODUL Nr. 2.5)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezüglich des unten abgebildeten Stuhls.

	Saunus-Gesundheitsstuhl	<input type="radio"/> ₁ Ich habe den Stuhl nicht benutzt
---	-------------------------	--

1. Wie lange haben Sie den Stuhl benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Stuhls:

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Fühlen Sie sich wohl auf der Sitzfläche?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Erhält Ihr Rücken Unterstützung durch die Lehne?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



3. Empfinden Sie die Nutzung der Rückenlehne als Armablage vor dem Körper als entlastend?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Ist der Stuhl für längeres Sitzen geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Schränkt der Stuhl die Bewegungsfreiheit beim Sitzen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Ermöglicht/unterstützt der Stuhl unterschiedliche Sitzhaltungen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Lässt sich der Stuhl einfach einstellen (Höhe, Rücken-, Armlehnen)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Lässt sich der Stuhl ausreichend hoch einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9. Lässt sich der Stuhl ausreichend niedrig einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11. Empfinden Sie den Stuhl als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
12. Finden Sie den Stuhl für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Wie schätzen Sie die **Beweglichkeit** des Stuhls ein, wenn der Stuhl an einen anderen Ort bewegt werden soll und wenn...

	sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
1. ... Sie darauf sitzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... Sie den Stuhl schieben oder tragen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Bei welchen Tätigkeiten benutzen Sie den Stuhl und ist/wäre der Stuhl für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Stuhl wird bei der genannten Tätigkeit benutzt ?		Der Stuhl ist für diese Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Arbeit am Boden	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Arbeit am Tisch (Kinderhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Arbeit am Tisch (Erwachsenenhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



4. Beim An-/Ausziehen der Kinder	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Im Bad	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Beim Essen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Aufsicht beim Schlafen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

5. Falls Sie **Beschwerden** im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

- Haben sich Ihre Beschwerden durch die Verwendung dieses Stuhls **gebessert**?

nein	ja	
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht	<input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

6. Empfinden Sie den Stuhl als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 8. Höheneinstellbarer Rollhocker mit/ohne Rückenlehne oder Armstützen (MODUL Nr. 2.6)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezüglich des unten abgebildeten Stuhls.

	Genito Hocker	<input type="radio"/> ₁ Ich habe den Stuhl nicht benutzt
---	---------------	--

1. Wie lange haben Sie den Stuhl benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Stuhls:

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Fühlen Sie sich wohl auf der Sitzfläche?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Ist der Stuhl für längeres Sitzen geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Schränkt der Stuhl die Bewegungsfreiheit beim Sitzen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
4. Ermöglicht/unterstützt der Stuhl unterschiedliche Sitzhaltungen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Lässt sich der Stuhl einfach einstellen (Höhe, Rücken-, Armlehnen)?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Lässt sich der Stuhl ausreichend hoch einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Lässt sich der Stuhl ausreichend niedrig einstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9. Empfinden Sie den Stuhl als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10. Finden Sie den Stuhl für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Wie schätzen Sie die **Beweglichkeit** des Stuhls ein, wenn der Stuhl an einen anderen Ort bewegt werden soll und wenn...

	sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
1. ... Sie darauf sitzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... Sie den Stuhl schieben oder tragen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Bei welchen Tätigkeiten benutzen Sie den Stuhl und ist/wäre der Stuhl für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Stuhl wird bei der genannten Tätigkeit benutzt ?		Der Stuhl ist für diese Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Arbeit am Boden	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Arbeit am Tisch (Kinderhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Arbeit am Tisch (Erwachsenenhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Beim An-/Ausziehen der Kinder	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Im Bad	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



6. Beim Essen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Aufsicht beim Schlafen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

5. Falls Sie **Beschwerden** im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

- Haben sich Ihre Beschwerden durch die Verwendung dieses Stuhls **gebessert**?

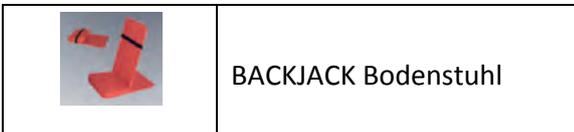
nein	ja
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht <input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

6. Empfinden Sie den Stuhl als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 9. Bodenstuhl/Sitzkissen

Backjack (MODUL Nr. 3.1)



₁ Ich habe den Stuhl **nicht benutzt**

1. Wie lange haben Sie den Stuhl benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Stuhls.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Fühlen Sie sich wohl auf der Sitzfläche?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Erhält Ihr Rücken Unterstützung durch die Lehne?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Ist der Stuhl für längeres Sitzen geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



4. Schränkt der Stuhl die Bewegungsfreiheit beim Sitzen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Ermöglicht/unterstützt der Stuhl unterschiedliche Sitzhaltungen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Empfinden Sie den Stuhl als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Finden Sie den Stuhl für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Bei welchen Tätigkeiten benutzen Sie den Stuhl und ist/wäre der Stuhl für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Stuhl wird bei der genannten Tätigkeit benutzt		Der Stuhl ist für diese Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Arbeit am Boden	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Aufsicht beim Schlafen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Falls Sie **Beschwerden** im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

- Haben sich Ihre Beschwerden durch die Verwendung dieses Stuhls **gebessert**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht <input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

7. Empfinden Sie den Stuhl als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



Blossom (MODUL 3.2)



₁ Ich habe das Kissen **nicht benutzt**

1. Wie lange haben Sie das Kissen benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Sitzkissens.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Fühlen Sie sich wohl auf der Sitzfläche?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Erhält Ihr Rücken Unterstützung durch die Lehne?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Ist das Kissen für längeres Sitzen geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Schränkt das Kissen die Bewegungsfreiheit beim Sitzen ein?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Ermöglicht/unterstützt das Kissen unterschiedliche Sitzhaltungen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
7. Empfinden Sie das Kissen als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
8. Finden Sie das Kissen für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



3. Bei welchen Tätigkeiten benutzen Sie das Kissen und ist/wäre das Kissen für diese Tätigkeit geeignet?

	Das Kissen wird bei der genannten Tätigkeit benutzt		Das Kissen ist für diese Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Arbeit/Sitzen am Boden	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Aufsicht beim Schlafen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Falls Sie **Beschwerden** im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:
- Haben sich Ihre Beschwerden durch Verwendung dieses Kissens **gebessert**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht <input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

5. Empfinden Sie das Sitzkissen als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 10. Tische (MODUL Nr. 4.1)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezüglich des unten abgebildeten Tisches.

	Wesco-Tisch (Kinderhöhe)	<input type="radio"/> ₁ Ich habe den Tisch nicht genutzt
---	--------------------------	--

1. Wie lange haben Sie den Tisch benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Tisches.

	nein	ja
1. Stoßen die Knie beim Sitzen gegen den Tisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂
2. Müssen Sie beim Sitzen am Tisch die Beine zur Seite strecken bzw. den Oberkörper verdrehen, um nah genug an der Tischplatte zu sitzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂



3. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Tisches.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Ist der Tisch für längeres Arbeiten geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Ermöglicht der Tisch eine bessere Sitzhaltung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Empfinden Sie den Tisch als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Finden Sie den Tisch für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Wie schätzen Sie die **Beweglichkeit** des Tisches ein, wenn der Tisch an einen anderen Ort bewegt werden soll?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

5. Bei welchen der folgenden Tätigkeiten benutzen Sie den Tisch und ist/wäre der Tisch für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Tisch wird bei der genannten Tätigkeit benutzt		Der Tisch ist/wäre für die genannte Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Bastel- und Kreativarbeiten	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Tischspiele	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Bilderbuchbetrachtung, Vorlesen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Gemeinsames Essen mit Kindern	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Normale Büroarbeiten	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Vorbereitung (z. B. Essen, Angebote)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



6. Falls Sie Beschwerden im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

- Haben sich Ihre Beschwerden durch das Arbeiten an diesem Tisch **gebessert**?

nein	ja	
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht	<input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

7. Empfinden Sie den Tisch als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 11. Tische (MODUL Nr. 4.2)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezüglich des unten abgebildeten Tisches.

	Wesco-Tisch (Erwachsenenhöhe)	<input type="radio"/> ₁ Ich habe den Tisch nicht genutzt
---	-------------------------------	--

1. Wie lange haben Sie den Tisch benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Tisches.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Ist der Tisch für längeres Arbeiten geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Ermöglicht der Tisch eine bessere Sitzhaltung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
4. Empfinden Sie den Tisch als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Finden Sie den Tisch für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Wie schätzen Sie die **Beweglichkeit** des Tisches ein, wenn der Tisch an einen anderen Ort bewegt werden soll?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Bei welchen der folgenden Tätigkeiten benutzen Sie den Tisch und ist/wäre der Tisch für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Tisch wird bei der genannten Tätigkeit benutzt		Der Tisch ist/wäre für die genannte Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Bastel- und Kreativarbeiten	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Tischspiele	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Bilderbuchbetrachtung, Vorlesen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Gemeinsames Essen mit Kindern	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Normale Büroarbeiten	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Vorbereitung (z. B. Essen, Angebote)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

5. Falls Sie Beschwerden im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

- Haben sich Ihre Beschwerden durch das Arbeiten an diesem Tisch **gebessert**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht <input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

6. Empfinden Sie den Tisch als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 12. Tische (MODUL Nr. 4.3)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezüglich des unten abgebildeten Tisches.

	Fächertisch	<input type="radio"/> ₁ Ich habe den Tisch nicht genutzt
---	-------------	--

1. Wie lange haben Sie den Tisch benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Tisches.

	nein	ja
1. Stoßen die Knie beim Sitzen gegen den Tisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂
2. Müssen Sie beim Sitzen am Tisch die Beine zur Seite strecken bzw. den Oberkörper verdrehen, um nah genug an der Tischplatte zu sitzen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂

3. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Tisches.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Ist der Tisch für längeres Arbeiten geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Ermöglicht der Tisch eine bessere Sitzhaltung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Empfinden Sie den Tisch als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Finden Sie den Tisch für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Wie schätzen Sie die **Beweglichkeit** des Tisches ein, wenn der Tisch an einen anderen Ort bewegt werden soll?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

5. Bei welchen der folgenden Tätigkeiten benutzen Sie den Tisch und ist/wäre der Tisch für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Tisch wird bei der genannten Tätigkeit benutzt		Der Tisch ist/wäre für die genannte Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Bastel- und Kreativarbeiten	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Tischspiele	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Bilderbuchbetrachtung, Vorlesen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Gemeinsames Essen mit Kindern	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Normale Büroarbeiten	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
6. Vorbereitung (z.B. Essen, Angebote)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

6. Falls Sie Beschwerden im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

- Haben sich Ihre Beschwerden durch das Arbeiten an diesem Tisch **gebessert**?

nein	ja		
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht	<input type="radio"/> ₃ deutlich	→ Welche? Wo? _____

7. Empfinden Sie den Tisch als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



D 13. Tische (MODUL Nr. 4.4)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezüglich des unten abgebildeten Tisches.

	Norbo-Klapptisch	<input type="radio"/> Ich habe den Tisch nicht genutzt
---	------------------	---

1. Wie lange haben Sie den Tisch benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Tisches.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Ist der Tisch für längeres Arbeiten geeignet?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Ermöglicht der Tisch eine bessere Sitzhaltung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Empfinden Sie den Tisch als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5. Finden Sie den Tisch für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Bei welchen der folgenden Tätigkeiten benutzen Sie den Tisch und ist/wäre der Tisch für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Tisch wird bei der genannten Tätigkeit benutzt		Der Tisch ist/wäre für die genannte Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Normale Büroarbeiten	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Vorbereitung (z. B. Essen, Angebote)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



4. Falls Sie Beschwerden im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

- Haben sich Ihre Beschwerden durch das Arbeiten an diesem Tisch **gebessert**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht <input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

5. Empfinden Sie den Tisch als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 14. Kinderhochstuhl (MODUL Nr. 5)



Trip Trap Stuhl

₁ Ich habe den Stuhl **nicht eingesetzt**

1. Wie lange haben Sie den Stuhl eingesetzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Hochstuhls.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Empfinden Sie den Stuhl als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Finden Sie den Stuhl für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Wie schätzen Sie die Beweglichkeit des Stuhls ein, wenn er an einen anderen Ort bewegt werden soll?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅



4. Bei welchen Tätigkeiten setzen Sie den Stuhl ein und ist/wäre der Stuhl für diese Tätigkeit geeignet?

	Der Stuhl wird bei der genannten Tätigkeit genutzt ?		Der Stuhl ist für diese Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Arbeit am Tisch (Erwachsenenhöhe)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Beim Essen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

5. Verbessert sich Ihre eigene Sitzhaltung, wenn die Kinder auf dem Hochstuhl sitzen?

nein	gering	mäßig	stark	sehr stark
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

6. Falls Sie **Beschwerden** im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

- Haben sich Ihre Beschwerden **gebessert**, wenn die Kinder auf dem Hochstuhl sitzen?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht <input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

7. Empfinden Sie den Kinderstuhl als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 15. Wickelkommode (MODUL Nr. 6)



Wickelkommode mit Aufstiegshilfe

₁ Ich habe die Wickelkommode **nicht benutzt**

1. Wie lange haben Sie diese Wickelkommode benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Wenn Sie am Wickeltisch arbeiten: Wie häufig verwenden Sie die vorhandene Treppe als Aufstiegshilfe?

nie	gelegentlich	In der Hälfte der Fälle	überwiegend	immer
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung der Wickelkommode.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Empfinden Sie den Wickeltisch als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Finden Sie den Wickeltisch für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Wie schätzen Sie die Beweglichkeit der Aufstiegshilfe (Treppe) ein?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

5. Falls Sie Beschwerden im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

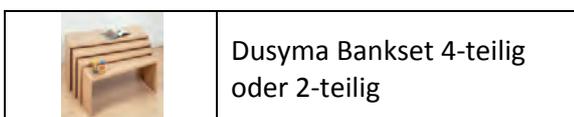
- Haben sich Ihre Beschwerden durch Verwendung der Aufstiegshilfe **gebessert**?

nein	ja			
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht	<input type="radio"/> ₃ deutlich	→ Welche? Wo? _____	

6. Empfinden Sie den Wickeltisch mit Aufstiegshilfe als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 16. Bankset (MODUL Nr. 7)



₁ Ich habe das Bankset **nicht benutzt**



1. Wie lange haben Sie das Bankset benutzt?

< 1 Woche	1-2 Wochen	2-6 Wochen	über 6 Wochen
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

2. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Beurteilung des Banksets.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Fühlen Sie sich wohl auf der Sitzfläche?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Empfinden Sie die Bänke als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Finden Sie die Bänke für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Wie schätzen Sie die Beweglichkeit der Bänke ein, wenn die Bänke an einen anderen Ort bewegt werden soll?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Bei welchen Tätigkeiten benutzen Sie die Bänke und sind/wären sie für diese Tätigkeit geeignet?

	Die Bänke werden bei der genannten Tätigkeit benutzt ?		Der Tisch ist/wäre für die genannte Tätigkeit geeignet				
	nein	ja	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Arbeit am Boden	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Beim An-/Ausziehen der Kinder	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Im Bad	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. Im Turnraum	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

5. Falls Sie Beschwerden im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

- Haben sich Ihre Beschwerden durch die Verwendung dieses Banksets **gebessert**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht <input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____



6. Empfinden Sie das Bankset als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

D 17. Transporthilfe (MODUL Nr. 8)



Servierwagen-Edelstahl
3 Böden (IGELMAX)

₁ Ich habe den Servierwagen **nicht benutzt**

1. Bitte beantworten Sie in folgender Liste die Fragen zur Beurteilung des Möbelstücks.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Können Sie sich bei längerer Nutzung einen positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit vorstellen?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. Empfinden Sie den Wagen als Arbeitserleichterung?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. Finden Sie den Wagen für den KiTa-Bereich empfehlenswert?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

2. Wie schätzen Sie die Beweglichkeit des Wagens ein?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

3. Falls Sie Beschwerden im Bereich des Muskelskelettsystems, also z. B. **Gelenk-, Rücken- oder Muskelbeschwerden** haben/hatten, beantworten Sie bitte folgende Frage:

- Haben sich Ihre Beschwerden durch die Verwendung des Servierwagens **gebessert**?

nein	ja
<input type="radio"/> ₁ nein	<input type="radio"/> ₂ leicht <input type="radio"/> ₃ deutlich → Welche? Wo? _____

4. Empfinden Sie den Servierwagen als ...

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... attraktiv?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
2. ... unpraktisch?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3. ... hilfreich?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4. ... instabil?	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bitte legen Sie den Fragebogen in den beigefügten Umschlag und geben Sie den **verschlossenen** Umschlag an die Leitung Ihrer Einrichtung. Die Fragebögen werden dort gesammelt und dann an uns zurückgesendet.



Anhang 8: Weitere Ergebnisse zur subjektiven Beanspruchung (siehe Abschnitt 4.1.2)

Abbildung A8.1:
Mess-Kitas – Alter des pädagogischen Personals

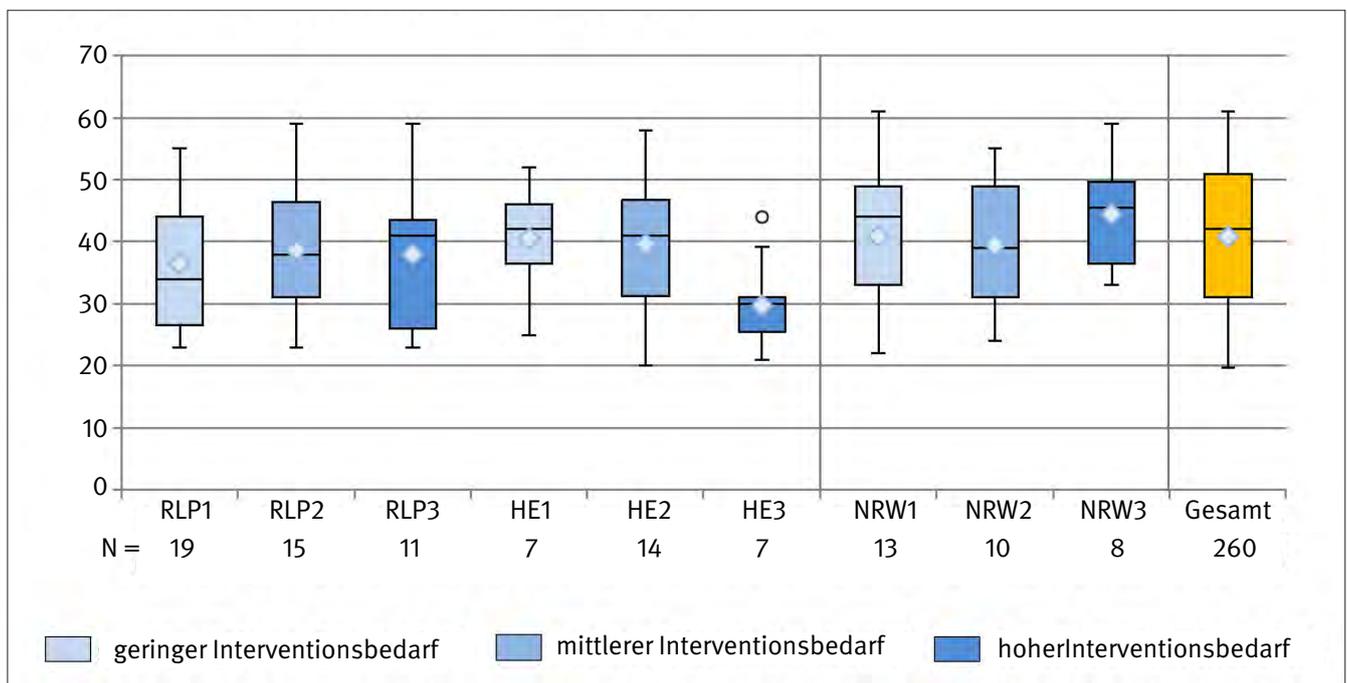


Abbildung A8.2:
Arbeitsbedingungen

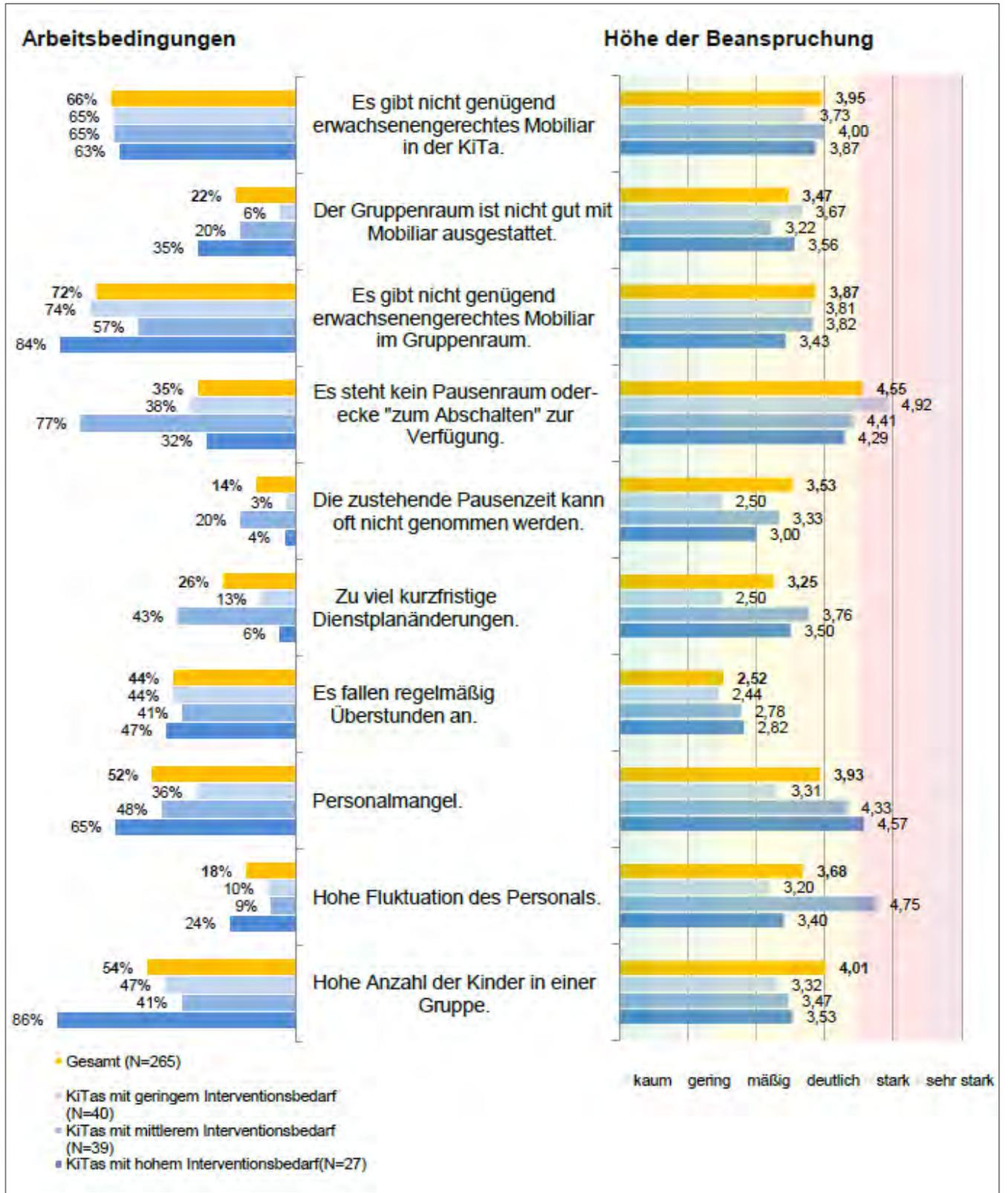


Abbildung A8.3:
COPSOQ-Belastungsfolgen, Beschwerden: Gesamtwerte Skalen – Berufsgruppe

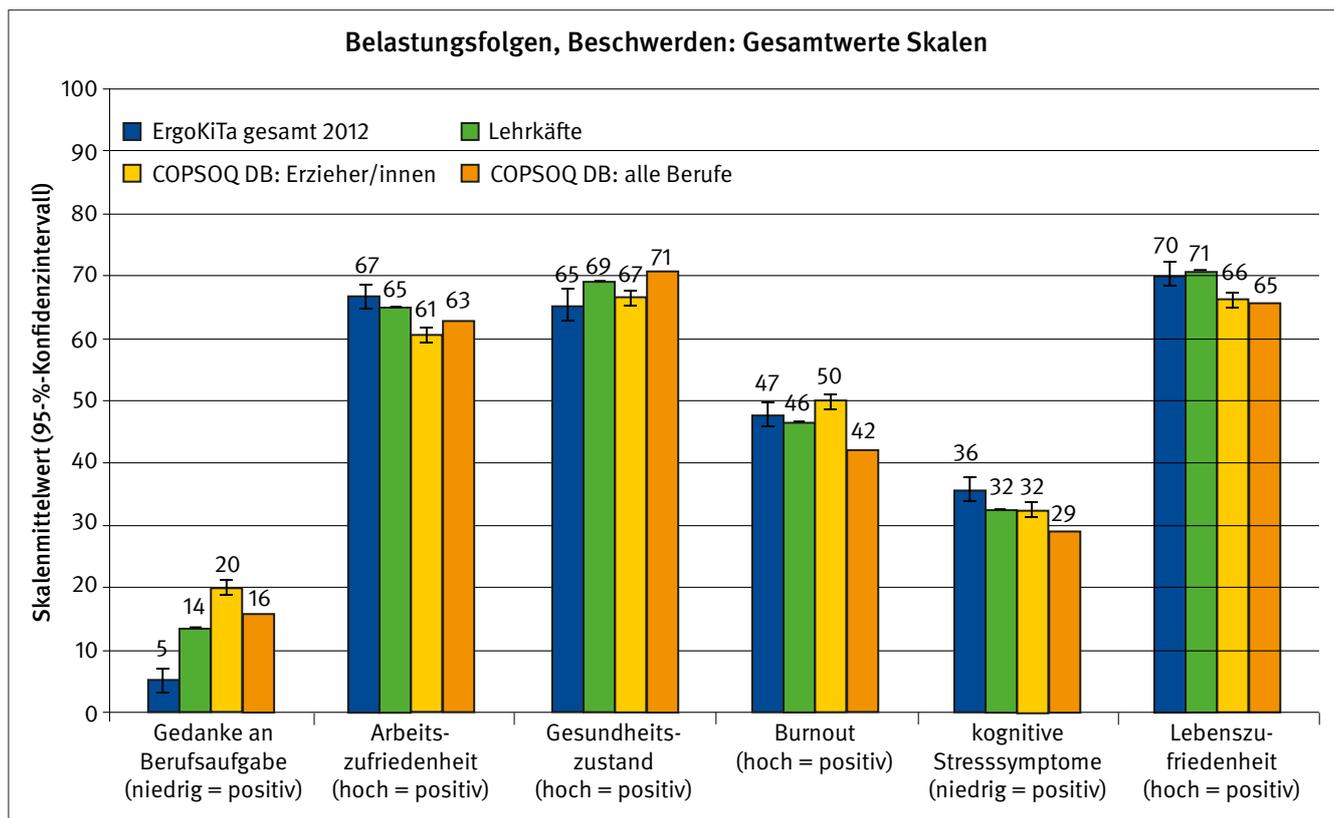


Abbildung A8.4:
COPSOQ-Belastungsfolgen, Beschwerden: Gesamtwerte Skalen – Mess-Kita

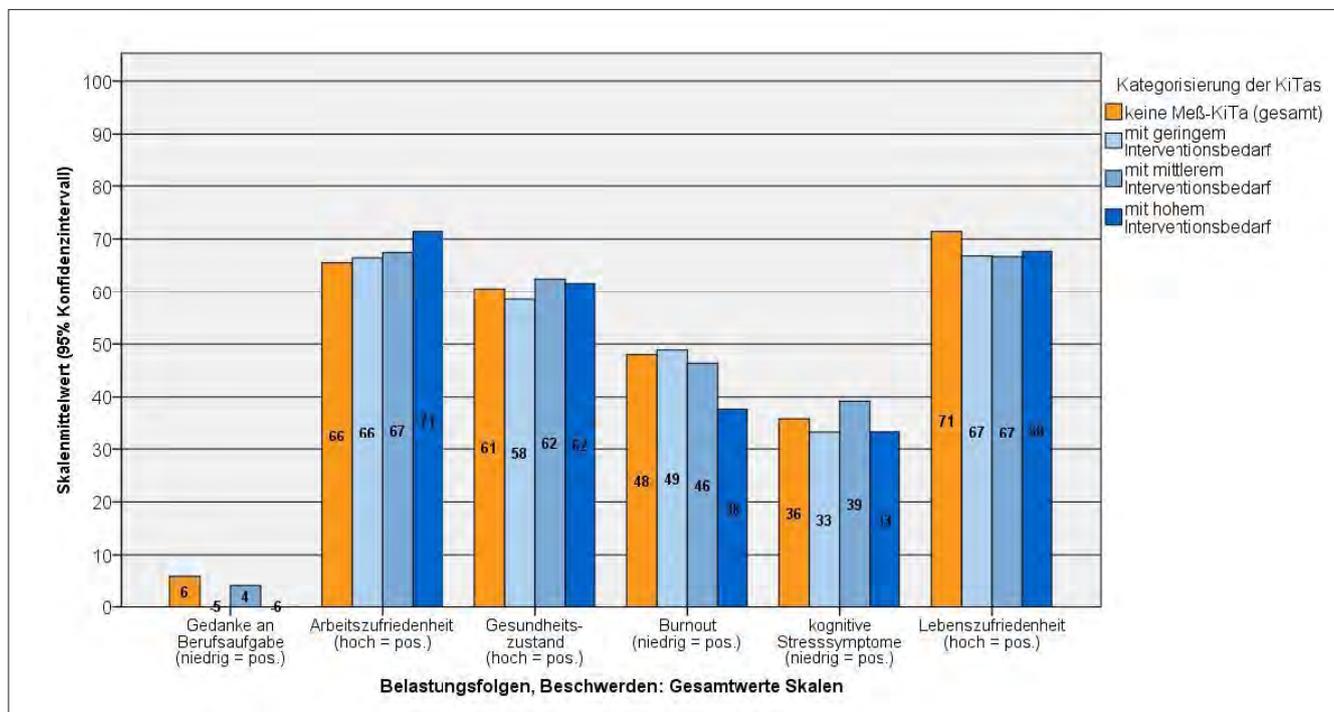


Abbildung A8.5:
Beschwerdeintensität pro Körperregion (N = 257)

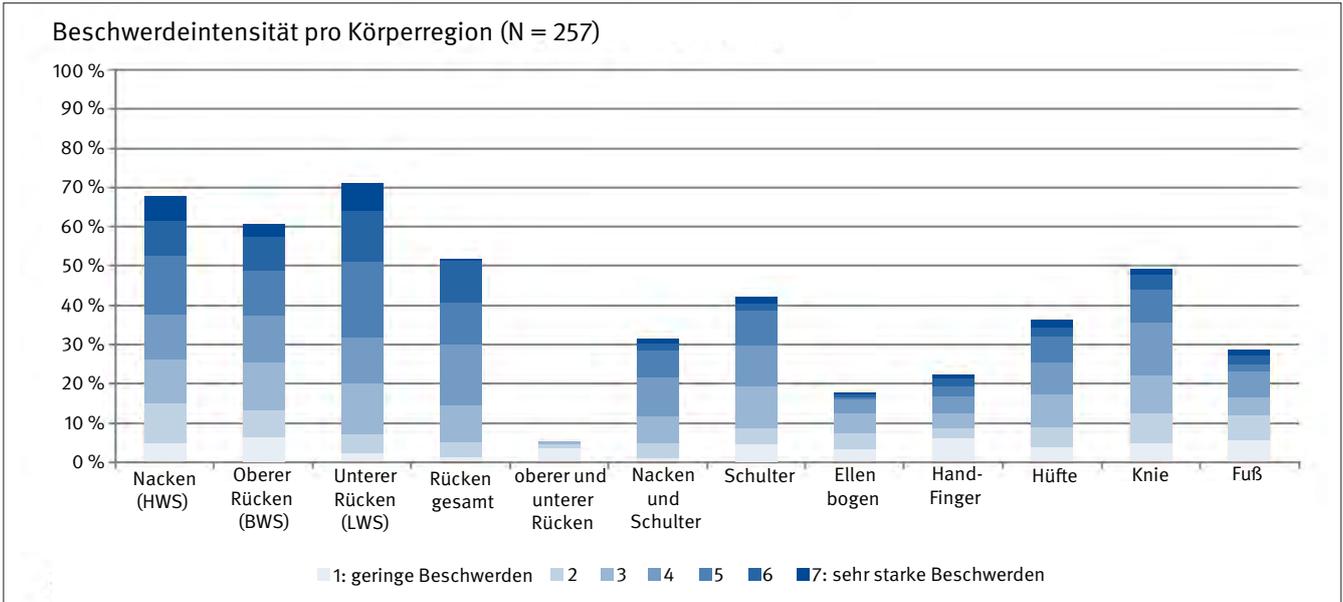


Abbildung A8.6:
Beschwerdeangaben in Abhängigkeit von Interventionsbedarf und Alter – Knie

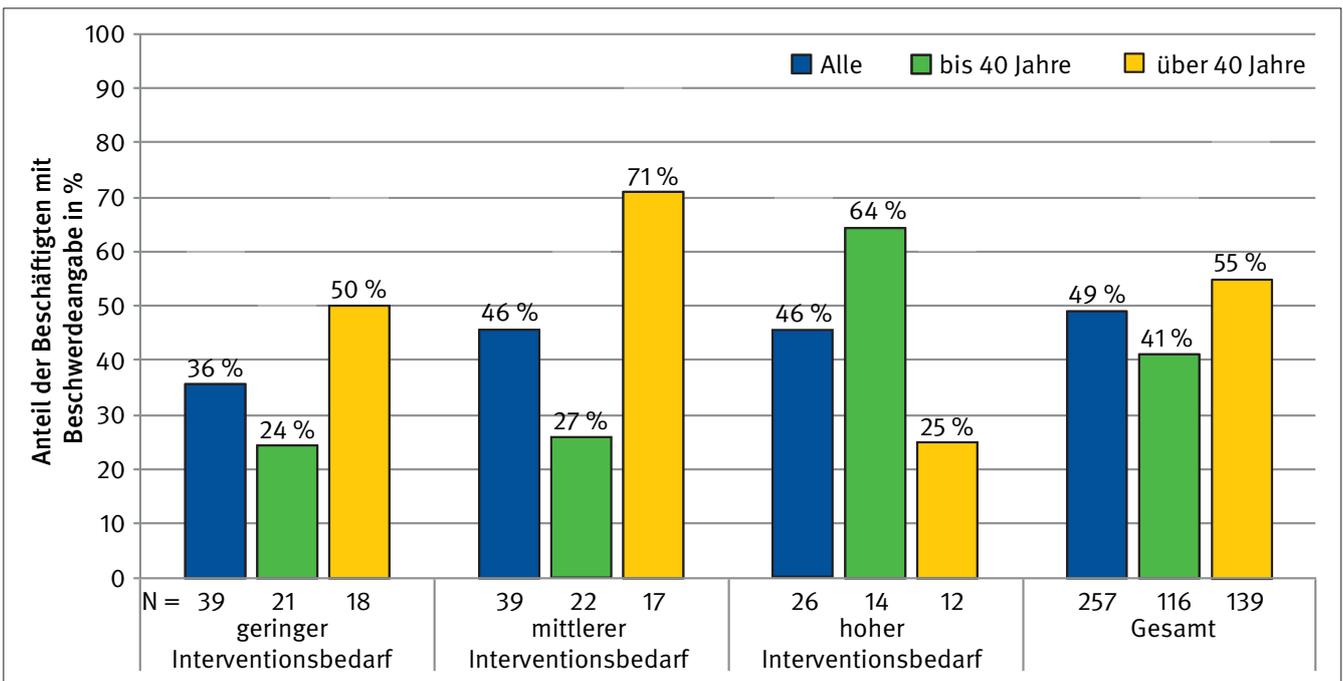


Abbildung A8.7:
Beschwerdeangaben in Abhängigkeit von Interventionsbedarf und Alter – Schulter

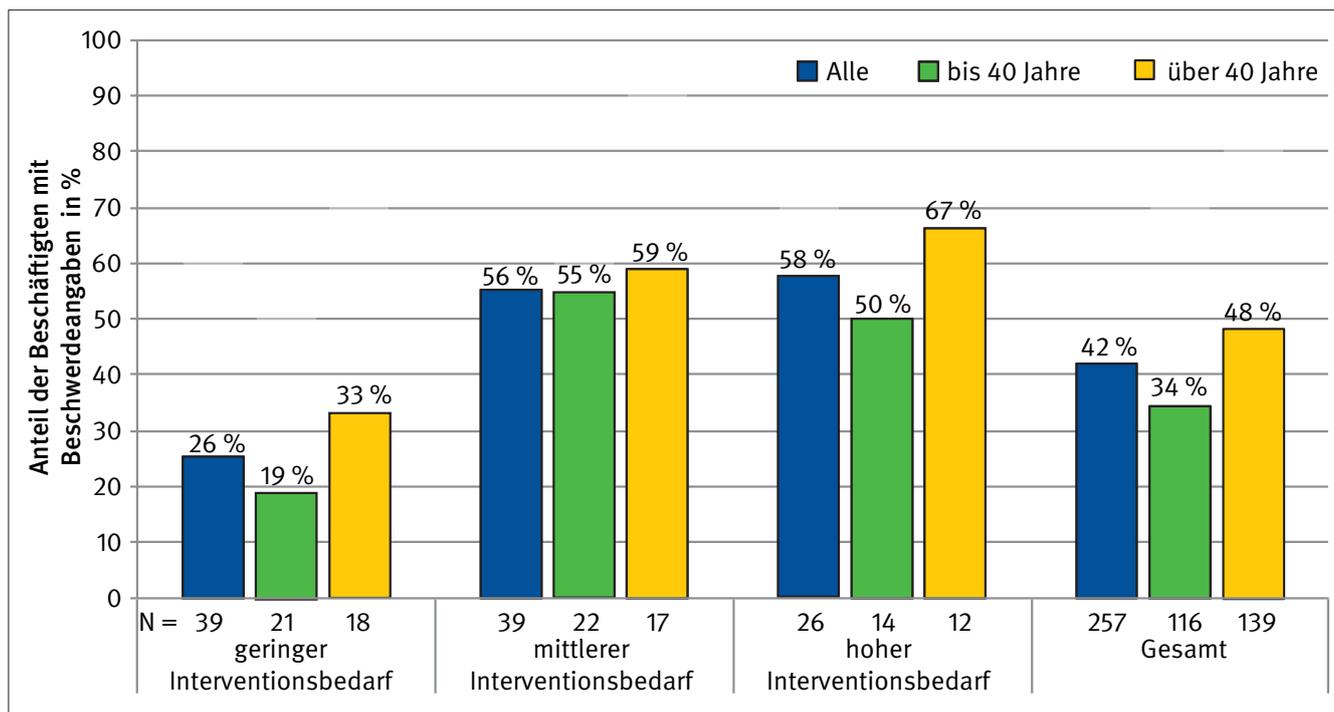
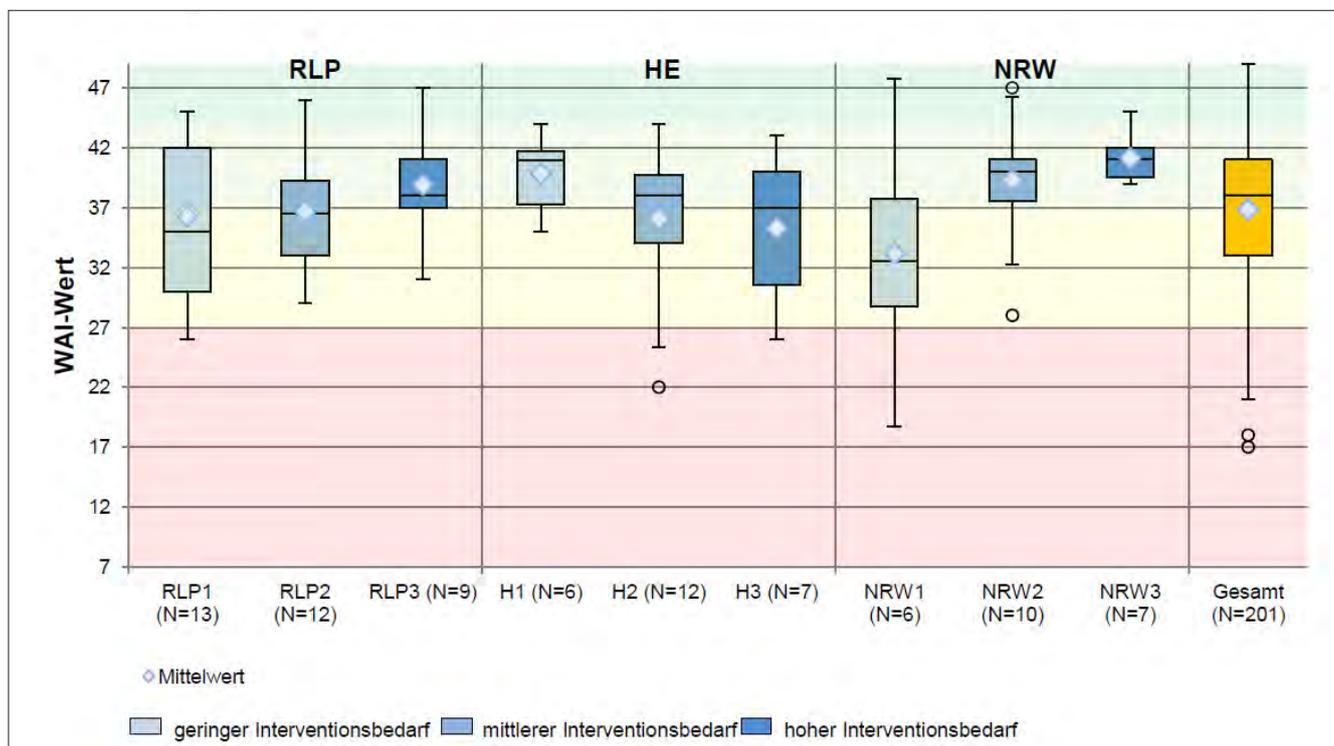
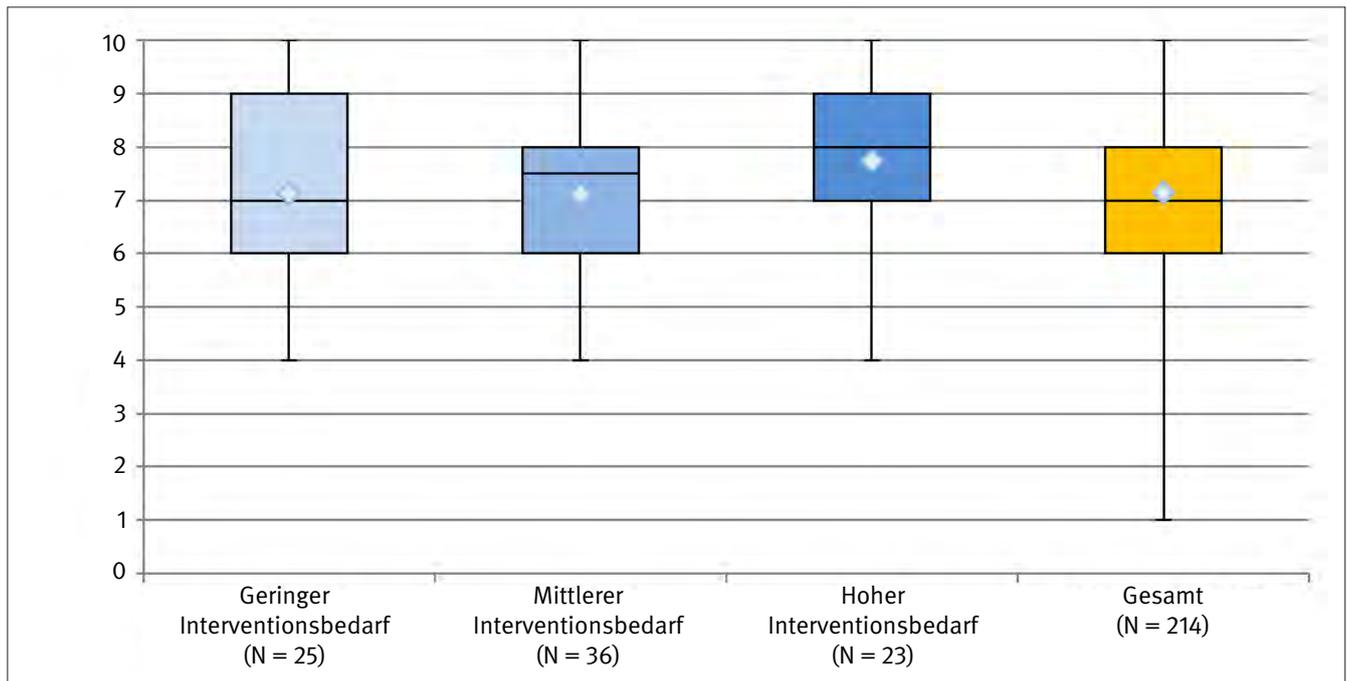


Abbildung A8.8:
Work Ability Index – Mess-Kitas – Alter



WAI – Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit

Abbildung A8.9:
Work Ability Index – Mess-Kitas – Interventionsbedarf



Anhang 9: Weitere Ergebnisse aus der Analyse der Muskel-Skelett-Belastung und der Herzschlagfrequenz (Prä-Interventions-Erhebung) (siehe Abschnitt 4.1.3)

Schichtanalyse

IFA-Haltungscode

Tabelle A9.1:
Mittlere Prozentanteile (MW) und Standardabweichungen (SD) der Arbeitsschichten in verschiedenen Körperhaltungen (Basic IFA-Tätigkeits-Haltungscode) in den teilnehmenden KiTas

Klassifizierung	KiTa	Stehen		Gehen/Aktivität		Sitzen		Kniebelastend		Sonstige	
		MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
KiTa mit eher geringem Interventionsbedarf	RLP1	49,2	3,9	15,4	0,4	31,2	6,2	4,2	2,5	0,0	0,0
	NRW1	55,2	3,8	17,7	4,2	22,1	6,9	5,0	0,9	0,0	0,0
	HE1	37,6	4,3	20,2	3,5	40,1	7,3	2,1	2,6	0,0	0,0
KiTa mit eher mittlerem Interventionsbedarf	RLP2	46,9	6,0	18,6	4,3	32,5	3,3	1,9	1,8	0,1	0,1
	NRW2	42,9	2,1	18,0	2,9	26,2	10,3	12,9	11,6	0,0	0,0
	HE2	52,9	3,2	21,2	3,1	21,1	3,4	4,8	4,9	0,0	0,0
KiTa mit eher hohem Interventionsbedarf	RLP3	48,5	3,1	23,3	1,6	26,8	1,5	1,4	0,6	0,0	0,0
	NRW3	42,3	7,6	16,4	2,8	24,7	7,3	16,6	11,8	0,0	0,1
	HE3	32,2	12,9	13,3	4,5	39,9	15,4	12,5	1,1	2,0	2,3

Körperwinkel: Kniegelenk

Tabelle A9.2:
Mittlere Prozentanteile (MW) und Standardabweichungen (SD) der Arbeitsschichten mit Winkelbereichen des linken Kniegelenks in sitzender Körperhaltung (in Anlehnung an ISO 11226) in den teilnehmenden KiTas

Klassifizierung	KiTa	Kniegelenkflexion links															
		Kein Sitzen		≤ 45°		45°↔90°		90°↔100°		100°↔110°		110°↔120°		120°↔130°		≥130°	
		MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
KiTa mit eher geringem Interventionsbedarf	RLP1	67,2	6,2	0,5	0,8	7,2	4,6	1,9	1,2	3,0	0,8	3,9	1,7	6,6	2,4	9,8	5,4
	NRW1	77,9	6,9	0,2	0,2	2,4	2,1	1,2	1,0	3,4	4,0	2,1	1,2	2,7	0,9	10,1	5,3
	HE1	59,9	7,3	1,2	1,6	3,8	2,9	3,6	1,7	4,3	3,3	3,9	2,7	7,2	4,9	16,2	3,8
KiTa mit eher mittlerem Interventionsbedarf	RLP2	67,4	3,2	3,8	2,0	3,8	2,5	3,8	2,4	5,6	4,2	4,2	2,6	2,3	2,1	9,1	6,2
	NRW2	73,7	10,3	2,1	3,2	3,7	3,8	1,5	1,1	3,9	1,6	6,1	2,8	3,5	1,5	5,5	1,0
	HE2	78,9	3,4	0,8	0,8	2,1	1,6	1,2	1,0	2,2	1,7	2,8	1,6	1,2	0,5	11,0	4,1
KiTa mit eher hohem Interventionsbedarf	RLP3	73,0	1,4	0,0	0,0	0,5	0,5	0,3	0,2	2,7	1,3	3,7	1,8	4,8	3,3	15,0	4,0
	NRW3	76,1	6,1	0,2	0,2	3,4	2,3	4,2	1,5	5,0	4,8	3,5	2,0	2,4	1,8	5,3	3,4
	HE3	60,1	15,4	0,8	1,1	7,8	9,9	1,4	0,6	4,7	4,0	9,9	7,8	5,5	3,3	9,9	4,2

Anhang 9

Tabelle A9.3:

Mittlere Prozentanteile (MW) und Standardabweichungen (SD) der Arbeitsschichten mit Winkelbereichen des rechten Kniegelenks in sitzender Körperhaltung (in Anlehnung an ISO 11226) in den teilnehmenden KiTas

Klassifizierung	KiTa	Kniegelenkflexion rechts															
		Kein Sitzen		≤ 45°		45°↔90°		90°↔100°		100°↔110°		110°↔120°		120°↔130°		≥130°	
		MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
KiTa mit eher geringem Interventionsbedarf	RLP1	68,8	6,2	0,2	0,2	5,7	4,6	6,2	3,2	3,2	1,0	3,1	1,5	2,8	0,7	10,0	4,7
	NRW1	77,9	6,9	1,5	1,3	4,3	3,8	1,0	0,7	1,8	1,8	2,5	1,6	2,6	1,3	8,4	5,7
	HE1	59,9	7,3	1,2	1,7	3,9	2,1	3,5	1,4	5,8	2,7	3,7	2,1	1,7	0,8	20,4	10,3
KiTa mit eher mittlerem Interventionsbedarf	RLP2	67,4	3,2	3,6	1,4	4,6	2,0	3,3	2,8	4,7	2,7	6,1	3,0	4,0	1,9	6,2	5,0
	NRW2	73,7	10,3	2,4	3,3	6,1	6,3	1,6	1,7	2,9	1,9	5,7	1,3	2,7	1,3	4,9	3,4
	HE2	78,9	3,4	2,0	1,2	8,3	3,6	2,0	0,9	1,4	0,7	1,7	0,9	1,1	0,5	4,5	1,4
KiTa mit eher hohem Interventionsbedarf	RLP3	73,0	1,4	0,2	0,3	1,5	1,2	0,2	0,2	1,3	0,6	3,0	1,5	4,6	3,4	16,1	3,4
	NRW3	76,1	6,1	1,6	1,7	3,5	3,4	1,1	0,9	1,1	1,4	3,4	3,1	4,6	4,7	8,7	4,3
	HE3	55,0	8,5	0,0	0,0	8,8	8,0	6,0	2,5	11,3	9,4	5,5	1,9	3,6	3,0	9,7	3,6

Tätigkeitsanalyse: Spielen

IFA-Haltungscode

Tabelle A9.4:

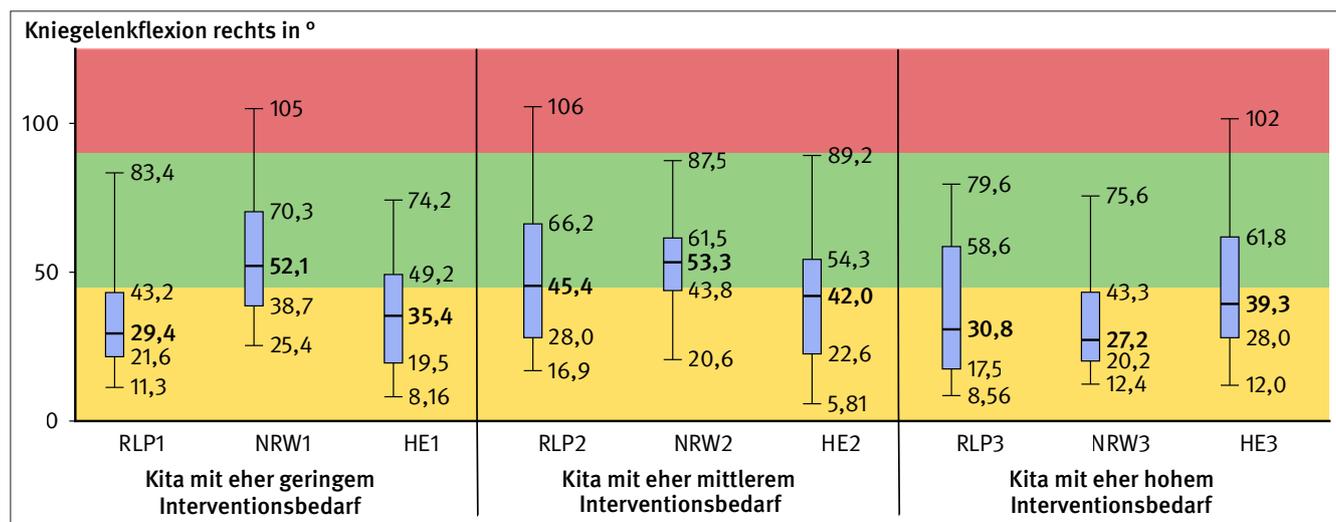
Mittlere Prozentanteile (MW) und Standardabweichungen (SD) der Arbeitsschichten in verschiedenen Körperhaltungen (Basic IFA-Tätigkeits-Haltungscode) bei der Tätigkeit „Spielen“ in den teilnehmenden KiTas

Klassifizierung	KiTa	Stehen		Gehen/Aktivität		Sitzen		Kniebelastend		Sonstige	
		MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
KiTa mit eher geringem Interventionsbedarf	RLP1	60,0	30,2	19,0	13,1	18,8	37,4	2,2	8,0	0,0	0,0
	NRW1	43,9	31,8	17,5	15,5	35,0	42,1	3,5	11,1	0,0	0,0
	HE1	48,3	28,6	26,8	19,3	24,9	35,6	0,1	1,1	0,0	0,0
KiTa mit eher mittlerem Interventionsbedarf	RLP2	37,3	29,0	18,8	16,8	39,7	41,3	4,1	10,9	0,1	0,5
	NRW2	39,3	34,1	16,1	16,3	26,3	38,3	18,3	34,6	0,0	0,0
	HE2	55,2	29,0	22,3	16,8	10,9	27,2	11,6	23,6	0,0	0,0
KiTa mit eher hohem Interventionsbedarf	RLP3	55,1	28,7	25,6	19,9	19,3	31,4	0,0	0,2	0,0	0,0
	NRW3	61,7	27,7	20,6	12,4	12,3	29,9	5,4	16,2	0,0	0,0
	HE3	42,6	29,6	27,0	24,9	23,6	37,3	6,7	12,7	0,2	1,8

Körperwinkel: Kniegelenk

Abbildung A9.1:

Boxplots (Perzentile P5, P25, P50, P75 und P95) der Kniegelenkflexion rechts für die Tätigkeit „Spielen“ für die teilnehmenden KiTas



Anhang 10: Basispaket Spielen/Essen/Dokumentation (siehe Abschnitt 4.2.1)

Basispaket
Erzieherinnenstühle

Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen
bei Erzieherinnen und Erziehern
in Kindertageseinrichtungen



Bezeichnung	Illustration	Typ	Höhe [cm]	Rücken- neigung	Sitz- neigung	Anmerkung	Sitz- breite [cm]	Sitz- tiefe [cm]	fest- steh- end	Anmerkung	Rücken- lehne	Polsterung	Preisspanne
1.) Stuhl mit guter Rückenabstützung													
Stuhl 1		Stuhl mit hoher Lehne	31,0-45,0 35,5-47,5	X		Verkürzte höhenverstellbare Armlehnen als Aufsteh- und Hinsetzhilfe zur Rücken- und Gelenklastung.	48	45			X	Polyester, Microfaser oder Kunstleder	250-400 €
Stuhl 2		Stuhl mit hoher Lehne	38-48	X	X	Synchronmechanik ist in verschiedenen Positionen arretierbar. Folgt der Bewegung des Oberkörpers					X	Stoff	150-200 €
Stuhl 3		Stuhl mit hoher Lehne	35-45 40-53 47-65 56-81	X	X	unabhängig voneinander einstellbar	43 Sattel XL 44 XXL	39 Sattel XL 43 XXL	X	Ab Lifthöhe 3 standardmäßig Gleiter	X	Polsterung	400-450 €
Stuhl 4		Stuhl mit hoher Lehne	36-48	X		Rückenlehne ist in Höhe und Neigung verstellbar	42	34			X	Kunstleder	150-200 €
2.) Stuhl/Hocker mit Rückenstütze													
Rollhocker 1		Hocker mit Stütze	31,0-45,0 cm verstellbar H31 35,5-47,5 cm verstellbar H35 28,0 cm starr H28			Rückenlehne (R) und Armlehnen (A) optional nach Baukastensystem rundes Sitzpolster	42	42			optional	Polyester, Microfaser oder Kunstleder	150-300 € 150-300 €
Rollhocker 3		Hocker mit Stütze	32-42	X		flexible Sitzfläche	37				X		250-300 €
Rollhocker 4		Hocker mit Stütze	38-50			Dynamisches/situationsangepasstes Sitzen. Rückenlehne fungiert auch als Armablage bei einer 360° versetzten Nutzung	40	40			X	Stoff	150-200 €
Rollhocker 5		Hocker mit Stütze	36-43 42-51 46-54			in folgenden Farben erhältlich: grauschwarz orangeschwarz rot/schwarz					X		250-300 €

gefördert durch:
DGUV
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Spitzenverband

IFA
Institut für Arbeitsschutz der
Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

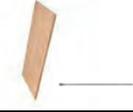
**Institut für
Arbeitsmedizin,
Sozialmedizin und
Umweltmedizin**

Technische Universität Darmstadt
Institut für Arbeitswissenschaft

iad

Bezeichnung	Illustration	Typ	Höhe [cm]	Rücken- neigung	Sitz- neigung	Anmerkung	Sitz- breite [cm]	Sitz- tiefe [cm]	fest- steh- end	Anmerkung	Rücken- lehne	Polsterung	Preisspanne
3.) Hocker ohne Rückenstütze													
Rollhocker 6		Hocker ohne Stütze	30-38 38-48 48-66						(X)	mit Kunststoffgleitern versehen		Kunstleder/Stoff	100-150 €
Rollhocker 7		Hocker ohne Stütze	30-38 38-48									Kunstleder/Stoff	150-200 €
Rollhocker 8		Hocker ohne Stütze	32-45 37-53 44-65 53-81 (4 Var. möglich)				35		X	Ab Lifthöhe 3 standardmäßig Gleiter		Polyurethan (auch gepolstert erhältlich)	150-250 €
Rollhocker 9		Hocker ohne Stütze	33-48				36			Fünf lastabhängig gebremste Rollen		Kunstleder	150-200 €
4.) Sitzkissen etc.													
Produkt	Illustration	Typ	Maße			Kurzbeschreibung	Preisspanne						
Kissen 1		Bodenstuhl	Breite: 37,50 cm Tiefe 27 cm Lehnhöhe 50 cm Gewicht: 1,9 kg			Das Modell ist ideal für die Ausstattung von Meditationsräumen, für Seminarveranstaltungen, Gruppentherapien und natürlich auch für den häuslichen Gebrauch. Der Bodenstuhl ist stapelbar und platz- sparend zu verstauen.	50-100 €						
Kissen 2		Sitzkissen	Höhe ca.28 (M), 34(L), 40(XL)cm, Gewicht ca. 1-1,4kg M für Personen mit 1,60-1,70 m Körpergröße L ab 1,70m			Fördert eine lockere und flexible Haltung, ermöglicht länger und bequemer am Boden zu sitzen, entlastet durch seine Form die Hüft- und Fußgelenke, unterstützt beim Aufrichten der Wirbelsäule, schmiegt sich den Körperformen an und ist freundlich zu den Sitzknochen, ist leicht und durch den Träger gut zu transportieren. Das Becken ist frei beweglich. Die Wirbelsäule wird beim Aufrichten optimal unterstützt.	50-100 €						
Kissen 3		Sitzkissen	Durchmesser 28,5 cm, Höhe 10, 12, 14, 15 oder 19 cm, Gewicht 1,9 kg			Die Klassiker unter den Meditationskissen, in vier verschiedenen Höhen, nicht nur für kleine oder große Übende, sondern sowohl für den Anfänger als auch für den Fortgeschrittenen gedacht.	25-50 €						

Produkt	Illustration	Kurzbeschreibung	Anmerkung	Maße (B/H/T) [cm]	Verfügbarkeit/ Lieferzeit	Preisspanne
1.) Tische höhenverstellbar/Klapptische						
Tisch 1 Tisch 2		Dreifach höhenverstellbare Tischbeine. Leichte Reinigung/abgerundete Ecken/kratzfest. Farbe grau oder orange Höhenverstellbar in 3 Stufen G1-46cm, G2 53 cm, G3 59 cm oder in 3 Stufen G4-64 cm, G5-71 cm, G6-76 cm Rollen können theoretisch angebracht werden, da Holzfuß, weikseitig ist dies allerdings nicht möglich	Schnelle Montage, von kind- bis erwachsenengerecht einstellbar. Kann in verschiedenen Höhenklassen und Formen (als Oval, Rund, Trapez..) geordert werden	Diverse Abmaße orderbar. Höhenverstellung in zwei Kategorien 1. 46,53,59 2. 64,71,76	10 Tage	150-250 € 150-250 €
Tisch 3		<ul style="list-style-type: none"> HPL-Tischplattenbelag in zehn Farben und Linoleum in drei Farben wählbar Trägermaterial aus 30 mm mehrschichtig, geleimtem Sperrholz Tischplatte beidseitig beschichtet höhenverstellbare Tischbeine (um 10 cm nach oben, z. B. Tischhöhe 59 cm ist bis auf 69 cm verstellbar) <ul style="list-style-type: none"> Tischbeine mit Gleiter Tischbeine auch mit Rollen oder Klappbar lieferbar für Rollstuhlfahrer geeignet, da keine Zarge vorhanden Multipler Tischplatte auch verschiedene andere Formen erhältlich 	<ul style="list-style-type: none"> 2 Feststellrollen + 18,68 € 4 Feststellrollen + 37,40 € 4 Beine klappbar + 37,10 € 4 Beine klappbar + 2 Feststellrollen + 56,08 € 4 Beine klappbar + 4 Feststellrollen + 74,80 € Tischhöhen: 37, 40, 46, 53, 59, 64, 71, 76 cm verschiedene Tischbeläge erhältlich 	<ul style="list-style-type: none"> Rechteck: 75x60 120x60 120x75 Quadrat: 90x90 75x75 Halbrund: 120x60 Trapez: 120x80 Rund: 75 100 120 auch Sonderformen 	4 Wochen	200-250 €
Tisch 4		Fächerfische HxB 65x120, 71x135 und 77x150 cm mit Regalschrank auf Sockel HxBxT 82x60x40 cm. Diese Fächerfische sind platzsparend und vielseitig verwendbar. Fächerfisch bestehend aus Regalschrank auf Sockel BxHxT 82x60x40 cm, ein fester Boden. Diese Fächerfische haben 3 Tischplatten, einseitig auf dem Schrankkorpus drehbar gelagert, auf der anderen Seite je zwei Tischbeinkonsolen mit Rollen. Die Tischplatten dieser Fächerfische bestehen aus 25 mm Multiplex mit HPL-Beschichtung in Farbe nach Wahl. Die Tischhöhen der einzelnen Fächer sind ca. 65, 71 und 77 cm. Die Längen der Tischplatten sind ca. 150, 135, 120 cm. Dieser Fächerfisch hat einen Regalschrank mit Sockel. Die Fächerfische bieten die Tischhöhe 65, 71 oder 77, d. h. man kann im Sitzen oder stehend daran arbeiten. Ihren Einsatz finden die Fächerfische in der Schule, Kindergarten im Gruppenraum oder im Wartezimmer, d. h. überall wo Platzmangel für einen Tisch herrscht. An diesen Tischen kann man essen, malen, unterrichten, spielen oder eine Konferenz abhalten. Die Fächerfische werden im zusammengebauten Zustand angeliefert.	Fächerfische HxB 65x120, 71x135 und 77x150 cm mit Regalschrank auf Sockel HxBxT 82x60x40 cm	3-4 Wochen	1200-1300 €	

Produkt	Illustration	Kurzbeschreibung	Anmerkung	Maße (B/H/T) [cm]	Verfügbarkeit/ Lieferzeit	Preisspanne
Tisch 5		Tisch kann in verschiedenen Höhen an der Wand montiert und nach Bedarf ein- oder ausgeklappt werden. Ideal, wenn nur zeitweise mehr Tischfläche benötigt wird.	auch in abgerundeter Form erhältlich	L 124 x B 59,6 cm (Tischfläche), Breite mit Halterung 64,7 cm	5-8 Wochen	350-400 €
Tisch 6		Vorgebohrte Löcher für die Beine. Leichte Montage. Massivholz, ein strapazierfähiges Naturmaterial	höhenverstellbar	Platte: Länge: 155 cm Breite: 75 cm Stärke: 3 cm Max Belastung: 50 kg Beine: Höhe mind.: 60 cm Höhe max.: 90 cm	2 Wochen	100-150 €
Tisch Zubehör 1		Lenkrolle mit Radfeststeller und Gewindestift M10x25 mm Rad Durchmesser 60 mm		Rollendurchmesser: 60mm Rollenbreite: 37,5 mm Höhe (ohne Gewinde): 80 mm Gewinde: M10 x 25 Tragkraft 60 kg		5-10 €
Tisch Zubehör 2		Gewindeinsatz [Typ A] M10(18,5x30mm) Stahl v2 10St		M10(18,5x30mm)		10-15 €
2.) Steharbeitsplätze						
Steharbeitsplatz 7		Zusammenklappbar - spart Platz, wenn der Tisch nicht benötigt wird. Massivholz; strapazierfähiges Naturmaterial. Platz für 2 Personen.		Breite: 79 cm Tiefe: 59 cm Tiefe mind.: 8 cm		25-50 €
Steharbeitsplatz 8		in den Ausführungen Buche oder Esche massiv manuell in Neigung und Höhe verstellbare Arbeitsfläche mit widerstandsfähigem Linoleum in abgestimmter Farbwahl beschichtete Arbeitsfläche moderne, ansprechende Optik Fußstütze mit Metallprofil geschützt schwenkbare Stifftablage 2 Schubflächen mit Ausziehsicherung		Maße: Breite 80 cm, min. Höhe 120 cm, Tiefe 60 cm	2-3 Wochen	350-400 €

Produkt	Illustration	Kurzbeschreibung	Anmerkung	Maße (B/H/T) [cm]	Verfügbarkeit/ Lieferzeit	Preisspanne
Stehtischplatz 9		Mobiler Arbeitsplatz ohne Türe		Korpusmaß: 40 cm breit, 40 cm tief. Maße: 60 cm breit, 50 cm tief, 108 cm hoch.	6-8 Wochen	200-250 €
Stehtischplatz 10		Sitz-/Stehtischplatz Multitable, 1200 mm; Kurbelstische. Mechanisch höhenverstellbar über Kurbelschnellevstellung (13 mm pro Kurbelschlag). Ideale Arbeitsplatzverweiterung oder Vollarbeitsplatz - Gestell aus Stahl, Platten melaminharzbeschichtet, 28 mm stark - vormontiert. inkl. Werkzeug und Anleitung - Verstellbereich: 708 - 1118 mm - Plattengröße: B 1200 x T 800 mm - dynamische Tragkraft: 68 kg	Verstellbereich: 708 - 1118 mm	120x70,8-111,8x80	13 Werktage	350-400 €
Stehtischplatz 11		High Point 01, Höhenverstellbarer Multifunktionsstisch und Stehpult. Höhenverstellbar von 100 bis 112 cm - Arbeitsplatte 70 x 55 cm. Verwindungssteife Aluminium-Standsäule. Bodenplatte aus Stahl mit Transportrollen - Stabiler, verchromter Fußbügel - Plattenneigung ca. 8° Ausführung: Ahorn Maße (B x H x T): 70 x 100-112 x 55 cm (Lieferung erfolgt zerlegt, kartonverpackt!)		70 x 100-112 x 55 cm	1-5 Tage	150-200 €
Stehtischplatz 12		variabler Arbeitsplatz mit Klappstisch, der in der Höhe verändert werden kann. --> Als Steh- und Sitzarbeitsplatz nutzbar. Lochwand mit magnetischen Metallflächen	Zusätzlich durch Hängeregale oder abschließbarem Einhängeschrank erweiterbar	B 96 x H 198 x T 4 bzw. 80 cm	5-8 Wochen	750-1050 €
3.) Krippenbänke / Kinderhochstühle						
Krippenhochbank 1		Auf dieser Bank können bis zu 3 Kinder am Erwachsenenstisch sitzen. Über die 3-fach höhenverstellbare Fußstütze läßt sich die Bank auf die Größe der Kinder anpassen. Zwischen-Armelehnen sorgen für zusätzlichen seitlichen Halt. Die Bank ist aus massivem Buchenholz gefertigt. Die ausgestellten Beine garantieren einen sicheren Stand. Die Haltegurte zur Sicherung der Kinder können wahlweise als Schulter-, Bauch- oder Lehngurte verwendet werden und sind komplett abnehmbar. Maße: 98 cm breit, 41,4 cm tief, 82 cm hoch. Durch die verstellbare Fußstütze ergeben sich die Sitzhöhen 21, 26 und 31 cm.	Sitzhöhen 21, 26 und 31 cm. Sitzverkleinerer für Krippenhochbank + 46,00 € pro Stück		6-8 Wochen	250-300 €

**Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen
bei Erzieherinnen und Erziehern
in Kindertageseinrichtungen**

Basispaket
Tische, Stehtische, Podeste, ...



Produkt	Illustration	Kurzbeschreibung	Anmerkung	Maße (B/H/T) [cm]	Verfügbarkeit/ Lieferzeit	Preisspanne
Krippenhochbank 2		Rückenschonend an einem Erwachsenen sitzbar und mit Krippenkindern essen, basteln, spielen. Mit Griffstange aus Metall zum Schieben der Bank. Birke-Multiplex, Fußbrett mit Linoleum-Beleg zur Wahl, 2 Rollen mit Feststellern. Zur Selbstmontage inkl. Anleitung.	Verwendbar nur an Tischen ohne Zaigen H 76 cm! KRIPPENSITZ FÜR KRIPPENHOCHBANK + 162 €/Stück SITZ- & RÜCKENPOLSTER + 39 €/Stück WANDHALTER (für bis zu 3 Krippensitze) + 49 € ROLLBAR	B 95 x H 85 x T 50 cm	6-8 Wochen	250-300 €
Krippenhochbank 3		Für drei Kinder. Mit Sicherheitsgurten versehen (5-Punkt), Fußstütze ist in drei verschiedenen Höhen einstellbar.	Sitzhöhe: 51, Gewicht 14kg, preiswerter als drei Einzelsitze		10 Tage	150-200 €
Kinderhochstuhl 1		Ursprüngliches mitwachsendes Prinzip. Größenvariable Einstellung für Kleinkinder und Erwachsene. Robuste und stabile Ausführung.	zusätzlich kann hierfür ein kompatibles Baby-Set geordert werden (modular aufsetzbar).	46X79X57	4-5 Werktage, 25 Stück auf Lager (11.02.2013)	150-200 €
Kinderhochstuhl Zubehör		Das Babysset besteht aus Rückenlehne und Bügel. Kinder können den Kinderhochstuhl mit Babysset nutzen, sobald sie in der Lage sind, ohne Hilfe aufrecht zu sitzen, in der Regel ab 6-9 Monaten. Sie können es bis zum Alter von rund 3 Jahren nutzen; so lange sitzt das Kind sicher und ist vor dem Durchrutschen geschützt. Aus hochwertigem Kunststoff.			4-5 Werktage	25-50 €
4.) Banksets und Podeste						
Bankset (2-teilig)		Mit diesem Bankset können viele verschiedene Spielsituationen kinderleicht aufgebaut werden. Die Bänke in unterschiedlichen Höhen sind einfach aufzustellen und ebenso schnell wieder ineinander geschoben und weggeräumt. Das 2-teilige Bankset kann unter das 4-teilige Bankset geschoben werden. Material: Buche Dekor oder Ahorn Dekor Maße: 4-teiliges Set: Große Bank: 127 cm breit, 42 cm tief, 42 cm hoch, 2te Bank: 120 cm breit, 38 cm tief, 38 cm hoch, 3te Bank: 113 cm breit, 34 cm tief, 34 cm hoch, kleine Bank: 106 cm breit, 30 cm tief, 30 cm hoch. 2-teiliges Set: Große Bank: 99 cm breit, 26 cm tief, 26 cm hoch, 2te Bank: 92 cm breit, 22 cm tief, 22 cm hoch.	2 oder 4er Set, Ahorn oder Buche Dekor	4-teiliges Set: Große Bank: 127 cm breit, 42 cm tief, 42 cm hoch, 2te Bank: 120 cm breit, 38 cm tief, 38 cm hoch, 3te Bank: 113 cm breit, 34 cm tief, 34 cm hoch, kleine Bank: 106 cm breit, 30 cm tief, 30 cm hoch. 2-teiliges Set: Große Bank: 99 cm breit, 26 cm tief, 26 cm hoch, 2te Bank: 92 cm breit, 22 cm tief, 22 cm hoch.	4-6 Wochen	150-200 €

Produkt	Illustration	Kurzbeschreibung	Anmerkung	Maße (B/H/T) [cm]	Verfügbarkeit/ Lieferzeit	Preisspanne
Bankset (4-teilig)						450-500 €
Podest 1		Podest ist Spielplatz, Liege und Stauraum in einem	Hinter der Klappe mit Magnetschlösschen und Lüftlöchern verbergen sich 3 Führungsstangen --> Matratze kann lüften	B 150 x H 18,5 oder 34,1 x T 64,2	5-8 Wochen	350-600 €
Podest 2		Zum freien Platzieren im Raum geeignet. Gefertigt aus 18 mm Buche-Multiplex, Oberfläche mit Tretford®-Teppich belegt.		B/H/T: 136/70 x 48 x 70 cm	6-8 Wochen	500-550 €
Podest 3		Die Spielpodest-Trapezreihe hat eine Abmessung von B/H/T 80/120x40x60 cm. Dieser Spielpodest wird mit Teppich geliefert und so in die Spiellandschaft eingefügt. Das Kindergartenpodest hat 2x Stufen. Auf Wunsch liefern wir mit Podestklammerset bestehend aus 2x Klammern zum Verbinden der Spielpodeste. Die Spielpodeste werden aus 20 mm Buche-Multiplex gefertigt. Alle Verbindungen der Spielpodestlandschaften sind fest verdrübelt und verleimt. Die Trittflächen der Spielpodeste bestehen aus Spanplatten mit Unterzug aus Buchenholz. Die Oberflächen der Spielpodeste sind mit Naturhaar-Teppich belegt in Farbe nach Vereinbarung.		80/120x40x60 cm	3-4 Wochen	300-350 €
Podest 4		Mit Linoleumbelag ideal zum Spielen und Schlafen! Das Traumpodest ist frei mit anderen Podesten kombinierbar - somit entstehen unzählige Möglichkeiten von Spiellandschaften. Gleichzeitig dienen die Podeste als Stauraum für Liegepolster und Bettwäsche. Durch die Unter- und Seitenkonstruktion ist eine gute Luftzirkulation gewährleistet, so bleiben Liegepolster und Bettwäsche trocken und sauber. Innerhalb kürzester Zeit kann man daher für die Kinder eine Schlaf- und Ruheoase zaubern. Belegt ist das Podest mit angenehmem Linoleumbelag. Auswahl laut Farbpalette in blau, orange oder rosa.		Innenmaß Schubkasten: 55 x 65 cm Innenmaß Liegepolsterfach: 136 x 60 cm Außenmaß: B 140 / H 30 / T 64 cm	3-4 Wochen	500-550 €
Podest 5		Oberflächenbelag bündig eingelegt. Seitenteile aus Birke-Multiplex. Die Lieferung erfolgt inklusive zwei Rollkästen.	Verschiedene Oberflächen (Kork, Teppich, Linoleum) siehe Link	B 150/H 40/T 150 cm	3-4 Wochen	1000-1200 €

Produkt	Illustration	Kurzbeschreibung	Anmerkung	Maße (B/H/T) [cm]	Verfügbarkeit/ Lieferzeit	Preisspanne
1.) Betten/Aufbewahrungsschränke						
Bett 1		Sehr leichte, unaufwendige, stapelbare und somit platzsparende Kinderbetten Geringes Gewicht begründet sich auf den Schaumstoffkern > Der hygienische PU-Bezug der Matratze ist feucht abwischbar > Der Boden ist mit Anti-Rutsch-Gewebe bezogen (sicherer Stand).	Geringes Gewicht begründet sich auf den Schaumstoffkern > Der hygienische PU-Bezug der Matratze ist feucht abwischbar > Der Boden ist mit Anti-Rutsch-Gewebe bezogen (sicherer Stand).	Maße Matratze, 50 x 10 x 100 cm (L x B x H) Maße Bett, 63 x 20 x 113 cm	2-3 Wochen	100-200 €
Bett 2		Sehr leichte, unaufwendige, stapelbare und somit platzsparende Kinderbetten. Mit seitlichen Einsparungen zum vereinfachten Bestücken. Auch als halbe Version orderbar und mit Matratze bestellbar	Geeignet für den Übergang vom Gitterbett zur Liege, ohhalatfrei, feuerhemmend, Polyetherschaumstoff (niedriges Gewicht) mit Beschichtung (widerstandsfähig)	134x74x25 (ganzes Bett); 67x74x25 (halbe Version)	10 Tage	100-200 €
Bett 3		Diese Liegen nehmen in der Höhe dank stapelbaren Designs nur die Hälfte des Platzes in Anspruch wie die gleiche Anzahl an Standardliegen. Sie haben abgerundete Ecken, Siegelnähte und bestehen aus einem Stück, Sofort einsetzbar! Es gibt keine Verschraubungen oder lose Ecken. Das Material ist ein angenehmer, pflegeleichter und atmungsaktiver Stoff. Ein stabiler Flachrohrrahmen bildet das Grundgestell dieses Kinderliege. Für einen leichteren Transport von mehreren Kinderliegen bieten wir ein Falgestell an - siehe: "Falgestell für Kinderliege" weitere Details: leicht zu reinigende, abwaschbare Oberfläche, stapelbar, optional sind Erhöhungen (um 10cm) erhältlich - 9,99 Euro, schnelle und kinderleichte Montage	wenn verfügbar am nächsten Werktag, sonst 2-3 Wochen, Veringbarkeit je nach Farbe und Stückzahl	Maße (LxBxH): 135x58x15 cm	25-50 €	
Bett 4		Diese Liege- und Bodenpolster sind sowohl zum Spielen als auch zum Schlafen geeignet. Eine Seite ist aus stabilem Kunstleder rot oder braun und die andere Seite aus dem klassischen strapazierfähigen Baumwoll-Jeansstoff gefertigt, der Kern besteht aus FCKW- freiem Schaumstoff. Mit Reißverschluss!	auch passendes Spannbettuch erhältlich ab 27,95 €	- 130 x 60 x 8 cm - 133 x 64 x 8 cm (für Stapelbetten) - 140 x 60 x 8 cm - 150 x 60 x 8 cm - 160 x 60 x 8 cm - 160 x 80 x 8 cm - 180 x 60 x 8 cm - 190 x 60 x 8 cm - 190 x 90 x 8 cm	2-3 Wochen	25-100 €
Bett Zubehör 1		Dieser fahrbare Metallrahmen auf Rollen ist ideal, um bis zu 15 stapelbare Kinderliegen leicht und bequem an den richtigen Platz zu bewegen. Optional zu den leichten Kinderliegen zum Stapeln in neuen Farben gleich mitbestellen.		ca. 135 cm x 60 cm x 15 cm	wenn verfügbar am nächsten Werktag, sonst 2-3 Wochen	25-50 €

Produkt	Illustration	Kurzbeschreibung	Anmerkung	Maße (B/H/T) [cm]	Verfügbarkeit/ Lieferzeit	Preisspanne
Bett Zubehör 2		Das Spannbettuch aus Baumwolle sorgt für ein Gefühl von Sicherheit und Hygiene. Das Spannbettuch verfügt über praktische Gummibänder zur Befestigung an den vier Ecken der Kinderliege. Dadurch bleiben die Kinderliegen immer noch stapelbar. Die passenden Kinderliegen und Kinderbettwäsche gibt es in verschiedenen Farben in unserem Shop.		Maße (B/L) 130 cm x 54 cm Maße (B/L) 140 cm x 54 cm Maße (B/L) 160 cm x 54 cm	wenn verfügbar am nächsten Werktag, sonst 2-3 Wochen	bis 25 €
Schrank 1		Liegepolsterschrank für 5 (bis 8) Liegepolster mit durchgehenden Trennwänden und unten Betzeugfach. Abmessung der Liegepolsterschranke HxBxT 182x89x65 cm. Stabile robuste Betzeugschranke. Diese Kindertageseinrichtungen werden offen, mit Vorhang oder verkürzter Türen geliefert. Die verkürzten Türen dieser Matratzenschranke dienen der Belüftung. Diese Matratzenschranke haben ein formschönes Design. Dieser Liegepolsterschrank hat Seiten, Boden, Deckel, Sockel und Einlegeböden aus 19 mm Spanplatte mit Melaminharzbeschichtung. Diese Kindertageseinrichtungen werden im zusammengebauten Zustand geliefert.	offen, Vorhang (+49,50 €) oder verkürzte Tür (+131,25 €), 4 Liegepolstergrößen: 120x60x8, 140x60x8, 160x60x8, 140x70x8 (+57,38 €)	für 5 Liegepolster: HxBxT 182x89x65 cm; für 6 Liegepolster: HxBxT 182x89x65 cm; für 7 Liegepolster: HxBxT 182x105x65 cm; für 8 Liegepolster: HxBxT 182x116x65 cm	3-4 Wochen	450-650 €
Schrank 2		Liegepolsterschrank, d. h. Liegepolster-Stollenschrank für 6 (bis 14) Liegepolster und unten Fächer. Stabile robuste Liegepolsterschranke. Diese Stollenschranke werden offen, mit Vorhang, Tür oder Lüftungsschlitze-Türen geliefert. Diese Matratzenschranke haben ein formschönes Design. Dieser Liegepolsterschrank hat Seiten, Boden, Deckel, Sockel und Einlegeböden aus 19 mm Spanplatte mit Melaminharzbeschichtung und Massivholzstollen. Die Holzstollen der Schränke können in natur oder farbig geliefert werden. Diese Kindertageseinrichtungen werden im zusammengebauten Zustand geliefert.	offen, Vorhang (+120,75 €), Lüftungsschlitze Tür (+204,38 €) oder geschlossener Tür (+169,88 €), 4 Liegepolstergrößen: 120x60x8, 140x60x8, 160x60x8, 140x70x8	für 6 Liegepolster: HxBxT 182x119x71 cm; für 8 Liegepolster: HxBxT 182x142x71 cm; für 9 Liegepolster: HxBxT 182x154x71 cm; für 10 Liegepolster: HxBxT 182x167x71 cm; für 12 Liegepolster: HxBxT 182x227x71 cm; für 14 Liegepolster: HxBxT 182x250x71 cm	3-4 Wochen	600-1300 €
2.) Aufstiegsstufen/Wickeltische						
Aufstiegsstufen 1		Die Treppe soll den Rücken der Erzieherinnen schonen, die Kinder die schon selber Treppenstufen steigen können, müssen nicht mehr auf den Wickeltisch gehoben werden.	mit Rollen (+7 cm) » +16,81 €	B: 51 x H: 85 x T: 65 cm, 5 Stufen Stufenbreite 46 cm ohne Rollen mit Filzgleitern oder mit 4 Rollen (2 davon gebrennt). Durch die Rollen werden die Treppen um ca. 7 cm höher (Gesamthöhe dann 92 cm) 31 kg	4-6 Wochen	300-350 €

Produkt	Illustration	Kurzbeschreibung	Anmerkung	Maße (B/H/T) [cm]	Verfügbarkeit/ Lieferzeit	Preisspanne
Aufsiegehilfe 2		Treppenelement kann vielseitig Verwendung finden, um Kinder Höhenunterschiede selbstständig bewältigen zu lassen.		30x59x76		350-400 €
Aufsiegehilfe 3		Fahrbare Treppen für Wickelkommoden mit Umbauschrank, zum Anstellen an die Wickelkommode mit 4 Rollen (2 davon gebremst) Breite 60cm; Dekor: Buche (auf Anfrage stehen weitere Holzdekore zu Verfügung) Hinweis: Lieferung im zusammengebauten Zustand durch den Kindergarteneinzelhersteller. Lieferzeit: Keine Lagerware, d. h. zirka 4-6 Wochen.	<ul style="list-style-type: none"> • Schrank-Korpussteile aus melaminharz-beschichteten 19 mm dicken und schadstoffarmen E1-Dekor Spannlatten. • Rückwände aus melaminharzbeschichteten und schadstoffarmen E1-Dekor-Spannlatten. • Standard-Ausführung: Buche-Dekor mit passendem ABS-Umleimer und Segmentbögen- bzw. Muschelgriffen. • Deckel und Böden 25 mm dick. • Fachböden 19 mm dick. • Holzstollen ca. 4x4 cm, Buche massiv. • Weitere verwendete Werkstoffe: Optional: HPL-beschichtete Dekorspanplatten und Buche-Multiplexplatten. 	80x60x70 cm	3-4 Wochen	550-600 €
Wickeltisch 1		Wickelkommode mit herausziehbarer Treppe und 10 Schubfächern	auch in tieferer Ausführung erhältlich: B 109 x H 111 x T 120	B 109 x H 111 x T 75, Wickelhöhe ca 88 cm	5-8Wochen	1500-1550

Produkt	Illustration	Kurzbeschreibung	Anmerkung	Maße (B/H/T) [cm]	Verfügbarkeit/ Lieferzeit	Preisspanne
Wickeltisch 2		Wickelkommode mit Treppe links, mit 3-seitiger Aufkantung (optional mit Wickelauflage). Links 1 ausfahrbare Treppe (B: 57 cm), Rechts 1 Schrank, Mittelwand, 2x5 Schubkästen, Wickelkommoden mit HxBxT 105x125x75cm (105x125x90 cm). Diese Wickelkommoden haben eine Arbeitshöhe von ca 85 cm. Dekor: Buche (auf Anfrage stehen weitere Holzdekore zu Verfügung). Optional mit Wickelauflage in beige, rot, blau oder grün. Hinweis: Lieferung im zusammengebaute Zustand durch den Kindergartenmöbelhersteller.	- Wickelaufgabe blau - Dekor Buche - mit Handlauf - nicht Feuchtraum geeignet	105x125x75 cm 105x125x90 cm		900-1000 € 1000-1100 €
3.) Weitere Anziehhilfen						
Anziehhilfe 1		Fest an der Wand montierte Treppen-Podestkombination. Das Kind steht während des Schuhanziehens. Die Erzieherin kann hierbei in aufrechter Haltung assistieren.	Treppe ist ausziehbar. Es existieren zwei Versionen: Für Krippenverwendung (109,2cm Höhe) und für den Kindergarten konzipiert: (119,4cm Höhe)	40.6x42xX	5-8 Wochen	350-400 €
Anziehhilfe 2		Die Hilfe beim Ankleiden der Kinder wird durch dieses Element unterstützt. Die Erzieherin sitzt hierbei aufrecht, während das stehende Kind sich am Geländer festhalten kann. Kann mit Anbauteilen (Stiefelknecht, spiegelähnliches Element) versehen werden.	Rückenschonendes platzsparendes Element.	89x50x37	2 Wochen	350-400 €
4.) Servierwagen						
Wagen 1		Servierwagen-Geschirrwagen mit 2 Etagen Edelstahl-Tablets klein Tragkraft 100 kg Fahwerk: 4 Lenk rollen, davon 2 feststellbar. Metall-Rad mit Vollgummibandage (ø 100 mm) Rahmen: Serienmäßig mit 4 Wand-Abstandshaltern Rahmenkonstruktion: Rundrohr Edelstahl	Ladefläche ca.: 710 x 400 mm Etagenabstand 560 mm	L: 710 x B: 400 x H: 805 mm	1 Woche	150-200 €
Wagen 2		Servierwagen-Geschirrwagen Edelstahl 3 Böden klein Rahmenkonstruktion: Rundrohr Edelstahl Maßgesamt ca. L: 710 x B: 400 x H: 805 mm die äußeren Abmessungen (mit den Wandabweisern) der Servierwagen sind: B: 480 x L: 770 mm Tragkraft: 150 kg		L: 710 x B: 400 x H: 805 mm	1 Woche	200-250 €

Anhang 11: Bilder vor und nach Intervention (siehe Abschnitt 4.2.2)

Betreuung beim Essen:

Abbildung A 11.1:
Raumsituation des Essbereiches



vorher



nachher

Abbildung A 11.2:
Essensvorbereitung



vorher



nachher

Anhang 11

Abbildung A 11.3:
Essensvorbereitung



vorher



nachher

Abbildung 11.4:
Bereich Essensvorbereitung im Detail: EZ Classic, Tisch (höhenvariabel und rollbar), Tripp Trapp



Abbildung A 11.5:
Betreuung am Tisch



vorher



nachher

Abbildung A 11.6:
Betreuung bei der Essenseinnahme (nach Intervention)



Anhang 11

Abbildung A 11.7:
Betreuung am Tisch



vorher



nachher

Abbildung A 11.8:
Betreuung am Tisch



vorher



nachher



vorher



nachher

Betreuung im Gruppenraum/beim Spielen:

Abbildung A 11.9:
Raumsituation und Betreuung am Tisch



vorher



nachher

Abbildung A 11.10:
Betreuung am Boden



vorher



nachher

Abbildung A 11.11:
Betreuung am Tisch



vorher



nachher

Dokumentation:

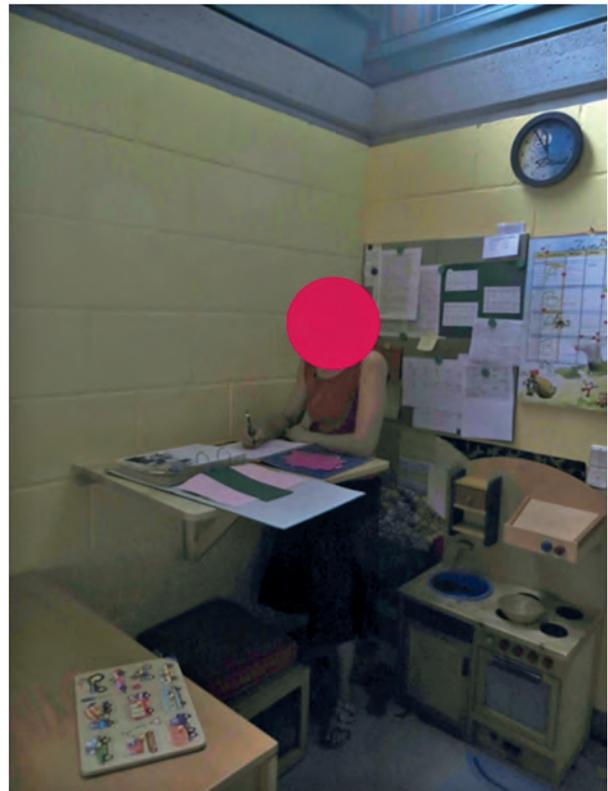
Abbildung A 11.12:
Dokumentation



vorher



vorher



nachher

Betreuung bei der Pflege:

Abbildung A 11.13:
Bereich Pflege



vorher



nachher

Abbildung A 11.14:
Bereich Pflege



vorher



nachher

Abbildung A 11.15:
Bereich Pflege



vorher



nachher

Betreuung beim Schlafen:

Abbildung A 11.16:
Bereich Schlafen



vorher



nachher: Ausschnitt zum Hineinkrabbeln an den Betten

Abbildung A 11.17:
Bereich Schlafen



vorher



nachher

Anhang 12: Weitere Ergebnisse aus der Analyse der Muskel-Skelett-Belastung und der Herzfrequenz (Vergleich zwischen Prä- und Post-Interventions-Erhebung, siehe Abschnitt 4.3.3)

Schichtanalyse

IFA-Haltungscode

Tabelle A12.1:
Mittlere Prozentanteile (MW) und Standardabweichungen (SD) der Arbeitsschichten in verschiedenen Körperhaltungen (Basic IFA-Tätigkeits-Haltungscode) in den Interventions-KiTa während der Prä- und Post-Interventions-Erhebungen

Klassifizierung	KiTa	Mess-phase	Stehen		Gehen/Aktivität		Sitzen		Kniebelastend		Sonstige	
			MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
KiTa mit eher mittlerem Interventionsbedarf	RLP2	Prä	46,9	6,0	18,6	4,3	32,5	3,3	1,9	1,8	0,1	0,1
		Post	32,0	4,1	16,6	3,6	50,1	7,5	1,3	0,6	0,0	0,0
	NRW2	Prä	42,9	2,1	18,0	2,9	26,2	10,3	12,9	11,6	0,0	0,0
		Post	38,6	5,1	15,2	2,9	44,6	8,1	1,6	0,8	0,0	0,0
	HE2	Prä	52,9	3,2	21,2	3,1	21,1	3,4	4,8	4,9	0,0	0,0
		Post	44,2	6,9	19,5	3,3	35,7	5,3	0,6	0,4	0,0	0,0
KiTa mit eher hohem Interventionsbedarf	RLP3	Prä	48,5	3,1	23,3	1,6	26,8	1,5	1,4	0,6	0,0	0,0
		Post	34,9	4,3	18,9	4,7	45,0	5,8	1,2	0,3	0,0	0,0
	NRW3	Prä	42,3	7,6	16,4	2,8	24,7	7,3	16,6	11,8	0,0	0,1
		Post	45,6	6,8	21,1	1,4	28,1	8,4	5,2	4,0	0,0	0,0
	HE3	Prä	32,2	12,9	13,3	4,5	39,9	15,4	12,5	1,1	2,0	2,3
		Post	32,3	9,7	15,7	6,9	40,5	13,8	8,9	7,2	2,6	2,6

Körperwinkel: Kniegelenk

Tabelle A12.2:
Mittlere Prozentanteile (MW) und Standardabweichungen (SD) der Arbeitsschichten mit Winkelbereichen des linken Kniegelenks in sitzender Körperhaltung (in Anlehnung an ISO 11226) in den Interventions-KiTa während der Prä- und Post-Interventions-Messungen

Klassifizierung	KiTa	Mess-phase	Kniegelenkflexion links															
			Kein Sitzen		≤ 45°		45°↔90°		90°↔100°		100°↔110°		110°↔120°		120°↔130°		≥130°	
			MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
KiTa mit eher mittlerem Interventionsbedarf	RLP2	Prä	67,4	3,2	3,8	2,0	3,8	2,5	3,8	2,4	5,6	4,2	4,2	2,6	2,4	2,1	9,1	6,2
		Post	49,9	7,5	2,5	2,1	12,1	7,6	7,3	2,5	6,9	1,3	6,1	3,2	5,3	1,7	9,9	3,8
	NRW2	Prä	73,7	10,3	2,1	3,2	3,7	3,8	1,5	1,1	3,9	1,6	6,2	2,8	3,5	1,5	5,5	1,0
		Post	55,4	8,1	10,7	8,9	12,1	5,6	3,7	1,9	5,6	2,1	5,5	4,9	3,0	3,1	4,1	3,3
	HE2	Prä	78,9	3,4	0,8	0,8	2,1	1,6	1,2	1,0	2,2	1,7	2,8	1,6	1,2	0,5	11,0	4,1
		Post	64,4	5,3	1,3	1,1	11,1	4,7	4,4	1,8	5,7	1,5	4,6	1,0	3,7	0,7	5,0	1,0
KiTa mit eher hohem Interventionsbedarf	RLP3	Prä	73,0	1,4	0,0	0,0	0,5	0,6	0,3	0,2	2,7	1,3	3,7	1,8	4,8	3,3	15,0	4,0
		Post	55,0	5,8	0,4	0,4	8,7	3,8	10,0	5,4	6,5	2,7	6,5	3,1	5,1	2,2	7,9	6,9
	NRW3	Prä	76,1	6,1	0,2	0,2	3,4	2,3	4,2	1,5	5,0	4,8	3,5	2,0	2,5	1,8	5,3	3,4
		Post	71,9	8,4	5,9	5,9	3,7	1,1	4,3	3,6	4,0	2,6	5,3	3,3	3,1	2,5	1,9	1,9
	HE3	Prä	60,1	15,4	0,8	1,1	7,8	9,9	1,4	0,6	4,7	4,1	9,9	7,8	5,5	3,3	9,9	4,2
		Post	59,5	13,8	0,4	0,6	6,2	5,9	2,6	3,5	5,1	6,7	4,3	5,0	5,9	3,1	16,0	9,3

Tabelle A12.3

Mittlere Prozentanteile (MW) und Standardabweichungen (SD) der Arbeitsschichten mit Winkelbereichen des rechten Kniegelenks in sitzender Körperhaltung (in Anlehnung an ISO 11226) in den Interventions-KiTas während der Prä- und Post-Interventions-Messungen

Klassifizierung	KiTa	Mess-phase	Kniegelenkflexion rechts															
			Kein Sitzen		≤ 45°		45°<90°		90°<100°		100°<110°		110°<120°		120°<130°		≥130°	
			MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
KiTa mit eher mittlerem Interventionsbedarf	RLP2	Prä	67,4	3,2	3,6	1,4	4,6	2,0	3,4	2,8	4,7	2,7	6,1	3,0	4,0	1,9	6,2	5,0
		Post	49,9	7,5	3,6	3,8	10,2	5,7	7,3	4,2	5,8	2,0	6,5	1,8	6,8	3,6	9,9	1,6
	NRW2	Prä	73,7	10,3	2,4	3,3	6,1	6,3	1,6	1,7	2,9	1,9	5,7	1,3	2,8	1,3	4,9	3,4
		Post	55,4	8,1	10,4	9,7	14,0	5,8	3,1	1,2	4,3	2,2	3,8	2,3	4,5	3,1	4,5	3,0
	HE2	Prä	78,9	3,4	2,0	1,2	8,4	3,6	2,0	0,9	1,4	0,7	1,7	0,9	1,1	0,5	4,5	1,4
		Post	64,4	5,3	1,9	1,9	14,3	7,3	5,5	2,5	3,9	1,5	3,7	0,9	2,4	1,2	4,0	4,7
KiTa mit eher hohem Interventionsbedarf	RLP3	Prä	73,0	1,4	0,2	0,3	1,5	1,2	0,2	0,2	1,3	0,7	3,0	1,5	4,6	3,4	16,1	3,4
		Post	55,0	5,8	0,4	0,3	9,7	7,0	10,7	6,4	7,1	4,6	4,5	2,4	3,6	1,9	9,1	7,7
	NRW3	Prä	76,1	6,1	1,6	1,7	3,5	3,4	1,1	0,9	1,1	1,4	3,4	3,1	4,6	4,7	8,7	4,4
		Post	71,9	8,4	3,0	4,9	3,2	0,7	3,5	1,5	3,4	2,5	2,7	1,6	3,9	2,8	8,4	2,4
	HE3	Prä	55,0	8,5	0,0	0,0	8,8	8,0	6,0	2,5	11,3	9,4	5,5	1,9	3,6	3,0	9,7	3,6
		Post	59,5	13,8	0,8	0,8	4,5	2,8	1,9	1,1	6,2	5,0	6,5	5,0	9,2	5,6	11,4	7,0

Tabelle A12.4:

Mittlere Prozentanteile (MW) und Standardabweichungen (SD) der Arbeitsschichten in verschiedenen Körperhaltungen (Basic IFA-Tätigkeits-Haltungscode) bei der Tätigkeit „Spielen“ in den Interventions-KiTas während der Prä- und Post-Interventions-Erhebungen

Klassifizierung	KiTa	Mess-phase	Stehen		Gehen/Aktivität		Sitzen		Kniebelastend		Sonstige	
			MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
KiTa mit eher mittlerem Interventionsbedarf	RLP2	Prä	37,3	29,0	18,8	16,8	39,7	41,3	4,1	10,9	0,1	0,5
		Post	28,4	27,1	17,2	17,1	52,7	43,4	1,7	6,1	0,0	0,0
	NRW2	Prä	39,3	34,1	16,1	16,3	26,3	38,3	18,3	34,6	0,0	0,0
		Post	35,2	34,7	13,4	14,5	49,7	43,0	1,8	5,6	0,0	0,0
	HE2	Prä	55,2	29,0	22,3	16,8	10,9	27,2	11,6	23,6	0,0	0,0
		Post	43,0	24,9	18,2	14,3	38,2	33,8	0,6	1,2	0,0	0,0
KiTa mit eher hohem Interventionsbedarf	RLP3	Prä	55,1	28,7	25,6	19,9	19,3	31,4	0,0	0,2	0,0	0,0
		Post	30,1	26,2	19,6	16,1	49,5	38,5	0,8	3,3	0,0	0,0
	NRW3	Prä	61,7	27,7	20,6	12,4	12,3	29,9	5,4	16,2	0,0	0,0
		Post	47,7	29,2	22,1	16,5	22,0	32,0	8,3	19,2	0,0	0,3
	HE3	Prä	42,6	29,6	27,0	24,9	23,6	37,3	6,7	12,7	0,2	1,8
		Post	39,8	25,2	30,5	23,2	23,1	30,8	6,6	15,0	0,1	0,9

Körperwinkel: Kniegelenk

Abbildung 12.1:

Boxplots (Perzentile P5, P25, P50, P75 und P95) der Kniegelenkflexion rechts bei der Tätigkeit „Spielen“ in den Interventions-KiTs während der Prä- und Post-Interventions-Messungen

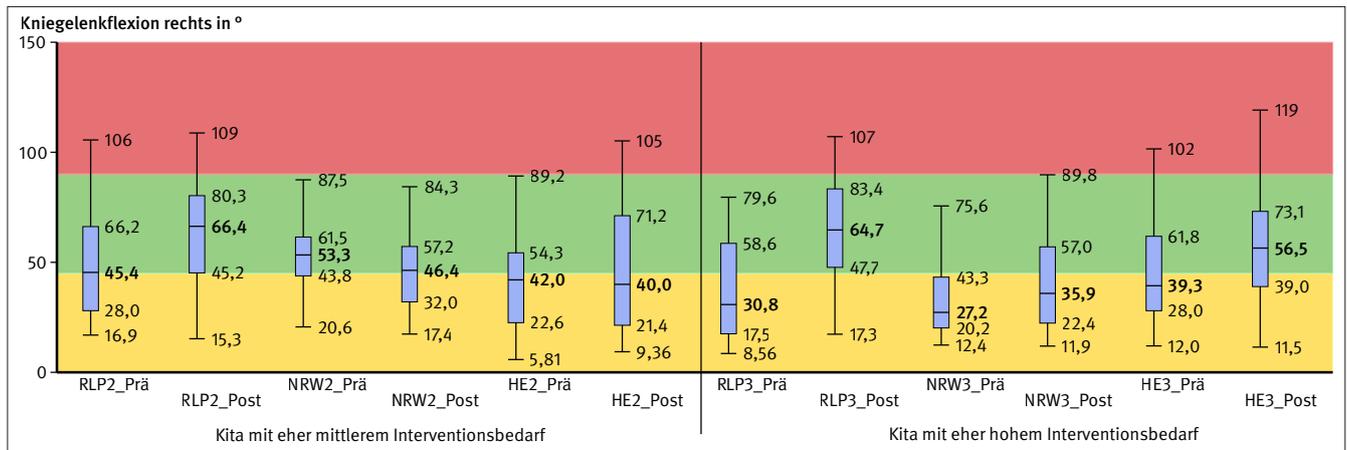
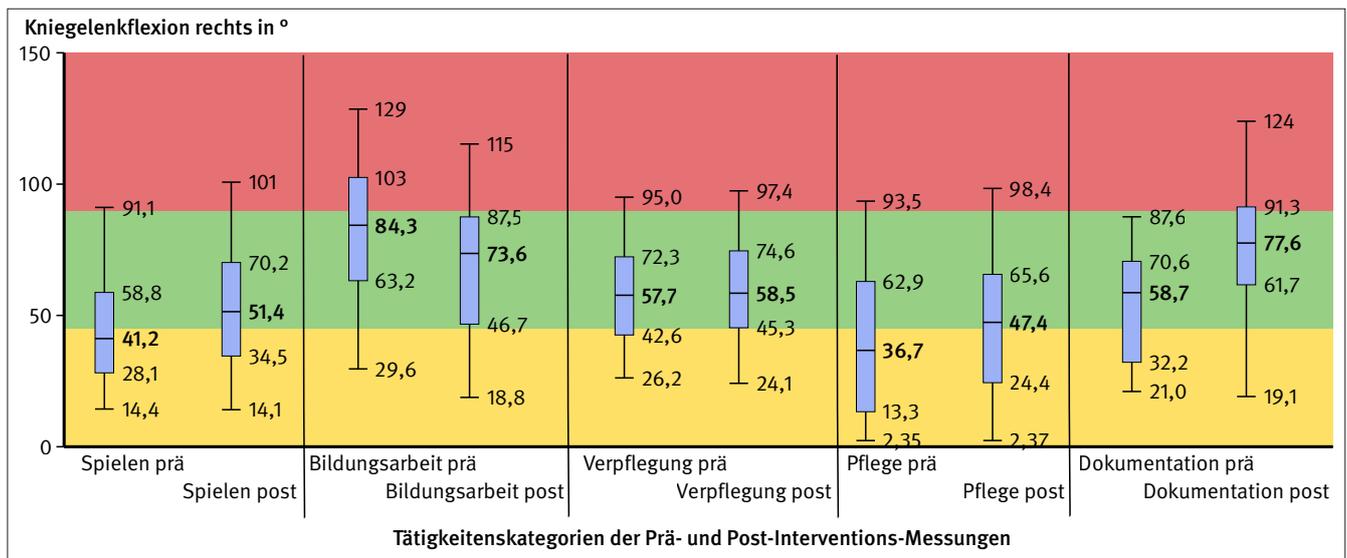


Abbildung 12.1:

Boxplots (Perzentile P5, P25, P50, P75 und P95) der Kniegelenkflexion rechts in verschiedenen Tätigkeitskategorien gemittelt über die sechs Interventions-KiTs während der Prä- und Post-Interventions-Messungen



Anhang 13: Auswertung des Fragebogens ErgoKiTa II (siehe Abschnitt 4.3.4)

A13.1 Subjektive Beanspruchung – Vergleich erste und zweite Erhebung

Abbildung A13.1:
Ist es erforderlich, Überstunden zu machen? (WAI)

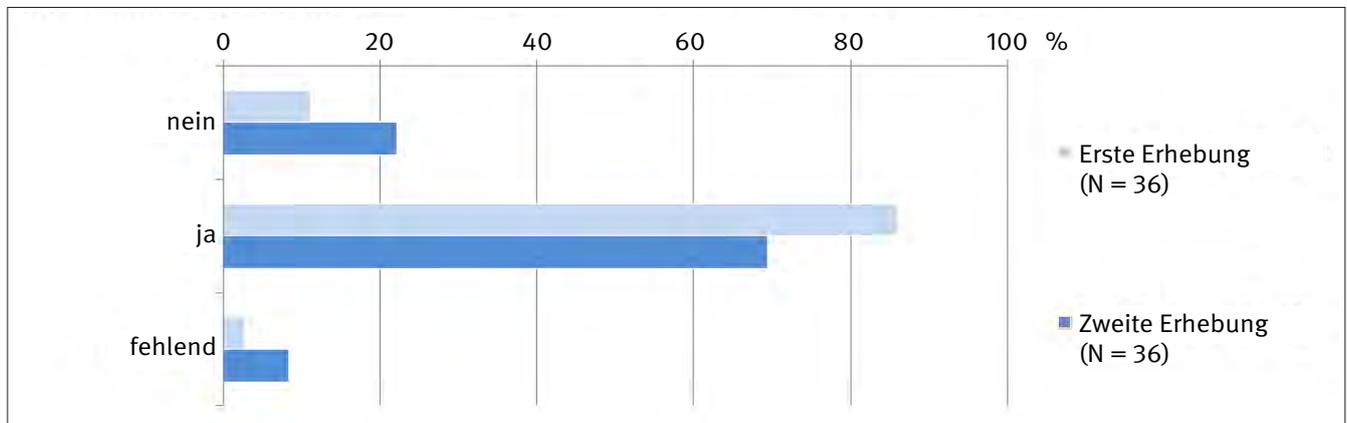
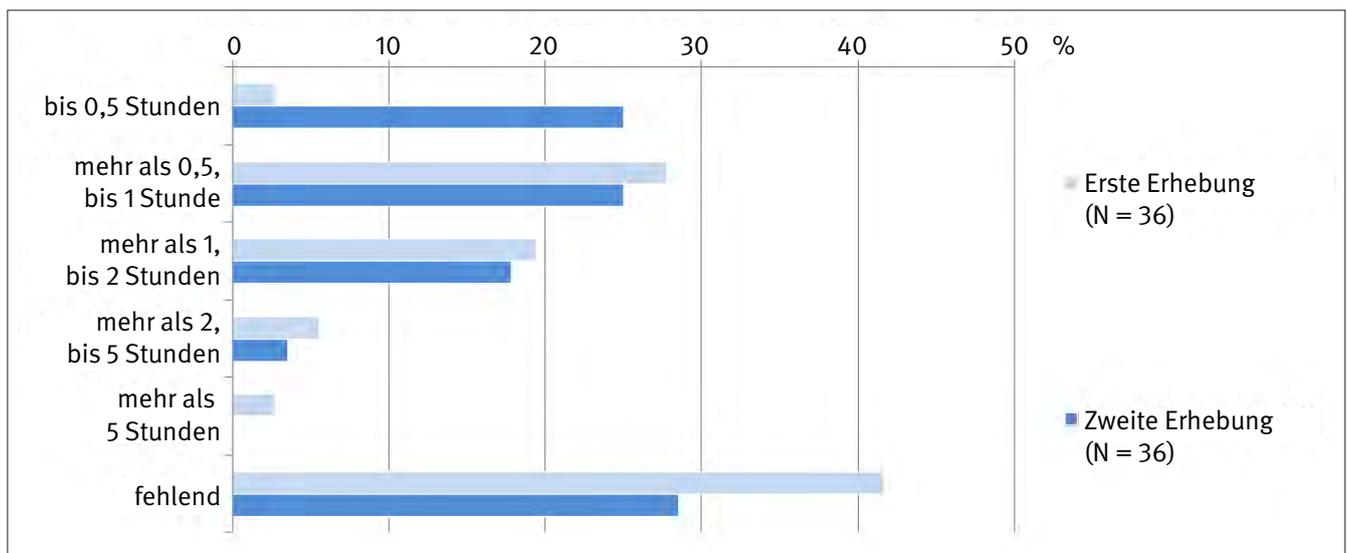


Abbildung A13.2:
Überstunden – Anzahl (WAI)



Anhang 13

Abbildung A13.3:
Überstunden – Gründe (WA)

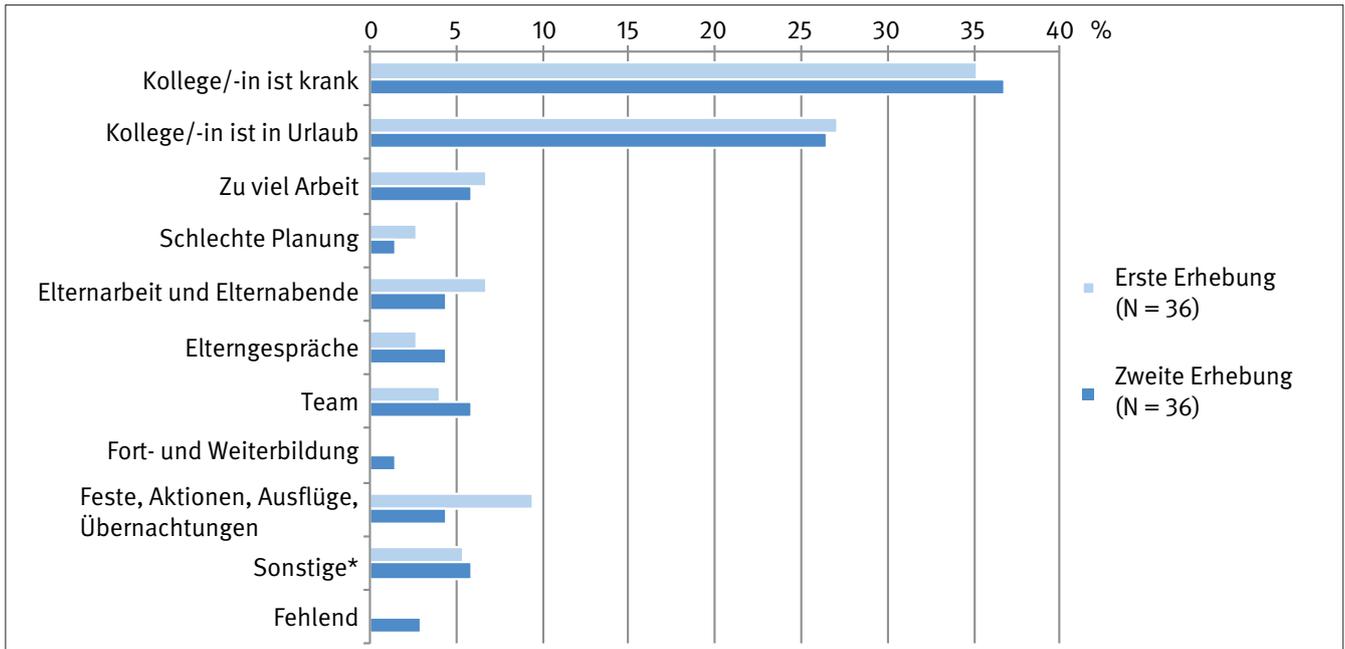


Abbildung A13.4:
Teil B: Arbeitsbedingungen (WAI)

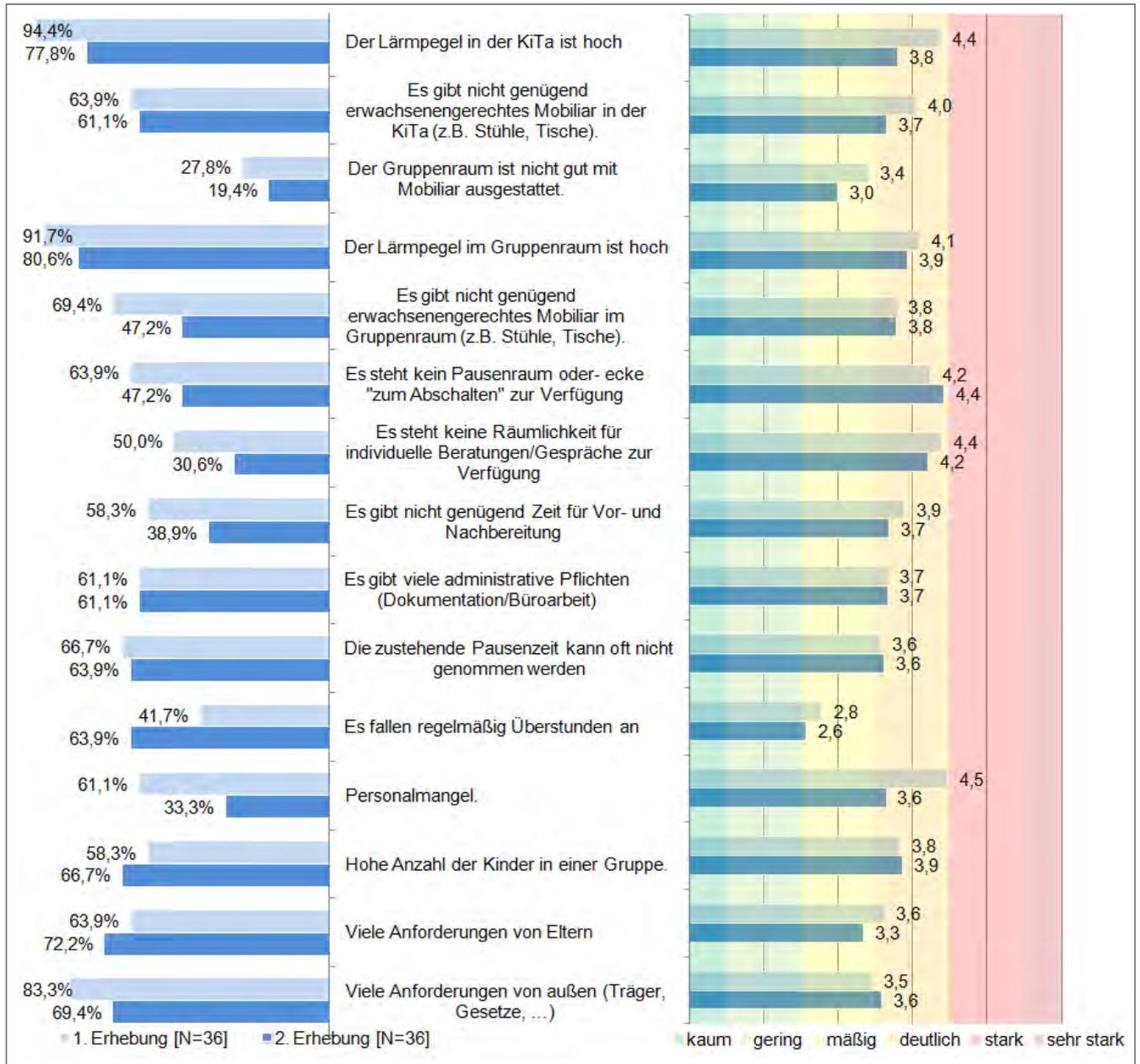
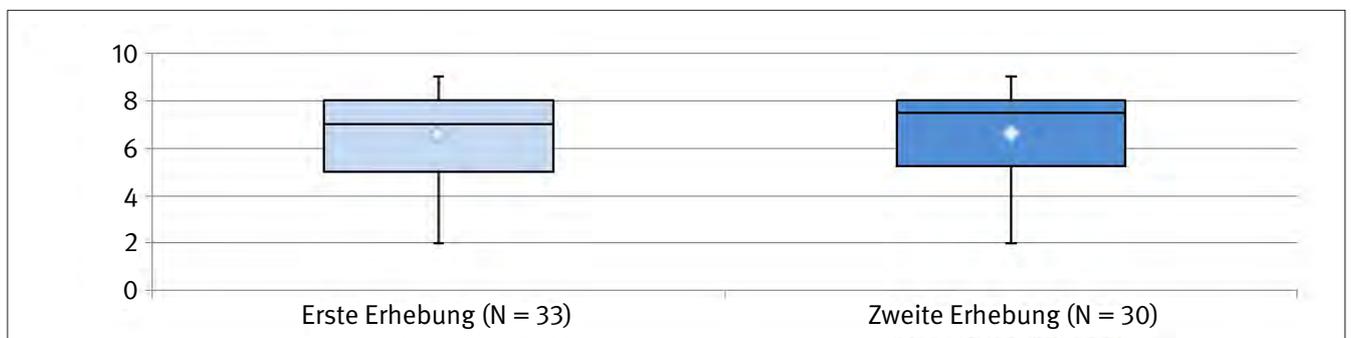


Abbildung A13.5:
Gesundheitszustand (WAI)



Anhang 13

Abbildung A13.6:
Einschätzung der derzeitigen Arbeitsfähigkeit (WAI)

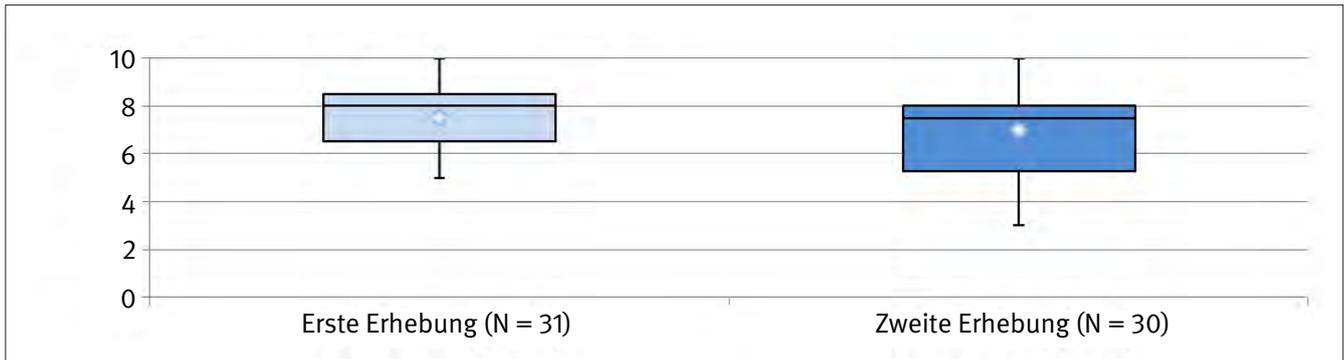


Abbildung A13.7:
Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den körperlichen Arbeitsanforderungen (WAI)

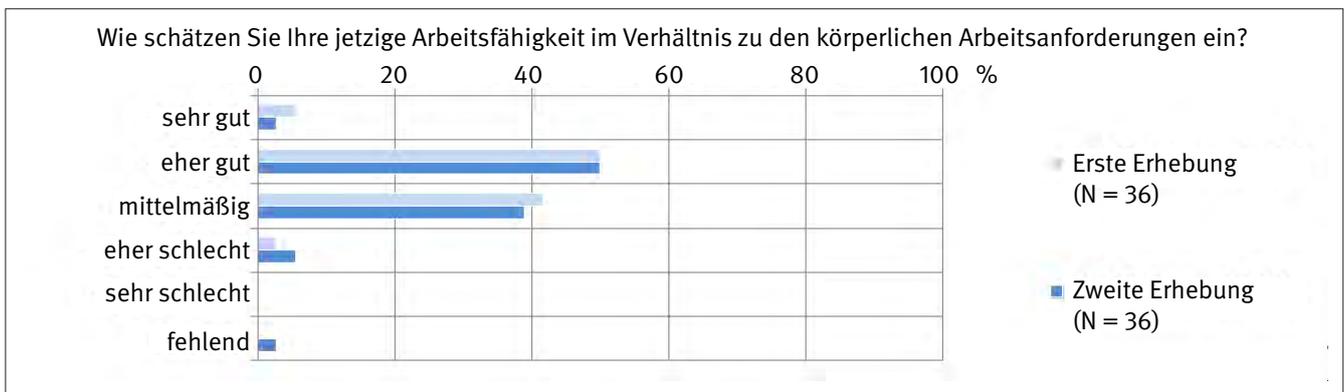


Abbildung A13.8:
Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den psychischen (geistigen) Arbeitsanforderungen (WAI)

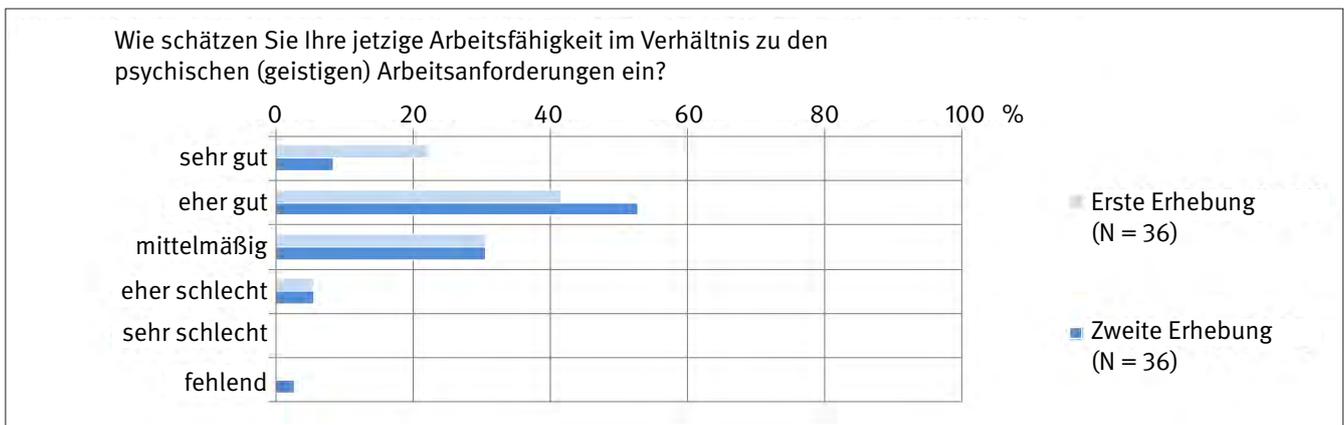


Abbildung A13.9:
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

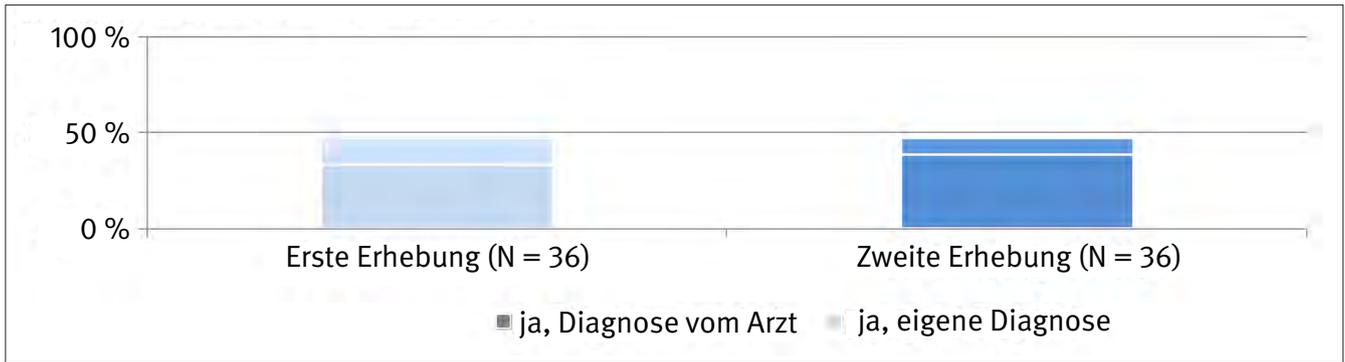


Abbildung A13.10:
Beschwerden während der Arbeit (WAI)

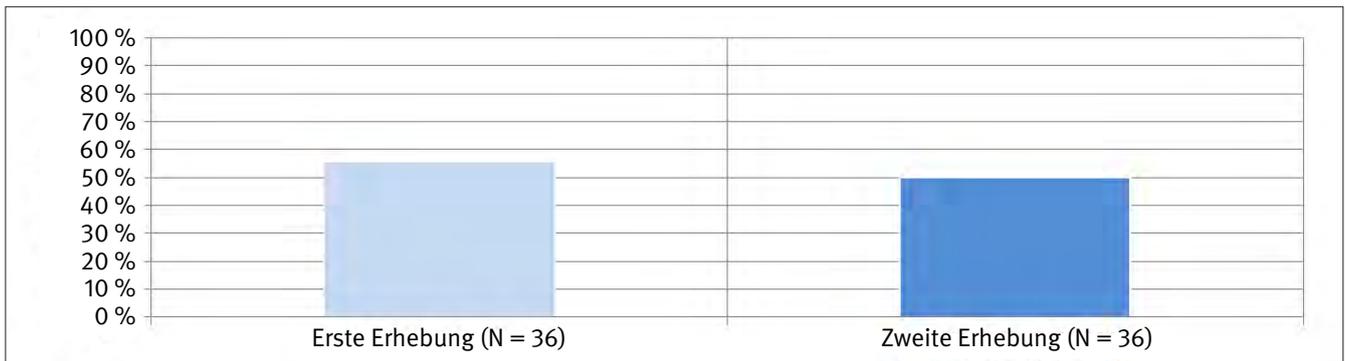
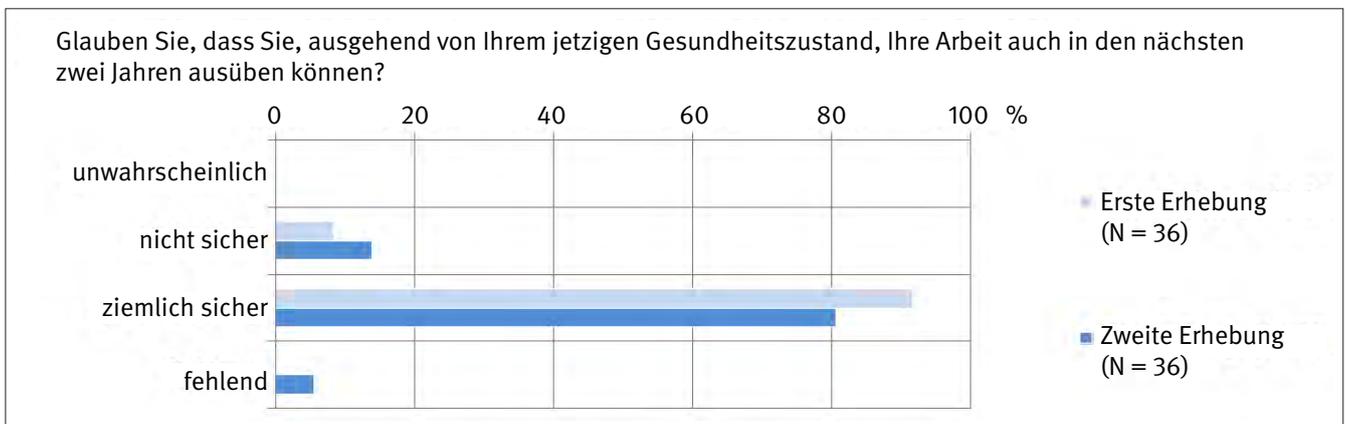


Abbildung A13.11:
Zukünftige Arbeitsfähigkeit (WAI)



Anhang 13

Abbildung A13.12:
Anforderungen – psychisch (WAI)

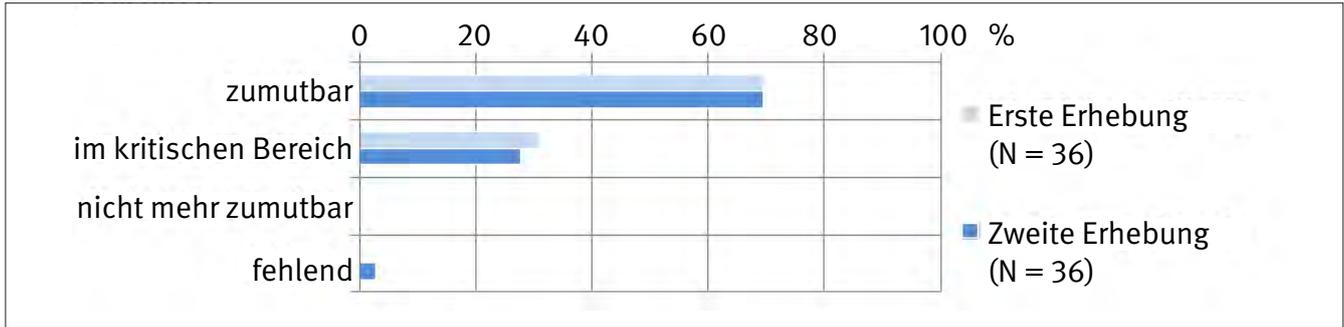
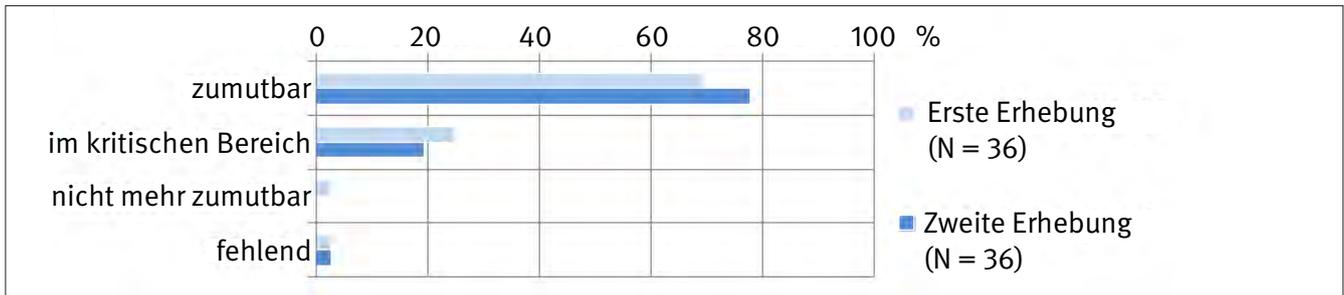


Abbildung A13.13:
Anforderungen – körperlich (WAI)



A 13.2 Befragungsergebnisse zur Akzeptanz

Abbildung A13.14:
Nutzungsdauer Stuhl (N = 36)

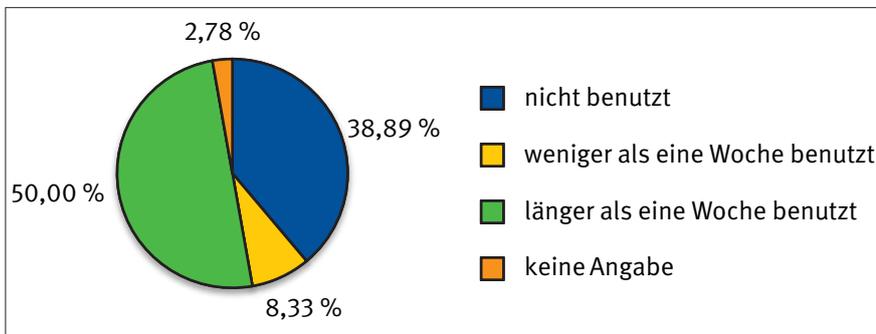


Abbildung A13.15:
Nutzungsdauer Rollhocker 1 (N = 43)

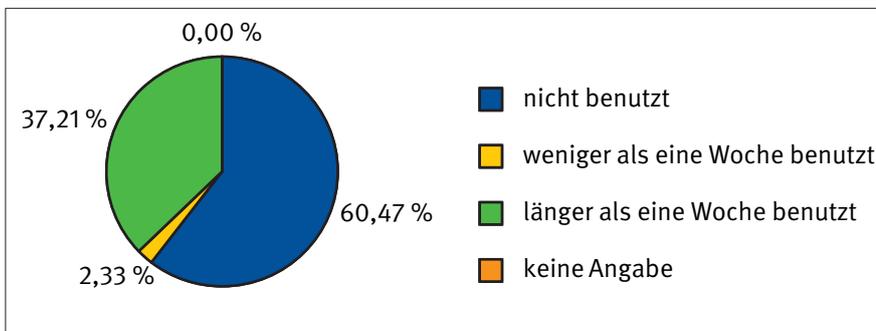


Abbildung A13.16:
Nutzungsdauer Kissen 2 (N = 62)

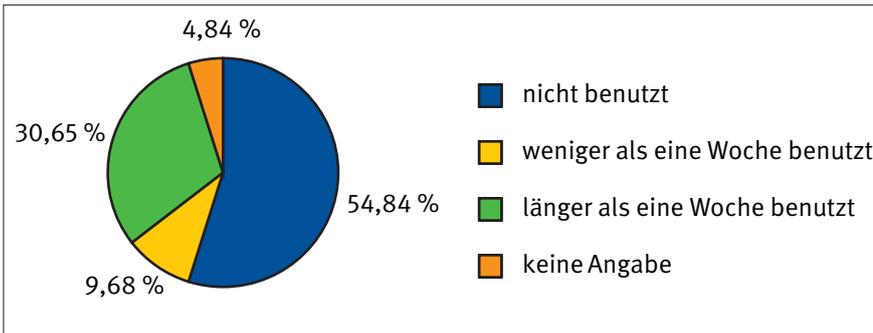


Abbildung A13.17:
Nutzungsdauer Bodenstuhl (N = 25)

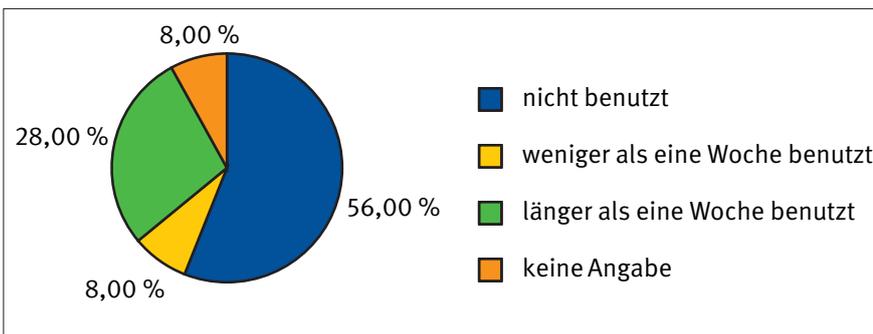


Abbildung A13.18:
Einfluss auf die Gesundheit (Sitzgelegenheiten)

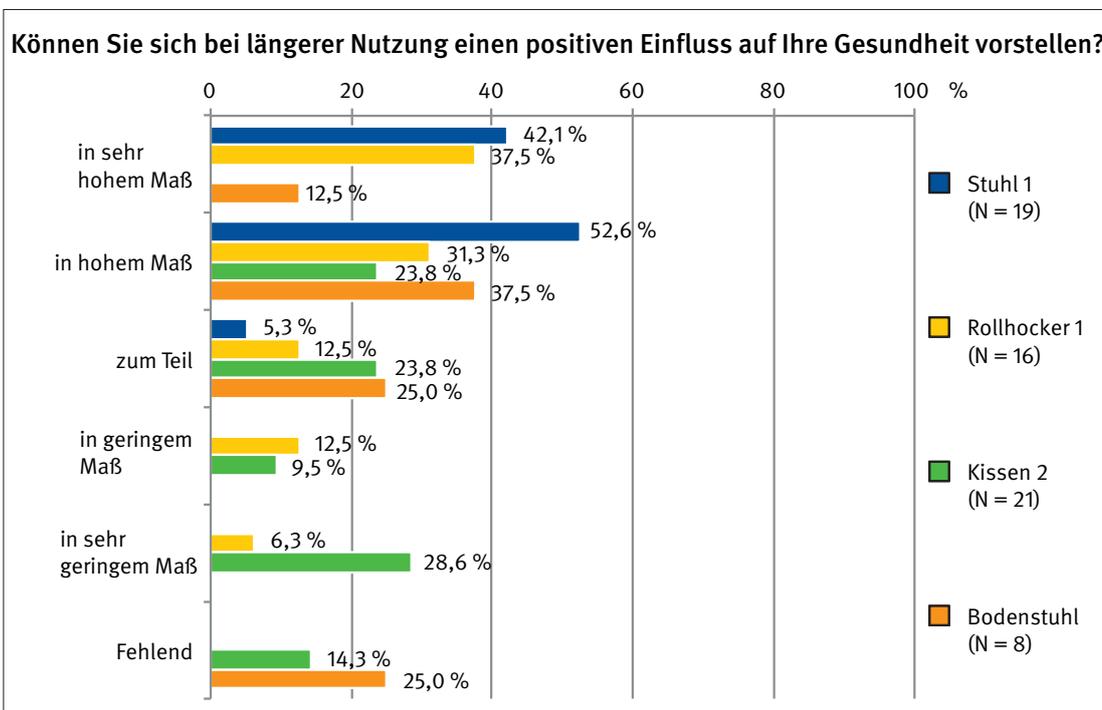


Abbildung A13.19:
Arbeits erleichterung (Sitzgelegenheiten)

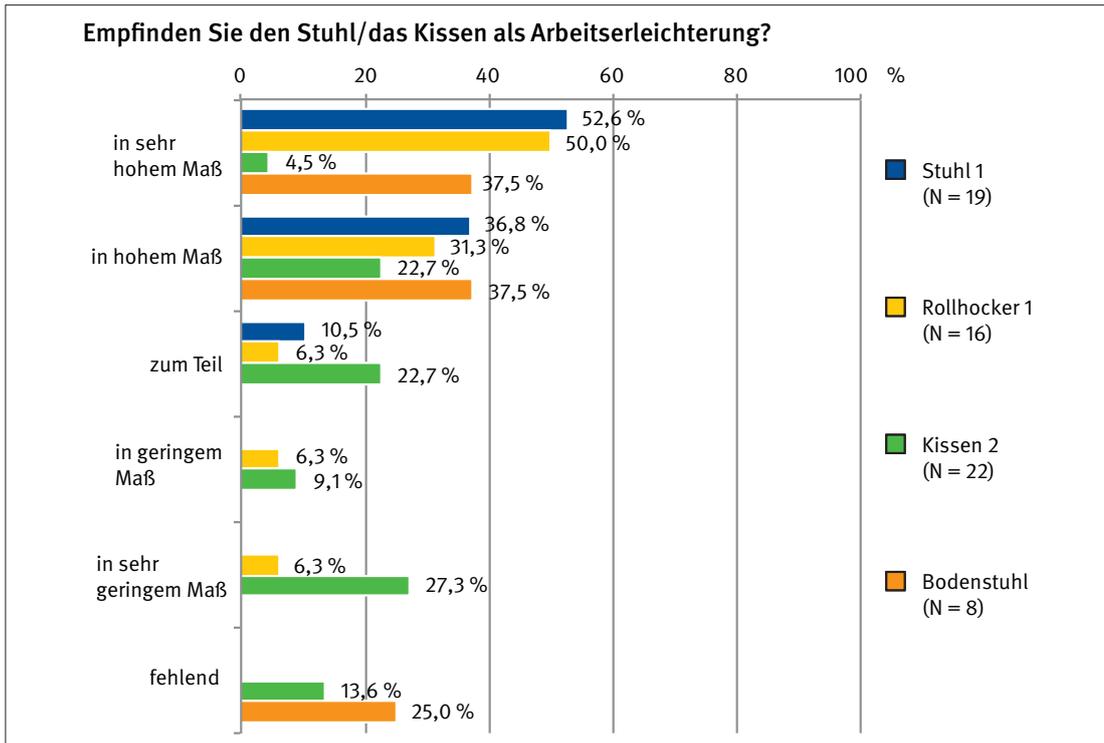


Abbildung A13.20:
Empfehlenswert (Sitzgelegenheiten)

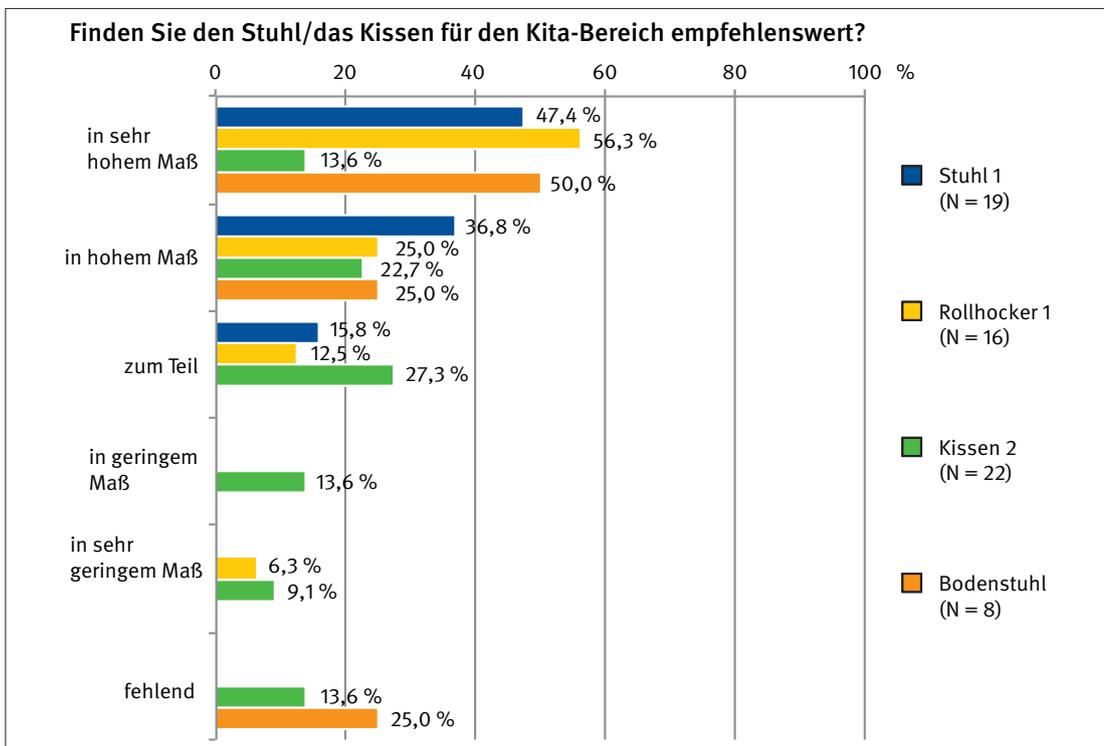


Abbildung A13.21:
Beschwerden gebessert (Sitzgelegenheiten)

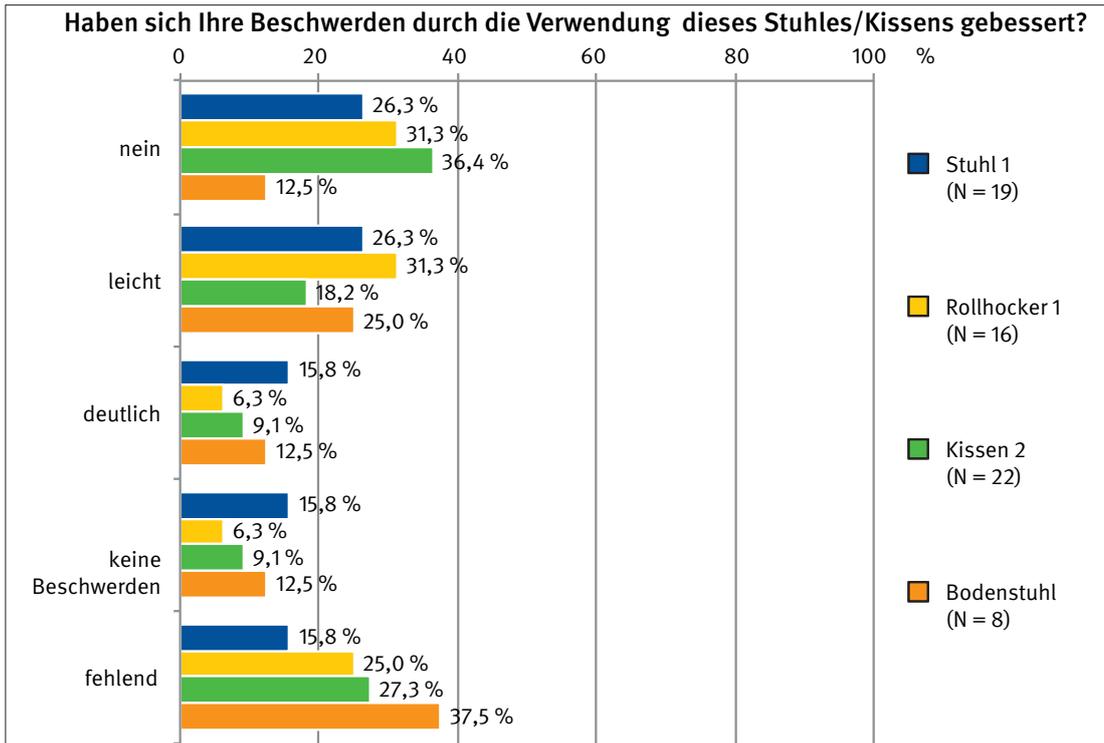
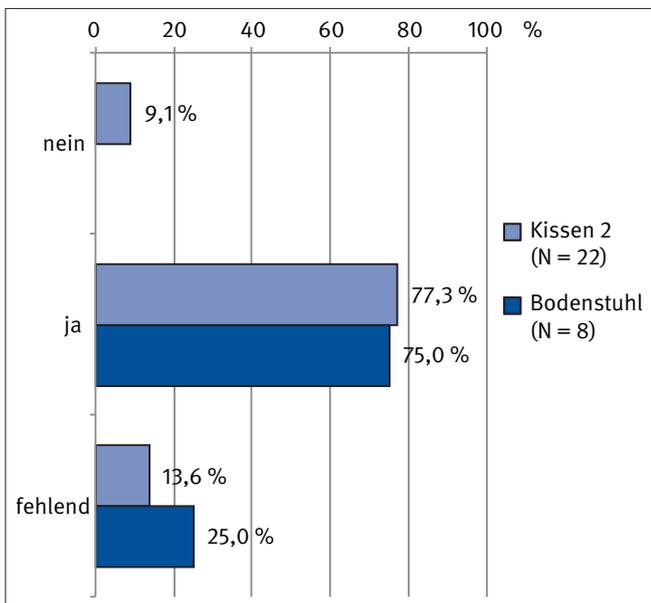


Abbildung A13.22:
Arbeit am Boden



Anhang 13

Abbildung A13.23:
Arbeit am Tisch (Kinderhöhe)

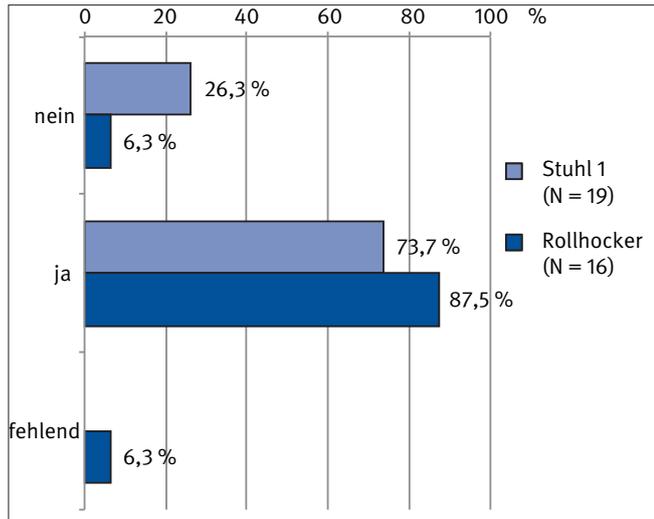


Abbildung A13.24:
Arbeit am Tisch (Erwachsenenhöhe)

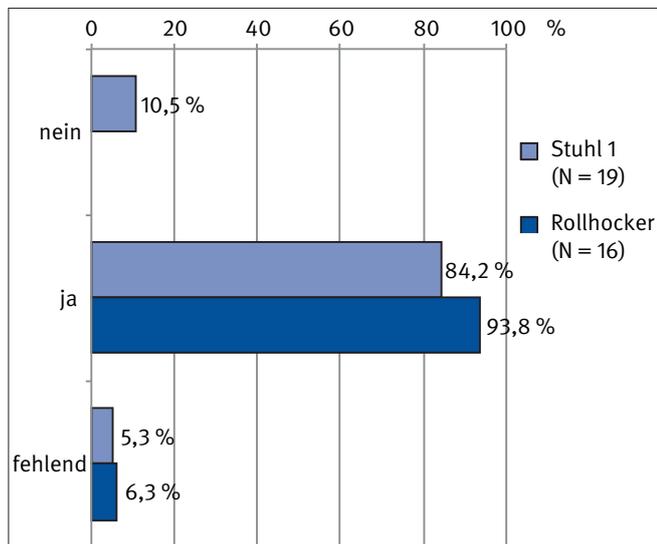


Abbildung A13.25:
Nutzungsdauer Tisch 1 (N = 43)

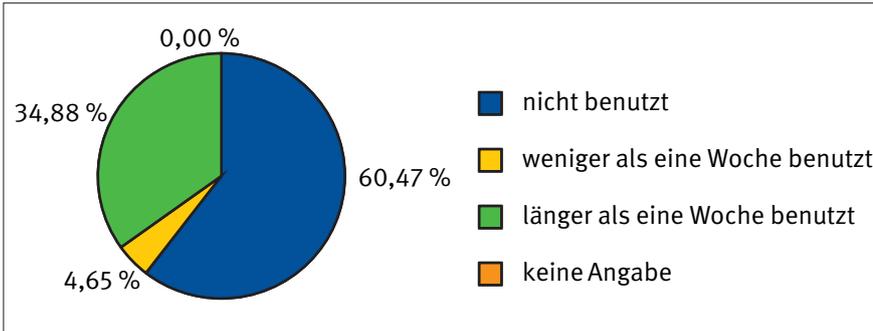


Abbildung A13.26:
Nutzungsdauer Tisch 2 (N = 43)

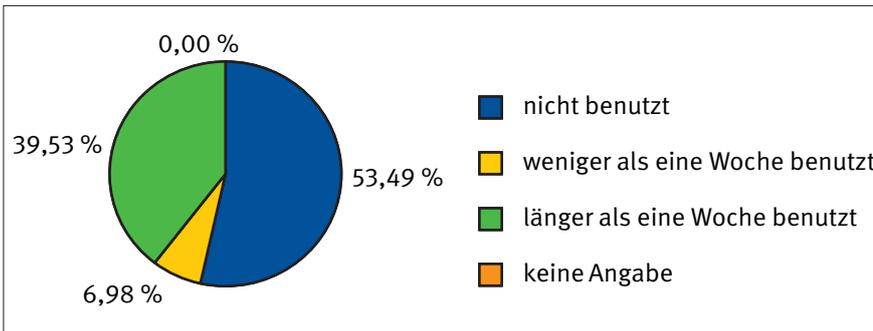


Abbildung A13.27:
Eignung für längeres Arbeiten

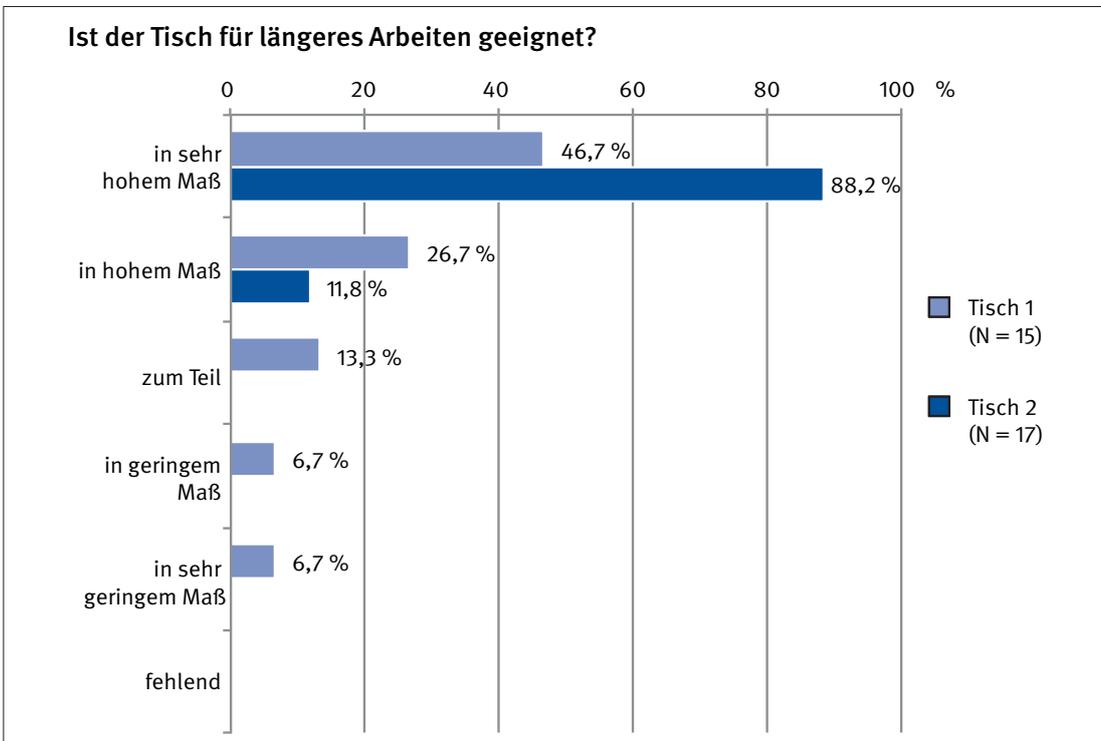


Abbildung A13.28:
Verbesserung der Sitzhaltung

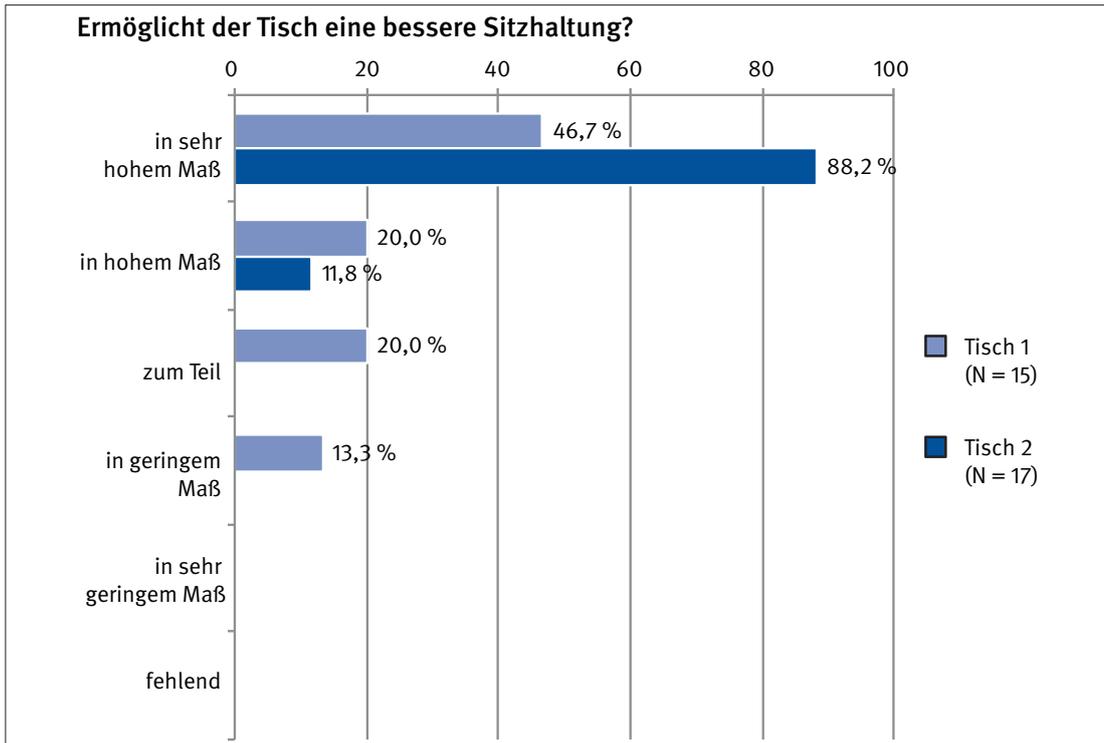


Abbildung A13.29:
Einfluss auf die Gesundheit (Tische)

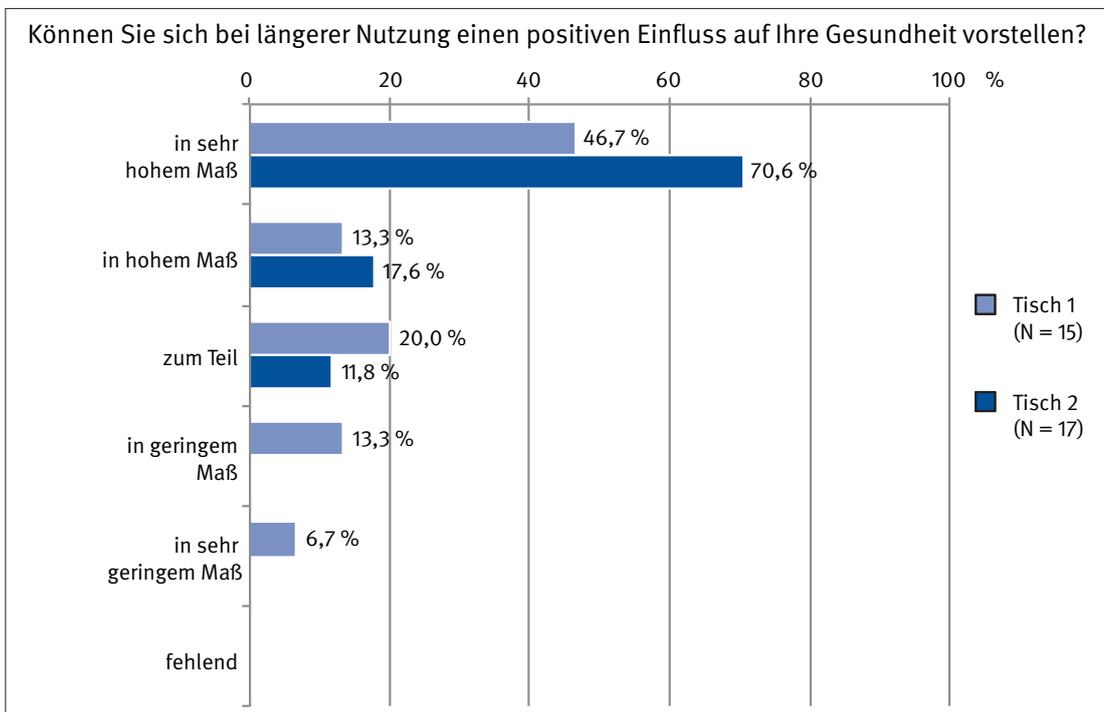


Abbildung A13.30:
Arbeitserleichterung (Tische)

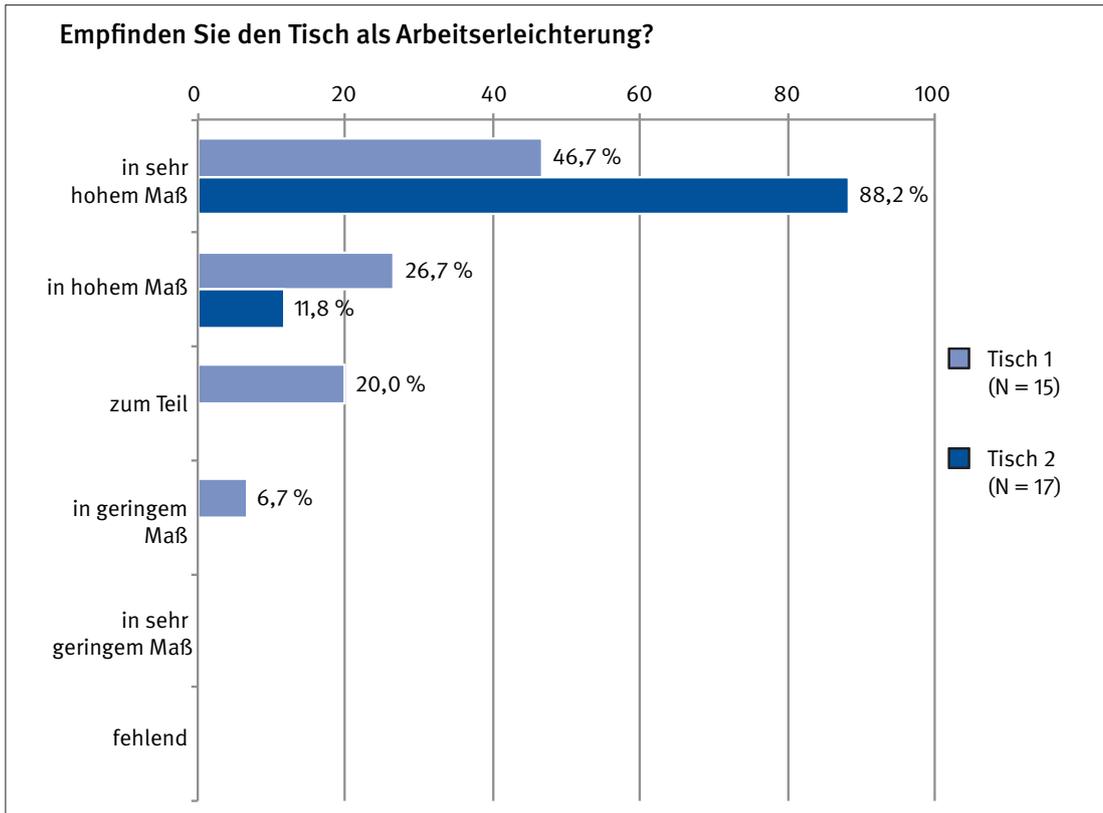


Abbildung A13.31:
Empfehlenswert (Tische)

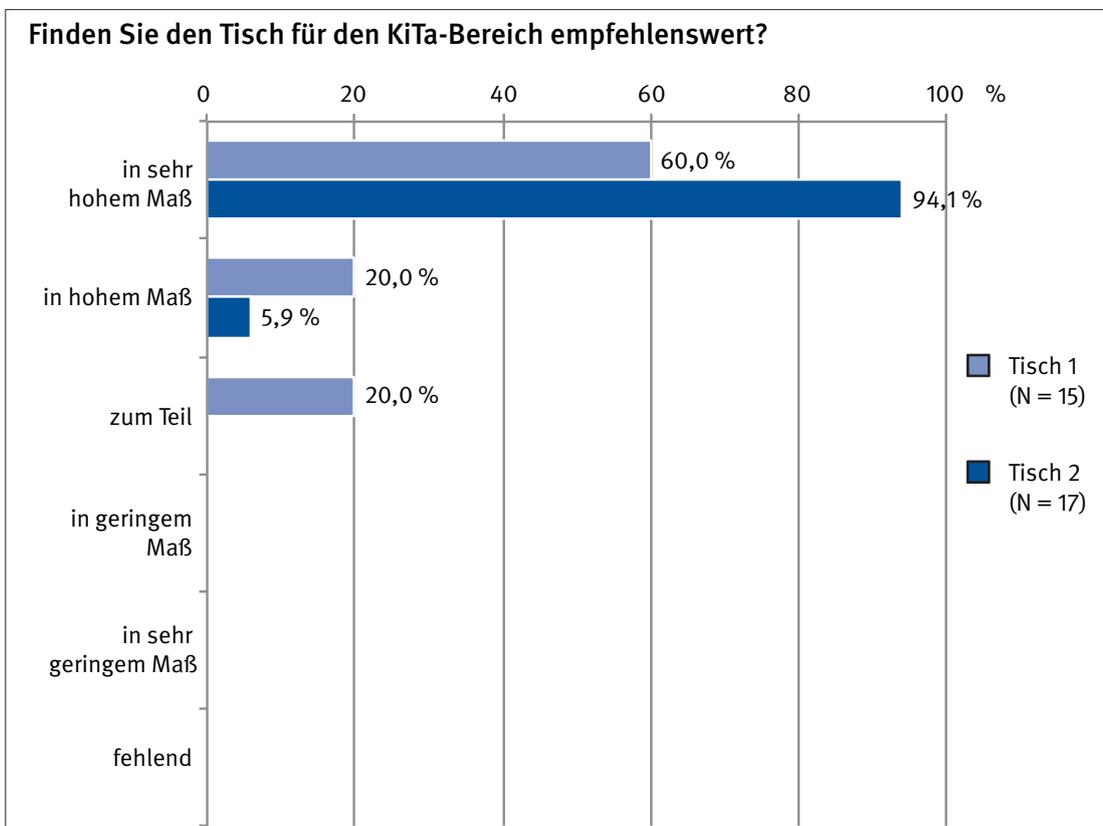


Abbildung A13.32:
Beschwerden gebessert (Tische)

