

Fragebogen zur Teilnahme an Angeboten der Gesundheitsförderung (Integra) Abschlussbefragung (T2)

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Sie haben vor ca. 6 Monaten am Projekt "Integrationsnetz Gesundheit und Arbeit" (Integra) teilgenommen. Mit dem vorliegenden Fragebogen möchten wir Ihnen abschließend einige Fragen dazu stellen. Kreuzen Sie bei jeder Frage einfach die Antwort(en) an, die für Sie zutreffen. Lassen Sie keine Frage aus.

Zur Erinnerung: Unser Institut arbeitet auf der Grundlage der Bestimmungen des Datenschutzes in Deutschland. Wir garantieren Ihnen:

- dass Ihre Angaben niemals individuell, z.B. in Verknüpfung mit Ihrem Namen, sondern nur in Gruppen ausgewertet werden; deshalb enthält der Fragebogen weder Ihren Namen noch Ihre Anschrift;
- dass unsere Mitarbeiter, die Ihren Fragebogen bearbeiten, d.h. z.B. in den Computer einlesen, alle auf das Bundesdatenschutzgesetz verpflichtet sind.

Ihre Angaben dienen ausschließlich Forschungszwecken. Weder die Träger der Angebote noch die Kursleiter oder andere Einrichtungen oder Personen werden Kenntnis von Ihren persönlichen Angaben erhalten. Dies ist nur wenigen Mitarbeitern unseres Instituts gestattet, die allerdings Ihren Namen und Ihre Anschrift nicht kennen. Denken Sie an diese Garantien, gerade weil auch persönliche Fragen zu beantworten sind.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Durch das Ausfüllen des Fragebogens helfen Sie aber persönlich mit, die bestehenden Angebote noch weiter zu verbessern. Durch Ihre Mitarbeit tragen Sie dazu bei, diese Angebote der Gesundheitsförderung also noch gezielter weiterzuentwickeln und auszubauen.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 10-20 Minuten. Stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Rückumschlag und geben Sie diesen verschlossen zurück.

Wir bedanken uns schon vorab recht herzlich für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Renate Kirschner
Geschäftsführerin FB+E

Da Sie auf dem Fragebogen Ihren Namen nicht eintragen sollen, wir jedoch Ihre Angaben mit denen aus den vorherigen Befragungen zusammen auswerten müssen, möchten wir Sie zuerst bitten, aus Ihrem Vornamen und Nachnamen wiederum einen Code zu erstellen.

Zur Erinnerung: Dieser Code hat vier Stellen:

- An 1. Stelle steht: Der erste Buchstabe Ihres ersten Vornamens
- An 2. Stelle steht: Die Gesamtzahl der Buchstaben Ihres ersten Vornamens
- An 3. Stelle steht: Der erste Buchstabe Ihres ersten Nachnamens
- An 4. Stelle steht: Die Gesamtzahl der Buchstaben Ihres ersten Nachnamens

Beispiel:

Kai Uwe Müller-Wipperfürth

1	2	3	4
k	3	m	6

1	2	3	4
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geben Sie hier bitte nach dem vorstehenden Beispiel Ihren Code an:

<p>1.</p>	<p>Wie stark haben Ihnen die Beratungen und Maßnahmen des Integra-Programms persönlich genutzt oder geholfen?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p> <p>Nennen Sie bis zu drei Gründe für Ihre Meinung:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<p>Sehr stark Stark Mittel-mäßig Weniger stark Gar nicht</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2.</p>	<p>Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p>	<p>Sehr gut Gut Zufriedenstellend Weniger gut Schlecht</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3.</p>	<p>Wenn Sie einmal an die Zeit vor ungefähr 6 Monaten denken: wie hat sich Ihr Gesundheitszustand seit dieser Zeit verändert?</p>	<p>Stark verbessert <input type="checkbox"/> Ist unverändert <input type="checkbox"/> Verschlechtert <input type="checkbox"/> Verbessert <input type="checkbox"/> Stark verschlechtert ... <input type="checkbox"/></p>
<p>4.</p>	<p>Stufen Sie Ihre gegenwärtige Leistungsfähigkeit im Beruf (für Berufstätige) bzw. bei Alltagstätigkeiten auf der folgenden Skala ein.</p> <p><i>0 bedeutet: "überhaupt nicht leistungsfähig", 100 bedeutet: "voll leistungsfähig". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</i></p>	<p>Überhaupt nicht leistungsfähig Voll leistungsfähig</p> <p>0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100</p> <p>Gegenwärtig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5.</p>	<p>Wenn Sie einmal an die Zeit vor ungefähr 6 Monaten denken: wie hat sich Ihre Leistungsfähigkeit seit dieser Zeit verändert?</p>	<p>Stark verbessert <input type="checkbox"/> Ist unverändert <input type="checkbox"/> Verschlechtert <input type="checkbox"/> Verbessert <input type="checkbox"/> Stark verschlechtert ... <input type="checkbox"/></p>
<p>6.</p>	<p>Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!</i></p>	<p>Sehr stark Stark Mittel-mäßig Weniger stark Gar nicht</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>7.</p>	<p>Was tun Sie für Ihre Gesundheit?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p>8.</p>	<p>An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 6 Monaten so krank, dass Sie Ihrer gewöhnlichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Tage An keinem Tag <input type="checkbox"/></p>
<p>9.</p>	<p>Wie zufrieden sind Sie derzeit insgesamt mit Ihrer Lebenssituation?</p>	<p>Sehr unzufrieden Sehr zufrieden</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>10.</p>	<p>Wenn Sie einmal an die Zeit vor ungefähr 6 Monaten denken: wie hat sich Ihre Lebenssituation seit dieser Zeit verändert?</p>	<p>Stark verbessert <input type="checkbox"/> Ist unverändert <input type="checkbox"/> Verschlechtert <input type="checkbox"/> Verbessert <input type="checkbox"/> Stark verschlechtert ... <input type="checkbox"/></p>

11. Was meinen Sie, wie wird sich Ihre Lebenssituation im Laufe des nächsten Jahres verändern?

Stark verbessern unverändert sein Verschlechtern
 Verbessern Stark verschlechtern ..

12. Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.
 ☞ Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft aus- gesprochen zu	Trifft etwas zu	Teils/ teils	Trifft kaum zu	Trifft überhaupt nicht zu
	1	2	3	4	5
Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir leicht, mich zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nicht allzu leicht aus der Fassung zu bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Haben Sie im Zeitraum der letzten 6 Monate ein oder mehrere Beschäftigungsverhältnis(se) gegen Entgelt (z.B. 1-Euro-Jobs, Minijobs, normale Jobs) gehabt?

Nein ☞ Weiter mit Frage 19

Ja, eine Beschäftigung

Ja, mehrere Beschäftigungen **Wie viele?** Beschäftigungen

14. Welche(s) Beschäftigungsverhältnis(se) waren das?

1-Euro-Job

Mini-Jobs bis 400 Euro

Normale sozialversicherungsrechtliche Beschäftigung

Sonstiges ☞ bitte angeben:

15a Welche Tätigkeiten übten Sie im Rahmen der Beschäftigung(en) in den letzten 6 Monaten aus?
 ☞ Geben Sie bitte die tatsächliche Tätigkeit an, z.B. Verkaufshilfe, Reinigungspersonal, Wachpersonal.

15b In welchem Monat hat die Beschäftigung begonnen und in welchem Monat wurde sie beendet, oder dauert sie noch an?

Frage 15a	Frage 15b Begonnen im Monat z.B. Juli	Beendet im Monat z.B. November	Dauert noch an
Ich war beschäftigt als: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Warum wurde das (jeweilige) Beschäftigungsverhältnis beendet? ←

16.	Wie viele Stunden arbeiten (arbeiteten) Sie üblicherweise pro Tag und wie viele Stunden pro Woche?	pro Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Woche <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden
17.	Wie viele Tage waren Sie bei Ihrem (Ihren) Beschäftigungsverhältnis(sen) insgesamt krank und konnten nicht zur Arbeit gehen?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage An keinem Tag <input type="checkbox"/>
18.	Wie zufrieden sind (waren) Sie insgesamt mit Ihrer Beschäftigung?	Sehr unzufrieden 1 2 3 4 5 6 7 Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> Nennen Sie die Gründe für Ihre Meinung: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
19.	Was meinen Sie, könnte irgend jemand oder irgend etwas dazu beitragen, dass Sie wieder in eine regelmäßige Beschäftigung kommen? Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> <i>Kreuzen Sie alles an, was zutrifft:</i> Nein <input type="checkbox"/> Weiter mit Frage 20 Fortsetzung der bestehenden Beschäftigung <input type="checkbox"/> Meine Familie / Partner <input type="checkbox"/> Eine Ausbildung, Fortbildung / Umschulung <input type="checkbox"/> Wegfall / Übernahme meiner Schulden <input type="checkbox"/> Wegfall der Unterhaltspflicht für geschiedenen Partner / Kinder <input type="checkbox"/> Pädagogische / psychologische Beratung <input type="checkbox"/> Beratung über meine Möglichkeiten <input type="checkbox"/> Betreuung für mein Kind / meine Kinder (z.B. Kita-Platz) <input type="checkbox"/> Vermittlung einer (passenden) Arbeit <input type="checkbox"/> Betreuung für meine(n) pflegebedürftigen Angehörigen <input type="checkbox"/> Wiederhergestellte Gesundheit <input type="checkbox"/> Erfolgreicher Alkohol- / Drogenentzug <input type="checkbox"/> Zum Teil ich selbst <input type="checkbox"/> Nur ich selbst <input type="checkbox"/> Sonstiges (<i>bitte angeben</i>): <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Trifft nicht zu, bin in regelmäßiger Beschäftigung <input type="checkbox"/>	
20.	Was tun Sie selbst, um wieder in (regelmäßige) Beschäftigung zu kommen, bzw. regelmäßig beschäftigt zu bleiben? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	
21.	Ihr Geschlecht: Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich .. <input type="checkbox"/>	
22.	Ihr Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 19 <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr	

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens

**FB+E Forschung, Beratung + Evaluation GmbH
in Medizin, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialwesen
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin**

© Copyright für alle Fragen bei FB+E, außer Frage 12 (LOT-R) © Glaesmer, H. et al.