

## Fragen zu Arbeitsunfällen

1. Person 2. Person 3. Person 4. Person 5. Person

**215** Bitte ordnen Sie sich zu:

**Zu welcher Gruppe gehören Sie ?**

**i** Gemeint sind auch  
geringfügige Beschäftigungen, Nebenjobs und zeitweise  
Beschäftigungen.

Personen, die gegenwärtig erwerbstätig sind .....

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

Personen, die in den letzten 12 Monaten  
erwerbstätig gewesen sind .....

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

Personen, die ihre letzte Erwerbstätigkeit vor mehr als  
12 Monaten beendet haben .....

<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Personen, die noch nie erwerbstätig gewesen sind .....

<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende	<input type="checkbox"/> → Ende
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

**216** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Arbeitsunfall,  
bei dem Sie sich verletzt haben ?

freiwillig

Ja, einen .....

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ja, mehrere .....

2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nein, keinen .....

8	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222
---	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Keine Angabe .....

9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**217** Falls Sie in den letzten 12 Monaten einen Arbeitsunfall hatten:  
**Handelte es sich bei Ihrem letzten Arbeitsunfall um einen  
Unfall im Straßenverkehr ?**

**i** Unfälle im Straßenverkehr sind Unfälle, die auf  
öffentlichen Straßen passiert sind und die sich während  
Geschäfts- oder Dienstreisen ereignet haben.

**So genannte Wegeunfälle sind Unfälle, die auf dem  
Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstelle erfolgt sind.**

freiwillig

Ja, um einen Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeitsstelle  
(Wegeunfall) .....

1	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222
---	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Ja, um einen Unfall auf einem Geschäfts- oder Dienstweg .....

2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nein .....

8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Keine Angabe .....

9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**218** Falls Sie in den letzten 12 Monaten einen Arbeitsunfall hatten:

**Bei welcher Tätigkeit hat sich der letzte Arbeitsunfall ereignet ?**

freiwillig

Bei der gegenwärtigen Haupttätigkeit .....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der gegenwärtigen Nebentätigkeit .....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Tätigkeit, die ich vor 12 Monaten ausgeübt habe (bin zurzeit erwerbstätig, habe aber gewechselt) .....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der letzten Tätigkeit, (bin zurzeit nicht erwerbstätig) .....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei einer anderen/weiteren Tätigkeit .....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe .....	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**219** Falls Sie in den letzten 12 Monaten einen Arbeitsunfall hatten:

**Konnten Sie wegen des letzten Arbeitsunfalls zeitweise keiner Tätigkeit nachgehen ?**

freiwillig

Ja .....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein .....	8	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222
Keine Angabe .....	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**220** Falls Sie wegen des letzten Arbeitsunfalls zeitweise keiner Tätigkeit nachgehen konnten:

**Konnten Sie Ihre Arbeit nach dem letzten Arbeitsunfall mittlerweile wieder aufnehmen ?**

freiwillig

Ja .....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein .....	8	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222
Nein, ich werde voraussichtlich keine Arbeit mehr aufnehmen .....	7	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222	<input type="checkbox"/> → 222
Keine Angabe .....	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 221 Wie viele Tage, Wochen, Monate konnten Sie wegen Ihres Arbeitsunfalls keiner Erwerbstätigkeit nachgehen ?

**i Der Tag, an dem der Arbeitsunfall passiert ist,**  
ist nicht mitzurechnen.

Sollten Sie mehrfach wegen Ihres letzten Arbeitsunfalls keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen sein, so sind die Tage zusammenzuzählen.

**Bei mehreren Unfällen beziehen Sie sich bitte**  
auf den letzten Arbeitsunfall.

freiwillig

Kein Ausfall oder weniger als 1 Tag .....	01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Tag bis unter 4 Tage .....	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tage bis unter 2 Wochen .....	03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Wochen bis unter 1 Monat .....	04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Monat bis unter 3 Monate .....	05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Monate bis unter 6 Monate .....	06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Monate bis unter 9 Monate .....	07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Monate oder mehr .....	08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe .....	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fragen zu arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen (nicht Arbeitsunfälle)

## 222 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Gesundheitsprobleme, die durch Ihre Arbeit verursacht oder verschlimmert wurden ?

**i Gesundheitsbeschwerden, die als Folge von**  
Arbeitsunfällen aufgetreten sind, sind hier nicht  
anzugeben.

**Bei arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen**  
handelt es sich um chronische oder permanente  
Einschränkungen/Belastungen, die im Zusammenhang  
mit der ausgeübten Erwerbstätigkeit stehen.

freiwillig

Ja, ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem .....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, mehrere arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme .....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein .....	8	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229
Keine Angabe .....	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**223** Falls Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme hatten:

**Welche der folgenden arbeitsbedingten Beschwerden beeinträchtigt bzw. beeinträchtigte Sie am meisten ?**

Für jede Person: Ziffer aus der Liste 19 .....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

freiwillig

## Liste 19

Knochen-, Gelenk- oder Muskelbeschwerden ...		Kopfschmerzen .....	08
... Bereich: Nacken, Schulter, Arme, Hände .....	01	Probleme mit dem Sehvermögen .....	09
... Bereich: Hüfte, Beine, Füße .....	02	Herzerkrankung, Kreislaufbeschwerden .....	10
... Bereich: Rücken .....	03	Infektionskrankheiten (durch Viren, Bakterien oder andere Erreger) .....	11
Atembeschwerden/Lungenerkrankung .....	04	Erkrankungen der inneren Organe (z. B. Leber, Niere, Magen) .....	12
Erkrankungen der Haut .....	05	Sonstige Beschwerden .....	13
Erkrankungen des Gehörs .....	06	Keine Angabe .....	99
Psychische Erkrankungen .....	07		

**224** Falls Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme hatten:

**Bei welcher Tätigkeit wurde das Gesundheitsproblem, das Ihre Gesundheit am meisten beeinträchtigt bzw. beeinträchtigte verursacht oder verschlimmert ?**

Bei der gegenwärtigen Haupttätigkeit .....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der gegenwärtigen Nebentätigkeit .....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Tätigkeit, die ich vor 12 Monaten ausgeübt habe (bin zurzeit erwerbstätig, habe aber gewechselt) .....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der letzten Tätigkeit, (bin zurzeit nicht erwerbstätig) .....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei einer anderen/weiteren Tätigkeit .....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe .....	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

freiwillig

**225** Falls Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme hatten:

**Sind Sie durch das arbeitsbedingte Gesundheitsproblem, das Ihre Gesundheit am meisten beeinträchtigt bzw. beeinträchtigte, bei der Arbeit oder im Privatleben eingeschränkt ?**

Ja, teilweise eingeschränkt .....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, erheblich eingeschränkt .....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein .....	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe .....	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

freiwillig

**226** Falls Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme hatten:

**Konnten Sie wegen des arbeitsbedingten Gesundheitsproblems, das Ihre Gesundheit am meisten beeinträchtigt bzw. beeinträchtigte, zeitweise keiner Tätigkeit nachgehen?**

freiwillig

Ja .....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein .....	8	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229
Keine Angabe .....	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**227** Falls Sie wegen des arbeitsbedingten Gesundheitsproblems, das Ihre Gesundheit am meisten beeinträchtigt bzw. beeinträchtigte zeitweise keiner Tätigkeit nachgehen konnten:

**Konnten Sie Ihre Arbeit mittlerweile wieder aufnehmen?**

freiwillig

Ja .....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein .....	8	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229
Nein, ich werde voraussichtlich keine Arbeit mehr aufnehmen .....	7	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229	<input type="checkbox"/> → 229
Keine Angabe .....	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**228** Wie viele Tage, Wochen, Monate konnten Sie wegen des arbeitsbedingten Gesundheitsproblems, das Ihre Gesundheit am meisten beeinträchtigt bzw. beeinträchtigte, keiner Erwerbstätigkeit nachgehen?

**i Sollten Sie mehrfach wegen Ihres arbeitsbedingten Gesundheitsproblems, das Ihre Gesundheit am meisten beeinträchtigt bzw. beeinträchtigte, keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen sein, so sind die Tage zusammenzuzählen.**

freiwillig

Kein Ausfall oder weniger als 1 Tag .....	01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Tag bis unter 4 Tage .....	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tage bis unter 2 Wochen .....	03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Wochen bis unter 1 Monat .....	04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Monat bis unter 3 Monate .....	05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Monate bis unter 6 Monate .....	06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Monate bis unter 9 Monate .....	07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Monate oder mehr .....	08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe .....	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**229 Falls Sie gegenwärtig erwerbstätig sind:**

**Sind Sie bei Ihrer Arbeit körperlichen Belastungen ausgesetzt, die Ihre Gesundheit schädigen könnten ?**

*Wenn mehrere Antwortmöglichkeiten zutreffen, geben Sie bitte die Belastung mit den stärksten Auswirkungen an.*

Ja, und zwar hauptsächlich ...

freiwillig

... durch belastende Körperhaltungen und/oder Bewegungsabläufe .....	01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... durch den Umgang mit schweren Lasten .....	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... durch Lärm und Vibrationen .....	03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... durch Chemikalien, Staub, Dämpfe, Rauch oder Gase .....	04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... für Augen und Sehvermögen belastende Tätigkeiten .....	05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... durch allgemeine Unfallgefahren .....	06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... durch andere Belastungen .....	07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein .....	88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, da nicht erwerbstätig .....	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe .....	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**230 Falls Sie gegenwärtig erwerbstätig sind:**

**Sind Sie bei Ihrer Arbeit seelischen Belastungen ausgesetzt, die Ihr Wohlbefinden beeinträchtigen ?**

*Wenn mehrere Antwortmöglichkeiten zutreffen, geben Sie bitte die Belastung mit den stärksten Auswirkungen an.*

Ja, und zwar hauptsächlich durch ...

freiwillig

... Zeitdruck und Arbeitsüberlastung .....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gewalt und Gewaltandrohung .....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Mobbing und Belästigungen .....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... andere Belastungen .....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein .....	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, da nicht erwerbstätig .....	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe .....	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sie haben das Ende des Fragebogens erreicht.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**