Wichtige Hinweise zum Fragebogen

Das Erleben der Arbeitsumwelt ist individuell verschieden, es gibt daher keine „falschen“ oder „richtigen“ Antworten. Ihre **ganz persönliche Sicht** ist uns wichtig.

Bitte gehen Sie die Fragen der Reihe nach durch und beantworten Sie die Fragen nach Möglichkeit **vollständig**. Wenn Sie eine Antwort nicht genau wissen, wählen Sie bitte die Antwortmöglichkeit , die am besten zu Ihrer Einschätzung passt. Falls eine Frage nicht auf die Gegebenheiten in dem Gebäude zutrifft, wählen Sie bitte die Antwortmöglichkeit '**nicht anwendbar'**.

Falls die Befragung nicht online, sondern in **Papierversion** erfolgt:
Wenn Sie ein Kreuz korrigieren möchten, streichen Sie es bitte deutlich durch und setzen das neue Kreuz deutlich an die gewünschte Stelle.

Erfahrungsgemäß dauert die Beantwortung des Fragebogens ca. 10 Minuten.

Inhalte des Fragebogens

A Momentane Befindlichkeit
B Allgemeine Angaben zum Arbeitsplatz und zur Arbeitstätigkeit
C Akustische Bedingungen / Geräuschpegel am Arbeitsplatz
E Lichtverhältnisse am Arbeitsplatz
F Raumklima am Arbeitsplatz
G Gesundheitliches Befinden am Arbeitsplatz
I Wichtigkeit und Veränderungsbedarf von Komfortbereichen am Arbeitsplatz
J Energiesparen am Arbeitsplatz
M Anmerkungen (Platz für freie Kommentare)

Bitte tragen Sie hier das Datum und die Tageszeit ein, wann Sie mit dem Ausfüllen beginnen.

Datum ☐ Tageszeit: ◯ vormittags (bis 12 Uhr) ◯ nachmittags ◯ abends (nach 18 Uhr)

A Ihre momentane Befindlichkeit

A1 Wie fühlen Sie sich **im Moment**? Bitte kreuzen Sie in den nachfolgenden Zeilen jeweils das Kästchen an, das am besten zu Ihrem **momentanen Befinden** passt.

sehr schlecht gestimmt		◯	◯	◯	◯	◯		sehr gut gestimmt

B Allgemeine Fragen zu Ihrer Arbeitstätigkeit und zu Ihrem Arbeitsplatz

B1 **Seit wann** arbeiten Sie in diesem **Gebäude**?

seit ☐ Jahr(en) ☐ Monat(en)

B2 **Seit wann** arbeiten Sie **an diesem Platz in diesem Raum**?

seit ☐ Jahr(en) ☐ Monat(en)

B3 **In welchem Geschoss** befindet sich Ihr Arbeitsplatz?

◯ Erdgeschoss ◯ 1.OG ◯ 2.OG ◯ 3.OG ☐ .OG

B4 **Wohin ist Ihr Büro orientiert**?

◯ Atrium (überdacht) ◯ Innenhof ◯ außen **Sonstiges** ☐

B5 Wie viele **Stunden pro Woche** arbeiten Sie üblicherweise an diesem Arbeitsplatz?

◯ weniger als 10 Stunden ◯ 10-20 Stunden ◯ 21-30 Stunden ◯ mehr als 30 Stunden

B6 **Wann** arbeiten Sie **üblicherweise** an diesem Arbeitsplatz?

◯ nur vormittags ◯ nur nachmittags ◯ mal vormittags / mal nachmittags ◯ vormittags und nachmittags

B7 **Wie verteilt** sich in etwa Ihre **Arbeitstätigkeit** auf folgende Bereiche?

☐ % Schreibtischarbeit (einschließlich Bildschirmarbeit und Telefonieren)

☐ % Besprechungen / Kundengespräche im selben Büro

☐ % Arbeitszeit anderweitig im Gebäude

☐ % Sonstiges (einschl. Arbeitszeit außerhalb des Gebäudes)

= 100 %

B8 Empfangen Sie üblicherweise **Kunden** an Ihrem Arbeitsplatz? ◯ ja ◯ nein

C Akustische Bedingungen / Geräuschpegel an Ihrem Arbeitsplatz

C1 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit den **akustischen Bedingungen** an Ihrem Arbeitsplatz ?

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
Geräuschpegel durch Haustechnik (z. B. Heizung, Lüftung, Sonnenschutz)	◯	◯	◯	◯	◯
Geräuschpegel durch technische Arbeitsgeräte (z. B. PC, Drucker, Kopierer)	◯	◯	◯	◯	◯
Geräusche vom Flur / Treppenhaus	◯	◯	◯	◯	◯
Trittschall (Gehgeräusche)	◯	◯	◯	◯	◯
Telefonklingeln / Gespräche bei Kolleginnen/ Kollegen **aus anderen Räumen**	◯	◯	◯	◯	◯
Musik / Radio **aus anderen Räumen**	◯	◯	◯	◯	◯
Geräusche von draußen bei **geschlossenen** Fenstern	◯	◯	◯	◯	◯
Geräusche von draußen bei **offenen** Fenstern	◯	◯	◯	◯	◯

☞ ***Falls Sie mit mehreren Personen in einem Raum arbeiten:***

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
Telefonklingeln / Gespräche bei Kolleginnen/ Kollegen **im Raum**	◯	◯	◯	◯	◯
Sprachverständlichkeit **im Raum**	◯	◯	◯	◯	◯
Musik / Radio **im Raum**	◯	◯	◯	◯	◯

Alles in allem, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit den **akustischen Bedingungen / dem Geräuschpegel** an Ihrem Arbeitsplatz?

AKU_GES

sehr unzufrieden ◯ ◯ ◯ ◯ ◯ sehr zufrieden

E Lichtverhältnisse an Ihrem Arbeitsplatz

Tageslichtverhältnisse / Kunstlichtverhältnisse

E1 Wie **weit** sitzen Sie vom **nächsten Fenster entfernt**?

○ bis zu 1 Meter entfernt ○ bis zu 2 Meter entfernt ○ bis zu 3 Meter entfernt ○ 4 Meter und mehr entfernt

E2 **Wo** befindet sich das **Fenster** von Ihrer Sitzposition aus gesehen?

○ direkt in Blickrichtung ○ links von mir ○ rechts von mir ○ hinter mir

E3 Wie beurteilen Sie die gesamte **Fenstergröße** in Ihrem Raum?

viel zu klein	○	○	○	○	○	viel zu groß

E4 **In welche Himmelsrichtung** weist das Fenster?

○ Norden ○ Osten ○ Süden ○ Westen ☐ Bsp.: NO ○ weiß nicht

E5 Wie empfinden Sie **in dieser Jahreszeit das Tageslicht** (zwischen Sonnenaufgang und Sonnenuntergang) an Ihrem Arbeitsplatz?

sehr dunkel	○	○	○	○	○	sehr hell

E6 Wie hätten Sie die **Tageslichtverhältnisse** (zwischen Sonnenaufgang und Sonnenuntergang) an Ihrem Arbeitsplatz **lieber**?

deutlich dunkler	○	○	○	○	○	deutlich heller

E7 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit den **Tageslichtverhältnissen** ....

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
bei der Arbeit am PC?	○	○	○	○	○
bei sonstiger Schreibtischarbeit?	○	○	○	○	○
im gesamten Raum?	○	○	○	○	○

E8 Welche **Art von Kunstlicht** haben Sie in Ihrem Raum zur Verfügung? (*Mehrfachnennungen möglich)*

☐ Deckenleuchte ☐ Wandleuchte ☐ Stehleuchte ☐ Schreibtischleuchte

E9 Wie zufrieden bzw. unzufrieden sind Sie mit den **Kunstlichtverhältnissen** ...

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
bei der Arbeit am PC?	○	○	○	○	○
bei sonstiger Schreibtischarbeit?	○	○	○	○	○
im gesamten Raum?	○	○	○	○	○

E10 Wie häufig erleben Sie **in dieser Jahreszeit** ...

	nahezu immer				nahezu nie
Blendung durch **Tageslicht?**	○	○	○	○	○
Blendung durch **Kunstlicht?**	○	○	○	○	○

Sonnenschutz / Blendschutz

E11 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie **in dieser Jahreszeit** grundsätzlich ...

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden	nicht anwendbar
mit dem **Sonnenschutz / Blendschutz** an Ihrem Arbeitsplatz?	○	○	○	○	○	○

E12 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie **in dieser Jahreszeit** ...

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden	nicht anwendbar
mit dem **Bezug zur Außenwelt** bei **geschlossenem** Sonnenschutz / Blendschutz?	○	○	○	○	○	○
mit dem **Ausblick nach draußen** ohne Sonnenschutz / Blendschutz?	○	○	○	○	○	○

E13 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie **insgesamt** bezogen auf die **Lichtverhältnisse** …

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
mit den technischen Möglichkeiten im Raum, die Lichtverhältnisse effektiv zu beeinflussen?	○	○	○	○	○

☞ ***Falls Sie mit mehreren Personen in einem Raum arbeiten:***

mit der Abstimmung mit Kolleginnen / Kollegen in diesem Punkt?	○	○	○	○	○

E14 Haben Sie **in dieser Jahreszeit** über die im Büro üblicherweise vorhandenen Möglichkeiten hinaus schon mal **eigene Maßnahmen ergriffen**, um die Lichtverhältnisse an Ihrem Arbeitsplatz zu verändern? *(z. B. Pappe am Fenster als Blendschutz)*

○ nein ○ ja, und zwar _____

Alles in allem, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie **in dieser Jahreszeit** mit den **Lichtverhältnissen** (Tageslicht, Kunstlicht Sonnenschutz/Blendschutz) an Ihrem Arbeitsplatz?

LICHT_GES

sehr unzufrieden							sehr zufrieden
		○	○	○	○	○	

F Raumklima an Ihrem Arbeitsplatz

Temperaturverhältnisse

F1 Wie empfinden Sie **im Augenblick die Temperatur** an Ihrem Arbeitsplatz?

kalt ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ heiß

F2 **Wenn Sie wählen könnten**, wie wäre Ihnen im Augenblick die Temperatur **lieber**?

sehr viel kühler ○ ○ ○ ○ ○ sehr viel wärmer

F3 Wenn Sie die **Temperatur im Raum ändern** wollen, wie tun Sie dies üblicherweise?
(Mehrfachnennungen möglich)

☐ Fenster öffnen ☐ Tür öffnen ☐ Fenster **und** Tür öffnen

☐ Heizungsventil betätigen ☐ Lüftung / Klimaanlage betätigen ☐ Sonnenschutz betätigen

Kommentar/ Sonstiges

F4 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie bezogen auf die **Temperatur** …

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
mit den technischen Möglichkeiten im Raum, die Temperaturverhältnisse effektiv zu beeinflussen?	○	○	○	○	○

Falls Sie mit mehreren Personen in einem Raum arbeiten:

mit der Abstimmung mit Kolleginnen / Kollegen in diesem Punkt?	○	○	○	○	○

F5 Haben Sie **in dieser Jahreszeit** über die im Büro üblicherweise vorhandenen Möglichkeiten hinaus schon mal **eigene Maßnahmen ergriffen**, um die Temperatur zu verändern (z. B. Heizlüfter / Ventilator aufstellen)?

○ nein ○ ja, und zwar

Alles in allem, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie **in dieser Jahreszeit** mit der **Temperatur** an Ihrem Arbeitsplatz?

TEMP_GES

sehr unzufrieden ○ ○ ○ ○ ○ sehr zufrieden

Luftqualität, Zuglufterscheinungen

F7 Wie empfinden Sie **im Moment die Luftfeuchtigkeit** an Ihrem Arbeitsplatz?

sehr trocken	○	○	○	○	○	sehr feucht

F8 Wie hätten Sie die **Luftfeuchtigkeit** lieber?

sehr viel trockener	○	○	○	○	○	sehr viel feuchter

F9 Wie empfinden Sie die **Luftqualität** an Ihrem Arbeitsplatz?

sehr schlecht	○	○	○	○	○	sehr gut

F10 Wie häufig verspüren Sie **störende Zuglufterscheinungen** an Ihrem Arbeitsplatz?

nahezu nie	○	○	○	○	○	nahe zu immer

F11 Wie stark empfinden Sie **störende Gerüche** an Ihrem Arbeitsplatz?

	sehr stark				überhaupt nicht
Gerüche von Bodenbelag / Möbeln	○	○	○	○	○
Gerüche von technischen Geräten	○	○	○	○	○
Gerüche vom Gebäudeinneren	○	○	○	○	○
Gerüche von draußen	○	○	○	○	○

F12 **Wie lange** steht die **Tür** bzw. stehen die **Türen** Ihres Büroraumes **offen**, wenn Sie sich darin aufhalten?

nahezu nie	1-2 h	3-4 h	5-6h	mehr als 6h
○	○	○	○	○

F13 Wenn während Ihrer Anwesenheit im Büro die **Tür**(en) **offen** ist/sind, was sind die Gründe dafür?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Im Raum ist es zu warm / kalt.
- ☐ Die Luft ist verbraucht.
- ☐ Es erleichtert die Kommunikation.
- ☐ Es ist hier so üblich.

Sonstiges _____

F14 Wenn Sie das bzw. die Fenster **öffnen**, was sind die Gründe dafür? *(Mehrfachnennungen möglich)*

☐ Im Raum ist es zu warm/kalt ☐ Die Luft ist verbraucht Sonstiges

F15 Wie lange **öffnen** Sie das bzw. die **Fenster pro Tag in dieser Jahreszeit** in der Regel?

weniger als 0,5h	0,5-1h	1-3h	3-5h	mehr als 5h
○	○	○	○	○

F16 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie bezogen auf die **Luftqualität** (Feuchtigkeit, Gerüche) …

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
mit den technischen Möglichkeiten im Raum, die Luftqualität effektiv zu beeinflussen?	○	○	○	○	○

Falls Sie mit mehreren Personen in einem Raum arbeiten:

mit der Abstimmung mit Kolleginnen / Kollegen in diesem Punkt?	○	○	○	○	○

F17 Haben Sie **in dieser Jahreszeit** über die im Büro üblicherweise vorhandenen Möglichkeiten hinaus schon mal **eigene Maßnahmen ergriffen**, um die Luftqualität zu verändern? (z. B. Luftbefeuchter)

○ nein ○ ja, und zwar

Alles in allem, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie **in dieser Jahreszeit** mit der **Luftqualität an Ihrem Arbeitsplatz?**

LUFT_GES

sehr unzufrieden						sehr zufrieden
	○	○	○	○	○	

G Gesundheitliches Befinden am Arbeitsplatz

G1 Wie häufig stellen Sie während Ihrer Arbeit die unten aufgeführten **Beschwerden** bei sich fest, sofern Sie diese auf **räumliche Bedingungen** Ihres Arbeitsplatzes **zurückführen**?

	nahezu immer	häufig	gelegentlich	eher selten	nahezu nie
rasche Ermüdung	○	○	○	○	○
Kopfschmerzen	○	○	○	○	○
trockene Augen und/oder trockene Nase	○	○	○	○	○
tränende Augen und/oder laufende Nase	○	○	○	○	○
trockene Haut	○	○	○	○	○
Halsschmerzen	○	○	○	○	○
generelles Unwohlsein	○	○	○	○	○
Konzentrationsschwäche	○	○	○	○	○

G2 Haben Sie eine **Allergie**? ○ ja ○ nein

G3 Haben Sie **Asthma**? ○ ja ○ nein

I Wichtigkeit und Veränderungsbedarf von Komfortbereichen

I1 Wie **wichtig** sind Ihnen folgende Bedingungen für Ihr Wohlbefinden am Arbeitsplatz und für wie **veränderungsbedürftig** halten Sie folgende Bedingungen? *(bitte in jede Zeile **zwei Punkte / Kreuze** setzen)*

	Wichtigkeit					**Veränderungsbedarf**				
	völlig unwichtig				extrem wichtig	keinerlei Bedarf				extrem hoher Bedarf
Lichtverhältnisse	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Temperaturverhältnisse	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Luftqualität	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Akustische Bedingungen / Geräuschpegel	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Privatheit	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Möblierung / Gestaltung	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Sauberkeit	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

I2 **Alles in allem**, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit den **Gesamtbedingungen** (Arbeitsplatzumgebung, Lichtverhältnisse, Raumklima, Möblierung/Gestaltung) Ihres Arbeitsplatzes?

sehr unzufrieden ○ ○ ○ ○ ○ sehr zufrieden

J Energiesparen am Arbeitsplatz

J1 Wie fühlen Sie sich in diesem Gebäude über folgende Bereiche informiert (z.B. durch Informationsmaterial, Schulungen)?

	sehr schlecht informiert				sehr gut informiert
energiesparendes Heizen	○	○	○	○	○
energiesparendes Lüften	○	○	○	○	○
energiesparender Umgang mit Sonnen- und Blendschutz	○	○	○	○	○
energiesparender Umgang mit Kunstlicht	○	○	○	○	○
energiesparender Umgang mit PC, Drucker, Kopierer	○	○	○	○	○

J2 Welchen Bereich bzw. welche Bereiche empfinden Sie als schwierig hinsichtlich der Vereinbarkeit von Komfort (z.B. Behaglichkeit, Gestaltung von Arbeitsabläufen) und energiesparendem Verhalten? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- ☐ Heizen
- ☐ Lüften
- ☐ Umgang mit Sonnen- und Blendschutz
- ☐ Umgang mit Kunstlicht
- ☐ Umgang mit PC, Drucker, Kopierer

Kommentar:

M Anmerkungen

Wenn wir etwas für Sie Wichtiges vergessen haben oder Sie uns zu Ihrem **Büroarbeitsplatz**, zum **Gebäude allgemein** oder zu diesem **Fragebogen** noch etwas mitteilen möchten, können Sie dies hier gerne notieren:

M1 ***zum Arbeitsplatz***:

M2 ***zum Gebäude***:

M3 ***zum Fragebogen:***

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!