



August 2013

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Fragebogen „**Klimaindex Vereinbarkeit**“ soll Euch dabei unterstützen, betriebliche Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu überprüfen. Die Erhebung zeigt auf

- wie Beschäftigte die vorhandenen betrieblichen Maßnahmen einschätzen,
- auf welchen Handlungsfeldern der Vereinbarkeit sich die Beschäftigten im Betrieb Verbesserungen wünschen und
- welche Themen betrieblich auf die Tagesordnung gesetzt werden müssen.

Der Fragebogen wird anonym und online ausgefüllt. Er steht ab dem 8. März 2012 auf [www.klimaindex-vereinbarkeit-igmetall.de](http://www.klimaindex-vereinbarkeit-igmetall.de) zur Verfügung.

Eine Gesamtauswertung für den Betrieb kann dann vom Betriebsrat mit einem eigenen angelegten Passwort abgerufen werden. Es kommt also darauf an, dass möglichst viele Beschäftigte eines Betriebes sich an der Fragebogenaktion beteiligen.

Die Betriebsrätebefragung der IG Metall hat gezeigt, dass in über 90 Prozent aller Betriebe Initiativen für eine bessere Vereinbarkeit von Beschäftigten, Betriebsräten und Vertrauensleuten ausgehen. Einsatz ist also gefragt !

Unter den nachstehenden Kontaktdaten könnt Ihr Euch für Rückfragen gerne an uns wenden. Teilt uns über diesen Weg bitte auch Eure Erfahrungen mit dem Einsatz des Fragebogens im Betrieb mit.

Wir wünschen Euch viel Erfolg beim Einsatz des Klimaindex !

Ressort  
Frauen- und Gleichstellungspolitik der IG Metall  
[Frauen@igmetall.de](mailto:Frauen@igmetall.de)  
Tel. 069/6693-2821



## „Klimaindex Vereinbarkeit: Wie familienfreundlich ist Ihr Betrieb?“

### 1. Allgemeine Einschätzung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie

1.1 Sind Ihnen die Möglichkeiten, die das Unternehmen auf dem Gebiet der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bietet, bekannt?

Ja

Nein

1.2 Wie beurteilen Sie die Bedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Betrieb?

sehr schlecht

0  1  2  3  4  5

sehr gut

2. Finden Sie die Angebote, die Ihr Unternehmen für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf anbietet, passend gestaltet für Ihren Bedarf?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

	Gar nicht	In geringem Maß	In hohem Maß	Voll und ganz
<input type="checkbox"/> als Mitarbeiter/in allgemein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> als Mutter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> als Vater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Angehöriger mit Pflegeverantwortung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. In der folgenden Tabelle finden Sie Angebote und mögliche Maßnahmen.  
Bitte kreuzen Sie jeweils in den Spalten an:**

- Nutze ich: wenn Sie diese Maßnahme nutzen oder genutzt haben.
- Nutze ich nicht: weil bestimmte Gründe (siehe Kasten) für Sie gegen eine Nutzung sprechen.
- Nicht bekannt: wenn Sie die Maßnahme nicht als Angebot ihres Unternehmens kennen.
- Hätte ich gern: wenn Sie diese Maßnahmen gern nutzen würden.
- Ist wichtig: wenn Sie der Meinung sind, dass ihr Unternehmen diese Maßnahme anbieten sollte.

Einige Gründe können gegen die Nutzung einer Maßnahme sprechen. Bitte tragen Sie die jeweilige/n Zahl/en der folgenden Gründe ein, wenn diese für Sie zutreffen.

<b>1</b> finanzielle Gründe	<b>2</b> Angst um den Arbeitsplatz	<b>3</b> Karriereplanung	<b>4</b> organisatorische Gründe
<b>5</b> Auswirkung auf Arbeitsinhalte	<b>6</b> Konflikte mit Kollegen oder Kolleginnen	<b>7</b> kein Bedarf	

	Nutze ich	Nutze ich nicht	Gründe	Nicht bekannt	Hätte ich gern	Ist wichtig
a) Arbeitszeitreduzierung (klassische Teilzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Flexible Arbeitszeitmodelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Job-sharing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Verlängerte Elternzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sabbatical, Auszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Bezahlte Freistellung für Angehörigenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Home Office, Telearbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Betriebskindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Kinderbetreuung in Notfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ferienbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Vermittlung (Betreuungs- oder Pflegeplatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Familienservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Beratungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Finanzielle Unterstützung für Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Welche weiteren Gründe gibt es aus Ihrer Sicht, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erschweren?**

**5. Welche familienfreundlichen Angebote und Maßnahmen würden Sie sich von Ihrem Unternehmen noch wünschen?**

**6. Wer ist für Sie Ansprechpartner(in) im Unternehmen?**

(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Betriebsrat
- Geschäftsleitung/Management
- Bereichs-/Abteilungsleitung
- Direkte(r) Vorgesetzte(r)
- Frauenbeauftragte(r)/Gleichstellungsstelle
- Familienbüro/Sozialberatung
- Personalabteilung
- Kollegen(innen)
- Sonstige

**7. Wie beurteilen Sie das Verfahren, das notwendig ist, wenn Sie eine konkrete Maßnahme nutzen möchten?**

In dem Verfahren ...	Gar nicht	In geringem Maß	In hohem Maß	Voll und ganz
gibt es eindeutig zuständige Instanzen und Stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
werden viele unterschiedliche Stellen eingebunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiß ich, wer am Ende entscheidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sind die Zuständigkeiten je nach Angebot verschieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Wie wirken Äußerungen und Verhalten Ihrer/ Ihres direkten Vorgesetzten auf Sie: in Bezug auf dessen/ deren Haltung zu dem Thema Familienfreundlichkeit?**

Familienfreundlichkeit ist für ihn/ sie ...	Gar nicht	In geringem Maß	In hohem Maß	Voll und ganz
persönliche Überzeugung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein personalpolitisch wichtiges Thema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Verpflichtung durch das Management.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein problematisches Thema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Welche Art von Regelungen haben Sie für Ihre Vereinbarkeit bisher als wirksam erlebt?**

	Gar nicht	In geringem Maß	In hohem Maß	Voll und ganz
Gesetzliche Regelungen wie z. B. Teilzeit u. Elternzeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsvereinbarungen, z.B. zur Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informelle Absprachen mit meinem/ meiner Vorgesetzten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informelle Absprachen im Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Und zum Schluss noch ein paar Fragen zu Ihrer Person:**

---

**10. Allgemeine Arbeitssituation im Unternehmen**

**10.1. Arbeitsverhältnis**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gewerblich    | <input type="checkbox"/> unbefristet |
| <input type="checkbox"/> angestellt    | <input type="checkbox"/> befristet   |
| <input type="checkbox"/> in Ausbildung |                                      |

**10.2 Arbeitszeiten**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vollzeit                                  | <input type="checkbox"/> Schichtarbeit       |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit                                  | <input type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst |
| <input type="checkbox"/> Mutterschutz / Elternzeit /<br>Pflegezeit | <input type="checkbox"/> Wochenendarbeit     |

**11. Geschlecht**

- weiblich
- männlich

**12. Familienstand**

- verheiratet / in Partnerschaft
- alleinstehend / geschieden / getrennt lebend / verwitwet

**13. Ist ihr Partner/in berufstätig?**

- Ja (weiter mit Frage 13.1)
- nein

**13.1 wenn ja in welchem Umfang?**

- Vollzeit
- Teilzeit

**14. Leben Kinder in Ihrem Haushalt, wenn ja wie alt sind die Kinder?**

- |                               |                |       |
|-------------------------------|----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> ja   | unter 3 Jahre  | _____ |
| <input type="checkbox"/> nein | 3 bis 6 Jahre  | _____ |
|                               | 6 bis 12 Jahre | _____ |
|                               | über 12 Jahre  | _____ |

**15. Sind Sie verantwortlich für die Pflege eines / einer Angehörigen?**

- ja  
 nein



**Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!**