

DieFirma

Frage/Antwortbogen zum Arbeitsschutz

Psychische Belastungen

Datum: _____

Vorbemerkung: Das Ausfüllen dieses Fragebogens geschieht anonym!

Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter,

nachstehend erhalten Sie Information zu dem beiliegenden Fragebogen.

Das Arbeitsschutzgesetz sieht vor, dass neben körperlichen auch psychische Belastungen festgestellt werden müssen. Diese Ermittlung dient als Basis für mögliche Arbeitsschutzmaßnahmen.

Die Unternehmensleitung und der Betriebsrat haben sich für diesen Fragebogen zur Ermittlung psychischer Belastungen entschieden.

Dieser Fragebogen ist eine Bestandsaufnahme, deshalb ist eine Beteiligung möglichst vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wichtig. Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist eine wichtige Grundlage für erforderliche Maßnahmen, jedoch trotzdem freiwillig.

Zum Schutz Ihrer Persönlichkeitsrechte und Ihrer Daten ist die Befragung anonym. Durch statistische Zusammenfassung bei der Auswertung kann nicht auf einen einzelnen Arbeitsplatz rückgeschlossen werden.

Die Auswertung geschieht durch einen externen Sachverständigen.

Dieser leitet die Ergebnisse der Befragung an das Analyseteam, bestehend aus Arbeitgebervertretern und Betriebsräten, weiter. Beide wissen nicht, wer den einzelnen Fragebogen ausgefüllt hat.

Daraufhin sind von dem Analyseteam je nach Ergebnis Maßnahmen zu erarbeiten und umzusetzen.

Sie können zu den einzelnen Punkten am Ende des Fragebogens weitere Angaben machen, um Ihre Sichtweise genauer zu erläutern. Sollten einzelne Punkte für ihre Tätigkeit oder Ihren Arbeitsbereich nicht passen, lassen Sie diesen bei Ihren Antworten bitte einfach aus.

Machen Sie bitte keine handschriftlichen Bemerkungen bei der Beantwortung neben den Fragen.

Geben Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen bis tt.mm.jjjj im _____ ab.

Danke für Ihre Teilnahme.

Frage/Antwortbogen zum Arbeitsschutz

Psychische Belastungen

Abfragegruppe/Schlüsselnummer: _____

Evtl. Bemerkungen auf Zusatzbogen 

Datum: _____

Ja eher
Ja eher
nein

1. Arbeitsinhalt und Arbeitsaufgaben

1.1 Handlungsspielraum

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1.1 Mein Arbeitstag ist ausreichen planbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.1.2 Meine Tätigkeit lässt mir ausreichend Spielräume in der Gestaltung meiner Arbeit
(z.B. bzgl. Zeiteinteilung, Arbeitsschritte, Wahl der Arbeitsmittel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.1.3 Meine Arbeit ist abwechslungsreich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.1.4 Ich fühle mich durch die vorgegebenen Arbeitsabfolgen eingeschränkt x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.2 Qualifikation / Arbeitsaufgabe

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.2.1 Ich erhalte eine ausreichende Einweisung in meine Arbeitsaufgaben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.2 Ich bin ausreichend für meine Arbeitsaufgaben qualifiziert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.3 Die geforderte Leistungsmenge ist oft zu hoch x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.4 Ich habe ausreichenden Einfluss auf die Arbeitsmenge, die ich zu erledigen habe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.5 Ich kann meine Arbeit störungsfrei bewältigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.6 Durch meine Arbeit fühle ich mich häufig erschöpft x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.7 Ich fühle mich durch meine Arbeit unterfordert x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.8 Meine Arbeit erfordert eine durchgehend hohe Konzentration x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.3 Information

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.3.1 Meine Arbeitsaufträge sind klar und eindeutig formuliert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3.2 Ich werde rechtzeitig über betriebliche Angelegenheiten
(z. B. Arbeitszeitänderungen, Versetzungen), die mich betreffen, informiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3.3 Ich erhalte ausreichende Informationen zur Erledigung meiner Arbeitsaufgaben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Arbeitsorganisation

	Ja	eher Ja	eher nein	nein
2.1 <u>Arbeitszeit</u>				
2.1.1 Ich kann meine regulären Pausen in Anspruch nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.2 Durch häufig zu leistende Mehrarbeit/Überstunden fühle ich mich belastet x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.3 Durch häufige Wochenendarbeit fühle ich mich belastet x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.4 Durch Schichtarbeit fühle ich mich belastet x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.5 Durch Zeitdruck fühle ich mich belastet x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Arbeitsablauf

2.2.1 Meine Zuständigkeiten und meine Funktion sind klar definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.2 Ich arbeite häufig unter hohem Zeit- und Termindruck x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.3 Meine Arbeit kann ich weitgehend ohne Störungen durch mein direktes Arbeitsumfeld bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.4 Änderungen in meinem Arbeitsbereich werden rechtzeitig kommuniziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.5 Die Unterstützung bei Organisationsänderungen empfinde ich als ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.6 Ich empfinde die Personalstärke in meinem Arbeitsbereich als ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Soziale Beziehungen

3.1 Betriebsklima

3.1.1 Das Betriebsklima ist insgesamt gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1.2 Ich erfahre Unterstützung aus der Kollegenschaft bei Problemen am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1.3 An meinem Arbeitsplatz wird respektvoll miteinander umgegangen und Konflikte offen angesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	eher Ja	eher nein	nein
3.2. Führung und Vorgesetztenverhalten				
3.2.1 Meine Führungskraft ist für mich im Bedarfsfall erreichbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.2 Ich wünsche mir mehr direkten Kontakt zur Führungskraft x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.3 Ich fühle mich von meiner Führungskraft unter Druck gesetzt x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.4 Ich erfahre für meine Arbeitsleistung Anerkennung und erhalte regelmäßig Rückmeldung - positiv oder negativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.5 Konflikte und Arbeitsfehler werden in meinem Arbeitsbereich zeitnah und sachlich bearbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.6 Mein Vorgesetzter zeigt Einfühlungsvermögen in meine Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.7 Mein Vorgesetzter unterstützt mich wenn ich seine Hilfe benötige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Arbeitsumgebung

4.1 Arbeitsumgebung

4.1.1 Ich habe an meinem Arbeitsplatz zu wenig Platz bzw. Bewegungsfreiheit x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.2 An meinem Arbeitsplatz herrscht ein dauerhaft störendes Geräuschniveau x.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.3 Die Lichtverhältnisse bzw. die Beleuchtung an meinem Arbeitsplatz ist ungenügend. x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.4 An meinem Arbeitsplatz herrschen dauerhaft störende Klimaverhältnisse (z.B. Hitze, Kälte, Zugluft Trockenheit) x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.5 Mein Arbeitsplatz zwingt mich häufig zu einer ungünstigen Körperhaltung x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.6 Ich fühle mich durch Arbeitsstoffe (z. B. Dämpfe, Stäube etc.) belastet x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.7 Die Sozialräume sind ausreichend, ohne störende Geräusche und in räumlicher Nähe vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2 Arbeitsmittel

4.2.1 An meinem Arbeitsplatz werden alle erforderlichen und ergonomischen Arbeitsmittel zur Verfügung gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.2 Mein Arbeitsablauf wird häufig durch technische Störungen beeinträchtigt x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja eher
Ja eher
eher nein
nein

5. Gesundheit

- 5.1 In den letzten 12 Monaten ist es vorgekommen, dass ich
- Gegen den Rat des Arztes zur Arbeit gegangen bin **x**
 - Trotz ärztlichen Rates auf Therapien verzichtet habe **x**

6. Bildschirmarbeit

- 6.1 Die firmeninterne Unterweisung zur Bildschirm-Ergonomie ist mir bekannt und an meinem Arbeitsplatz umgesetzt
- 6.2 Haben Sie das Gefühl, bei der Bildschirmarbeit schlechter zu sehen **x**
- 6.3 Leiden Sie öfters nach der Bildschirmarbeit an brennenden oder tränenden Augen **x**
- 6.4 Haben Sie Ihre Sehschärfe in den letzten 2 Jahren überprüfen lassen
- 6.5 Spüren Sie nach längerer Zeit am PC ein unangenehmes Ziehen im Nacken- oder Rückenbereich **x**
- 6.6 Eine Überprüfung meiner Bildschirmergonomie halte ich für notwendig **x**

7. Betriebliche Unterweisungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz

- 7.1 Betriebliche und gesundheitsrelevante Arbeitsschutzunterweisungen werden in ausreichendem Umfang durchgeführt
- 7.2 Die Qualität der Unterweisungen und ergonomischen Beratungen in meinem Arbeitsbereich halte ich für ausreichend
- 7.3 Die durchgeführten Maßnahmen zum Thema Gesundheit halte ich für ausreichend

8. Unternehmensleitung

- 8.1 Ich kenne unsere Unternehmensperspektiven und Ziele
- 8.2 Ich fühle mich durch die Geschäftsleitung ausreichend informiert
- 8.3 Mich interessiert was in nächster Zeit an Veränderungen ansteht
- 8.4 Was die Zukunft der Firma betrifft bin ich zuversichtlich

8. Ich sehe Handlungsbedarf

Bitte geben Sie Ihre Ideen (wie körpergerechte Arbeitsgestaltung, Verbesserung der Arbeitsumgebung, Qualifizierung etc.) an, für die Sie Vorschläge unterbreiten möchten

9. Ergänzungen und Anmerkungen

Wenn Sie die obigen Bereiche oder einzelne Unterpunkte ergänzen oder ihre Antwort dazu erläutern möchten, z. B. weil Ihrer Meinung nach ein wichtiger Punkt gefehlt hat, haben Sie hier dazu die Möglichkeit. Herzlichen Dank dafür.

Herzlichen Dank dafür.

(Bitte schreiben Sie gut leserlich!)

