

## Checkliste für psychische Belastungen am Arbeitsplatz

### 1. Arbeitsinhalt - Arbeitsaufgabe

		nein/nie	selten	oft	ja/ immer
1.1	Besteht Ihre Arbeit hauptsächlich aus sich wiederholenden, monotonen Tätigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Erfordert Ihre Arbeit eine durchgehend hohe Konzentration von Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit emotional belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Ich fühle mich durch meine Arbeit unterfordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Ich fühle mich durch meine Arbeit überfordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Ich fühle mich für meine Arbeitstätigkeiten ausreichend qualifiziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	Sind Ihnen Ihre Rollen und Ihre Zuständigkeiten klar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Sind Ihre Arbeitsaufgaben eindeutig und verständlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9	Sind Ihre Arbeitsaufgaben eindeutig und verständlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10	Die Einweisungen in meine Arbeit sind ausreichend und erfolgen rechtzeitig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11	Sind Sie zufrieden mit Ihrer Arbeitsleistung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12	Lässt Ihre Tätigkeit Spielräume und Selbstbestimmung zu (z.B. Zeiteinteilung, Arbeitsschritte, Wahl der Arbeitsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.13	Fühlen Sie sich durch vorgegebene Arbeitsabfolgen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.14	Können Sie Bewegung und Haltung während der Arbeit selbst variieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

## Checkliste für psychische Belastungen am Arbeitsplatz

### 2. Arbeitsorganisation

		nein/nie	selten	oft	ja/ immer
2.1	Werden Sie mehrfach in der Stunde bei Ihrem Arbeitsablauf unterbrochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Sind Ihre täglichen normalen Arbeitsaufgaben ausreichend planbar und vorhersehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Fühlen Sie sich durch Ihre Arbeitszeiten (z.B. Überstunden, Wochenendarbeit, Schicht, Reisezeit) belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Haben Sie ausreichend Informationen, Unterlagen, Arbeitsmittel zum Erfüllen Ihrer Arbeitsaufgabe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Empfinden Sie die Personalstärke in Ihrem Aufgabenbereich als ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Können Sie die vorhandene Gleitzeitregelung nach Ihren Bedürfnissen nutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Können Sie die vorgesehenen Pausen nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Sehen Sie für sich Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	Gibt es die Möglichkeit, mit den KollegInnen Problemlösungen zu erarbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	Gibt es die Möglichkeit, mit den Vorgesetzten Problemlösungen zu erarbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11	Können Sie Ihr Arbeitstempo selbst bestimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12	Ich muss häufig unter Zeitdruck meine Arbeitsaufgaben erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

## Checkliste für psychische Belastungen am Arbeitsplatz

### 3. Soziale Beziehungen

		nein/nie	selten	oft	ja/ immer
3.1	Ich erfahre für meine Arbeitsleistung Anerkennung (Lob)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Ich erhalte ausreichend Rückmeldungen über die Qualität meiner Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Machen Sie sich Sorgen um Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Ist für Sie der Zugang zum Intranet gewährleistet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Fühlen Sie sich benachteiligt (z.B. wegen Alter, Geschlecht, Nationalität, Religion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Ich fühle mich sexuell belästigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Fühlen Sie sich in Ihrem Kollegenkreis wohl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Fühlen Sie sich durch das Verhalten Ihrer KollegInnen belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	Fühlen Sie sich durch das Verhalten Ihres Vorgesetzten belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10	Fühlen Sie sich ausreichend informiert über betriebliche Angelegenheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11	Gibt es im Kollegenkreis gegenseitige Unterstützung bei Problemen am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12	Ist das Betriebsklima in Ihrer Abteilung/Ihrem Arbeitsbereich gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13	Haben Sie Spaß an Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14	Arbeitsfehler werden in meinem Arbeitsbereich zeitnah und sachlich bearbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.15	Werden Verbesserungsvorschläge berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16	Werden Konflikte, Spannungen offen angesprochen bzw. gelöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

## Checkliste für psychische Belastungen am Arbeitsplatz

Der direkte Vorgesetzte kann sowohl der fachliche (im Rahmen eines Projektes) als auch der disziplinarische Vorgesetzte (z.B. Abteilungsleiter, Gruppenverantwortlicher) sein

### Der direkte Vorgesetzte...

		nein/nie	selten	oft	ja/ immer
3.17	<b>gibt regelmäßig Rückmeldungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.18	<b>zeigt Anerkennung für Arbeitsleistung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.19	<b>zeigt Einfühlungsvermögen in Arbeitssituationen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.20	<b>behandelt alle Mitarbeiter mit Respekt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.21	<b>gibt klare und sachliche Anweisungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.22	<b>ist kompetent</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.23	<b>stellt sich vor seine Mitarbeiter</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.24	<b>fördert alle seine Mitarbeiter</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.25	<b>motiviert alle seine Mitarbeiter</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bemerkungen

.....  
.....  
.....  
.....

## Checkliste für psychische Belastungen am Arbeitsplatz

### 4. Arbeitsumgebung

		nein/nie	selten	oft	ja/ immer
4.1	Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz ausreichend Platz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Haben Sie angemessenen Lagerraum bzw. geeignete Ablagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Ist das Licht bzw. die Beleuchtung für Ihre Tätigkeit geeignet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Fühlen Sie sich durch ein hohes Geräuschniveau / Lärm am Arbeitsplatz gestört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Fühlen Sie sich durch die Klimaverhältnisse am Arbeitsplatz (z.B. Hitze, Kälte, Zugluft, Trockenheit) belästigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	Fühlen Sie sich durch die Arbeitsstoffe am Arbeitsplatz (z.B. Dämpfe, Stäube) belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	Herrschen am Arbeitsplatz geordnete Verhältnisse (Ordnung und Sauberkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8	Sind die von Ihnen genutzten Einrichtungen / Vorrichtungen benutzerfreundlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9	Sind geeignete Sozialräume in Ihrem Arbeitsbereich vorhanden (z.B. in räumlicher Nähe, keine Störgeräusche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10	Werden Sie durch Ihre Arbeitsmittel unterstützt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11	Mein Arbeitsplatz zwingt mich häufig zu einer ungünstigen Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

## Checkliste für psychische Belastungen am Arbeitsplatz

### 5. Gesundheitliche Störungen (Bitte näher erläutern, wenn möglich)

		nein/nie	selten	oft	ja/ immer
5.1	Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Haben Sie Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Nehmen Sie Arbeit gedanklich mit nach Hause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Haben Sie Herz-Kreislauf-Magen-Verdauungsbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	Haben Sie Rückenprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	Leiden Sie unter Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7	Führen Sie Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf Ihre Arbeit zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

**Vielen Dank!**

**Bitte den Fragebogen bis ... persönlich oder per Hauspost im Betriebsratsbüro abgeben.**