

# Fragebogen

## zur Erhebung psychischer Belastung am Arbeitsplatz oder im Arbeitsbereich

Bitte vorab ausfüllen!

Arbeitsbereich oder Tätigkeit

### Handlungsfeld Arbeitsinhalt/Arbeitsaufgabe (1)

#### Was meint das?

Dies meint beispielsweise:

- Vollständigkeit der Arbeit
- Handlungsspielraum
- Abwechslung
- Informationsgehalt
- Verantwortung
- Qualifikation
- emotionale Belastung

	Ja, genau	Eher ja	Eher nein	Nein, gar nicht
1 Erleben Sie Ihre Arbeitsvorgänge als vollständig, indem Sie Tätigkeiten selbst vorbereiten, ausführen und gegebenenfalls selbst prüfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Entsprechen Ihre Aufgaben Ihrer Qualifikation und Ihren Kenntnissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Können Sie Arbeitsweisen und Verfahren mitgestalten und werden Sie bei der Auswahl und Beschaffung der Arbeitsmittel einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Stehen Ihnen die für Ihre Arbeit erforderlichen Informationen rechtzeitig und in ausreichendem Umfang zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Haben Sie Einfluss auf die zeitliche Abfolge Ihrer Tätigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sind die Ihnen übertragenen Arbeitsaufgaben nachvollziehbar und widerspruchsfrei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sind emotionale Anforderungen in Ihrem Alltag, die im zwischenmenschlichen Kontakt zu Klientinnen und Klienten, Kundinnen und Kunden, betreuten Personen entstehen, angemessen zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Falls Sie mit stark berührenden oder herausfordernden Situationen wie beispielsweise Gewalt und Aggressionen, Unfällen, Leid, Tod konfrontiert sind: Sind diese im Arbeitsalltag angemessen zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weiter Seite 2 >>

## Handlungsfeld Arbeitsorganisation (2)

### Was meint das?

Dies meint beispielsweise:

- Arbeitszeit
- Arbeitsabläufe
- Kommunikation/Kooperation

	Ja, genau	Eher ja	Eher nein	Nein, gar nicht
9 Sind Ihre täglichen Arbeitszeiten gut im Voraus planbar und die Planungen oder Dienstpläne verlässlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Werden Ihre Wünsche in die Arbeitszeitgestaltung und Dienstplanung einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Steht Ihnen für die tägliche Arbeit ausreichend Zeit zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ist es Ihnen möglich, Ihre Aufgaben in der verfügbaren Zeit so zu schaffen, dass es Ihren eigenen Qualitätsansprüchen genügt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Können Sie Ihre Arbeitsaufgaben überwiegend ohne Störungen und Unterbrechungen erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Können Sie Ihre Pausen rechtzeitig, ausreichend lang und ungestört in geeigneten Räumlichkeiten machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Sind Ihre Aufgaben, Zuständigkeiten und Befugnisse klar definiert und gut abgrenzbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Falls Sie in Schicht- und Nachtarbeit oder Bereitschaftsdienst tätig sind: Sieht Ihr Dienstplan angemessene Ruhe- und Erholungsphasen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Falls Sie mit Kolleginnen und Kollegen interdisziplinär zusammenarbeiten: Erleben Sie die Zusammenarbeit insgesamt als konstruktiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weiter Seite 3 >>

## Handlungsfeld Soziale Beziehungen (3)

### Was meint das?

Dies meint beispielsweise:

- Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen
- Unterstützung durch die Führungskraft
- Zusammenarbeit mit der Führungskraft

	Ja, genau	Eher ja	Eher nein	Nein, gar nicht
<b>18</b> Sind Ihre Kolleginnen und Kollegen für Sie da, wenn Sie Unterstützung bei Ihrer Arbeit benötigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b> Erleben Sie das Arbeitsklima in Ihrem Team als wertschätzend und unterstützend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b> Werden Sie von Ihrer Führungskraft bei Bedarf ausreichend unterstützt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21</b> Erleben Sie die Zusammenarbeit mit Ihrer Führungskraft als konstruktiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22</b> Werden Sie rechtzeitig über anstehende Veränderungen oder Entscheidungen informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Handlungsfeld Arbeitsumgebung (4)

### Was meint das?

Dies meint beispielsweise:

- physikalische oder technische Faktoren
- physische Faktoren
- Arbeitsplatzgestaltung
- Arbeitsmittel

	Ja, genau	Eher ja	Eher nein	Nein, gar nicht
<b>23</b> Ist Ihr Arbeitsplatz angemessen gegen störende Umgebungsfaktoren wie Lärm, ständige Signal- und Hinweistöne, ungünstige Lichtverhältnisse, unkomfortables Raumklima oder unangenehme Gerüche abgeschirmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24</b> Ist an Ihrem Arbeitsplatz die Arbeitssicherheit gewährleistet, beispielsweise bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen, mit Infektionsgefährdungen oder mit Unfallrisiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25</b> Empfinden Sie Ihren Arbeitsplatz als angemessen ergonomisch gestaltet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>26</b> Stehen Ihnen für Ihre Aufgaben geeignete Materialien und Arbeitsmittel, z. B. technische Ausstattung oder bereitgestellte Software, zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weiter Seite 4 >>

## Handlungsfeld Neue Arbeitsformen (5)

### Was meint das?

- Dies meint beispielsweise:
- räumliche Mobilität
  - atypische Arbeitsverhältnisse
  - zeitliche Flexibilisierung

	Ja, genau	Eher ja	Eher nein	Nein, gar nicht
<b>27</b> Befinden Sie sich in einem sicheren Arbeitsverhältnis, etwa indem ein langfristiger oder unbefristeter Arbeitsvertrag besteht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28</b> Sind die Anforderungen Ihrer Arbeit und Ihr Privatleben in angemessener Weise miteinander zu vereinbaren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>29</b> Falls Folgendes für Sie zutrifft: Sind die Anforderungen durch flexibilisierte Arbeitsplätze, etwa hinsichtlich des Arbeitsortes oder Arbeitszeiten, angemessen zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>