

ALLGEMEINE FRAGEN

- o.1 Abteilung / Bereich / Kostenstelle _____
- o.2 Geschlecht männlich weiblich keine Angabe
- o.3 Alter bis 30 31 bis 45 ab 46 keine Angabe
- o.4 Wie wird die Arbeitszeit erfasst?
- Elektronische Zeiterfassung
- Selbstaufschreiben
- Beginn und Ende der Arbeitszeit sind fest vereinbart
- keine Zeiterfassung
- keine Angabe
- o.5 Ich arbeite im Zeitentgelt Leistungsentgelt keine Angabe

ARBEITSORGANISATION / ARBEITSABLAUF

	nein /nie	selten	oft	ja/ immer	keine Angabe
1.1 Tritt bei ihrer Arbeit Zeit- oder Termindruck auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Ist zu wenig Personal vorhanden, um die anfallende Arbeit in der zur Verfügung stehenden Zeit erledigen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Herrscht ein hohes Arbeitstempo, so dass die Aufgaben besonders rasch erledigt werden müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Kommt es vor, dass Sie mehrere Arbeitsaufgaben gleichzeitig erledigen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Fehlen Ihnen ausreichende Weiterbildungsmöglichkeiten zur Erledigung Ihrer Aufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Ist die Schulung oder Einarbeitung bei der Übernahme neuer Aufgaben oder beim Einsatz neuer Technik unzureichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Müssen Sie wichtige Entscheidungen an Ihrem Arbeitsplatz unter starkem Zeitdruck treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Müssen Sie wichtige Entscheidungen an Ihrem Arbeitsplatz ohne ausreichende Informationen treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz eine hohe Verantwortung für Personen oder Sachwerte, die Sie belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



FORTSETZUNG: ARBEITSORGANISATION/ARBEITSABLAUF		nein /nie	selten	oft	ja / immer	keine Angabe
1.10	Führen unklare Aufgabenbeschreibungen und Zuständigkeiten zu erhöhtem Abstimmungsaufwand und Ineffizienz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11	Werden Sie bei Ihrer Arbeit durch unerwünschte Unterbrechungen (z. B. technische Störungen, überflüssige Wartezeiten) gestört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12	Werden Sie bei Ihrer Arbeit durch andere Personen (Kollegen, Vorgesetzte, Kunden) oder durch Telefonanrufe unterbrochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.13	Wird Ihnen die Arbeit durch schlecht gestaltete oder mangelhaft instand gehaltene Arbeitsmittel erschwert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BETRIEBSKLIMA		nein /nie	selten	oft	ja / immer	keine Angabe
2.1	Erhalten Sie zu wenig Anerkennung von Vorgesetzten für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Erhalten Sie zu wenig Anerkennung von Kolleginnen oder Kollegen für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Ist die Unterstützung durch Kollegen oder Kolleginnen bei der Arbeit unzureichend, wenn es einmal zu Problemen kommt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Ist die Unterstützung durch Vorgesetzte bei der Arbeit unzureichend, wenn es einmal zu Problemen kommt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Ist in Ihrem Tätigkeitsbereich das Verhältnis zwischen den Kolleginnen und Kollegen gespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Ist in Ihrem Tätigkeitsbereich das Verhältnis zwischen Vorgesetzten und nachgeordneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



UMGEBUNGSEINFLÜSSE		nein /nie	selten	oft	ja/ immer	keine Angabe
Werden Sie bei Ihrer Arbeit durch negative Umgebungseinflüsse beeinträchtigt?						
3.1	Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Mangelhafte Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Schlechte Luft (Raumklima)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Temperatur (zu warm oder zu kalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Eintönige Geräuschkulisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARBEITSZEIT		nein /nie	selten	oft	ja/ immer	keine Angabe
4.1	Müssen Sie die Arbeitszeit verlängern, um die normalerweise anfallende Arbeit zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Schwankt Ihre Arbeitszeit je nach Auftragslage oder Kundenanforderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Beeinträchtigen die bestehenden Arbeitszeitregelungen die Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Erfordernissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Arbeiten Sie auch an Wochenenden (Samstag und / oder Sonntag)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Arbeiten Sie 2-schichtig? (Früh - Spät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	Arbeiten Sie 3-schichtig? (Früh - Spät - Nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	Arbeiten Sie Dauernachtschicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8	Kommt es vor, dass Sie ihre Pausen nicht einhalten können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ARBEITSAUSFÜHRUNG/ARBEITSEINTEILUNG		nein /nie	selten	oft	ja/ immer	keine Angabe
5.1	Arbeiten Sie isoliert von anderen, so dass Sie kaum Möglichkeiten zu sozialem Kontakt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Sind Sie durch die Art ihrer Tätigkeit an ihren Arbeitsplatz gebunden, so dass Sie ihn nicht nach eigenem Ermessen verlassen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Wird Ihnen das Arbeitstempo durch Maschinen, Anlagen o. ä. vorgegeben, so dass Sie es nicht selbst bestimmen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Müssen Sie sich im Verlauf des Arbeitstages zunehmend anstrengen, um ihre Arbeitsleistung konstant zu halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BEOBSACHTENDE TÄTIGKEITEN		nein /nie	selten	oft	ja/ immer	keine Angabe
6.1	Besteht Ihre Arbeitsaufgabe aus lang andauernden Beobachtungstätigkeiten z. B. an Instrumententafeln oder Bildschirmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Müssen Sie passiv auf Signale oder Ereignisse warten, die dann aktives Eingreifen von Ihnen erfordern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Treten die Signale sehr unregelmäßig auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Treten die Signale in geringer Häufigkeit auf? (alle 10 bis 20 Minuten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5	Können Sie die für Ihre Arbeit notwendigen Informationen (z. B. Durchsagen, Display-Anzeigen) nicht eindeutig wahrnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



GERINGE HANDLUNGSSPIELRÄUME		nein /nie	selten	oft	ja/ immer	keine Angabe
7.1	Wiederholen sich an Ihrem Arbeitsplatz immer wieder die gleichen einförmigen Aufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Müssen Sie die Tätigkeit in schneller Aufeinanderfolge verrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	Haben Sie einfache ausführende Tätigkeiten (ohne eigenen Gestaltungsspielraum) zu verrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4	Diktieren Ihnen die Arbeitsorganisation die Art und Weise, wie Sie Ihre Arbeit erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5	Zwingt Ihre Arbeit Sie zu einseitiger körperlicher Bewegung bzw. Haltung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6	Werden Ihre beruflichen Qualifikationen nicht ausreichend in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7	Werden Sie durch eine eintönige Arbeitsumgebung beeinträchtigt? (Geräusche, Beleuchtung, Temperatur, reizarme Farbe?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>