

## Die Prüfliste Psychische Belastung

Bitte geben Sie für jede Frage an, ob das Merkmal auf Ihre Tätigkeit eher zutrifft oder eher nicht zutrifft. Beantworten Sie bitte alle Fragen und **machen Sie bitte bei jeder Frage genau ein Kreuz**. Nicht vollständig oder eindeutig ausgefüllte Fragebogen können leider nicht ausgewertet werden, sie werden aussortiert.

| 1.   | Arbeitstätigkeit                                                                                                       | Eher Ja                  | Eher Nein                |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1  | Wird die auszuführende Arbeit von Ihnen selbst vorbereitet, organisiert und geprüft?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2  | Ist Ihre Tätigkeit abwechslungsreich?                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3  | Haben Sie die Möglichkeit, eine wechselnde Körperhaltung einzunehmen und / oder ausreichende Bewegung am Arbeitsplatz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4  | Erhalten Sie ausreichende Informationen zum eigenen Arbeitsbereich?                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.5  | Entspricht Ihre Qualifikation den Anforderungen, die durch die Tätigkeit gestellt werden?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.6  | Ist die Aufgabe / Tätigkeit frei von erhöhter Verletzungs- und Erkrankungsgefahr?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.7  | Ist Ihre Aufgabe / Tätigkeit frei von ungünstigen Arbeitsumgebungsbedingungen (zum Beispiel Lärm, Klima, Gerüche)?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.8  | Ist Ihre Aufgabe / Tätigkeit frei von erhöhten emotionalen Anforderungen (zum Beispiel im Publikumsverkehr)?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.9  | Haben Sie Einfluss auf die Zeiteinteilung Ihrer Arbeit (zum Beispiel Lage der Pausen, Arbeitstempo, Termine)?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.10 | Haben Sie Einfluss auf die Vorgehensweise bei Ihrer Arbeit (zum Beispiel Wahl der Arbeitsmittel /-methoden)?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.11 | Erhalten Sie ausreichend Informationen zur Entwicklung des Betriebes?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.   | Arbeitsorganisation                                                                                                    | Eher Ja                  | Eher Nein                |
| 2.1  | Ist ein kontinuierliches Arbeiten ohne häufige Störungen möglich?                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2  | Können Sie überwiegend ohne Zeit- bzw. Termindruck arbeiten?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3  | Erhalten Sie ausreichende Rückmeldung (Anerkennung, Kritik, Beurteilung) über die eigene Leistung?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4  | Gibt es für Sie klare Entscheidungsstrukturen?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5  | Sind angeordnete Überstunden die Ausnahme?                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6  | Wird Ihnen im Falle von Überstunden zeitnah Freizeitausgleich gewährt?                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.   | Soziales                                                                                                               | Eher Ja                  | Eher Nein                |
| 3.1  | Bietet Ihre Tätigkeit die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit Kolleginnen / Kollegen?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2  | Besteht ein positives soziales Klima?                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |