

## Fragebogen zum Erfassen von psychischen Belastungen

Bitte geben Sie für jedes Merkmal an, ob es auf Ihre Tätigkeit eher zutrifft (Eher ja) oder eher nicht zutrifft (Eher nein). Antworten Sie bitte auch, wenn Sie sich nicht ganz sicher sind. Entscheiden Sie sich dann für die Richtung, in die Ihre Tendenz geht. Mit O (O=operativer Bereich) in der ersten Spalte gekennzeichnete Fragen müssen von Beschäftigten in Büros/ Verwaltung nicht beantwortet werden.

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 ein-zunehmen und / oder ausreichende Bewegung am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Erhalten Sie die notwendigen Informationen für Ihre Arbeitsaufgabe?	<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	Gibt es für Sie Möglichkeiten, sich beruflich und persönlich weiterzuentwickeln (z.B. alle 1-2 Jahre ein Qualifizierungs- und Entwicklungsgespräch, Seminare oder andere Angebote)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	Sind Ihre Arbeitsaufgaben frei von erhöhten emotionalen Anforderungen (z.B. schwierige externe oder interne Kundenkontakte bzw. Gesprächssituationen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Haben Sie Einfluss auf die Zeiteinteilung Ihrer Arbeit (zum Beispiel Lage der Pausen, Arbeitstempo, Termine)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9	Haben Sie Einfluss auf die Vorgehensweise bei Ihrer Arbeit (zum Beispiel Wahl der Arbeitsmittel /-methoden, Reihenfolge der Arbeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10	Erhalten Sie ausreichend Informationen zur Entwicklung ihrer Geschäftseinheit/ ihrer Abteilung und der BSR allgemein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11	Kommen belastende Verkehrssituationen (z.B. mehrmalige und längere Rückwärtsfahrten auf der Sammeltour oder längere Stauphasen) vor?	<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- / 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	Erfahren sie für Ihre Arbeitsleistung Anerkennung /Wertschätzung (z.B. aus dem Kollegenkreis, von Kundinnen/Kunden oder von Führungskräften)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Wird Ihnen im Fall von Überstunden zeitnah Freizeitausgleich gewährt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Ist die Arbeitsverteilung im Team nachvollziehbar organisiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Nehmen Sie Ihre Pausen regelmäßig zur Erholung wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	Nehmen Sie außerhalb Ihrer Arbeitszeit regelmäßig dienstliche Mails z.B. auf Ihrem Smartphone oder Tablet-PC wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	Kommt es häufig vor, dass Sie Arbeit mit nach Hause nehmen und dort weiter bearbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.	Arbeitsumgebung	Eher ja	Eher nein
3.1	Werden die Arbeits- und Sozialräume bzw. die Fahrerkabine des Dienstfahrzeugs/ die Krankenzelle regelmäßig gereinigt (Sauberkeit, Hygiene)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Ist Ihr Arbeitsplatz rauchfrei und der Nichtrauchererschutz stets gewährleistet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Ist Ihr Arbeitsplatz ergonomisch gestaltet bzw. ausgestattet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Ist Ihr Arbeitsbereich frei von ungünstigen Arbeitsbedingungen wie Lärm, Gerüchen, Klima, Verletzungsgefahr, Erkrankungsgefahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Erhalten Sie die notwendige Schutzausrüstung/Arbeitskleidung zum Schutz vor Lärm, Regen, Kälte, Staub und Schmutz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Stehen die erforderlichen Arbeitsmittel und Ausrüstungen in ausreichender Menge und ordnungsgemäßem Zustand zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Gibt es von Passanten/Verkehrsteilnehmern bei der Arbeit im Straßenland, dem RC-Hof, dem Werk häufig negative Kritik/ abwertende Kommentare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Kommt es häufig vor, dass Sie von Passanten, Anwohnern oder Kunden für Ihre Arbeit gelobt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.	Zusammenarbeit	Eher ja	Eher nein
4.1	Finden regelmäßig Gespräche mit Ihrer Führungskraft statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Finden Gespräche mit Ihrer Führungskraft in einem wertschätzenden, vertrauensvollen und konstruktiven Rahmen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Unterstützt Sie Ihre Führungskraft in der Erfüllung Ihrer Aufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Unterstützen sich die Kolleginnen/Kollegen gegenseitig bei der Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Besteht ein positives soziales Klima in Ihrem Team/Ihrer Gruppe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Haben Sie die Möglichkeit, Vorschläge & Ideen einzubringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	Kommt es vor, dass Ihr Wissen/Ihre Fähigkeiten aufgrund Ihres Geschlechts, Ihrer Herkunft, Ihrer Religion, Ihres Alters oder einer gesundheitlichen Beeinträchtigung/Behinderung in Frage gestellt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	Kommt es vor, dass Sie sich durch sprachliche Äußerungen, Bilder oder körperliche Berührungen diskriminiert oder belästigt fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8	Ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie (z.B. durch flexible Arbeitszeitregelungen/andere Unterstützungsangebote) gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9	Für Beschäftigte in Schicht: Verläuft die Schichtübergabe in der Regel stressfrei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie weitere Anregungen oder Anmerkungen zum Thema psychische Belastung?

Dauer Ihrer BSR-Betriebszugehörigkeit in Jahren?

0-9 Jahre       10-20 Jahre       über 20 Jahre

Hinweise zur Auswertung: Die Auswertung der ausgefüllten Fragebögen erfolgt anonym und unter Wahrung des Datenschutzes, so dass Rückschlüsse auf eine Person ausgeschlossen sind. Die Ergebnisse werden im jeweiligen Bereich kommuniziert.