



## Befragung zum Thema Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz

### A: Allgemeine Bewertungen (bitte pro Antwort ein Kästchen ankreuzen!)

	stimmt nicht	eher nicht	teils/ teils	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1. Bei uns wird das Wohlergehen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wichtig erachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Meine Tätigkeit schafft mir Erfolgserlebnisse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe das Gefühl, die Geschäftsleitung legt Wert auf gute Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Für meine Arbeitsmotivation ist mir wichtig:	<input type="checkbox"/> gute Bezahlung <input type="checkbox"/> eigene Verantwortung <input type="checkbox"/> Feedback/ Lob durch Vorgesetzten <input type="checkbox"/> Sinngehalt der Aufgabe				

### B: Belastende Bedingungen am Arbeitsplatz

	stimmt nicht	eher nicht	teils/ teils	stimmt ziemlich	stimmt sehr
5. Der Zeit-/ Termindruck belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.</b> Die Arbeitszeiten belasten mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Der Leistungsdruck (durch Kolleginnen und Kollegen vermittelt) belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Der Leistungsdruck (durch Geschäftsleitung vermittelt) belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die Stimmung am Arbeitsplatz belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.</b> Die körperliche Zwangshaltung bei der Arbeit belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Das Einspringen für kranke Kolleginnen und Kollegen belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Das hohe Arbeitstempo/ Geschwindigkeit der Maschinen belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13.</b> Die knappe Personaldecke belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Monotones Arbeiten belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mangelhaftes Informationsverhalten durch die Geschäftsleitung belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Die Unsicherheit über die Zukunft meines Arbeitsplatzes belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17.</b> Mehrarbeit durch ausfallende Maschinen (Robby, Kette Finischer, Packmaschine) belastet mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18. Durch folgende Bedingungen fühle ich mich zudem außerhalb meines Arbeitsplatzes (privat) belastet (z.B. Pflege der Eltern, Betreuung der (Enkel-)Kinder, lange Arbeitswege, Krankheit):

---

**c: Gesundheitliche Beanspruchung**

	stimmt nicht	eher nicht	teils/ teils	stimmt ziemlich	stimmt sehr
19. Ich arbeite an der Grenze meiner Leistungsfähigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Die Arbeit belastet mich so, dass ich auch nach der Arbeit nicht zur Ruhe komme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Meine Arbeitssituation ist so, dass ich mir vorstellen kann, bis zur Rente (mit 67 Jahren) zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mein privates und soziales Leben wird durch die Arbeitszeiten belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Es gelingt mir gut, Beruf und Privatleben zu vereinbaren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich habe arbeitsbedingte Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Schädliche Stoffe/ Chemikalien beeinträchtigen meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich habe gesundheitliche Probleme durch Staubbelastung / Lärm / Hitze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27.</b> Meine Gesundheit leidet unter Geruchsbelästigungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Wünsche zum Umgang mit Beschäftigten Krankheitsphase:

---



---

29. Wenn ich die Möglichkeit hätte, an meinem Arbeitsplatz etwas zu verändern, wäre das:

---



---

30. Was gibt es in unserem Betrieb, was Deiner Meinung nach schon gut läuft?

„Gute Arbeit für Frauen! Branchenorientierte Chancengleichheitspolitik und gezielte Förderung“



---

---

### D: Einige Angaben zur Person:

31. Ich bin:  männlich  weiblich

bis 35     35 – 45     45 -55    32. Alter:  55+

33. Ich habe Betreuungspflichten:

zu pflegende Angehörige  Ja  Nein

betreuungspflichtige Kinder (bis 12 Jahre):  Ja  Nein

Bitte gebt den Fragebogen bis spätestens **XX.XX.XXXX**  
in einem Briefumschlag an ein Mitglied des Betriebsrats zurück.

**Vielen Dank für Eure Mitarbeit!**