

Belegschaftsbefragungen mit Chancengleichheitsperspektive

Belegschaftsbefragungen können Teil des betrieblichen Gesundheitsberichtes sein. Dieser wird oftmals auf eine Arbeitsunfähigkeits-Analyse verkürzt, die auf Daten der Krankenkassen beruht. Diese Daten sind nur bedingt aussagefähig, da die Gesundheit von Beschäftigten durchaus beeinträchtigt sein kann, obwohl sie weiterhin zur Arbeit gehen. Auch lassen Daten über Arbeitsbereiche mit hohen Krankenständen nicht erkennen, welche Belastungsfaktoren dafür ausschlaggebend sind.

Daher ist es notwendig, die Arbeitsunfähigkeits-Analyse der Krankenkassen durch möglichst viele Informationen

über betriebliche Gefährdungen und Belastungen zu ergänzen. Dazu eignen sich Belegschaftsbefragungen, die mit Hilfe von Fragebögen oder Checklisten durchgeführt werden. Diese müssen unter Berücksichtigung der Chancengleichheitsperspektive erarbeitet werden.

Am Beispiel des Start-Fragebogens »Ermittlung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz« (nach § 5 ArbSchG) soll eine Möglichkeit dargestellt werden, wie eine solche Befragung um Aspekte der Chancengleichheit ergänzt werden könnte. Diese Fragestellungen sind hier *kursiv* gekennzeichnet.



Ermittlung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz (nach § 5 ArbSchG)

Arbeitsverhältnis:

Abteilung:

Alter:

Geschlecht:

Familienstand:

Tätigkeit:

Sonstige Tätigkeit:

1. Qualifizierung	ja	Eher ja	Eher nein	nein
1.1 Reicht Ihre heutige Qualifizierung für die Ausübung Ihrer Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Sind Sie mit den Qualifizierungsangeboten zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Sind Sie mit den bereits durchgeführten Qualifizierungsmaßnahmen zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Bemerkungen				

2. Vorgesetzte	ja	Eher ja	Eher nein	nein
2.1 Ist für Sie die fachliche Unterstützung durch Ihre Vorgesetzten ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Sind Sie mit der sozialen Unterstützung durch Ihre Vorgesetzten zufrieden (z. B. Hilfen bei Problemen in Bezug auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, positives Gesprächsklima)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Bemerkungen				

3. Räumliche Verhältnisse	ja	Eher ja	Eher nein	nein
3.1 Sind die Arbeitsplatzverhältnisse ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Sind Sie mit den Lichtverhältnissen zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Bemerkungen				

4. Treten negative Umgebungseinflüsse oder psychische Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz auf durch:	ja	Eher ja	Eher nein	nein
4.1 Lärm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Hitze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Zugluft, Witterungseinflüsse (Regen, Schnee, Wind, Kälte), Arbeitsstoffe, Dämpfe, Stäube?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Rauchen am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Häufige Unterbrechungen der Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Mobbing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 sexuelle Belästigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 Bemerkungen				

5. Tritt Zeitdruck auf durch:	ja	Eher ja	Eher nein	nein
5.1 Produktionszahlen (Vorgaben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Störungen an Anlagen, Maschinen, PC oder durch Programmabstürze/-fehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Organisation, Arbeitsabläufe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Zu knapp vorgegebene Termine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Zu knappe Personalbemessung (Personalengpässe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 Bemerkungen				

6. Arbeitszeit – Treten negative Belastungen auf durch:	ja	Eher ja	Eher nein	nein
6.1 häufige Überstunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Schichtarbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 unzureichende/ungünstige Pausen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 häufige Arbeit am Wochenende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Unvereinbarkeiten bei der Balance zwischen Arbeit und Familie (z. B. Arbeitszeiten und Öffnungszeiten der Kinderbetreuung, unvorhersehbare, kurzfristige Schichtplanänderungen...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Wenige bis keine Teilzeidlösungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 Geringe Mitsprache bei der Verfügung über Stunden auf dem Arbeitszeitkonto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Bemerkungen				

7. Arbeitseinteilung	ja	Eher ja	Eher nein	nein
7.1 Können Sie Ihre Arbeitsaufgaben selbst einteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich (keine eintönige Arbeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Können Sie das Arbeitstempo selbst bestimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 Wird von Ihnen eine über die Anwesenheit im Betrieb hinausgehende Verfügbarkeit erwartet (z. B. Anrufe vor / nach der Arbeitszeit zuhause, Störungen im Urlaub)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 Bemerkungen				

8. Anerkennung und Perspektiven der Arbeit, Information	ja	Eher ja	Eher nein	nein
8.1 Wird Ihre Arbeit als wichtig für den Betrieb angesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Haben Sie Angst um Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Sehen Sie für sich Aufstiegsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Werden Sie mit den notwendigen Informationen zur Erledigung Ihrer Arbeit versorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Werden Sie über betriebliche Angelegenheiten ausreichend informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 Bemerkungen				

9. Betriebliche Unterweisungen (Schulungen) zu Arbeits- und Gesundheitsschutz, Umweltschutz	ja	Eher ja	Eher nein	nein
9.1 Werden betriebliche Unterweisungen in ausreichendem Maße durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Sind Sie zufrieden mit der Qualität der durchgeführten Unterweisungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 Können Sie das Arbeitstempo selbst bestimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 Ist der/ die Unterweisende ausreichend über Ihre Tätigkeit/ Ihren Arbeitsplatz informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5 Bemerkungen				

10. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit?	ja	Eher ja	Eher nein	nein
10.1 Sind Sie zufrieden mit der Verständigung unter den Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 Sind Sie zufrieden mit der Verständigung mit den Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 Können Sie das Arbeitstempo selbst bestimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4 Sind Sie zufrieden mit der Zusammenarbeit in Gruppen/Teams?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5 Gibt es Regelungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die sich auf die Zusammenarbeit auswirken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6 Bemerkungen				

11. Arbeitssicherheit	ja	Eher ja	Eher nein	nein
11.1 Sind Sie der Meinung, dass an ihrem Arbeitsplatz alles getan wurde, um mögliche Unfallgefahren auszuschließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2 Bemerkungen				

12. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit?	ja	Eher ja	Eher nein	nein
12.1 Werden bei Arbeitsunfällen umgehend die Ursachen ermittelt und beseitigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 Werden Sie über die Ergebnisse und Maßnahmen ausreichend informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3 Bemerkungen				

13. Betriebsklima: Sind Sie zufrieden mit ...	ja	Eher ja	Eher nein	nein
13.1 dem Umgang der Kollegen untereinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 dem Umgang der Vorgesetzten mit den Beschäftigten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3 der Arbeit der Werksleitung in diesem Zusammenhang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4 der Arbeit des Betriebsrates in diesem Zusammenhang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5 Bemerkungen				

14. Weitere Anregungen, Meinungen, positive oder negative Anregungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelle: IG Metall (Hrsg.): Psychische Belastungen beurteilen – aber wie? Eine betriebliche Handlungshilfe für Gefährdungsbeurteilungen. Handlungshilfe des Projektes »Gute Arbeit« . 2.Auflage. Frankfurt. Oktober 2005 und eigene Bearbeitungen