**Psychische Belastungen erfassen**

|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitsbereich / -platz: |  |
| Mängel gemeldet an: |  |
| besprochen mit: |  |
| Prüfdatum: | Datum auswählen |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungs-bedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Ist bekannt, dass die Gefährdungsbeurteilung den Bereich der psychischen Belastungen beinhalten muss? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Ist im Betrieb jemand mit der Aufgabenstellung zur Erfassung der psychischen Belastung beauftragt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Liegt ein Konzept für die Beurteilung der psychischen Belastungen vor? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Ist bekannt, dass Berufsgenossenschaften, Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte zur Vorgehensweise beraten können? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind im Kollegenkreis bereits empfundene psychische Belastungen bekannt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird über Vollständigkeit von Aufgaben, Handlungsspielraum und Kompetenzen gesprochen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wurde die Angemessenheit der Informationsaufnahme hinterfragt (Informationsdefizite, -flut)? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Besteht im Unternehmen die Möglichkeit, die Arbeitsorganisation zu beeinflussen (Arbeitszeit/Arbeits-ablauf)? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Gibt es im Betrieb offensichtliche Negativeinflüsse wie Zeitdruck, ständige Erreichbarkeit oder häufige Störungen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird darauf geachtet, wie Vorgesetzte und Kollegen miteinander umgehen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Hat die Arbeitsumgebung Einfluss auf die Belastung der Kollegen? |  | Nein | Datum auswählen |  |

**Status:** In Bearbeitung