

PegA-Fragebogen

Die nächste Seite müssen Sie für Ihr Unternehmen anpassen. Nachfolgend finden Sie lediglich **Beispiele** für eine mögliche Unterteilung von Tätigkeiten/Arbeitsbereichen.



Sie können die Beispiele in dieser interaktiven Datei löschen und eigene Eintragungen vornehmen.

Wichtig: Die Tätigkeiten/Arbeitsbereiche müssen ganz eindeutig formuliert sein, so dass die Beschäftigten sich korrekt zuordnen können und eine differenzierte Auswertung möglich ist.

Teil 1: Tätigkeit/Arbeitsbereich

Datum:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Beispiel</u> <u>SB-Warenhaus</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Beispiel</u> <u>Lager/Lagerlogistik</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Teil 2: Arbeitsbedingungen

Arbeitsinhalt/Arbeitsaufgabe

ja
eher ja
eher nein
nein

1. Besteht Ihre Arbeitsaufgabe aus Tätigkeiten, die neben der Ausführung auch Vorbereitung (z. B. Einholen von Informationen für die Aufgabenausführung) und Ergebniskontrolle (z. B. Überprüfen der Warenzusammenstellung) umfassen? ☐ ☐ ☐ ☐
2. Haben Sie die Möglichkeit, bei betrieblichen Veränderungen mitzuwirken (z. B. im Rahmen eines betrieblichen Vorschlagswesens)? ☐ ☐ ☐ ☐
3. Haben Sie die Möglichkeit, Einfluss auf die Menge Ihrer Arbeit zu nehmen (z. B. weitere Kassen öffnen, Tempo von Förderanlagen verändern)? ☐ ☐ ☐ ☐
4. Haben Sie die Möglichkeit, Einfluss auf die Reihenfolge Ihrer Arbeitsschritte zu nehmen? ☐ ☐ ☐ ☐
5. Werden Wünsche von Beschäftigten bei der Dienst- bzw. Schichtplanung berücksichtigt? ☐ ☐ ☐ ☐
6. Sind Ihre Arbeitsaufgaben abwechslungsreich? ☐ ☐ ☐ ☐
7. Stehen alle für Ihre Arbeit erforderlichen Informationen rechtzeitig und frei von Widersprüchen zur Verfügung (z. B. Informationen zur Arbeitsaufgabe, zum Arbeitsablauf, zum Betriebsgeschehen)? ☐ ☐ ☐ ☐
8. Ist schriftlich festgehalten, wofür Sie bei Ihrer Arbeit verantwortlich sind? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ das ist mir nicht bekannt
9. Haben Sie die Möglichkeit, betriebliche Fortbildungen während der Arbeitszeit zu nutzen (z. B. Gabelstaplerausbildung, Fortbildung zur Warenkunde, organisatorischen Fähigkeiten, Führungskompetenz)? ☐ ☐ ☐ ☐
10. Erfolgt eine Einarbeitung/Einweisung bei Übernahme neuer Tätigkeiten bzw. beim Wechsel von Tätigkeiten? ☐ ☐ ☐ ☐
11. Haben Sie die Möglichkeit, Kenntnisse und Fertigkeiten Ihrer beruflichen Qualifikation bei der Arbeit anzuwenden? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ trifft nicht zu, da es sich um eine Anlern-tätigkeit handelt
12. Bietet Ihre Arbeit Möglichkeiten, Neues dazuzulernen? ☐ ☐ ☐ ☐
13. Gibt es Festlegungen für den Umgang mit Konflikten mit externen Personen (z. B. Kundinnen und Kunden, Lkw-Fahrerinnen und -Fahrern)? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ nicht relevant, da kein Kontakt mit externen Personen
14. Gibt es Maßnahmen, um Beschäftigte vor tätlichen Übergriffen oder Überfällen zu schützen (z. B. Sicherheitskonzepte, Notruftaste, Unterweisungen zur Prävention)? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ nicht relevant für die Tätigkeit
15. Beinhaltet Ihre Arbeit widersprüchliche Anforderungen (z. B. fehlerfreie Arbeit trotz enger Zeitvorgaben, umfassende Kundenberatung trotz begrenzter Gesprächsdauer, gegensätzliche Erwartungen unterschiedlicher Gesprächspartner)? ☐ ☐ ☐ ☐
16. Müssen Sie im Kontakt mit externen Personen (z. B. Kundinnen und Kunden, Lkw-Fahrerinnen und -Fahrern) oft Gefühle zeigen, die Ihren eigenen Gefühlen widersprechen (z. B. Freundlichkeit zeigen trotz unfreundlichem Kunden- oder Lieferantenverhalten)? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ nicht relevant, da kein Kontakt mit externen Personen

Arbeitsorganisation	ja	eher ja	eher nein	nein	
17. Erfordert Ihre Arbeit mehrmals im Monat Mehrarbeit/Überstunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Werden Dienstpläne mindestens zwei Wochen im Voraus bekannt gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Erfordert Ihre Arbeit Nachtarbeit (zwischen 23.00 und 06.00 Uhr)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Erfordert Ihre Arbeit geteilte Dienste (Schicht, die von einer Pause von mehr als 90 Minuten unterbrochen wird)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Erfordert Ihre Tätigkeit „Arbeit auf Abruf“ (Arbeiten je nach Bedarf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Können Sie regelmäßig Pausen machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Können Sie ungestört Pausen abhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Wird Personal, das längerfristig oder dauerhaft ausfällt (z. B. aufgrund von Langzeiterkrankung, Berentung, Elternzeit oder Kündigung), ersetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Sind Ihre Arbeitsaufgaben (Arbeitsmenge) in der vertraglichen Arbeitszeit zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Tritt Arbeitsdruck durch Zielvorgaben (z. B. Stückzahlen pro Stunde, saisonale Vorgaben) auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nicht relevant, da keine Zielvorgaben
27. Kommt es bei Ihrer Arbeit zu Störungen oder Unterbrechungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Ermöglicht Ihre Arbeit Abstimmung/Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. Besteht die Möglichkeit zum fachlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen (z. B. im Rahmen von Besprechungen/Schichtübergaben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. Besteht die Möglichkeit zum fachlichen Austausch mit der direkten Führungskraft (z. B. im Rahmen von Besprechungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31. Finden regelmäßig Teambesprechungen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. Wird bei Konflikten mit anderen Personen (z. B. bei Problemen im Team oder mit betriebsfremden Personen) Unterstützung zur Verfügung gestellt (z. B. fester Ansprechpartner für Probleme, Sozialberatung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Soziale Beziehungen	ja	eher ja	eher nein	nein	
33. Gibt es Aktivitäten zur Verbesserung des sozialen Klimas im Unternehmen/Arbeitsbereich (z. B. Betriebsausflüge, Feiern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. Gibt es in Ihrem Arbeitsbereich ausreichend Unterstützung unter den Kolleginnen und Kollegen (z. B. bei herausfordernden Arbeitssituationen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. Besteht zwischen den Kolleginnen und Kollegen in Ihrem Arbeitsbereich eine gute Arbeitsatmosphäre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

36. Treten zwischen den Kolleginnen und Kollegen in Ihrem Arbeitsbereich Spannungen oder Konflikte auf?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37. Können Sie Probleme oder heikle Themen in Ihrem Arbeitsbereich offen ansprechen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38. Werden regelmäßig geplante Mitarbeitergespräche durchgeführt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39. Trägt die Führungskraft Ihres Arbeitsbereichs zu einer guten Arbeitsatmosphäre bei?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40. Vermittelt die Führungskraft Ihres Arbeitsbereichs den Beschäftigten Wertschätzung und Anerkennung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41. Gibt die Führungskraft in Ihrem Arbeitsbereich den Beschäftigten hilfreiche Rückmeldungen über ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42. Unterstützt die Führungskraft in Ihrem Arbeitsbereich die Beschäftigten (z. B. bei herausfordernden Arbeitssituationen)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Arbeitsumgebung	ja	eher ja	eher nein	nein	
43. Ist Ihr Arbeitsplatz frei von beeinträchtigenden Umgebungsbedingungen (z. B. Lärm, unangenehme Temperatur, Staub, trockene Luft, unangenehme Gerüche, Zugluft, schlechte Beleuchtung)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
44. Ermöglicht die Ausübung Ihrer Arbeitstätigkeit körperliche Abwechslung (Sitzen, Stehen und Gehen wechseln sich ab)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
45. Werden bei Ihrer Arbeit schwere körperliche Anstrengungen vermieden (z. B. schwere Gegenstände heben, tragen, ziehen, schieben)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
46. Besteht an Ihrem Arbeitsplatz ungehinderte Bewegungsfreiheit?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
47. Sind an Ihrem Arbeitsplatz Anpassungen an verschiedene Körpermaße bzw. Körperhaltungen möglich?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
48. Sind notwendige akustische und optische Warnsignale und Informationen an Ihrem Arbeitsplatz uneingeschränkt wahrnehmbar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
49. Stehen erforderliche Arbeits- und Hilfsmittel zur Ausübung Ihrer Tätigkeit uneingeschränkt zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
50. Sind die Arbeits- und Hilfsmittel zur Ausübung Ihrer Tätigkeit funktionsfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
51. Ist die erforderliche Arbeitsschutzbekleidung bzw. persönliche Schutzausrüstung verfügbar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> keine Arbeits- schutzbekleidung bzw. Schutzausrüs- tung erforderlich
52. Ist die Software/Technik der Kasse/des Computers/der verwendeten Maschinen oder anderer technischer Hilfsmittel funktionstüchtig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
53. Werden Technologien für die Warenerkennung/-suche (z. B. mittels Barcodes, RFID) ausschließlich für diesen Zweck genutzt – und <u>nicht</u> zur Leistungskontrolle oder Überwachung der Beschäftigten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> solche Technolo- gien kommen nicht zum Einsatz

Vielen Dank
für Ihre Unterstützung!

¹ Technologie für die berührungslose Identifikation/Lokalisierung von Waren