

2

## Gesundheits- schutz im Call Center

Screening

CCaLL TOOL



Das Projekt CCall wird gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Der vorliegende Bericht wurde im Auftrag der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft erstellt durch:

Amt für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik Neuruppin  
Postfach 1261  
16801 Neuruppin

Silvia Frisch  
Claudia Fenzl

Hamburg, *Februar 2002*

## **Mitarbeiterbefragung im Call Center – Screening**

Die Checkliste dient der Analyse und Bewertung von arbeitsbedingten Belastungen und Beanspruchungen von Call Center Agents.

Sie ist eine einfache Methodik zur Anwendung durch Unternehmen selbst.

Die Agents können hiermit die Arbeitsplatzbedingungen und ihren eigenen Gesundheitszustand einschätzen. Dadurch erhält man einen groben Überblick subjektiv empfundener arbeitsbedingter Belastungen und nicht zufriedenstellender Arbeitsbedingungen, auf die zielgerichtet eingewirkt werden kann.

Ermittelt werden sollen nicht spezielle Einzelfälle, sondern die schwerpunktmäßig auftretenden arbeitsbedingten Belastungen und Beschwerden, die nach bisheriger Erfahrung in untersuchten Call Centern auftraten.

### **Inhalt der Checkliste**

Die Checkliste enthält 14 Fragen zu 4 Analysebereichen:

- Ø Demografische Daten
- Ø Gesundheitszustand (Beschwerden der Agenten)
- Ø Interesse der Mitarbeiter an betrieblicher Gesundheitsförderung
- Ø Einschätzung der Arbeitsplatz- und Umgebungsbedingungen sowie der Tätigkeit

Zuletzt erhalten die Mitarbeiter die Möglichkeit, dem Arbeitgeber Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten.

### **Durchführung**

Die Agents benötigen zum Ausfüllen der Checkliste im Durchschnitt 10 bis 15 Minuten.

Diese Zeit sollte den Agenten innerhalb der Arbeitszeit zur Verfügung gestellt werden. Damit erhöht sich erfahrungsgemäß die Akzeptanz einer Befragungsaktion und das Beteiligungsquantum, denn eine hohe Beteiligungsrate gewährleistet repräsentative Ergebnisse.

Es sollte nicht versäumt werden, die Agenten zu motivieren, die Checkliste allein und wahrheitsgemäß auszufüllen, um eine reale Problemdarstellung zu erhalten.

Auf alle Fälle muss den Agenten die Vertraulichkeit zugesichert werden!

Das geschieht zum ersten durch die Anonymisierung der Checklisten ist zweitens aber auch durch die Organisation der Datenerfassung und –auswertung zu realisieren. Ohne eine vertrauliche Basis könnten die betrieblichen Bemühungen im Ansatz verebben.

### **Voraussetzungen**

Die Checkliste ist so erstellt, dass sie der Praktiker mit Grundkenntnissen im Arbeitsschutz anwenden kann.

Zur Auswertung der Checkliste sind keine Spezialkenntnisse erforderlich.

Prinzipiell ist es möglich, Häufigkeiten auszuzählen und damit Schwerpunkte herauszufiltern. Die Auswertung ermöglicht die Darstellung von Einzelproblemen und Zusammenhängen (z.B. prozentuale Angaben oder das schnelle Herauslösen von z.B. Altersgruppen mit den dazugehörigen Beschwerden).

Durch Wiederholung der Mitarbeiterbefragung in definierten Zeitabständen können Veränderungsprozesse und die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft werden. Eine erneute Befragung kann helfen, noch offene Probleme zu ermitteln und einer Lösung zuzuführen.

# Ihre Gesundheit ist uns wichtig!

Mit der Beantwortung dieses Screenings helfen sie dem Unternehmen, arbeitsbedingte Belastungen aufzudecken und Maßnahmen nach Ihren Bedürfnissen zu planen und zu gestalten. Ihre persönliche Meinung ist deshalb für uns von großem Interesse.

Das ist Ihre Chance, über Ihre Arbeitssituationen mitzureden!

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten bezüglich Ihres gesundheitlichen Wohlbefindens und der arbeitsbedingten Belastungen. Bitte lesen Sie sich die jeweiligen Fragestellungen sorgfältig durch und beantworten Sie jede Frage möglichst offen und ehrlich.

Ihre Teilnahme an der Umfrage ist selbstverständlich freiwillig.

Die nachfolgende Personen-Codierung dient zur Wahrung Ihrer Anonymität, d.h. es können keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden.

<b>Personen-Codierung</b>	
1. Anfangsbuchstabe des ersten Vornamens Ihrer Mutter:	
2. Endbuchstabe des ersten Vornamens Ihres Vaters:	
3. Geburtsmonat Ihrer Mutter (als Zahl: 01-12):	
4. Geburtsmonat Ihres Vaters (als Zahl: 01-12):	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Persönlicher Code:

--	--	--	--

## Screening

Dieses Screening soll helfen, mögliche Zusammenhänge zwischen Ihrem Belastungsempfinden und Gesundheitserleben zu erkennen.

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt und dienen nur zur Ermittlung arbeitsbedingter Beschwerden, nicht zur Identifizierung Ihrer Person.

### 1. Wie viele Jahre sind Sie schon in Unternehmen tätig?

weniger als 1 Jahr

1 – 3 Jahre

3 – 5 Jahre

über 5 Jahre

### 2. Ihr Geschlecht:

männlich

weiblich

### 3. Ihr Alter:

unter 25

25 - 34

35 - 44

45 - 54

über 54

### 4. Haben Sie eine Ausbildung zum Call Center-Agenten erhalten?

ja

nein



**5. Alles in allem betrachtet, wie würden Sie zur Zeit Ihre Gesundheit beschreiben?**

- £ außerordentlich gut
- £ ziemlich gut
- £ weder gut noch schlecht
- £ ziemlich schlecht
- £ außerordentlich schlecht

**6. Wie oft hatten Sie folgende Krankheiten / Beschwerden in den letzten 12 Monaten?**

	immer	oft	manchmal	selten	nie
Erkältung, Grippe	£	£	£	£	£
lang andauernder Husten, Bronchitis	£	£	£	£	£
lang andauernder Schnupfen	£	£	£	£	£
Nasenbeschwerden	£	£	£	£	£
Atemnot	£	£	£	£	£
Nackenschmerzen	£	£	£	£	£
Bandscheibenerkrankung	£	£	£	£	£
Hexenschuß	£	£	£	£	£
Rheuma, Gelenkkrankheiten	£	£	£	£	£
Durchblutungsstörungen in den Beinen	£	£	£	£	£
Durchblutungsstörungen in den Armen	£	£	£	£	£
Sehnenscheidenentzündung	£	£	£	£	£
anhaltende Kopfschmerzen, Migräne	£	£	£	£	£

	immer	oft	manchmal	selten	nie
Schwindel	£	£	£	£	£
Probleme mit der Stimme	£	£	£	£	£
Sehstörungen	£	£	£	£	£
Augentränen, Bindehautentzündung	£	£	£	£	£
Schwerhörigkeit, Ohrensausen	£	£	£	£	£
Magen-Darm-Erkrankungen	£	£	£	£	£
Herzkrankheiten (Herzschwäche, Rhythmusstörungen)	£	£	£	£	£
Herz-Kreislauf-Krankheiten	£	£	£	£	£
Erschöpfungszustände	£	£	£	£	£
ständige Müdigkeit	£	£	£	£	£
andauernde Schlafstörungen	£	£	£	£	£
Nervosität und Unruhe	£	£	£	£	£
andere Krankheiten					

---

## 7. Haben Sie eine Allergie?

£ nein

£ ja

nämlich: \_\_\_\_\_

**8. Haben Sie Interesse an gesundheitsförderlichen Maßnahmen bzw. würden Sie daran teilnehmen?**

nein

ja, nämlich zur:

Ernährung

Bewegung am Arbeitsplatz

Sucht

Stressabbau

Stimmtraining

Grundlagen des gesundheitsgerechten Verhaltens am Arbeitsplatz

sonstiges \_\_\_\_\_

**9. Würden Sie alternative Sitzmöglichkeiten (z.B. Sitzball, Sitzkissen) nutzen?**

nein

ja

nämlich: \_\_\_\_\_

**10. Würden Sie gern zeitweise im Stehen arbeiten (z.B. am Stehpult)?**

nein

ja

**11. Wie sehr konnten Sie bisher von Weiterbildungsmaßnahmen profitieren?**

sehr stark

stark

mittelmäßig

kaum

gar nicht

**12. Haben Sie Probleme im Umgang mit der Software?**

£ nein

£ ja

**13. Welche dieser Bedingungen kommen an Ihrem Arbeitsplatz oft vor, d.h. mindestens mehrfach wöchentlich (A)? Wenn etwas vorkommt, kreuzen Sie bitte auch an, wie stark Sie sich davon belastet fühlen (B) und ob die Belastung Ihrer Meinung nach zu Beschwerden führt (C).**

	A			B			C	
	kommt mehrfach pro Woche vor			belastet mich			führt zu Beschwerden	
	nie	gelegentlich	immer	nicht	mittelmäßig	stark	ja	nein
zu trockene Luft	£	£	£	£	£	£	£	£
Zugluft	£	£	£	£	£	£	£	£
schlechte Luftqualität	£	£	£	£	£	£	£	£
ungünstige Beleuchtung	£	£	£	£	£	£	£	£
Reflexionen, Blendung am Bildschirm / Tisch	£	£	£	£	£	£	£	£
Gefühl räumlicher Beengtheit	£	£	£	£	£	£	£	£
fehlende Arbeitsmittel	£	£	£	£	£	£	£	£
Raumtemperatur zu kalt	£	£	£	£	£	£	£	£
Raumtemperatur zu warm	£	£	£	£	£	£	£	£

	A			B			C	
	kommt mehrfach pro Woche vor			belastet mich			führt zu Be- schwerden	
	nie	gelegent- lich	immer	nicht	mittel- mäßig	stark	ja	nein
elektrostatische Aufladung	£	£	£	£	£	£	£	£
Lärm / hoher Geräusch- pegel	£	£	£	£	£	£	£	£
Ständiges Sitzen	£	£	£	£	£	£	£	£

**14. Bitte schätzen Sie folgende Punkte ein:**

	sehr gut	gut	weder gut noch schlecht	schlecht	sehr schlecht	trifft nicht zu
<b>bezüglich Ihrer Tätigkeit</b>						
Vielseitigkeit, wechselnde Tätigkeit	£	£	£	£	£	£
Teamarbeit	£	£	£	£	£	£
Selbständiges Arbeiten	£	£	£	£	£	£
Verantwortung tragen	£	£	£	£	£	£
Neues bei der Arbeit lernen	£	£	£	£	£	£
Möglichkeiten zur Weiterbildung	£	£	£	£	£	£
Möglichkeiten zu Verbes- serungsvorschlägen	£	£	£	£	£	£
Anerkennung für die geleistete Arbeit	£	£	£	£	£	£

	sehr gut	gut	weder gut noch schlecht	schlecht	sehr schlecht	trifft nicht zu
Bezahlung	£	£	£	£	£	£
Schichtarbeit	£	£	£	£	£	£
Pausenregime	£	£	£	£	£	£

**Bezüglich Ihres Arbeitsumfeldes**

	sehr gut	gut	weder gut noch schlecht	schlecht	sehr schlecht	trifft nicht zu
Farbliche Raumgestaltung	£	£	£	£	£	£
Tischanordnung	£	£	£	£	£	£
Verhalten der Mitarbeiter	£	£	£	£	£	£
Verhalten des Vorgesetzten	£	£	£	£	£	£

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**15. Wenn Sie drei Änderungen vorschlagen könnten, die Ihren Arbeitsplatz oder Ihre Arbeit insgesamt betreffen, was würden Sie vorschlagen?**

t \_\_\_\_\_

u \_\_\_\_\_

v \_\_\_\_\_



■ **Projektleitung**

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft  
Deelbögenkamp 4  
22297 Hamburg

■ **CCall-Projektteam**

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft  
Bezirksverwaltung Bielefeld  
Nikolaus-Dürkopp-Straße 8  
33602 Bielefeld

■ **Kontakt**

Internet: [www.ccall.de](http://www.ccall.de)  
E-Mail: [info@ccall.de](mailto:info@ccall.de)  
Telefon: 0800-22 25 521  
Telefax: 0521-58 01 171