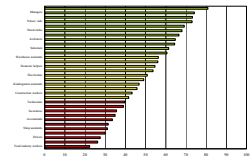


# Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz: COPSOQ (lange Version)

COPSOQ Erprobung  
2003/04



## A. Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Arbeitsplatz

### A.1: Ihr Unternehmen / Ihr Arbeitsort

Name des Unternehmens \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

Postleitzahl der Arbeitsstelle \_\_\_\_\_ (wenn nicht genau bekannt, bitte mind. die ersten beiden Stellen)

Ort der Arbeitsstelle \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

### A.2: Welches Geschlecht haben Sie?

männlich       weiblich

A.3: Wann sind Sie geboren? Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

### A.4: Welchen Familienstand haben Sie?

Ich bin verheiratet und lebe mit meinem(r) Ehepartner(in) zusammen (weiter mit Frage 4b) .....	<input type="checkbox"/>
Ich bin verheiratet und lebe von meinem(r) Ehepartner(in) getrennt (weiter mit Frage 4a).....	<input type="checkbox"/>
Ich bin ledig (weiter mit Frage 4a).....	<input type="checkbox"/>
Ich bin geschieden (weiter mit Frage 4a).....	<input type="checkbox"/>
Ich bin verwitwet (weiter mit Frage 4a) .....	<input type="checkbox"/>

### A.4a: Leben Sie mit einem Partner zusammen?

Ja.....	<input type="checkbox"/>
Nein .....	<input type="checkbox"/>

### A.4b: Leben Sie mit einem oder mehreren Kindern unter 15 Jahren zusammen?

Ja.....	<input type="checkbox"/>
Nein .....	<input type="checkbox"/>

**A.5: Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**

Ich bin von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) .....	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Fachhochschulreife .....	<input type="checkbox"/>
Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. EOS) .....	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar .....	<input type="checkbox"/>
(bitte angeben) _____	

**A.6: Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?** (Mehrfachnennungen sind möglich)

Ich bin noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in) .....	<input type="checkbox"/>
Ich habe keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung .....	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) abgeschlossen .....	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen .....	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen .....	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen Fachhochschulabschluss .....	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen Hochschulabschluss .....	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar .....	<input type="checkbox"/>
(bitte angeben) _____	

**A.7.1: Jetzige berufliche Tätigkeit**

**a) Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?**

\_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

**b) Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit genau.**

\_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

**c) Hat dieser Beruf noch einen besonderen Namen?**

**Ja, und zwar:** \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

nein, kein besonderer Name

**A.7.2: Zu welcher Gruppe gehört Ihr Beruf nach der folgenden Liste. (Bitte nur eine Angabe)**

<b>Selbständige(r) Landwirt(in) bzw. Genossenschaftsbauer/-bäuerin</b> .....	<input type="checkbox"/>
<b>Selbständige(r) Akademiker(in) in freiem Beruf (Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/-in, u. ä.) und</b>	
keine weiteren Mitarbeiter / Partner .....	<input type="checkbox"/>
1 bis 4 Mitarbeiter / Partner .....	<input type="checkbox"/>
5 und mehr Mitarbeiter .....	<input type="checkbox"/>
<b>Selbständig im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung</b>	
keine weiteren Mitarbeiter / Partner .....	<input type="checkbox"/>
1 bis 4 Mitarbeiter / Partner .....	<input type="checkbox"/>
5 und mehr Mitarbeiter .....	<input type="checkbox"/>
<b>Beamter/Beamtin, Richter(in), Berufssoldat(in), und zwar ...</b>	
Beamter/Beamtin im einfachen Dienst (bis einschl. Oberamtsmeister) .....	<input type="checkbox"/>
Beamter/Beamtin im mittleren Dienst (von Assistent[in] bis einschl. Hauptsekretär[in], Amtsinspektor[in]) .....	<input type="checkbox"/>
Beamter/Beamtin im gehobenen Dienst (von Inspektor[in] bis einschl. Oberamtsrat/-rätin) .....	<input type="checkbox"/>
Beamter/Beamtin im höheren Dienst, Richter(in) (von Rat/Rätin aufwärts) .....	<input type="checkbox"/>
<b>Angestellte(r), und zwar ...</b>	
mit ausführender Tätigkeit nach Anweisung (z. B. Verkäufer[in],Kontorist[in], Datentypist[in]) .....	<input type="checkbox"/>
mit einer Tätigkeit, die ich nach Anweisung erledige (z. B. Sachbearbeiter[in], Buchhalter[in], technische[r] Zeichner[in]) .....	<input type="checkbox"/>
mit selbständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit begrenzter Verantwortung für Personal (z. B. wissenschaftliche[r] Mitarbeiter[in], Prokurist[in], Abteilungsleiter[in]) bzw. Meister(in) im Angestelltenverhältnis .....	<input type="checkbox"/>
mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z. B. Direktor[in], Geschäftsführer[in], Mitglied des Vorstandes) .....	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeiter(in), und zwar ...</b>	
ungelernt .....	<input type="checkbox"/>
angelernt .....	<input type="checkbox"/>
Facharbeiter(in) .....	<input type="checkbox"/>
Vorarbeiter(in), Kolonnenführer(in) .....	<input type="checkbox"/>
Meister(in), Polier(in), Brigadier(in) .....	<input type="checkbox"/>
<b>In Ausbildung, und zwar ...</b>	
als kaufmännisch-technische(r) Auszubildende(r) .....	<input type="checkbox"/>
als gewerbliche(r) Auszubildende(r) .....	<input type="checkbox"/>
in sonstiger Ausbildungsrichtung .....	<input type="checkbox"/>
<b>Mithelfende(r) Familienangehörige(r)</b> .....	<input type="checkbox"/>

**A.7.3: Nun noch die Branche: Zu welchem Wirtschaftszweig gehört der Betrieb oder die Organisation, in dem / in der Sie arbeiten? (Bitte nur eine Angabe)**

A: Land- und Forstwirtschaft (inkl. gewerbliche Jagd) .....	<input type="checkbox"/>
B: Fischerei und Fischzucht.....	<input type="checkbox"/>
C: Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden .....	<input type="checkbox"/>
D: Verarbeitendes Gewerbe (Ernährungsgewerbe, Textilg., Bekleidungs-, Lederg., Holzg., Papierg., Druckg., Kokerei, Chemieindustrie, Gummi- / Kunststoffgewerbe, Glasg., Metallg., Maschinenbau, Herstellung von Elektrotechnik, Fahrzeugbau, Möbелgewerbe, Spielwarengewerbe, Recycling).....	<input type="checkbox"/>
E: Energie- und Wasserversorgung (Elektrizität, Gas, Wasser) .....	<input type="checkbox"/>
F: Baugewerbe (Baustellenvorbereitung, Hochbau, Tiefbau, Bauinstallationen) .....	<input type="checkbox"/>
G : Handel (Großhandel, Einzelhandel); Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern .....	<input type="checkbox"/>
H : Gastgewerbe (Hotel, Pensionen, Gaststätten, Kantinen).....	<input type="checkbox"/>
I : Verkehr und Nachrichtenübermittlung (Eisenbahn, Schifffahrt, Luftfahrt, Spedition, Reisebüro, Post, Kurierdienste, Telekommunikationsdienste).....	<input type="checkbox"/>
J : Kredit- und Versicherungsgewerbe (Banken, Versicherungen) .....	<input type="checkbox"/>
K : Grundstücks- und Wohnungswesen, (Vermietung, Verpachtung, Vermittlung von Immobilien), Vermietung beweglicher Sachen (z.B. Autovermietung), Datenverarbeitung, Forschung und Entwicklung, Erbringung von Dienstleistungen überwiegend für Unternehmen (Rechtsberatung, Steuerberatung, Unternehmensberatung, Architekturbüro, Reinigungsdienste etc.) .....	<input type="checkbox"/>
L : Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung.....	<input type="checkbox"/>
M : Erziehung und Unterricht (Kindergärten, Schulen, Hochschulen).....	<input type="checkbox"/>
N : Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen (Krankenhäuser, Arztpraxen, Heime).....	<input type="checkbox"/>
O : Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen (Entsorgung, Berufsverbände, Gewerkschaften, Kirchen, Unterhaltung, Kultur, Sport, Friseur, Wäscherei etc.).....	<input type="checkbox"/>
P : Private Haushalte mit Arbeitnehmern .....	<input type="checkbox"/>
Q : Exterritoriale Organisationen und Körperschaften (Vereinte Nationen, IWF, etc.) .....	<input type="checkbox"/>

**A.8: Wie lange üben Sie Ihre jetzige berufliche Tätigkeit schon aus?**

Jahre: \_\_\_\_\_ Monate: \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

**A.9: In welchem Umfang sind Sie zur Zeit erwerbstätig.**

Ich bin vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentl. Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr ....	<input type="checkbox"/>
Ich bin teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden ...	<input type="checkbox"/>
Ich bin teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von unter 15 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
Ich bin Auszubildende(r)/ Lehrling/ Umschüler(in) .....	<input type="checkbox"/>

**A.10: Arbeiten Sie im Schichtdienst, d.h. abwechselnd z.B. Frühschicht, Spätschicht oder Nachtschicht bzw. haben Sie unregelmäßige Arbeitszeiten?**

Nein, ich arbeite nicht im Schichtdienst und habe keine unregelmäßigen Arbeitszeiten .....	<input type="checkbox"/>
Ja, ich habe unregelmäßige Arbeitszeiten, aber keinen Schichtdienst .....	<input type="checkbox"/>
Ja, ich arbeite 2 Schichten .....	<input type="checkbox"/>
Ja, ich arbeite 3 oder mehr Schichten.....	<input type="checkbox"/>

**A.11: Welche der folgenden Beschreibungen trifft Ihre gegenwärtige Arbeitssituation am besten? Sind Sie ...**

Selbständig bzw. freiberuflich tätig.....	<input type="checkbox"/>
Festangestellt mit unbefristetem Vertrag .....	<input type="checkbox"/>
Angestellt mit zeitlich befristetem Vertrag .....	<input type="checkbox"/>
Angestellt über einen unbefristeten Vertrag bei einer Zeitarbeitsfirma.....	<input type="checkbox"/>
Angestellt über einen befristeten Vertrag bei einer Zeitarbeitsfirma.....	<input type="checkbox"/>
In der Lehre oder in einer anderen Ausbildung .....	<input type="checkbox"/>

**A.12: Arbeiten Sie im Öffentlichen Dienst, in der Privatwirtschaft, bei einem kirchlichen Arbeitgeber oder sind Sie selbständig?**

Öffentlicher Dienst .....	<input type="checkbox"/>
Privatwirtschaft.....	<input type="checkbox"/>
Kirche, Diakonie / Caritas .....	<input type="checkbox"/>
Selbständig .....	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht.....	<input type="checkbox"/>

**A. 13: Wie viele Mitarbeiter beschäftigt die Firma oder Organisation, in der Sie arbeiten, insgesamt in Deutschland?**

Keine weiteren, ich arbeite alleine .....	<input type="checkbox"/>
1 bis 9 Personen .....	<input type="checkbox"/>
10 bis 49 Personen .....	<input type="checkbox"/>
50 bis 99 Personen .....	<input type="checkbox"/>
100 bis 499 Personen .....	<input type="checkbox"/>
500 und mehr Personen .....	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>

**A.14: Für wie viele Personen sind Sie der / die Vorgesetzte?**

Keine.....	<input type="checkbox"/>
1 bis 5 Personen .....	<input type="checkbox"/>
6 bis 9 Personen .....	<input type="checkbox"/>
10 und mehr Personen .....	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>

## B. Angaben zur Arbeit und Tätigkeit

**B.1: Die folgenden Fragen betreffen die Anforderungen bei Ihrer Arbeit.** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ist Ihre Arbeit ungleich verteilt, so dass sie sich aufhäuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kommen Sie mit Ihrer Arbeit in Rückstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie oft können Sie einen ruhigen Gang einlegen und trotzdem Ihre Arbeit bewältigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie genug Zeit für Ihre Arbeitsaufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Müssen Sie Überstunden machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Müssen Sie bei Ihrer Arbeit auf viele Dinge gleichzeitig achten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erfordert es Ihre Arbeit, dass Sie sich viele Dinge merken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Erfordert es Ihre Arbeit, gut darin zu sein, neue Ideen zu entwickeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Erfordert es Ihre Arbeit, schnell Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Erfordert es Ihre Arbeit, schwierige Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Müssen Sie Entscheidungen von großer Bedeutung für Ihren Arbeitsbereich treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Haben Sie eine verantwortungsvolle Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurück zu halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Erfordert Ihre Arbeit ein hohes Maß an Konzentration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Erfordert Ihre Tätigkeit gutes und klares Sehvermögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Erfordert Ihre Arbeit, Ihre Bewegungen, z.B. Arme und Hände, bewusst zu steuern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Erfordert Ihre Arbeit ständige Aufmerksamkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Erfordert Ihre Arbeit einen hohen Grad an Genauigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.2: Anforderungen bei der Arbeit (Teil 2).** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Benötigen Sie für Ihre Tätigkeit ein breites Wissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit emotional eingebunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.3: Die folgenden Fragen betreffen Ihre Einflussmöglichkeiten und Ihren Spielraum bei der Arbeit.** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	immer	oft	manch- mal	selten	nie / fast nie
1. Treffen andere Personen Entscheidungen, die Ihre Arbeit betreffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie großen Einfluss auf Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Einfluss darauf, wie schnell Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie Einfluss darauf, wann Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie Einfluss darauf, wie Sie Ihre Arbeit erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie Einfluss auf Ihre Arbeitsumgebung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie Einfluss auf die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Können Sie Ihre Arbeit unterbrechen, um sich mit einem Kollegen zu unterhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn Sie private Dinge erledigen müssen, können Sie Ihren Arbeitsplatz ohne besondere Erlaubnis für eine halbe Stunde verlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.4: Die folgenden Fragen betreffen Ihre Entwicklungsmöglichkeiten und die Bedeutung der Arbeit. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)**

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erfordert Ihre Arbeit ein hohes Maß an Fertigkeit oder Fachwissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Müssen Sie ständig die gleichen Dinge tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.5: Entwicklungsmöglichkeiten und Bedeutung (Teil 2). (Bitte je eine Angabe pro Zeile)**

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Verlangt es Ihre Arbeit, dass Sie die Initiative ergreifen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ermöglicht es Ihre Arbeit, Ihre Fertigkeiten weiter zu entwickeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fühlen Sie sich motiviert und eingebunden in Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind Sie stolz, dieser Einrichtung anzugehören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Erleben Sie Probleme Ihrer Arbeitsstelle als Ihre eigenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat Ihre Arbeitsstelle große persönliche Bedeutung für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.6: Nun einige Fragen zu Regelungen und Abläufen bei Ihrer Arbeit.** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert, z.B. über wichtige Entscheidungen, Veränderungen oder Pläne für die Zukunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wissen Sie bereits wenn Sie zur Arbeit kommen, welche Arbeitsaufgaben Sie am Arbeitstag erwarten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wissen Sie genau, wie weit Ihre Befugnisse bei der Arbeit reichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Machen Sie Dinge bei der Arbeit, die von einigen Leuten akzeptiert werden, aber von anderen nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.7: Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihr unmittelbarer Vorgesetzter....** (Bitte je eine Angabe pro Zeile. Wenn Sie keinen Vorgesetzten haben, kreuzen Sie bitte die Spalte ganz rechts an) **Frage geht auf nächster Seite weiter**

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß	habe keinen Vorgesetzten
1. ... Mitarbeiter wertschätzt und dem Einzelnen Beachtung entgegenbringt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... für gute Entwicklungsmöglichkeiten der einzelnen Mitarbeiter sorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... der Weiterbildung und Personalentwicklung hohe Priorität beimisst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ... der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimißt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... die Arbeit gut plant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... die Arbeit gut verteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... Konflikte gut löst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... gut mit den Mitarbeitern kommuniziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.8: Die folgenden Fragen betreffen Ihr Verhältnis zu Ihren Kollegen/-innen und zu Ihrem / Ihrer Vorgesetzten.** (Bitte machen Sie eine Angabe pro Zeile. Wenn Sie keine Kollegen oder keinen Vorgesetzten haben, kreuzen Sie bitte in der entsprechenden Zeile das Feld ganz rechts an)

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie	habe keinen Vorgesetzten/ keine Kollegen
1. Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie oft sind Ihre Kollegen bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie oft ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie oft spricht Ihr Vorgesetzter mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft sprechen Ihre Kollegen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Arbeiten Sie getrennt von Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Können Sie sich mit Kollegen unterhalten, während Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fühlen Sie sich durch Kollegen und Vorgesetzte häufig zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.9: Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? (Bitte je eine Angabe pro Zeile)**

	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.10: Nun zu Ihrer Beteiligung an betrieblichen Entscheidungsprozessen: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? (Bitte je eine Angabe pro Zeile)**

	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Entscheidungsprozesse sind so gestaltet, dass die Meinungen und Bedenken aller angehört werden können, die von der Entscheidung betroffen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Entscheidungsprozesse sind so gestaltet, dass verlässliche Informationen gesammelt werden können, die für das Treffen von Entscheidungen notwendig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entscheidungsprozesse sind so angelegt, dass Möglichkeiten zur Zustimmung oder zur Ablehnung von Entscheidungen vorhanden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Entscheidungsprozesse sind so angelegt, dass Standards entwickelt werden, die einheitliche Entscheidungen ermöglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.11: Nun zum Thema gerechte Behandlung: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?** (Bitte je eine Angabe pro Zeile. Wenn Sie keinen Vorgesetzten haben, kreuzen Sie bitte die Spalte ganz rechts an.)

	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	habe keinen Vorgesetzten
1. Ihr Vorgesetzter berücksichtigt Ihren Standpunkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ihr Vorgesetzter ist in der Lage, persönliche Sympathien und Abneigungen auszublenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ihr Vorgesetzter behandelt Sie freundlich und rücksichtsvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ihr Vorgesetzter unternimmt Schritte, um auf ehrliche Weise mit Ihnen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.12: Machen Sie sich Sorgen, dass ...** (Bitte je eine Angabe pro Zeile. Wenn Sie selbständig sind, kreuzen Sie bei den betreffenden Fragen bitte die Spalte ganz rechts an)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß	bin selbständig
1. ... Sie arbeitslos werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... neue Technologien Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... man Sie gegen Ihren Willen auf eine andere Arbeitsstelle versetzen könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.12a: Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht Ihren Beruf aufzugeben?**

nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.13: Bewertung Ihrer Arbeit. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit sie auf Ihre Arbeit zutrifft. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)**

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
1. Meine Berufsstellung ist sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mein Einkommen ist hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Meine Aufstiegsmöglichkeiten sind gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mein Beruf ist anerkannt und geachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mein Beruf lässt mir viel Freizeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Tätigkeit ist interessant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich kann selbständig arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Meine Aufgaben erfordern viel Verantwortungsbewusstsein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe viel Kontakt zu anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe einen Beruf, bei dem ich anderen helfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe einen Beruf, der für die Gesellschaft nützlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Meine Tätigkeit gibt mir das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich habe sichere und gesunde Arbeitsbedingungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich kann meine Arbeitszeiten und Arbeitstage selbst festlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich werde bei meiner Arbeit als Person respektvoll behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gegenüber meinen Kolleginnen und Kollegen werden mir die gleichen Chancen eingeräumt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.14: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit... (Bitte je eine Angabe pro Zeile)**

	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
1. ... Ihren Berufsperspektiven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... den Leuten, mit denen Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... den körperlichen Arbeitsbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... den Herausforderungen und Fertigkeiten, die Ihre Arbeit beinhaltet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Nun einige Fragen zu Arbeit und Gesundheit

### B.15: Ist Ihre Arbeit:

vorwiegend psychisch (geistig) belastend .....	<input type="checkbox"/>
vorwiegend physisch (körperlich) belastend .....	<input type="checkbox"/>
psychisch (geistig) und physisch (körperlich) gleichermaßen belastend oder unbelastend .....	<input type="checkbox"/>

### B.16: Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit ein.

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit geben? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an. (0 bedeutet, dass Sie zur Zeit völlig arbeitsunfähig sind)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>

völlig  
arbeitsunfähig

zur Zeit die beste  
Arbeitsfähigkeit

### B.17a: Wie schätzen Sie Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### B.17b: Wie schätzen Sie Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit im Verhältnis zu den psychischen (geistigen) Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### B.18: Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausübung Ihrer Arbeit? Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

Ich habe keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung. ....	<input type="checkbox"/>
Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden. ....	<input type="checkbox"/>
Ich bin <b>manchmal</b> gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern. ....	<input type="checkbox"/>
Ich bin <b>oft</b> gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern .....	<input type="checkbox"/>
Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage, Teilzeitarbeit zu verrichten. ....	<input type="checkbox"/>
Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig. ....	<input type="checkbox"/>

**B.19: Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung, nicht Urlaub) in den letzten 12 Monaten der Arbeit fern?**

überhaupt keinen	höchstens 9 Tage	10 – 24 Tage	25 – 99 Tage	100 Tage und mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.20: Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?**

unwahrscheinlich	nicht sicher	ziemlich sicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.21a: Haben Sie in letzter Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?**

häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.21b: Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?**

immer	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.21c: Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft anbetrifft?**

ständig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.22: Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre aktuellen Erkrankungen oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)**

	nein	ja, Diagnose vom Arzt	ja, eigene Einschät- zung
<b>1. Unfallverletzungen</b> (z. B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen</b> (z. B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b> (z. B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Atemwegserkrankungen</b> (z. B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Psychische Beeinträchtigungen</b> (z. B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Neurologische und sensorische Erkrankungen</b> (z. B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Erkrankungen des Verdauungssystems</b> (z. B. der Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Erkrankungen im Urogenitaltrakt</b> (z. B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Hautkrankheiten</b> (z. B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Tumore / Krebs</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Hormon- / Stoffwechselerkrankungen</b> (z. B. Diabetes, Fettleibigkeit, Kropf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. Krankheiten des Blutes</b> (z. B. Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Angeborene Erkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Andere Leiden oder Krankheiten: Welche?</b> _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Nun zu Ihrer Gesundheit im Allgemeinen:

**B.23: Ihr Gesundheitszustand:** Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>

schlechtester denkbare Gesundheitszustand bester denkbare Gesundheitszustand

**B.24 Energie und psychisches Wohlbefinden :** Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit sie für Sie zutrifft. (Bitte je eine Angabe pro Zeile).

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie häufig denken Sie: "Ich kann nicht mehr"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.25: Bitte betrachten Sie die nachfolgenden Aussagen und kreuzen Sie jeweils an, welche Antwort für die letzten vier Wochen am besten auf Sie zutrifft.** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	trifft genau zu	trifft überwiegend zu	trifft etwas zu	trifft kaum zu	trifft überhaupt nicht zu
1. Ich wollte mit niemandem sprechen/habe mich zurückgezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich hatte nicht die Energie, mich mit anderen Leuten zu beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich hatte nicht die Zeit, mich zu entspannen oder mich zu vergnügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ich hatte Schwierigkeiten, mich glücklich zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe gegessen, um mich wohl zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich war leichter aus der Bahn zu werfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich war antriebslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe mich belästigt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.26: Wie oft hatten Sie in den vergangenen vier Wochen ...** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. ... Konzentrationsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Schwierigkeiten, sich zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Schwierigkeiten, klar zu denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.27: Nachfolgend finden Sie fünf Aussagen, denen Sie zustimmen oder nicht zustimmen können. Diese Aussagen beziehen sich auf Ihr Leben insgesamt, also nicht nur auf die Arbeit.** (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	stimme genau zu	stimme zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
1. In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bisher habe ich die wesentlichen Dingen erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C. Zum Fragebogen

Zuletzt möchten wir Sie noch um eine kurze Beurteilung dieses Fragebogens bitten.

**C.1: Wie beurteilen Sie den Fragebogen hinsichtlich der folgenden Aspekte? (Bitte je eine Angabe pro Zeile)**

	trifft voll zu	trifft eher zu	unentschieden, teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
1. Die abgefragten Themen sind interessant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Formulierung der Fragen ist verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Länge des Bogens ist in Ordnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C.2: Wie lange haben Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens etwa gebraucht?**

unter 20 Minuten .....	<input type="checkbox"/>
20 bis unter 40 Minuten .....	<input type="checkbox"/>
40 bis unter 60 Minuten .....	<input type="checkbox"/>
1 bis 2 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
über 2 Stunden .....	<input type="checkbox"/>

**C.3 Fehlen aus Ihrer Sicht wichtige Aspekte zur psychischen Belastung an Ihrem Arbeitsplatz in diesem Fragebogen? Wenn ja, welche?**

---

---

**C.4 Gibt es Fragen, die unklar oder missverständlich formuliert sind? Wenn ja, nennen Sie uns doch bitte hier die Fragennummer(n) und was an diesen Fragen problematisch ist.**

---

---

**C.5 Haben Sie noch weitere Anmerkungen zum Fragebogen oder zur Befragung allgemein?**

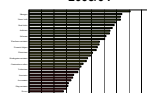
---

---

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Umschlag baldmöglichst portofrei an die FFAS.**

COPSOQ Erprobung  
2003/04



### **Anmerkungen zu den Fragen:**

- 1. Die Erhebung von umfangreichen Rahmendaten im Teil A ist nur in der wissenschaftlichen Erprobung notwendig. Für den betrieblichen Einsatz sollten diese deutlich reduziert werden (Anonymität!). Am besten, Sie verwenden direkt die verkürzte Version des COPSOQ.**
- 2. Die Fragen im Teil B bilden die in der deutschen COPSOQ- Erprobungsstudie eingesetzte lange Version des COPSOQ- Fragebogens. Dieser ist auch im Projektbericht (F1885) als Anhang 1 ab S. 113 abgedruckt. (Die Kurzversion als Anhang 2 ab S.133). Download des Berichtes unter [www.baua.de](http://www.baua.de).**
- 3. Das Zuordnungsschema der Einzelfragen zu übergeordneten Skalen ist auf der nächsten Seite wieder gegeben (zudem Tabelle 4.7, Seite 94 im Projektbericht).**

### **Kooperationsmöglichkeiten FFAS - Betriebe bei Mitarbeiterbefragungen mit dem COPSOQ. Die FFAS bietet an:**

- Bereitstellung Materialien oder Freischaltung online- Fragebogen durch FFAS
- Organisation, Zeitplan FFAS + Betrieb
- Rücklauf Fragebögen an Postfach FFAS bzw. online Datenbank bei FFAS
- Datenerfassung, Datenaufbereitung und –analyse bei FFAS
- Auswertung (gesamt und Untereinheiten) durch FFAS:
  - o Bericht + Kurzinterpretation,
  - o Graphiken zu alle Skalen,
  - o Vergleich mit externen Referenzwerten

### **Kontakt:**

FFAS: Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin

Dr. M. Nübling

Bertoldstr. 27

D - 79098 Freiburg

Tel. 0761 894421 ♦ Fax. 0761 83432

Email: [ffas.freiburg@t-online.de](mailto:ffas.freiburg@t-online.de)

[www.ffas.de](http://www.ffas.de) ♦ oder [www.copsoq.ffas.de](http://www.copsoq.ffas.de)

## Zuordnung der Einzelfragen zu übergeordneten Skalen: deutscher COPSOQ-Fragebogen (Langversion).

Nb: Anleihen aus anderen Fragebögen zum Teil leicht modifiziert (s. Projektbericht, S.19)

Skala (bzw. Einzelitem)	Herkunft	N Items	Fragennummern
<b>Anforderungen</b>			
Quantitative Anforderungen	COPSOQ	7	B1:1-7
Kognitive Anforderungen	COPSOQ	8	B1:8-14, B2:1
Emotionale Anforderungen	COPSOQ	3	B1:15, B2:2-3
Anforderungen, Gefühle zu verbergen	COPSOQ	2	B1:16, B2:4
Sensorische Anforderungen	COPSOQ	5	B1:17-21
<b>Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten</b>			
Einfluss bei der Arbeit	COPSOQ	10	B3:1-10
Entscheidungsspielraum	COPSOQ	4	B3:11-14
Entwicklungsmöglichkeiten	COPSOQ	7	B4:1-3, B5:1-4
Bedeutung der Arbeit	COPSOQ	3	B5:5-7
Verbundenheit mit Arbeitsplatz (Commitment)	COPSOQ	4	B5:8-11
<b>Soziale Beziehungen und Führung</b>			
Vorhersehbarkeit	COPSOQ	2	B6:1-2
Rollenklarheit	COPSOQ	4	B6:4-7
Rollenkonflikte	COPSOQ	4	B6:8-11
Führungsqualität	COPSOQ	8	B7:1-7
Soziale Unterstützung	COPSOQ	4	B8:1-4
Feedback	COPSOQ	2	B8:5-6
Soziale Beziehungen	COPSOQ	2	B8:7-8
Gemeinschaftsgefühl	COPSOQ	3	B8:9-11
<b>Weitere Skalen (und Einzelitems)</b>			
Work – (family) privacy conflict	Netemeyer	5	B9:1-5
Einbindung in Prozesse (Procedural Justice)	Kivimäki / Elovainio	4	B10:1-4
Wertschätzung als Person (Relational Justice)	Kivimäki / Elovainio	4	B11:1-4
Unsicherheit des Arbeitsplatzes	COPSOQ	4	B12:1-4
Mobbing	BIBB/ IAB	1	B8:12
Gedanke an Berufsaufgabe	NEXT	1	B12a
<b>Beschwerden, Outcomes</b>			
Arbeitszufriedenheit	COPSOQ	7	B14:1-7
Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index, WAI) (aus allen Fragen wird ein Gesamtwert errechnet)	Tuomi / Ilmarinen	-	B15, B16, B17:a,b, B18, B19, B20, B21:a,b,c, B22:1-14
Allgemeiner Gesundheitszustand	EQ-5D	1	B23
Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Skala: personal burnout	Borritz / Kristensen	6	B24:1-6
Verhaltensbezogene Stresssymptome	COPSOQ	8	B25:1-8
Kognitive Stresssymptome	COPSOQ	4	B26:1-4
Lebenszufriedenheit (Satisfaction with life scale, SWLS)	Diener	5	B27:1-5
Bewertung eigene Arbeit (wird als 16 Einzelitems, nicht als Skala behandelt)	ISSP / ALLBUS	16	B13:1-16

Der COPSOQ- Fragebogen wurde in der deutschen Erprobungsstudie 2003-2005 bei über 2500 Beschäftigten in einem breiten Branchenmix eingesetzt. Es wurde eine umfassende Prüfung der Messqualitäten (Objektivität, Reliabilität, Validität, Generalisierbarkeit etc.) durchgeführt (siehe Projektbericht).

Der Projektbericht mit der detaillierten Dokumentation der Messqualitäten ist ab 10/2005 als F 1885 auf der homepage der BAuA ([www.baua.de](http://www.baua.de)) zum download verfügbar.

Zusätzliche Informationen zum COPSOQ auch bei der FFAS unter [www.copsoq.ffas.de](http://www.copsoq.ffas.de).