





**B.3: Die folgenden Fragen betreffen Ihre Einflussmöglichkeiten und Ihren Spielraum bei der Arbeit.**

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. Haben Sie großen Einfluss auf Entscheidungen, die Ihre Arbeit betreffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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"/>
3. 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"/>
4. Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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"/>

**B.4: Entwicklungsmöglichkeiten und die Bedeutung der Arbeit (Teil 1).**

	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"/>

**B.5: Entwicklungsmöglichkeiten und Bedeutung (Teil 2).**

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. 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"/>
2. 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"/>
3. Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Sie stolz, dieser Einrichtung anzugehören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?	<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.**

	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. Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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"/>
6. Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 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"/>
8. 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 Ihre unmittelbare Führungskraft...**

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß	habe keine Führungskraft
1. ... für gute Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter:innen sorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... die Arbeit gut plant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Konflikte gut löst?	<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 Kolleg:innen und zu Ihrer Führungskraft.**

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie	habe keine Führungskraft / Kolleg:innen
1. Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihren Kolleg:innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie oft sind Ihre Kolleg:innen bei Bedarf 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 bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihrer unmittelbaren Führungskraft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie oft ist Ihre unmittelbare Führungskraft bei Bedarf 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 Ihre Führungskraft 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 Kolleg:innen 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. Können Sie sich mit Kolleg:innen unterhalten, während Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskolleg:innen gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskolleg:innen gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie oft fühlen Sie sich durch Kolleg:innen oder Führungskräfte 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.8a: Die nächsten Fragen beziehen sich nicht auf Ihre eigene Tätigkeit, sondern auf den Arbeitsplatz an sich.**

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Vertraut das Management / die Führung darauf, dass die Mitarbeiter:innen ihre Arbeit gut machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Können die Mitarbeiter:innen den Informationen vertrauen, die vom Management / der Führung kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Werden Konflikte auf gerechte Weise gelöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wird die Arbeit gerecht verteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erfährt Ihre Arbeit Anerkennung und Wertschätzung durch das Management / die Führung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.8b: Die folgenden Fragen betreffen Ihre Arbeitsumgebung.**

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
1. Wie häufig müssen Sie körperlich schwer arbeiten, z.B. schwer heben, tragen oder stemmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie häufig sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz Lärm oder lauten Umgebungsgeräuschen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie häufig kommen Sie bei Ihrer Arbeit mit Chemikalien bzw. Gefahrstoffen in Berührung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie häufig sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz Zugluft bzw. extremen Temperaturen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie häufig sind Sie bei der Arbeit schlechter Luft ausgesetzt, z.B. Zigarettenrauch, Gasen oder Ähnlichem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie häufig sind Sie bei der Arbeit schlechten Lichtverhältnissen ausgesetzt, z. B. grelles oder schwaches Licht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.9: Machen Sie sich Sorgen, dass ...**

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... Sie arbeitslos werden?	<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"/>
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"/>
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"/>
5. ... Ihre Arbeitszeiten gegen Ihren Willen verändert werden (z.B. Arbeitstage, Schichtpläne, Arbeitsbeginn- und -ende)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Ihr Lohn/Gehalt verringert werden könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.10: Wie oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht ...**

	nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
1. ... Ihren Beruf aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## **C. Freitext-Anmerkungen**

**C.1: Haben Sie Vorschläge / Wünsche zur Verbesserung Ihrer psychosozialen Arbeitssituation?** (Ihre hier gemachten Angaben werden als Liste wörtlich in den Ergebnisbericht integriert. Vermeiden Sie daher bitte Formulierungen, die Sie oder andere persönlich erkennbar machen.)

---

---

---

**C.2: Haben Sie weitere Anmerkungen zum Fragebogen oder zur Befragung allgemein?** (Diese Angaben gehen NICHT in den Ergebnisbericht ein. Sie gehen ausschließlich an die FFAW, die die Befragung durchführt.)

---

---

---

***Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!***

### **Kontakt**

FFAW: Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH

Dr. M. Nübling ♦ M. Vomstein ♦ I. Nolle ♦ A. Kleine-Albers ♦ A. Haug ♦ N. Häberle ♦ M. Quemes ♦ Dr. H.-J. Linke  
Bertoldstr. 63 ♦ D - 79098 Freiburg ♦ Tel: +49 (0) 761 319 642-0

E-mail: [info@ffaw.de](mailto:info@ffaw.de) ♦ Websites: [www.ffaw.de](http://www.ffaw.de) ♦ [www.copsoq.de](http://www.copsoq.de)

## Zuordnung der Fragen des COPSQ zu übergeordneten Skalen

Skala	Fragen	Anzahl
<b>Anforderungen</b>		
Quantitative Anforderungen	B1: 1-5	5
Emotionale Anforderungen	B1: 6-7	2
Emotionen Verbergen	B1: 8-9	2
Work-Privacy-Konflikte	B2: 1-4	4
Entgrenzung	B2: 5-6	2
<b>Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten</b>		
Einfluss auf die Arbeit	B3: 1-3	3
Spielraum bei Pausen und Urlaub	B3: 4-5	2
Entwicklungsmöglichkeiten	B4: 1, B5: 1-2	3
Bedeutung der Arbeit	B5: 3-4	2
Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz	B5: 5-6	2
<b>Soziale Beziehungen und Führung</b>		
Vorhersehbarkeit der Arbeit	B6: 1-2	2
Rollenklarheit	B6: 3-5	3
Rollenkonflikte	B6: 6-8	3
Führungsqualität	B7: 1-4	4
Unterstützung bei der Arbeit	B8: 1-4	4
Feedback / Rückmeldung	B8: 5-6	2
Menge sozialer Kontakte	B8: 7	1
Gemeinschaftsgefühl	B8: 8-9	2
Ungerechte Behandlung	B8: 10	1
Vertrauen und Gerechtigkeit	B8a: 1-4	4
Wertschätzung	B8a: 5	1
<b>Weitere Faktoren</b>		
Arbeitsumgebung / phys. Anforderungen	B8b: 1-6	6
Unsicherheit des Arbeitsplatzes	B9: 1-3	3
Unsicherheit der Arbeitsbedingungen	B9: 4-6	3
<b>Auswirkungen</b>		
Gedanke an Berufs- / Stellenwechsel	B10: 1-2	2
Arbeitszufriedenheit	B11: 1-7	7
Arbeitsengagement	B14: 1-3	3
Allgemeiner Gesundheitszustand	B12	1
Burnout-Symptome	B13: 1-3	3
Präsentismus	B13: 4	1
Unfähigkeit abzuschalten	B13: 5	1
<b>Gesamt</b>		<b>84</b>

Die kostenfreien Zusatzmodule der FFAW z.B. zu Kund:innenkontakt, Home-Office, sexueller Belästigung, Schule und Erziehung sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung sind hier nicht aufgeführt.

Die COPSQ-Validierungsstudie mit einer detaillierten Dokumentation der Messqualitäten sowie zusätzliche Informationen zum COPSQ-Fragebogen finden Sie unter [www.copsq.de](http://www.copsq.de)