

**REP 22**

**Leitung:** Prof. Dr. E. Brähler

**Untersuchungszeitraum:** Februar/ März/ 2014 (2527 Probanden, 14-95 Jahre)

<b>Beteiligte Mitarbeiter:</b> PD Dr. O. Decker Dipl.-Math. G. Schmutzler	<b>Kooperationspartner:</b> Prof. Dr. J. Bauer (Universitätsklinikum Freiburg) Prof. Dr. M. Beutel (Universitätsklinik Mainz) Prof. M. Cierpka (Universität Heidelberg) Prof. Dr. M. de Zwaan (Medizinische Hochschule Hannover) Dr. S. Kliem (Kriminologisches Institut Hannover) Prof. Dr. C. Spitzer (Klinik Tiefenbrunn) Prof. Dr. S. Schmidt (Universität Greifswald) Prof. Dr. B. Strauß (Universität Jena) Prof. Dr. K. Weidner (Universität Dresden)
---	---

**Eingesetzte Untersuchungsverfahren:**

- Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala ASKU (Weidner)
- Menopause Rating Scale (Weidner)
- Kaufsucht (Pathological Buying Screener) (de Zwaan)
- German CBS (de Zwaan)
- BMI (de Zwaan)
- Familienbogen (Cierpka)
- Selbsttest (Schmidt)
- Dissoziative Symptome **FDS-Taxon** (Spitzer/ Brähler)
- Essverhalten (Strauss)
- Internetnutzung (Beutel)
- Always Online Fragebogen (Beutel)
- Skala zur Messung von Einstellungen gegenüber neuen Medien (Beutel)
- Nutzungsgewohnheiten Medien (Beutel)
- Perceived Stress Scale (PSS) (Beutel)
- Trierer Kurzskala zur Messung von Work-Life Balance TKS-WLB (Beutel)
- Basic Psychological Need Scale (ausgewählte Items) (Beutel)
- Skala zum Onlinesuchtverhalten (OSV-S) – Kurzversion (Beutel)
- General procrastination Scale – Kurzversion GPS-K (Beutel)
- CBI (Copenhagen Burnout Inventory) oder COPSOC (auch in R16) (Beutel)
- FLZ-8 (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit) (Beutel)
- Patient Health Questionnaire PHQ-4 (zzgl. Item aus PHQ-9) (Beutel)
- LS-S: Loneliness Scale-SOEP (Beutel)
- Bedürfnisse (Bauer, Uni Freiburg)
- Rechtsextremismus (Decker, Brähler)
- EU-Fragen (Decker, Brähler)
- Migranten (Decker, Brähler)
- Demokratie (Decker, Brähler)
- Autoritarismus (Decker, Brähler)
- Beck Scale of Suicidal Ideation BSS (Hoffnungslosigkeit) (Kliem/ Brähler)
- Beck Hopelessness Scale BHS-DE-NR (schwere Depressionsneigung) (Kliem/ Brähler)

PAG:

--

Projekt:

**140101**

Sample -Nr.:

1	0	0
---	---	---

Point-Nr.:

--	--	--

AL-Nr.:

--	--	--

Interviewer-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--

Interview durchgeführt am:

--	--	--	--

Tag

Interviewbeginn:

--	--	--	--

Stunde

Minute

Interviewende:

--	--	--	--

Stunde

Minute

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

**Vorab haben wir einige Fragen zu Ihrer Person**

<i>S 1a Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?</i>		<input type="checkbox"/> 1	weiter mit Frage S 1b
ja		<input type="checkbox"/> 1	weiter mit Frage S 1b
-----		<input type="checkbox"/> 2	weiter mit Frage S 2
nein .....		<input type="checkbox"/> 2	weiter mit Frage S 2
-----		<input type="checkbox"/> 3	weiter mit Frage S 2
weiß nicht .....		<input type="checkbox"/> 3	weiter mit Frage S 2
-----		<input type="checkbox"/> 4	weiter mit Frage S 2
bin nicht wahlberechtigt .....		<input type="checkbox"/> 4	weiter mit Frage S 2
-----		<input type="checkbox"/> 5	weiter mit Frage S 2
keine Angabe .....		<input type="checkbox"/> 5	weiter mit Frage S 2
<i>S 1b Und welche Partei würden Sie dann wählen?</i>		<input type="checkbox"/> 1	
die CDU/ CSU .....		<input type="checkbox"/> 1	
die SPD .....		<input type="checkbox"/> 2	
die FDP .....		<input type="checkbox"/> 3	
die Linke .....		<input type="checkbox"/> 4	
die Grünen .....		<input type="checkbox"/> 5	
die NPD .....		<input type="checkbox"/> 6	
die Republikaner .....		<input type="checkbox"/> 7	
die Piratenpartei .....		<input type="checkbox"/> 8	
die AfD .....		<input type="checkbox"/> 9	
eine andere Partei .....		<input type="checkbox"/> 10	
-----		<input type="checkbox"/> 10	
weiß nicht .....		<input type="checkbox"/> 11	
wähle ungültig .....		<input type="checkbox"/> 12	
keine Angabe .....		<input type="checkbox"/> 13	
<i>S 2 Geschlecht der Zielperson:</i>		<input type="checkbox"/> 1	
männlich .....		<input type="checkbox"/> 1	
-----		<input type="checkbox"/> 2	
weiblich .....		<input type="checkbox"/> 2	
<i>S 3 Wann sind Sie geboren?</i>			
<i>Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt.</i>		<b>Geburtsmonat (z.B. 09):</b>	<input type="text"/>
		<b>Geburtsjahr:</b>	<input type="text"/>

S 4	<i>Welchen Familienstand haben Sie?</i>	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/ meiner Ehepartner/in zusammen .....	<input type="checkbox"/> 1	weiter mit Frage S 5	
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>					
Ich bin verheiratet und lebe von meinem/ meiner Ehepartner/in getrennt ..					<input type="checkbox"/> 2
Ich bin ledig .....					<input type="checkbox"/> 3
Ich bin geschieden .....					<input type="checkbox"/> 4
Ich bin verwitwet .....				<input type="checkbox"/> 5	
S 4a	<i>Leben Sie mit einem Partner/einer Partnerin <b>zusammen</b>?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/> 1		
Nein .....				<input type="checkbox"/> 2	
S 5	<i>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, ich meine die Personen, die hier schlafen und essen, Sie selbst mit eingeschlossen?</i>			Personen	

S 6 *Wie viele Kinder leben ständig in Ihrem Haushalt, die **jünger als 18 Jahre** sind?  
Bitte nennen Sie mir für jedes Kind immer den **Geburtsmonat** und das **Geburtsjahr**  
und ob Sie selbst dafür **erziehungsberechtigt** sind.*

	Geburtsmonat (z. B. Januar=01)	Geburtsjahr (z. B. 2010)	bin erziehungsberechtigt	
			ja	nein
1. Kind	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. Kind	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. Kind	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. Kind	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. Kind	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

S 7 *Welche Staatsangehörigkeit  
haben Sie?* Deutsch .....  1  
Andere, welche: \_\_\_\_\_  2

S 8 *Welcher Religion oder welcher  
Konfession gehören Sie an?* Evangelisch .....  1  
Katholisch .....  2  
Muslimisch .....  3  
Andere (z. B. jüdisch, buddhistisch, hinduistisch) ...  4  
keine Konfession .....  5

S 9	<i>In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?</i>	In Deutschland .....	<input type="checkbox"/> 1
		In einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/> 2
	<b>Mutter? →</b>	<hr/>	
	<b>Vater? →</b>	<hr/>	
S 10	<i>Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?</i>	Seit meiner Geburt →	<input type="checkbox"/> 9
		Seit (Jahreszahl) →	_____
S 11	<i>Welchen Schulabschluss haben Sie? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>	Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss .....	<input type="checkbox"/> 1
		Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule) .....	<input type="checkbox"/> 2
		Ich habe Mittlere Reife/ Realschulabschluss .....	<input type="checkbox"/> 3
		Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse	<input type="checkbox"/> 4
		Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/> 5
		Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Hochschul-/ Universitätsstudium .....	<input type="checkbox"/> 6
		Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/ Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/> 7
		Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar? .....	<input type="checkbox"/> 8
		<hr/>	
		Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule .....	<input type="checkbox"/> 9
S 12	<i>Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?</i>	Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr .....	<input type="checkbox"/> 1
		Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden .....	<input type="checkbox"/> 2
		Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden .....	<input type="checkbox"/> 3
		Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung .....	<input type="checkbox"/> 4
		Zur Zeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit .....	<input type="checkbox"/> 5
		Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorruhestand .....	<input type="checkbox"/> 6
		Nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann .....	<input type="checkbox"/> 7
		In Berufsausbildung (einschließlich Fachschulen für gewerbliche Berufe) .....	<input type="checkbox"/> 8
		In Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule) .....	<input type="checkbox"/> 9

S 13	Wie oft waren Sie arbeitslos, einschließlich jetziger Arbeitslosigkeit?	<input type="text"/> mal
S 14	Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?	Berufskreis-Nummer: _____
	<u>INT.:</u> Liste S 14 vorlegen	noch nie berufstätig gewesen ..... <input type="checkbox"/> 00
S 15	Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an. Wie hoch ist <b>Ihr eigenes</b> Einkommen? Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung?  Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.	Einkommensgruppe Nr.: _____  kein persönliches Einkommen ..... <input type="checkbox"/> 00
	<u>INT.:</u> Liste S 15 vorlegen	
S 16	Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom <b>gesamten</b> monatlichen Nettoeinkommen her einordnen?  Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.  Nennen Sie mir bitte nur die entsprechende Nummer.	Einkommensgruppe Nr.: _____
	<u>INT.:</u> Liste S 15 vorlegen	

**Besten Dank bis hierher!**

**Ich möchte Sie nun bitten, den weiteren Fragebogen selbst auszufüllen.**

**Wissenschaftler der Universität Leipzig möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung verschiedene wissenschaftliche/ medizinische Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.**

**Bitte folgendermaßen markieren:**

1. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit.

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft ziemlich zu	trifft voll und ganz zu
01 In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02 Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03 Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zurzeit?

Kreuzen Sie bitte bei jeder Beschwerde an, wie stark Sie davon betroffen sind.

Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

	keine	leicht	mittel	stark	sehr stark
01 Wallungen, Schwitzen (Aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
02 Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
03 Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
04 Gelenk- und Muskelbeschwerden (Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheuma-ähnliche Beschwerden)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
05 Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
06 Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
07 Ängstlichkeit (innere Unruhe, Panik)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
08 Körperliche und geistige Erschöpfung (allgemeine Leistungsminderung, Gedächtnisminderung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
09 Sexualprobleme (Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>NUR FÜR FRAUEN:</b>	keine	leicht	mittel	stark	sehr stark
11 Trockenheit der Scheide (Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

*Bitte lesen Sie die folgenden Fragen zu Ihren Kaufgewohnheiten aufmerksam durch und wählen Sie aus den fünf Antwortalternativen diejenige aus, die für Sie am zutreffendsten ist (bezogen auf die letzten 6 Monate). Es gibt keine richtigen oder falschen Nennungen; wichtig ist, dass Sie die Aussagen jeweils so beurteilen, wie es für Sie selbst am ehesten zutrifft.*

3. Wie oft kommt es vor, ...

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
01 ... dass Sie einkaufen, um sich besser zu fühlen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02 ... dass Sie den unwiderstehlichen Wunsch haben, etwas zu kaufen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03 ... dass Sie Ihr Geld sofort ausgeben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04 ... dass Sie Gedanken an das Einkaufen nicht unterdrücken können?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05 ... dass es Ihnen unangenehm ist, wenn andere Sie auf Ihr Kaufverhalten ansprechen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06 ... dass Sie ein dringendes Verlangen verspüren, etwas zu kaufen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07 ... dass Sie durch Ihr Kaufverhalten unter finanziellen Problemen leiden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08 ... dass Sie ständig ans Kaufen denken müssen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09 ... dass Sie länger einkaufen als beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10 ... dass Sie unter Ihren Kaufgewohnheiten leiden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11 ... dass Sie aufgrund Ihres Kaufverhaltens Probleme in beruflichen, schulischen oder anderen Lebensbereichen haben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12 ... dass Sie mehr Dinge kaufen als Sie benötigen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13 ... dass Sie Geld fürs Einkaufen ausgeben, das eigentlich für andere Zwecke bestimmt war?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14 ... dass es Ihnen schlecht geht und sich das bessert, wenn Sie einkaufen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15 ... dass Sie Ihr Kaufverhalten vor anderen verbergen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16 ... dass Sie mehr kaufen, als Sie sich vorgenommen haben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17 ... dass die Dinge, die Sie gekauft haben, unbenutzt bleiben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18 ... dass Sie trotz finanzieller Probleme nicht aufhören können zu kaufen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19 ... dass Sie versucht haben, ihr Kaufverhalten einzuschränken und es nicht schaffen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20 ... dass Sie mit anderen Menschen aufgrund Ihrer Kaufgewohnheiten Probleme haben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21 ... dass Ihre Stimmung überschäumend ist und Sie dadurch in Schwierigkeiten geraten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22 ... dass Sie sich von Dingen nicht trennen können und dadurch Unordnung entsteht?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23 ... dass Sie etwas kaufen, um es gewinnbringend weiter zu verkaufen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Bitte geben Sie an, wie sehr die folgende Aussage auf Sie zutrifft:

	trifft sehr zu	trifft gar nicht zu
01 Wenn ich vor dem Zahltag bzw. vor Eingang meines Gehaltes/Einkommens Geld übrig habe, muss ich es einfach ausgeben.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

5. Bitte geben Sie an, wie häufig jede der folgenden Aussagen für Sie zutrifft:

	sehr oft	nie
01 Andere Menschen wären entsetzt, wenn sie über mein Kaufverhalten Bescheid wüssten.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
02 Ich habe Sachen eingekauft, obwohl ich sie mir nicht leisten konnte.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
03 Ich habe einen Scheck ausgestellt/eine ec-Karte oder Kreditkarte benutzt, obwohl ich wusste, dass nicht genug Geld auf der Bank ist, um die Zahlungen zu decken.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
04 Ich habe eingekauft, um mich besser zu fühlen.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
05 An Tagen, an denen ich nicht Einkaufen gegangen bin, habe ich mich unruhig und nervös gefühlt.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
06 Ich habe mein Konto überzogen bzw. nur den geringsten notwendigen Teil meiner Kreditkartenrechnung zurückgezahlt.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

6. Sie finden im Folgenden 20 Aussagen über Ihre Familie. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie gut die Aussage Ihre Familie beschreibt. Bitte kreuzen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Einschätzung in den entsprechenden Kästchen neben der Aussage an. Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen für jede Aussage an. Beantworten Sie jede Aussage, selbst wenn Sie sich Ihrer Einschätzung nicht völlig sicher sind.

	stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
01 In unserer Familie lebt jeder eher für sich.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
02 Eigentlich vertrauen wir einander nicht.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
03 Wenn man in unserer Familie etwas falsch macht, weiß man nicht, was man zu erwarten hat.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
04 Meine Familie könnte glücklicher sein, als sie tatsächlich ist.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
05 Wir brauchen lange, um mit schwierigen Situationen zurechtzukommen.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
06 Wir teilen einander mit, was uns gerade stört.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
07 Ich kann mir nicht vorstellen, dass irgendeine Familie besser klar kommt als unsere.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
08 Wenn wir etwas falsch machen, bekommen wir keine Gelegenheit, es zu erklären.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			

Fortsetzung Frage 6

	stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
09 Einige Dinge in unserer Familie stellen mich nicht vollständig zufrieden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10 Wenn wir uns in unserer Familie aufregen, brauchen wir zu lange, um darüber hinwegzukommen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11 Ich weiß nie, was in unserer Familie los ist.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12 Wir sind uns oft nicht einig, welche Probleme wir haben.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13 Wir sind so gut angepasst, wie eine Familie nur sein kann.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14 Wenn bei uns in der Familie Probleme auftreten, suchen wir gemeinsam nach neuen Lösungswegen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15 Ich glaube nicht, dass irgendeine Familie glücklicher als meine sein könnte.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16 In unserer Familie hat man es schwer, seinen eigenen Weg zu verfolgen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17 Wir sind eng miteinander verbunden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18 Wir nehmen uns Zeit, einander anzuhören.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19 Meine Familie und ich verstehen einander vollkommen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20 Wir teilen uns gegenseitig mit, wie es uns wirklich geht.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**Thema „Selbsttest“**

**Definition:** Bei einem „Selbsttest“ wird selbstständig und ohne die Anwesenheit von medizinischem Personal eine Körperprobe entnommen (z.B. Blut, Urin, Stuhl oder Speichel). Diese Körperprobe wird auf eine Erkrankung oder ein Erkrankungsrisiko untersucht. **Wichtig ist auch, dass ein „Selbsttest“ auf eigene Initiative – also nicht durch die Empfehlung eines Arztes – durchgeführt wird.**

Ein **Blutdruckmessgerät** ist in diesem Sinne **kein Selbsttest**, da es **keine Körperproben** verwendet.

7. Haben Sie jemals einen Selbsttest gemacht?		
Nein, davon habe ich vor dieser Befragung noch nichts gewusst .....	<input type="checkbox"/> 1	
Nein, darüber habe ich noch gar nicht nachgedacht. ....	<input type="checkbox"/> 2	weiter mit Frage 10
Nein, aber darüber habe ich schon einmal nachgedacht .....	<input type="checkbox"/> 3	
Ja .....	<input type="checkbox"/> 4	weiter mit Frage 8

8. Welchen Selbsttest haben Sie gemacht?

Sie können mehrere Angaben machen

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| Erbkrankheit(en) .....                              | <input type="checkbox"/> 1  |
| Erkrankungen der Schilddrüse .....                  | <input type="checkbox"/> 2  |
| Erkrankungen der Niere .....                        | <input type="checkbox"/> 3  |
| Prostatakrebs .....                                 | <input type="checkbox"/> 4  |
| Darmkrebs .....                                     | <input type="checkbox"/> 5  |
| Diabetes .....                                      | <input type="checkbox"/> 6  |
| Allergien .....                                     | <input type="checkbox"/> 7  |
| Laktoseintoleranz .....                             | <input type="checkbox"/> 8  |
| Glutenintoleranz .....                              | <input type="checkbox"/> 9  |
| Cholesterin/ Cholesterin .....                      | <input type="checkbox"/> 10 |
| Blutarmut .....                                     | <input type="checkbox"/> 11 |
| Blutgerinnung .....                                 | <input type="checkbox"/> 12 |
| Influenza/ Grippe .....                             | <input type="checkbox"/> 13 |
| Pfeiffer(sches) Drüsenvirus .....                   | <input type="checkbox"/> 14 |
| Hepatitis B oder C .....                            | <input type="checkbox"/> 15 |
| Helicobacter pylori .....                           | <input type="checkbox"/> 16 |
| Chlamyden .....                                     | <input type="checkbox"/> 17 |
| Syphilis .....                                      | <input type="checkbox"/> 18 |
| HIV-Infektion .....                                 | <input type="checkbox"/> 19 |
| Vaginalinfektion oder Hefepilzinfektion .....       | <input type="checkbox"/> 20 |
| Harnwegsinfektion .....                             | <input type="checkbox"/> 21 |
| Fruchtbarkeit des Mannes .....                      | <input type="checkbox"/> 22 |
| Fruchtbarkeit der Frau .....                        | <input type="checkbox"/> 23 |
| Eisprung .....                                      | <input type="checkbox"/> 24 |
| Schwangerschaft .....                               | <input type="checkbox"/> 25 |
| Verlust von Fruchtwasser .....                      | <input type="checkbox"/> 26 |
| Menopause .....                                     | <input type="checkbox"/> 27 |
| Allgemeines Testkit, nämlich: _____                 | <input type="checkbox"/> 28 |
| Testkit, für bestimmte Erkrankungen, nämlich: _____ | <input type="checkbox"/> 29 |
| Andere Tests, nämlich: _____                        | <input type="checkbox"/> 30 |

9. Wie und wo hatten Sie diese/n Selbsttest/s durchgeführt?

**Hinweis:** Machen Sie bitte für Schwangerschaftstests keine Angaben in der Tabelle.

	<i>Bitte notieren Sie die Zahl, welche Sie in Frage 8 angekreuzt haben.</i>	<i>Wie oft haben Sie den Test bisher durchgeführt?</i>	<i>Haben Sie direkt danach das Ergebnis erhalten oder musste die Probe versendet werden?</i>	<i>Wo haben Sie den Test erworben?</i>	<i>Wo haben Sie den Test durchgeführt?</i>
1. Selbsttest:	_____	_____	Ergebnis gleich erhalten <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Probe wurde versendet <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_____	_____
2. Selbsttest:	_____	_____	Ergebnis gleich erhalten <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Probe wurde versendet <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_____	_____
3. Selbsttest:	_____	_____	Ergebnis gleich erhalten <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Probe wurde versendet <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_____	_____
4. Selbsttest:	_____	_____	Ergebnis gleich erhalten <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Probe wurde versendet <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_____	_____
5. Selbsttest:	_____	_____	Ergebnis gleich erhalten <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Probe wurde versendet <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_____	_____

10. <i>Beabsichtigen Sie, Selbsttests, in Zukunft anzuwenden?</i>	definitiv nicht .....	<input type="checkbox"/> 1	weiter mit Frage 12
	wahrscheinlich nicht .....	<input type="checkbox"/> 2	
	vielleicht .....	<input type="checkbox"/> 3	
	wahrscheinlich .....	<input type="checkbox"/> 4	
	definitiv .....	<input type="checkbox"/> 5	
<hr/>			
11. <i>Welche Selbsttests würden Sie in Betracht ziehen?</i>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

Dieser Fragebogenteil besteht aus 8 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Wir sind daran interessiert zu erfahren, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse gehabt haben oder jetzt haben. **Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben.**

*Um die Fragen zu beantworten, kreuzen Sie die Prozentzahl an, die zeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer.*

16. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, dass sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen.

Wie häufig passiert Ihnen das?

<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 70%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 90%	<input type="checkbox"/> 100%
niemals										immer

17. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können.

Wie häufig passiert Ihnen das?

<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 70%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 90%	<input type="checkbox"/> 100%
niemals										immer

18. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, dass andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind.

Wie häufig passiert Ihnen das?

<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 70%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 90%	<input type="checkbox"/> 100%
niemals										immer

19. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, dass sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein.

Wie häufig passiert Ihnen das?

<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 70%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 90%	<input type="checkbox"/> 100%
niemals										immer

20. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

	stimme eher nicht zu	stimme eher zu
01 Ich halte Diät (esse wenig oder nur ausgewählte Nahrungsmittel).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02 Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen sehr schuldig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03 Wenn ich in Bewegung bin, denke ich daran, wie viele Kalorien ich dabei verbrauche.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04 Ich fühle mich unwohl, wenn ich Süßigkeiten gegessen habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05 Mein Essverhalten beschäftigt mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
06 Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
07 Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
08 Mich beherrscht das Gefühl, dass ich Fett an meinem Körper habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

21. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

	ja	nein
01 Übergeben Sie sich, wenn Sie sich unangenehm voll fühlen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02 Machen Sie sich Sorgen, weil Sie manchmal nicht mit dem Essen aufhören können?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03 Haben Sie in letzter Zeit mehr als 6kg in 3 Monaten abgenommen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04 Finden Sie sich zu dick, während andere Sie zu dünn finden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05 Würden Sie sagen, dass Essen Ihr Leben sehr beeinflusst?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

22. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
01 Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02 Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen und ich habe ständig Angst, Gewicht zuzunehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03 Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

23. Wie groß sind Sie?  
(Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)

	cm
--	----

24. Wie viel wiegen Sie derzeit?  
(Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)

	kg
--	----

25. Haben Sie jemals Hilfe gesucht wegen Verdacht auf eine Essstörung (z.B. Magersucht, Ess-Brech-Sucht, Essattacken)?

ja .....  1

nein .....  2

26. Wurde bei Ihnen jemals eine Essstörung diagnostiziert?

ja  1

weiter mit Frage 27

nein  2

weiter mit Frage 29

27. Welche Essstörung wurde diagnostiziert?

Magersucht .....  1

Ess-Brech-Sucht .....  2

Essattacken .....  3

nicht näher bezeichnet .....  4

28. In welchem Alter wurde die Diagnose gestellt?

Ich war ... 

--

 Jahre

## **Thema Internet**

29. An wie vielen Tagen in der Woche nutzen Sie das Internet durchschnittlich? Bitte denken Sie hierbei auch an die Nutzung des Internets an Ihrem Arbeitsplatz oder auf Ihrem internetfähigen Handy.

nutze das Internet nie .....	<input type="checkbox"/> 0	weiter mit Frage 46
1 Tag .....	<input type="checkbox"/> 1	
2 Tage .....	<input type="checkbox"/> 2	
3 Tage .....	<input type="checkbox"/> 3	
4 Tage .....	<input type="checkbox"/> 4	
5 Tage .....	<input type="checkbox"/> 5	
6 Tage .....	<input type="checkbox"/> 6	
7 Tage .....	<input type="checkbox"/> 7	

30. An wie vielen Tagen pro Woche nutzen Sie <b>mobiles</b> Internet per internetfähigem Handy bzw. Smartphone oder Tablet-PC?	nutze mobiles Internet nie .....	<input type="checkbox"/> 0
	1 Tag .....	<input type="checkbox"/> 1
	2 Tage .....	<input type="checkbox"/> 2
	3 Tage .....	<input type="checkbox"/> 3
	4 Tage .....	<input type="checkbox"/> 4
	5 Tage .....	<input type="checkbox"/> 5
	6 Tage .....	<input type="checkbox"/> 6
	7 Tage .....	<input type="checkbox"/> 7

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie lange Sie das Internet **aktiv nutzen**. Aktive Nutzung bezeichnet die Zeit, in der Sie wirklich aktiv auf Internetinhalte zugreifen und sich nicht mit anderen Dingen beschäftigen (z.B. ein Buch lesen während ein Internetradio spielt).

31. Wie lange nutzen Sie das Internet **insgesamt** durchschnittlich pro Tag? Bitte denken Sie hierbei sowohl an Ihre private Nutzung als auch an die Nutzung des Internets an Ihrem Arbeitsplatz oder auf Ihrem internetfähigen Handy.

	< 1h	1-2h	2-3h	3-4h	4-6h	6-8h	> 8h
01 an Werktagen (Mo-Fr.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
02 am Wochenende (Sa. und So.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

## NUR BEI NUTZUNG VON MOBILEM INTERNET:

32. Wie lange nutzen Sie **mobiles** Internet per internetfähigem Handy bzw. Smartphone oder Tablet-PC durchschnittlich pro Tag?

	< 1h	1-2h	2-3h	3-4h	4-6h	6-8h	> 8h
01 an Werktagen (Mo-Fr.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
02 am Wochenende (Sa. und So.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

## ALLE INTERNETNUTZER:

33. Wie viele Stunden sind Sie durchschnittlich **in Ihrer Freizeit** online?

	< 1h	1-2h	2-3h	3-4h	4-6h	6-8h	> 8h
01 an Werktagen (Mo-Fr.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
02 am Wochenende (Sa. und So.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

34. Wie oft nutzen Sie die folgenden Onlineangebote für private Zwecke?

	nie	selten	oft	sehr oft	bevorzugt
01 Onlinespiele (z.B. Rollenspiele, Ego-Shooter usw.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1
02 Einkaufen (z.B. ebay, amazon)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2
03 Chatten / Austausch in Foren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
04 Emails schreiben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
05 Online-Erotikangebote (z.B. erotische Bilder)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
06 Online-Glücksspiele (z.B. Poker, Casinos, Wetten)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
07 Online-Communities (z.B. Facebook, SchülerVZ)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 7
08 Informationsrecherche (z.B. wikipedia)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8
09 Video- oder Streamingportale (z.B. youtube)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
10 andere Internetspiele (z.B. Browergames, Fun Games)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 10
11 andere, nämlich: _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 11

35. Bitte überlegen Sie kurz, welches Internetangebot Sie bevorzugt bzw. am intensivsten nutzen und markieren Sie Ihre Antwort in der Spalte ganz rechts: \_\_\_\_\_  
 (versuchen Sie, wenn möglich, bitte nur **ein einziges** Internetangebot zu benennen)



36. Wenn Sie Ihre Internetnutzung im Ganzen betrachten, nutzen Sie das Internet dann eher beruflich oder eher zu privaten Zwecken?	1 - rein beruflich .....	<input type="checkbox"/> 1
	2 .....	<input type="checkbox"/> 2
	3 .....	<input type="checkbox"/> 3
	4 - zu gleichen teilen beruflich und privat .....	<input type="checkbox"/> 4
	5 .....	<input type="checkbox"/> 5
	6 .....	<input type="checkbox"/> 6
	7 - rein privat .....	<input type="checkbox"/> 7

Wir würden Ihnen nun gerne einige Fragen zu der Menge verschiedener Kommunikationsinhalte stellen, die Sie typischer Weise an einem gewöhnlichen Werktag über das Internet erhalten.

37. Wie viele der nachfolgenden Kommunikationsinhalte **erhalten Sie an einem typischen Werktag?**

	0	1-2	3-5	6-10	11-20	21-50	51-100	> 100
01 Berufliche E-Mails während der Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
02 Berufliche E-Mails außerhalb der Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
03 Private E-Mails	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
04 Nachrichten von Sozialen Netzwerkplattformen wie Facebook oder Xing	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

Nun soll es darum gehen, wie häufig Sie selber Kommunikationsinhalte über das Internet versenden.

38. Wie viele der nachfolgenden Kommunikationsinhalte **versenden Sie an einem typischen Werktag?**

	0	1-2	3-5	6-10	11-20	21-50	51-100	> 100
01 Berufliche E-Mails während der Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
02 Berufliche E-Mails außerhalb der Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
03 Private E-Mails	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
04 Nachrichten von Sozialen Netzwerkplattformen wie Facebook oder Xing	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

39. Wie häufig verspüren Sie an einem typischen Werktag das Bedürfnis, sich zu vergewissern, ob Sie einen der folgenden Kommunikationsinhalte erhalten haben. Bitte denken Sie hierbei auch an das Abrufen von Nachrichten an Ihrem Arbeitsplatz oder auf Ihrem internetfähigen Handy.

	nie	ständig			
		0	1	2	3
01 Berufliche E-Mails während der Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
02 Berufliche E-Mails außerhalb der Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
03 Private E-Mails	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
04 Nachrichten von Sozialen Netzwerkplattformen wie Facebook oder Xing	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

#### NUR BEI NUTZUNG VON MOBILEM INTERNET:

40. Viele mobile Internet-Dienste bieten die Möglichkeit, E-Mails, Nachrichten von Sozialen Netzwerkplattformen oder andere Kommunikationsinhalte, z.B. Nachrichten via „WhatsApp“, direkt auf das Smartphone weiterzuleiten.

Wie viele solcher Nachrichten werden Ihnen an einem typischen Werktag insgesamt **auf Ihr Smartphone** weitergeleitet?

0	1-2	3-5	6-10	11-20	21-50	51-100	> 100
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

#### ALLE INTERNETNUTZER:

Nun soll es um Situationen gehen, in den Sie das Internet nutzen und **gleichzeitig** noch anderen Tätigkeiten nachgehen.

41. Wie häufig nutzen Sie das Internet, während Sie gleichzeitig ...

	nie	sehr häufig			
		0	1	2	3
01 ... andere Medien nutzen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
02 ... mit anderen anwesenden Personen ein persönliches Gespräch führen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
03 ... mit anderen Personen eine Mahlzeit einnehmen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
04 ... etwas mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin unternehmen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
05 ... etwas mit Freunden oder Bekannten unternehmen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

42. Das Internet und neue mobile Kommunikationsdienste führen dazu, dass wir immer häufiger und in immer mehr Situationen für andere erreichbar sind. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft voll und ganz zu				
		1	2	3	4	5
01 Mein berufliches Umfeld findet es wichtig, dass ich ständig erreichbar bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
02 Mein privates soziales Umfeld findet es wichtig, dass ich ständig erreichbar bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
03 Die Leute aus meinem Berufsleben, die mir wichtig sind, finden es gut, wenn ich ständig erreichbar bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
04 Die Leute aus meinem Privatleben, die mir wichtig sind, finden es gut, wenn ich ständig erreichbar bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
05 Im Kreis meiner Kollegen und beruflichen Kontakte wird erwartet, dass ich ständig erreichbar bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
06 In meinem Freundes- und Bekanntenkreis wird erwartet, dass ich ständig erreichbar bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
07 In meinem Berufsleben empfinde ich eine soziale Verpflichtung, ständig erreichbar zu sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
08 In meinem Privatleben empfinde ich eine soziale Verpflichtung, ständig erreichbar zu sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

Inwiefern treffen die nachfolgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

43. Wenn ich seltener im Internet wäre, würde ich befürchten, ...

	trifft überhaupt nicht zu	trifft voll und ganz zu				
		1	2	3	4	5
01 ... etwas Wichtiges zu verpassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
02 ... den Anschluss an meine Freunde und Bekannte zu verlieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
03 ... nicht mehr mitreden zu können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

44. Durch unsere Online-Nutzung kann es zu Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen kommen. Wie häufig nehmen Sie persönlich wahr, dass Ihre Internetnutzung für die folgenden Lebensbereiche eine Belastung darstellt?

	nie	sehr häufig				
		0	1	2	3	4
01 Für Ihr privates Umfeld (Partnerin/Partner, Freunde und Bekannte)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
02 Für Ihr persönliches Wohlbefinden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
03 Für Ihre Arbeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	

45. Ich nutze das Internet ...

	nie	selten	oft	sehr oft
01 ... zum Kommunizieren (zum Beispiel E-Mail).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02 ... zur Unterhaltung (zum Beispiel Filme anschauen, Musik hören).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03 ... einfach so zum Rumsurfen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04 ... zum Lernen und Weiterbilden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**AN ALLE BEFRAGTEN:**

46. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zum Internet. Bitte geben Sie jeweils an, inwiefern Sie persönlich diesen Aussagen zustimmen.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft voll und ganz zu				
		1	2	3	4	5
01 Ohne Computer kann man heute in keinem Beruf mehr bestehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
02 Digitale Medien dringen zu sehr in meinen Lebensbereich ein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
03 Für die Zukunft unserer Kinder ist der Computer wichtig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
04 Der Computer ist vielfach überflüssig und ihm wird zu viel Bedeutung gegeben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
05 Der Computer ist zwar wichtig, aber es gibt noch viele andere wichtige Dinge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
06 Kinder können mit Computer und Internet gut lernen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
07 Computer und Internet lenken von anderen wichtigen Dingen im Leben ab	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
08 Kinder sollten schon früh Zugang zu den digitalen Medien bekommen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
09 Der Schutz von persönlichen Daten spielt für mich bei der Nutzung digitaler Medien eine große Rolle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
10 Im Bildungssystem sollten schon früh digitale Medien für die Berufsfähigkeit eingesetzt werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
11 Eine Welt ohne digitale Medien kann ich mir kaum vorstellen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
12 Die Nutzung von digitalen Medien ist für Kinder jüngerer Alters eher schädlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
13 Ich fühle mich ausreichend kompetent, um mit dem Computer umgehen zu können	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
14 Für meine eigene berufliche Fortbildung nutze ich digitale Medien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
15 Die Möglichkeiten des Internets kann ich alle sehr gut nutzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
16 Ich kenne mich mit dem Computer sehr gut aus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

47. Wie lange nutzen Sie die folgenden Medien im Durchschnitt pro Tag?

	< 1 h	1-2h	2-3h	3-4h	4-6h	6-8h	> 8h
01 Fernsehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
02 Radio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

48. Wie lange nutzen Sie das folgende Medium im Durchschnitt pro Tag?

	< 5 Min.	5-10 Min.	10-20 Min.	20-30 Min.	30-60 Min.	> 60 Min.
01 Tageszeitung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

49. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Zustimmung am besten entspricht.

	nie	fast nie	manchmal	ziemlich oft	sehr oft
01 Wie oft wurden Sie im letzten Monat von unerwarteten Ereignissen überrascht?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
02 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass es Ihnen nicht möglich ist, wichtige Dinge in Ihrem Leben zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
03 Wie oft haben Sie sich im letzten Monat nervös oder „gestresst“ gefühlt?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
04 Wie oft haben Sie sich im letzten Monat zuversichtlich gefühlt, dass Sie in der Lage sind, persönliche Probleme zu regeln?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
05 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass die Dinge in Ihrem Leben genauso laufen, wie sie es sollten?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
06 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass Sie mit anfallenden Aufgaben nicht zu Rande kommen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
07 Wie oft waren Sie in der Lage mit Widrigkeiten des Lebens kontrolliert umzugehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
08 Wie oft fühlten Sie sich als Herr der Lage?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
09 Wie oft haben Sie sich über Dinge geärgert, die außerhalb Ihrer Kontrolle lagen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass sich Schwierigkeiten so sehr auftürmten, dass sie Ihnen über den Kopf wachsen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

## NUR FÜR BERUFSTÄTIGE UND STUDIERENDE:

50. Bitte geben Sie an, inwiefern die nachfolgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

	stimmt gar nicht							stimmt genau
		1	2	3	4	5	6	
01	Ich bin zufrieden mit meiner Balance zwischen Arbeit und Privatleben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
02	Es fällt mir schwer, Berufs- und Privatleben miteinander zu vereinbaren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
03	Ich kann die Anforderungen aus meinem Privatleben und die Anforderungen aus meinem Berufsleben gleichermaßen gut erfüllen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
04	Es gelingt mir einen guten Ausgleich zwischen belastenden und erholsamen Tätigkeiten in meinem Leben zu erreichen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
05	Ich bin damit zufrieden, wie meine Prioritäten in Bezug auf den Beruf und das Privatleben verteilt sind.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	

## AN ALLE BEFRAGTEN:

51. Bitte geben Sie an, inwiefern die nachfolgenden Aussagen in Bezug auf Ihr Leben im Allgemeinen zutreffen.

	trifft über- haupt nicht zu							trifft voll und ganz zu
		1	2	3	4	5	6	
01	Ich habe den Eindruck, selbst entscheiden zu können, wie ich mein Leben lebe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
02	Ich fühle mich oft nicht sehr kompetent.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
03	Ich bleibe die meiste Zeit eher für mich und habe nicht sehr viele soziale Kontakte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
04	Alles in allem fühle ich mich frei, meine Ideen und Ansichten zu äußern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
05	In meinem Leben habe ich selten die Gelegenheit zu zeigen, wie fähig ich bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
06	Ich bin den Menschen in meinem Umfeld wichtig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
07	Im Alltag habe ich meistens den Eindruck, so sein zu können, wie ich wirklich bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
08	Ich fühle mich oft nicht sehr fähig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
09	Es gibt viele Personen, die mir nahestehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

## NUR FÜR INTERNETNUTZER:

52. *Im Folgenden finden Sie einige Fragen dazu, wie Sie im Allgemeinen mit dem Internet umgehen. Diese Fragen beziehen sich auf die aktive Nutzung des Internets in Ihrer Freizeit, und nicht etwa auf eine mögliche Nutzung des Internets aus rein beruflichen Gründen.*

	gar nicht				sehr stark
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
01 Wie stark ist Ihr durchschnittliches Verlangen nach Onlineaktivitäten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
02 Haben Sie bemerkt, dass Sie immer häufiger oder länger online sein müssen, um sich wieder gut oder entspannt zu fühlen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
03 Fühlen Sie sich schlecht (nervös, gereizt, unausgeglichen), wenn Sie nicht online sein können?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
04 Sind aufgrund Ihres Onlineverhaltens negative Folgen oder Probleme in anderen Lebensbereichen aufgetreten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
05 Wie häufig sind Sie online, obwohl Sie sich vorgenommen hatten, nicht online zu sein oder waren Sie häufiger bzw. länger online, als Sie eigentlich beabsichtigt hatten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	

## AN ALLE BEFRAGTEN:

53. *Bitte entscheiden Sie für jede Aussage, wie typisch oder untypisch das geschilderte Verhalten für Sie ist.*

	sehr untypisch	eher untypisch	eher typisch	sehr typisch
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
01 Ich ertappe mich häufig dabei, Aufgaben zu erledigen, die ich eigentlich schon vor Tagen tun wollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
02 Ich erledige Aufgaben immer erst kurz vor dem Abgabetermin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
03 Selbst kleine Sachen, bei denen man sich nur hinsetzen und sie erledigen müsste, bleiben häufig für Tage liegen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
04 Bei der Vorbereitung auf einen Abgabetermin vergeude ich häufig meine Zeit mit anderen Dingen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
05 Normalerweise fange ich mit einer Arbeitsaufgabe gleich an, wenn ich sie bekommen habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
06 Ich bin häufig mit Aufgaben früher fertig als nötig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
07 Normalerweise erledige ich am Tag alle Dinge, die ich geplant hatte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
08 Ich sage dauernd: „Das mache ich morgen“.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
09 Im Allgemeinen erledige ich alles, was ich machen wollte, bevor ich mich am Abend hinsetze und mich ausruhe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

54. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Zustimmung am besten entspricht.

	nie/ fast nie	selten	manch- mal	oft	immer
01 Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02 Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03 Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04 Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr.“?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05 Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06 Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

55. Bitte kreuzen Sie nun an, wie **zufrieden** Sie in den einzelnen Lebensbereichen sind.

Wie zufrieden sind Sie mit ...	un- zufrieden	eher un- zufrieden	eher zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
01 Freunden / Bekannten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02 Freizeitgestaltung / Hobbys	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03 Gesundheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04 Einkommen / finanzieller Sicherheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05 Beruf / Arbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06 Wohnsituation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07 Familienleben / Kindern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08 Partnerschaft / Sexualität	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

56. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04 Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
05 Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

57. Wie oft haben Sie das Gefühl ...

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
01 ... „dass Ihnen die Gesellschaft anderer fehlt?“	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
02 ... „außen vor zu sein?“	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
03 ... „dass Sie sozial isoliert sind?“	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

58. Viele Menschen versuchen, nach bestimmten selbst gesteckten Grundsätzen zu leben und das eigene Verhalten danach zu steuern.

Man sollte eher locker leben. ....  1

Man sollte sich bemühen, sich an Grundsätze zu halten. ....  2

Was ist Ihre Meinung: Sollte man es mit Grundsätzen nicht immer so ernst nehmen, also eher locker leben?  
Oder sollte man sich bemühen, sich bei der Lebensführung an bestimmte eigene Grundsätze zu halten?

59. Wie gut gelingt es Ihnen im Alltag, kurzfristigen Verlockungen zu widerstehen und ihren längerfristigen guten Vorsätzen treu zu bleiben?

gar nicht .....  0

nur wenig .....  1

wechselnd, mal so mal so .....  2

meistens .....  3

immer .....  4

60. Was sind die Gründe, die Sie davon abhalten, im Alltag das zu tun, was Sie für sich selbst eigentlich für richtig halten? Bitte geben Sie für jeden der nachfolgend genannten Gründe an, ob dieser sie „niemals“, „manchmal“ oder „oft“ davon abhält.

	niemals	manchmal	oft
01 Das Verlangen etwas zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02 Der Wunsch ins Internet zu gehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03 Der Wunsch nach Süßigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04 Der Wunsch aufs Handy zu schauen oder zu telefonieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05 Das Verlangen etwas Alkoholisches zu trinken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
06 Der Wunsch Fernzusehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
07 Der Wunsch, etwas zu tun was andere Menschen gerade von mir erwarten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
08 Der Wunsch zu rauchen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

61. Kreuzen Sie bitte bei den folgenden Aussagen an, inwieweit Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.

	lehne völlig ab	lehne über- wiegend ab	stimme teils zu, teils nicht zu	stimme über- wiegend zu	stimme voll und ganz zu
01 Im nationalen Interesse ist unter bestimmten Umständen eine Diktatur die bessere Staatsform.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02 Ohne Judenvernichtung würde man Hitler heute als großen Staatsmann ansehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03 Was Deutschland jetzt braucht, ist eine einzige starke Partei, die die Volksgemeinschaft insgesamt verkörpert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04 Wir sollten einen Führer haben, der Deutschland zum Wohle aller mit starker Hand regiert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05 Wie in der Natur sollte sich in der Gesellschaft immer der Stärkere durchsetzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06 Die Ausländer kommen nur hierher, um unseren Sozialstaat auszunutzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07 Auch heute noch ist der Einfluss der Juden zu groß.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08 Wir sollten endlich wieder Mut zu einem starken Nationalgefühl haben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09 Eigentlich sind die Deutschen anderen Völkern von Natur aus überlegen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10 Wenn Arbeitsplätze knapp werden, sollte man die Ausländer wieder in ihre Heimat zurückschicken.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11 Die Verbrechen des Nationalsozialismus sind in der Geschichtsschreibung weit übertrieben worden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12 Was unser Land heute braucht, ist ein hartes und energisches Durchsetzen deutscher Interessen gegenüber dem Ausland.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13 Die Juden arbeiten mehr als andere Menschen mit üblen Tricks, um das zu erreichen, was sie wollen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14 Das oberste Ziel der deutschen Politik sollte es sein, Deutschland die Macht und Geltung zu verschaffen, die ihm zusteht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15 Es gibt wertvolles und unwertes Leben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16 Die Bundesrepublik ist durch die vielen Ausländer in einem gefährlichen Maß überfremdet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17 Die Juden haben einfach etwas Besonderes und Eigentümliches an sich und passen nicht so recht zu uns.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18 Der Nationalsozialismus hatte auch seine guten Seiten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

62. Ist die Mitgliedschaft Deutschlands in der Europäischen Union Ihrer Meinung nach	eine gute Sache .....	<input type="checkbox"/> 1
	weder gut noch schlecht .....	<input type="checkbox"/> 2
	eine schlechte Sache .....	<input type="checkbox"/> 3
	weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 4

63. Hat Ihrer Meinung nach Deutschland insgesamt gesehen durch die Mitgliedschaft in der Europäischen Union Vorteile, oder ist das nicht der Fall?	Vorteile .....	<input type="checkbox"/> 1
	ist nicht der Fall .....	<input type="checkbox"/> 2
	weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 3

64. Ganz allgemein gesprochen, ruft die EU bei Ihnen ein sehr positives, ziemlich positives, weder positives noch negatives, ziemlich negatives oder sehr negatives Bild hervor?	sehr positiv .....	<input type="checkbox"/> 1
	ziemlich positiv .....	<input type="checkbox"/> 2
	weder positiv noch negativ .....	<input type="checkbox"/> 3
	ziemlich negativ .....	<input type="checkbox"/> 4
	sehr negativ .....	<input type="checkbox"/> 5
	weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 6

65. Wie beurteilen Sie die folgenden Meinungen, die man immer wieder hört.  
Sagen Sie mir bitte jeweils, ob Sie der Meinung voll und ganz oder überhaupt nicht zustimmen.

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
01 Durch die vielen Muslime hier fühle ich mich manchmal wie ein Fremder im eigenen Land.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
02 Muslimen sollte die Zuwanderung nach Deutschland untersagt werden.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
03 Bei der Prüfung von Asylanträgen sollte der Staat großzügig sein.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
04 Die meisten Asylbewerber befürchten nicht wirklich, in ihrem Heimatland verfolgt zu werden.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
05 Ich hätte Probleme damit, wenn sich Sinti und Roma in meiner Gegend aufhalten.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
06 Sinti und Roma sollten aus den Innenstädten entfernt werden.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
07 Sinti und Roma neigen zur Kriminalität.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

<p>66. In der folgenden Frage geht es nicht um tatsächlich bestehende Demokratien, sondern um die Idee der Demokratie. Was würden Sie, im Vergleich zu anderen Staats-Ideen, zu der Idee der Demokratie sagen? Nehmen Sie dazu bitte die folgende Skala.</p> <p>Sind Sie ...</p>	<p>sehr dafür, ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>ziemlich dafür, ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>etwas dafür, ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>etwas dagegen, ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>ziemlich dagegen oder ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>sehr dagegen? ..... <input type="checkbox"/> 6</p>
--	---

67. Nun geht es um die Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was für Sie zutrifft	<i>Ich bin damit ....:</i>			
	sehr unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	sehr zufrieden
01 Was würden Sie allgemein zur Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland, also zu unserem ganzen politischen System sagen, so wie es in der Verfassung festgelegt ist?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
02 Und was würden Sie allgemein zur Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland, also zu unserem ganzen politischen System sagen, so wie es tatsächlich funktioniert?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

68. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen!

	stimme der Aus- sage voll und ganz zu						
	lehne die Aus- sage voll und ganz ab	1	2	3	4	5	6
01 Zu den wichtigsten Eigenschaften, die jemand haben kann, gehört unbedingter Gehorsam der Autorität gegenüber.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
02 Die derzeitige Kriminalität und die sexuelle Unmoral lassen es unumgänglich erscheinen, mit gewissen Leuten härter zu verfahren, wenn wir unsere moralischen Prinzipien wahren wollen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
03 Wir sollten dankbar sein für führende Köpfe, die uns sagen können, was wir tun sollen und wie.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
04 Im Allgemeinen ist es einem Kind im späteren Leben nützlich, wenn es gezwungen wird, sich den Vorstellungen der Eltern anzupassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

## ALLE ABSCHLIESSENDEN FRAGEN NUR AN BEFRAGTE AB 18 JAHRE:

*Bitte lesen Sie sich jede der folgenden Aussagegruppen sorgfältig durch. Kreuzen Sie für jede Gruppe jeweils die Aussage an, die am besten beschreibt, wie Sie sich während der **letzten Woche (heute mit eingeschlossen)** gefühlt haben. Versichern Sie sich, dass Sie alle Aussagen einer Gruppe gelesen haben, bevor Sie sich für eine Aussage entscheiden.*

69.	Ich habe einen mäßigen bis starken Wunsch zu leben. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich habe einen schwachen Wunsch zu leben. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich habe keinen Wunsch zu leben. ....	<input type="checkbox"/> 2
70.	Ich habe keinen Wunsch zu sterben. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich habe einen schwachen Wunsch zu sterben. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich habe einen mäßigen bis starken Wunsch zu sterben. ....	<input type="checkbox"/> 2
71.	Meine Gründe zu leben überwiegen meine Gründe zu sterben. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Meine Gründe zu leben oder zu sterben sind in etwa gleich. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Meine Gründe zu sterben überwiegen meine Gründe zu leben. ....	<input type="checkbox"/> 2
72.	Ich habe nicht den Wunsch, mich umzubringen. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich habe den schwachen Wunsch, mich umzubringen. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich habe den mäßigen bis starken Wunsch, mich umzubringen. ....	<input type="checkbox"/> 2
73.	Ich würde versuchen, mein Leben zu retten, wenn ich mich in einer lebensbedrohlichen Situation wiederfinden würde. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich würde es darauf ankommen lassen, weiter zu leben oder zu sterben, wenn ich mich in einer lebensbedrohlichen Situation wiederfinden würde. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich würde keine notwendigen Schritte einleiten, um den Tod zu vermeiden, wenn ich mich in einer lebensbedrohlichen Situation wiederfinden würde. ....	<input type="checkbox"/> 2

**Falls Sie sowohl bei Aussagegruppe 72 als auch bei Aussagegruppe 73 die „0“ angekreuzt haben, fahren Sie bitte mit Aussagegruppe 88 fort.**  
**Sollten Sie jedoch bei einer der beiden Aussagegruppen eine „1“ oder „2“ angekreuzt haben, dann fahren Sie bitte mit Aussagegruppe 74 fort.**

74.	Ich habe kurze Phasen, in denen ich darüber nachdenke, mich umzubringen. Diese gehen schnell vorüber. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich habe Phasen, in denen ich darüber nachdenke, mich umzubringen. Diese dauern einige Zeit an. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich habe lange Phasen, in denen ich darüber nachdenke, mich umzubringen. ....	<input type="checkbox"/> 2
75.	Ich denke kaum oder nur gelegentlich daran, mich umzubringen. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich denke häufig daran, mich umzubringen. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich denke dauernd daran, mich umzubringen. ....	<input type="checkbox"/> 2
76.	Ich akzeptiere die Vorstellung, mich umzubringen, nicht. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Weder akzeptiere ich die Vorstellung, mich umzubringen, noch lehne ich sie ab. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich akzeptiere die Vorstellung, mich umzubringen. ....	<input type="checkbox"/> 2

77.	Ich kann mich davon abhalten, Selbstmord zu begehen. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich bin nicht sicher, dass ich mich davon abhalten kann, Selbstmord zu begehen. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich kann mich nicht davon abhalten, Selbstmord zu begehen. ....	<input type="checkbox"/> 2
78.	Meine Familie, Freunde, Religion, die Möglichkeit einer Verletzung durch einen gescheiterten Selbstmordversuch etc. sind Gründe, warum ich mich nicht umbringen würde. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Meine Familie, Freunde, Religion, die Möglichkeit einer Verletzung durch einen gescheiterten Selbstmordversuch etc. sind Gründe, warum ich mich womöglich nicht umbringen würde. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Meine Familie, Freunde, Religion, die Möglichkeit einer Verletzung durch einen gescheiterten Selbstmordversuch etc. sind keine oder nur geringe Gründe, mich nicht umzubringen. ....	<input type="checkbox"/> 2
79.	Meine Gründe dafür, Selbstmord begehen zu wollen, zielen hauptsächlich darauf ab, andere Personen zu beeinflussen, zum Beispiel um mit Personen abzurechnen, Personen glücklicher zu machen, Personen auf mich aufmerksam zu machen, etc. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Meine Gründe dafür, Selbstmord begehen zu wollen, zielen nicht nur darauf ab, andere Personen zu beeinflussen, sondern stellen auch einen Weg dar, meine Probleme zu lösen. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Meine Gründe dafür, Selbstmord begehen zu wollen, liegen hauptsächlich darin, meinen Problemen zu entkommen. ....	<input type="checkbox"/> 2
80.	Ich habe keinen konkreten Plan, wie ich mich umbringe. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich habe mir verschiedene Wege überlegt, mich umzubringen, aber die Details noch nicht ausgearbeitet. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich habe einen konkreten Plan, wie ich mich umbringe. ....	<input type="checkbox"/> 2
81.	Ich habe keinen Zugang zu einer Methode oder einer Möglichkeit, Selbstmord zu begehen. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Die Methode, die ich für einen Selbstmord verwenden würde, braucht Zeit und es bietet sich mir wirklich keine gute Gelegenheit, diese Methode anzuwenden. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich habe Zugang oder erwarte, Zugang zu der Methode zu haben, die ich für einen Selbstmord wählen würde und ich habe die Möglichkeit oder sollte sie haben, die Methode anzuwenden. ....	<input type="checkbox"/> 2
82.	Ich habe nicht den Mut oder die Fähigkeit, Selbstmord zu begehen. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich bin mir unsicher, ob ich den Mut oder die Fähigkeit habe, Selbstmord zu begehen. ..	<input type="checkbox"/> 1
	Ich habe den Mut und die Fähigkeit, Selbstmord zu begehen. ....	<input type="checkbox"/> 2
83.	Ich gehe nicht davon aus, einen Selbstmordversuch zu begehen. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich bin mir unsicher, ob ich einen Selbstmordversuch begehen sollte. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich bin mir sicher, dass ich einen Selbstmordversuch begehen sollte. ....	<input type="checkbox"/> 2
84.	Ich habe keine Vorbereitungen getroffen, Selbstmord zu begehen. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich habe einige Vorbereitungen getroffen, Selbstmord zu begehen. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich habe meine Vorbereitungen, Selbstmord zu begehen, so gut wie abgeschlossen oder vollendet. ....	<input type="checkbox"/> 2
85.	Ich habe keinen Abschiedsbrief geschrieben. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich habe darüber nachgedacht, einen Abschiedsbrief zu schreiben oder habe angefangen, einen zu schreiben, aber nicht beendet. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich habe einen Abschiedsbrief geschrieben. ....	<input type="checkbox"/> 2

86.	Ich habe keine Vorkehrungen dafür getroffen, was passieren wird, nachdem ich Selbstmord begangen habe. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich habe darüber nachgedacht, einige Vorkehrungen dafür zu treffen, was passieren wird, nachdem ich Selbstmord begangen habe. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich habe eindeutige Vorkehrungen dafür getroffen, was passieren wird, nachdem ich Selbstmord begangen habe. ....	<input type="checkbox"/> 2
87.	Ich habe meinen Wunsch, mich umzubringen, nicht vor Leuten verborgen. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich habe mich zurückgehalten, Leuten davon zu erzählen, dass ich mich umbringen möchte. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich habe versucht, es zu verbergen, zu verheimlichen oder diesbezüglich zu lügen, dass ich Selbstmord begehen möchte. ....	<input type="checkbox"/> 2
88.	Ich habe noch nie einen Selbstmordversuch unternommen. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Ich habe einmal einen Selbstmordversuch unternommen. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Ich habe zweimal oder öfter einen Selbstmordversuch unternommen. ....	<input type="checkbox"/> 2

**Falls Sie bei Aussagegruppe 88 die „0“ angekreuzt haben, fahren Sie bitte mit Frage 90 fort, ansonsten fahren Sie mit Aussagegruppe 89 fort.**

89.	Mein Wunsch zu sterben war während meines letzten Selbstmordversuchs gering. ....	<input type="checkbox"/> 0
	Mein Wunsch zu sterben war während meines letzten Selbstmordversuchs mäßig. ....	<input type="checkbox"/> 1
	Mein Wunsch zu sterben war während meines letzten Selbstmordversuchs hoch. ....	<input type="checkbox"/> 2

90. Im Folgenden sind 20 Aussagen aufgeführt. Lesen Sie sich diese Aussagen bitte gründlich und einzeln durch. Falls die jeweilige Aussage Ihre Einstellung der **letzten Woche (heute eingeschlossen)** beschreibt, dann kreuzen Sie bitte „Wahr“ an. Sollte die jeweilige Aussage nicht Ihrer Einstellung entsprechen, so kreuzen Sie bitte „Falsch“ an. **Bitte denken Sie daran, sich jede Aussage gründlich durchzulesen.**

	wahr	falsch
01 Ich sehe der Zukunft mit Hoffnung und Enthusiasmus entgegen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02 Ich könnte genauso gut aufgeben, denn es gibt Nichts, das ich tun kann, um meine Situation zu verbessern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03 Wenn die Dinge schlecht laufen, hilft es mir zu wissen, dass es nicht immer so sein wird.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04 Ich kann mir nicht vorstellen, wie mein Leben in 10 Jahren aussehen könnte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05 Ich habe genug Zeit, die Dinge zu erreichen, die ich mir vorgenommen habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
06 Für die Zukunft gehe ich davon aus, in den Anliegen, die mir wichtig sind, erfolgreich zu sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
07 Meine Zukunft erscheint mir düster.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
08 Da ich nun mal besonders viel Glück habe, erwarte ich, dass mir im Leben mehr gute Dinge widerfahren als dem Durchschnittsmenschen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
09 Mir bieten sich einfach keine guten Gelegenheiten, und es gibt keinen Grund, warum sich das in Zukunft ändern sollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Fortsetzung Frage 90

	wahr	falsch
10 Meine bisherigen Erfahrungen haben mich gut auf die Zukunft vorbereitet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11 Alles was ich vor mir sehe, sind eher Unannehmlichkeiten als Annehmlichkeiten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12 Ich erwarte nicht, zu bekommen, was ich wirklich will.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13 Wenn ich in die Zukunft blicke, erwarte ich glücklicher zu sein, als ich es jetzt bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14 Die Dinge entwickeln sich einfach nicht so, wie ich es mir wünsche.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15 Ich habe großen Glauben an die Zukunft.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16 Ich bekomme nie was ich will, es wäre also töricht, überhaupt etwas zu wollen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17 Es ist äußerst unwahrscheinlich, dass ich in der Zukunft mal wirklich Zufriedenheit erlangen werde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18 Die Zukunft erscheint mir vage und unsicher.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19 Ich kann mehr guten als schlechten Zeiten entgegensehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20 Es bringt eigentlich nichts, zu versuchen, etwas das ich will, zu bekommen. Ich werde es wahrscheinlich doch nicht erhalten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Interview.**

**Bitte geben Sie den Fragebogen an den/die Interviewer/in zurück oder stecken Sie den Fragebogen in den Umschlag, den Ihnen der Interviewer/in gern zur Verfügung stellt! Der Umschlag wird erst vom Institut geöffnet!**

**REP 23**

**Leitung:** Prof. Dr. E. Brähler (Prof. Dr. A. Mehnert, PD Dr. Paul Plener, Prof. Dr. A. Kersting, Dipl.-Psych. M. Aichberger)

**Untersuchungszeitraum:** Mai/ Juni 2015 (2513 Probanden, 14-94 Jahre)

<b>Beteiligte Mitarbeiter:</b> Dipl.-Math. G. Schmutzner	<b>Kooperationspartner:</b> Prof. Dr. M. de Zwaan (Medizinische Hochschule Hannover) Prof. Dr. N. Kapusta (Uniklinik Wien) Prof. Dr. U. Gieler (Universität Gießen) Prof. Dr. A. Kersting (Universität Leipzig) Prof. Dr. A. Hinz (Universitätsklinikum Leipzig) Prof. Dr. A. Mehnert (Universitätsklinikum Leipzig) Prof. Dr. A. Hilbert (Universitätsklinikum Leipzig) PD Dr. H. Glaesmer (Universitätsklinikum Leipzig) PD Dr. Paul Plener (Uniklinikum Ulm) Dipl.-Psych. M. Aichberger (Charité Berlin)
---	---

**Eingesetzte Untersuchungsverfahren:**

- Migration (Aichberger)
- SBQ-R: Suicidal Behaviour Questionnaire- Revised (Glaesmer/ Kapusta)
- Alkoholkonsum (Aichberger)
- Hautprobleme (Gieler)
- BIS-15: Barrett Impulsiveness Scale (de Zwaan)
- SHI: German Self Harm Inventory (de Zwaan)
- Demoralisierung (Mehnert)
- MDT Mitchell Distress Thermometer (Hinz)
- FACIT-F: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue (Hinz)
- PHQ-4: Kurzform von PHQ-D – Zeitfenster 1 Woche (Hinz)
- ACSS-FAD: deutsche Version der revidierten Acquired Capability for Suicide Scale (Glaesmer)
- INQ: Internal Needs Questionnaire (Glaesmer)
- Übergewicht -Survey (Hilbert)
- WBIS-K: Weight Bias Internalization Scale - Short Form (Hilbert)
- Rechtlicher Schutz vor gewichtsbezogener Diskriminierung (Hilbert)
- BMI: Body Mass Index (Hilbert/ de Zwaan)
- EV-II: Fragebogen zum Ernährungsverhalten (nach DEBQ7 Kersting)
- SITBI Selbstverletzendes Verhalten (Plener)
- Gereizte Stimmung und Aggression (nach DMDD/ Plener)
- Dunkle Triade: ("Die Niederträchtigen Neun" /Plener)
- NARQ: (Negative Affect Repair Questionnaire /Plener)
- Traumatische Ereignisse (nach CATS/ Plener)
- Gewalt in Einrichtungen (nach KFN/ Plener)
- Behandlungserfahrungen (Plener)
- Risikoverhalten im Internet (Plener)
- Sexuelle Gewalt ab 19 Jahre (nach KFN/ Plener)
- Sexuelle Gewalt 14-18 Jahre (nach KFN/ Plener)

PAG:

Projekt:

**140701**

Sample -Nr.:

1	0	0
---	---	---

Point-Nr.:

AL-Nr.:

Interviewer-Nr.:

Interview durchgeführt am:

Tag

Interviewbeginn:

Stunde

Minute

Interviewende:

Stunde

Minute

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

**Vorab haben wir einige Fragen zu Ihrer Person**

<i>S 1a Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 1b
	nein .....	<input type="checkbox"/>	
	weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 2
	bin nicht wahlberechtigt .....	<input type="checkbox"/>	
	keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	

<i>S 1b Und welche Partei würden Sie dann wählen?</i>	CDU/CSU .....	<input type="checkbox"/>
	SPD .....	<input type="checkbox"/>
<i>INT.: Antwortstufen NICHT vorlesen! Nur eine Nennung!</i>	FDP .....	<input type="checkbox"/>
	Die Linke .....	<input type="checkbox"/>
	Grünen .....	<input type="checkbox"/>
	NPD .....	<input type="checkbox"/>
	Piratenpartei .....	<input type="checkbox"/>
	AfD .....	<input type="checkbox"/>
	andere Partei .....	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>
	wähle ungültig .....	<input type="checkbox"/>
	keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>

<i>S 2 Geschlecht der Zielperson:</i>	männlich .....	<input type="checkbox"/>
	weiblich .....	<input type="checkbox"/>

<i>S 3 Wann sind Sie geboren?</i>	<i>Geburtsmonat (z.B. 09):</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<i>Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt.</i>	<i>Geburtsjahr:</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

S 4	<i>Welchen Familienstand haben Sie?</i>	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/meiner Ehepartner/in zusammen .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 5
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				
Ich bin verheiratet und lebe von meinem/meiner Ehepartner/in getrennt ...			<input type="checkbox"/>	
Ich bin ledig .....			<input type="checkbox"/>	
Ich bin geschieden .....			<input type="checkbox"/>	
Ich bin verwitwet .....			<input type="checkbox"/>	

S 4a	<i>Leben Sie mit einem Partner/einer Partnerin <b>zusammen</b>?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>	
nein .....				<input type="checkbox"/>

S 5	<i>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt – ich meine Personen, die hier schlafen und essen - Sie selbst mit eingeschlossen?</i>	<input type="text"/>   <input type="text"/> Personen
-----	--	--

S 5a	<i>Wie viele davon sind Kinder? (Sie selbst ggf. mit eingeschlossen)</i>	<input type="text"/>   <input type="text"/> Anzahl
Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.		Kinder unter 18 Jahren? <input type="text"/>   <input type="text"/> Anzahl

S 6	<i>Wie viele eigene Kinder haben Sie? (unabhängig, ob diese bei Ihnen zu Hause leben)</i>	<input type="text"/>   <input type="text"/> Anzahl
Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.		Eigene Kinder? <input type="text"/>   <input type="text"/> Anzahl

S 7	<i>Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?</i>	deutsch .....	<input type="checkbox"/>	
andere, welche: _____				<input type="checkbox"/>

S 8	<i>Welcher Religion oder welcher Konfession gehören Sie an?</i>	keine Glaubens-/Religionszugehörigkeit .....	<input type="checkbox"/>	
katholisch (römisch-katholisch) .....				<input type="checkbox"/>
protestantisch/evangelisch .....				<input type="checkbox"/>
christlich- orthodox/griechisch-orthodox/ russisch-orthodox .....				<input type="checkbox"/>
muslimisch/Islam .....				<input type="checkbox"/>
jüdisch/jüdisch-orthodox .....				<input type="checkbox"/>
buddhistisch .....				<input type="checkbox"/>
andere Religion/Konfession .....				<input type="checkbox"/>

<b>S 9</b>	<i>Welchen Schulabschluss haben Sie? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>	Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule) .....	<input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 9 vorlegen</i>	Ich habe die Mittlere Reife/Realschulabschluss ....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe die allgemeine oder fachgebundene (Fach-)Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes (Fach-)Hochschul-/Universitätsstudium .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar:  ----- Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule .....	<input type="checkbox"/>

<b>S 10</b>	<i>Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?</i>	Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr .....	<input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 10 vorlegen</i>	Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung ....	<input type="checkbox"/>
		zur Zeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit .....	<input type="checkbox"/>
		Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorruhestand .....	<input type="checkbox"/>
		nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann .....	<input type="checkbox"/>
		in Berufsausbildung (einschließlich Fachschulen für gewerbliche Berufe) .....	<input type="checkbox"/>
		in Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule) .....	<input type="checkbox"/>

S 11 Wie oft waren Sie arbeitslos, einschließlich jetziger Arbeitslosigkeit?

--	--

mal

S 12 Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?

Berufskreis-Nummer:

--	--

INT.: Liste S 12 vorlegen

S 13 Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an.

Wie hoch ist **Ihr eigenes** Einkommen?  
Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung?

Einkommensgruppe Nr.:

--	--

Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.

INT.: Liste S 13 vorlegen

S 14 Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom **gesamten** monatlichen Nettoeinkommen her einordnen?

Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge.

Einkommensgruppe Nr.:

--	--

Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.

Nennen Sie mir bitte nur die entsprechende Nummer.

INT.: Liste S 14 vorlegen

**Besten Dank bis hierher!**

Ich möchte Sie nun bitten, den weiteren Fragebogen selbst auszufüllen.

Wissenschaftler der Universität Leipzig möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung verschiedene wissenschaftliche/medizinische Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Bitte folgendermaßen markieren:

1. In welchem Land sind <b>Sie</b> geboren?	In Deutschland .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 4
	In einem anderen Land, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 2
2. In welchem Jahr sind Sie (endgültig) nach Deutschland eingereist?	Jahreszahl:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3. Aus welchen Gründen sind Sie nach Deutschland eingereist? <i>Sie können mehrere Angaben machen</i>	politische .....	<input type="checkbox"/>	
	wirtschaftliche .....	<input type="checkbox"/>	
	Heirat .....	<input type="checkbox"/>	
	Familienzusammenführung .....	<input type="checkbox"/>	
	Studium .....	<input type="checkbox"/>	
	Pendel (oft Ein- und Ausreise) .....	<input type="checkbox"/>	
4. In welchem Land ist <b>Ihre Mutter</b> geboren?	in Deutschland .....	<input type="checkbox"/>	
	in einem anderen Land, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	
5. In welchem Land ist <b>Ihr Vater</b> geboren?	in Deutschland .....	<input type="checkbox"/>	
	in einem anderen Land, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	

6. Wie ist Ihr derzeitiger Aufenthaltsstatus in Deutschland?	deutsche Staatsbürgerschaft .....	<input type="checkbox"/>
	Niederlassungserlaubnis (unbefristeter Aufenthalt) .....	<input type="checkbox"/>
	Aufenthaltserlaubnis (befristeter Aufenthalt).....	<input type="checkbox"/>
	geduldet .....	<input type="checkbox"/>
	Visum (Student, D-Visum) .....	<input type="checkbox"/>
	Grenzübertrittsbescheinigung .....	<input type="checkbox"/>
	keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden möchte ich Sie bitten, die nachstehenden Fragen zu lesen und jeweils die Antwort auszuwählen, die am ehesten für Sie zutrifft.

7. Haben Sie <u>je</u> darüber nachgedacht oder versucht, sich das Leben zu nehmen?		
niemals .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 10
Ich hatte nur einen flüchtigen Gedanken daran. ....	<input type="checkbox"/>	
Ich hatte mindestens einmal die Absicht mich selbst zu töten, aber ich habe es nicht versucht. ....	<input type="checkbox"/>	
Ich hatte mindestens einmal die Absicht mich selbst zu töten und wollte auch wirklich sterben. ....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 8
Ich habe versucht mich selbst zu töten, aber wollte nicht sterben. ....	<input type="checkbox"/>	
Ich habe versucht mich selbst zu töten, und wollte auch wirklich sterben. ....	<input type="checkbox"/>	

8. Wie häufig haben Sie in den <u>letzten 12 Monaten</u> daran gedacht, sich selbst zu töten?	niemals.....	<input type="checkbox"/>
	selten (ein Mal) .....	<input type="checkbox"/>
	manchmal (zwei Mal) .....	<input type="checkbox"/>
	häufig (drei bis vier Mal) .....	<input type="checkbox"/>
	oft (fünf und mehr Mal) .....	<input type="checkbox"/>

9. Haben Sie <u>jemals</u> irgendjemandem davon erzählt, dass Sie sich töten werden, oder dass Sie sich eventuell das Leben nehmen möchten?	nein .....	<input type="checkbox"/>
	ja, einmal, aber ich wollte nicht wirklich sterben ....	<input type="checkbox"/>
	ja, einmal, und ich wollte mir wirklich das Leben nehmen .....	<input type="checkbox"/>
	ja, mehr als einmal, aber ich wollte mir nicht das Leben nehmen .....	<input type="checkbox"/>
	ja, mehr als einmal, und ich wollte mir wirklich das Leben nehmen .....	<input type="checkbox"/>

10. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie sich eines Tages das Leben nehmen werden?	niemals .....	<input type="checkbox"/>
	höchst wahrscheinlich nicht .....	<input type="checkbox"/>
	sehr unwahrscheinlich .....	<input type="checkbox"/>
	unwahrscheinlich .....	<input type="checkbox"/>
	wahrscheinlich .....	<input type="checkbox"/>
	ziemlich wahrscheinlich .....	<input type="checkbox"/>
	sehr wahrscheinlich .....	<input type="checkbox"/>

11. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke, z. B. Wein, Schnaps oder Likör zu sich?	nie .....	<input type="checkbox"/>
	1 mal pro Monat .....	<input type="checkbox"/>
	2-4 mal pro Monat .....	<input type="checkbox"/>
	2-3 mal pro Woche .....	<input type="checkbox"/>
	4 mal pro Woche oder öfter .....	<input type="checkbox"/>

12. Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?	1 bis 2 alkoholische Getränke .....	<input type="checkbox"/>
<i>Mit einem alkoholischen Getränk meinen wir eine kleine Flasche Bier mit 0,33 l, ein kleines Glas Wein mit 0,125 l, ein Glas Sekt, einen doppelten Schnaps oder eine Flasche Alcopops.</i>	3 bis 4 .....	<input type="checkbox"/>
	5 bis 6 .....	<input type="checkbox"/>
	7 bis 9 oder .....	<input type="checkbox"/>
	10 und mehr alkoholische Getränke .....	<input type="checkbox"/>

13. Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit, z.B. beim Abendessen oder auf einer Party?	nie .....	<input type="checkbox"/>
<i>Ein alkoholisches Getränk entspricht wieder einer kleinen Flasche Bier 0,33 l, einem kleinen Glas Wein mit 0,125 l, einem Glas Sekt, einem doppelten Schnaps oder einer Flasche Alcopops.</i>	seltener als 1 mal im Monat .....	<input type="checkbox"/>
	jeden Monat .....	<input type="checkbox"/>
	jede Woche .....	<input type="checkbox"/>
	jeden Tag oder fast jeden Tag .....	<input type="checkbox"/>

14. Inwieweit fühlen Sie sich gegenwärtig durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?  
Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit.

	stark	erheblich	einigermaßen	kaum	nicht – trifft nicht zu
01 Juckreiz	<input type="checkbox"/>				
02 Hautveränderungen	<input type="checkbox"/>				
03 Hautrötung	<input type="checkbox"/>				
04 Brennen der Haut	<input type="checkbox"/>				
05 Hautkribbeln	<input type="checkbox"/>				
06 Kratzspuren oder aufgekratzte Haut	<input type="checkbox"/>				
07 Fettige Haut	<input type="checkbox"/>				
08 Körpergeruch	<input type="checkbox"/>				
09 Mitesser und Pickel	<input type="checkbox"/>				
10 Jucken der Kopfhaut	<input type="checkbox"/>				
11 Eingewachsene Haare	<input type="checkbox"/>				
12 Kopfschuppen	<input type="checkbox"/>				
13 Hautrötung im Gesicht	<input type="checkbox"/>				
14 Hautrötung am Körper	<input type="checkbox"/>				
15 Entstellungsgefühl	<input type="checkbox"/>				
16 Nägel kauen	<input type="checkbox"/>				
17 Knibbeln/Kratzen der Haut	<input type="checkbox"/>				
18 Sonnenschaden der Haut	<input type="checkbox"/>				
19 Trockenheit der Haut	<input type="checkbox"/>				
20 Sensitive (empfindliche) Haut	<input type="checkbox"/>				

15. Haben Sie jetzt Juckreiz?

ja .....  weiter mit Frage 16

nein .....  weiter mit Frage 18

16. Wie lange?

weniger als 6 Wochen .....

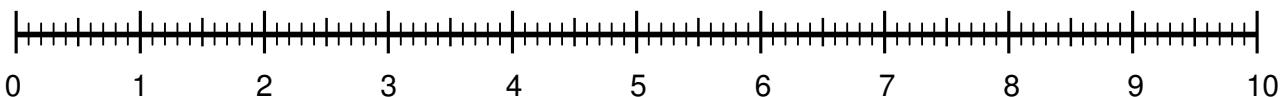
mehr als 6 Wochen .....

17. Wie würden Sie die Stärke ihrer Juckempfindung heute (letzte 24 Stunden im Durchschnitt) auf der u. g. Skala von 0 - 10 einschätzen?

Bitte kreuzen Sie den entsprechenden Wert auf dem Zahlenstrahl an.

kein  
Juckreiz

schlimmster  
vorstellbarer  
Juckreiz



18. Waren Sie wegen gesundheitlichen Problemen schon mal bei einer Hautärztin/einem Hautarzt?

ja .....

weiter mit  
Frage 19

nein .....

weiter mit  
Frage 20

19. Waren Sie in den letzten 6 Monaten bei einer Hautärztin/einem Hautarzt?

ja .....

nein .....

20. Haben Sie eine Hautkrankheit?

ja .....

weiter mit  
Frage 21

nein .....

weiter mit  
Frage 22

21. Welche Hautkrankheit haben Sie?

Neurodermitis .....

Sie können mehrere Angaben machen

Schuppenflechte/Psoriasis .....

Akne .....

Nesselsucht /Urticaria .....

Vitiligo /Weißfleckenkrankheit .....

Handekzem .....

Hautrötung durch Allergie .....

Nahrungsmittelreaktion .....

Sonstige, welche: .....

22. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit.

	selten/nie	gelegentlich	oft	fast immer/immer
01 Ich plane meine Vorhaben gründlich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
02 Ich mache häufig Dinge ohne vorher darüber nachzudenken.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
03 Ich bin unaufmerksam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
04 Ich kann mich gut konzentrieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
05 Ich sichere mich im Leben in allen Dingen ab.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
06 Ich rutsche bei Spielen oder Vorträgen oft hin und her.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
07 Ich denke gründlich nach.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
08 Ich plane für meine berufliche Sicherheit.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
09 Ich sage Dinge ohne darüber nachzudenken.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Ich handele spontan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 Mir wird beim Lösen von Denkaufgaben schnell langweilig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 Ich handle gerne aus dem Moment heraus.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 Ich kaufe Sachen ganz spontan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14 Ich werde bei Vorlesungen oder Vorträgen schnell unruhig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15 Ich plane für die Zukunft.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

23. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen durch Ankreuzen von entweder „ja“ oder „nein“. Kreuzen Sie „ja“ nur dann an, wenn Sie die beschriebenen Tätigkeiten bewusst gemacht haben oder in der Absicht, sich selbst zu verletzen.

Haben/hatten/sind Sie jemals bewusst oder absichtlich, . . .

	nein	ja →	Anzahl der Vorfälle
01 ... eine Überdosis zu sich genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02 ... sich selbst absichtlich geschnitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03 ... sich selbst absichtlich verbrannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04 ... sich selbst geschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05 ... Ihren Kopf angeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06 ... Alkohol missbraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07 ... rücksichtslos gefahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08 ... sich selbst aufgekratzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09 ... die Heilung von Wunden verhindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 ... zur Verschlechterung medizinischer Situationen beigetragen (z.B.: eine Medikamenteneinnahme ausgelassen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nein	ja →	Wie viele Partner?
11 ... Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 ... eine Beziehung eingegangen, um zurückgewiesen zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 ... Medikamentenmissbrauch betrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 ... sich von Gott distanziert, um sich selbst zu bestrafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nein	ja →	Zahl der Beziehungen
15 ... eine emotional ausbeutende Beziehung eingegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16 ... eine sexuell ausbeutende Beziehung eingegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	nein	ja	Anzahl der Vorfälle
17 ... einen Job verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 ... versucht sich umzubringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19 ... eine Verletzung herbeigeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 ... sich mit Gedanken gequält, die Sie bedrücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21 ... gehungert, um sich zu verletzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22 ... Abführmittel verwendet, um sich selbst zu verletzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

24. *Es gibt manchmal Zeiten in denen man sich traurig und mutlos fühlt. Wir würden gern besser verstehen, mit welchen spezifischen emotionalen und psychischen Belastungen Menschen konfrontiert sind.*

*Bitte geben Sie für jede nachfolgend aufgeführte Aussage an, wie sehr diese während der **letzten zwei Wochen** auf Sie zugetroffen hat. Bitte kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an.*

	niemals	selten	manchmal	oft	die ganze Zeit
01 Ich habe anderen viel Wertvolles zu geben.	<input type="checkbox"/>				
02 Mein Leben erscheint mir sinnlos.	<input type="checkbox"/>				
03 Die Aktivitäten in meinem Leben sind ohne Ziel und Sinn.	<input type="checkbox"/>				
04 Ich habe meinen Platz im Leben verloren.	<input type="checkbox"/>				
05 Ich habe meine Gefühle nicht mehr unter Kontrolle.	<input type="checkbox"/>				
06 Ich bin guter Dinge.	<input type="checkbox"/>				
07 Keiner kann mir helfen.	<input type="checkbox"/>				
08 Ich habe das Gefühl, dass ich mir selbst nicht helfen kann.	<input type="checkbox"/>				
09 Ich bin hoffnungslos.	<input type="checkbox"/>				
10 Ich fühle mich schuldig.	<input type="checkbox"/>				
11 Ich bin nervös und reizbar.	<input type="checkbox"/>				
12 Ich meistere mein Leben ziemlich gut.	<input type="checkbox"/>				
13 Ich bedaure viele Dinge in meinem Leben.	<input type="checkbox"/>				
14 Das Leben ist nicht länger lebenswert.	<input type="checkbox"/>				
15 Ich neige dazu, leicht verletzbar zu sein.	<input type="checkbox"/>				
16 Ich bin über viele Dinge verärgert.	<input type="checkbox"/>				

	niemals	selten	manchmal	oft	die ganze Zeit
17 Ich bin stolz auf das, was ich erreicht habe.	<input type="checkbox"/>				
18 Ich bin darüber bekümmert, was mir passiert.	<input type="checkbox"/>				
19 Ich bin ein wertvoller Mensch.	<input type="checkbox"/>				
20 Ich wäre lieber nicht am Leben.	<input type="checkbox"/>				
21 Ich bin traurig und fühle mich elend.	<input type="checkbox"/>				
22 Das Leben hat mich mutlos gemacht.	<input type="checkbox"/>				
23 Ich fühle mich ziemlich isoliert und einsam.	<input type="checkbox"/>				
24 Ich fühle mich wie gefangen durch das, was mir passiert.	<input type="checkbox"/>				

25. Bitte kreuzen Sie auf der angegebenen Skala (0 bis 10) das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie **belastet** Sie sich in der **letzten Woche** einschließlich heute gefühlt haben.

gar nicht		extrem
belastet		belastet
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		

26. Bitte kreuzen Sie an, wie stark die von Ihnen erlebten emotionalen Reaktionen in der **letzten Woche** waren:

#### Angst

gar nicht		extrem
belastet		belastet
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		

#### Niedergeschlagenheit

gar nicht		extrem
belastet		belastet
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		

#### Ärger

gar nicht		extrem
belastet		belastet
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		

27. Bitte kreuzen Sie an, wie viel Unterstützung Sie zur Bewältigung der emotionalen Reaktionen in der **letzten Woche** benötigten:

#### Hilfsbedürftigkeit

gar keine		extrem
bedürftig		bedürftig
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		

28. Bitte geben Sie jeweils an, wie sehr jede dieser Aussagen im Laufe der **letzten 7 Tage** auf Sie zugetroffen hat. Bitte kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an.

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
01 Ich bin erschöpft.	<input type="checkbox"/>				
02 Ich fühle mich insgesamt schwach.	<input type="checkbox"/>				
03 Ich fühle mich lustlos (ausgelaugt).	<input type="checkbox"/>				
04 Ich bin müde.	<input type="checkbox"/>				
05 Es fällt mir schwer, etwas <u>anzufangen</u> , weil ich müde bin.	<input type="checkbox"/>				
06 Es fällt mir schwer, etwas <u>zu Ende zu führen</u> , weil ich müde bin.	<input type="checkbox"/>				
07 Ich habe Energie.	<input type="checkbox"/>				
08 Ich bin in der Lage, meinen gewohnten Aktivitäten nachzugehen (Beruf, Einkaufen, Schule, Freizeit, Sport usw.).	<input type="checkbox"/>				
09 Ich habe das Bedürfnis, tagsüber zu schlafen.	<input type="checkbox"/>				
10 Ich bin zu müde, um zu essen.	<input type="checkbox"/>				
11 Ich brauche Hilfe bei meinen gewohnten Aktivitäten (Beruf, Einkaufen, Schule, Freizeit, Sport usw.).	<input type="checkbox"/>				
12 Ich bin frustriert, weil ich zu müde bin, die Dinge zu tun, die ich machen möchte.	<input type="checkbox"/>				
13 Ich muss meine sozialen Aktivitäten einschränken, weil ich müde bin.	<input type="checkbox"/>				

29. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten Woche** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Bitte lesen Sie jede der unten stehenden Aussagen und geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie denken, dass die Aussage Sie beschreibt. Beurteilen Sie jede Aussage mithilfe der folgenden Skala: Beurteilen Sie jede Aussage mithilfe der Skala von **0=passt überhaupt nicht zu mir bis 4=passt voll und ganz zu mir.**

	passt überhaupt nicht zu mir					passt voll und ganz zu mir
	0	1	2	3	4	
01 Die Tatsache, dass ich (irgendwann) sterben werde, berührt mich nicht.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
02 Der Schmerz, der mit dem Sterben einhergeht, macht mir Angst.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
03 Ich habe sehr große Angst zu sterben.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
04 Es macht mich nicht nervös, wenn andere Menschen über den Tod sprechen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
05 Die Vorstellung meines eigenen Todes löst Angst in mir aus.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
06 Dass der Tod das Leben wie ich es kenne beendet, beunruhigt mich nicht.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
07 Ich habe überhaupt keine Angst zu sterben.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
08 Ich könnte mich umbringen, wenn ich es wollte. <i>(Bitte beantworten Sie diese Frage auch, wenn Sie sich niemals umbringen wollten)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	

31. Bei den folgenden Aussagen sollen Sie über sich und andere Menschen nachdenken.  
 Bitte beantworten Sie jede Frage mit Ihren eigenen aktuellen Einstellungen und Erfahrungen und NICHT mit dem, was generell oder für andere Menschen zutreffend sein könnte. Bitte stützen Sie Ihre Antworten darauf, wie Sie sich in letzter Zeit gefühlt haben. Benutzen Sie die Antwortskala um die Nummer zu finden, die am besten dazu passt, wie Sie sich fühlen und kreuzen Sie das Kästchen an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, es geht nur darum was Sie denken und fühlen.

	trifft über- haupt nicht auf mich zu	trifft ein bisschen auf mich zu	trifft voll und ganz auf mich zu				
	1	2	3	4	5	6	7
01 Zur Zeit ginge es den Menschen in meinem Leben besser, wenn ich nicht mehr da wäre.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
02 Zur Zeit wären die Menschen in meinem Leben glücklicher ohne mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
03 Zur Zeit denke ich, dass ich eine Belastung für die Gesellschaft bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
04 Zur Zeit denke ich, dass mein Tod eine Erleichterung für die Menschen in meinem Leben wäre.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
05 Zur Zeit denke ich, dass die Menschen in meinem Leben wünschen, sie könnten mich los sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
06 Zur Zeit denke ich, dass ich die Dinge für die Menschen in meinem Leben schlimmer mache.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
07 Zur Zeit bin ich anderen Menschen wichtig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
08 Zur Zeit fühle ich mich, als würde ich dazu gehören.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
09 Zur Zeit komme ich selten mit Menschen in Kontakt, denen ich wichtig bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
10 Zur Zeit habe ich das Glück, viele fürsorgliche und unterstützende Freunde zu haben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
11 Zur Zeit fühle ich mich abgeschnitten von anderen Menschen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
12 Zur Zeit fühle ich mich bei sozialen Zusammenkünften oft wie ein Außenseiter.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
13 Zur Zeit habe ich das Gefühl, dass es Menschen gibt, an die ich mich in schweren Zeiten wenden kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
14 Zur Zeit bin ich anderen Menschen nahe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
15 Zur Zeit habe ich jeden Tag mindestens eine zufriedenstellende Begegnung.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

32. Wurden Sie jemals aufgrund Ihres Gewichts gehänselt?	nie .....	<input type="checkbox"/> 1
	selten .....	<input type="checkbox"/> 2
	manchmal .....	<input type="checkbox"/> 3
	oft .....	<input type="checkbox"/> 4
	sehr oft .....	<input type="checkbox"/> 5

33. Wurden Sie jemals aufgrund Ihres Gewichts unfair behandelt?	nie .....	<input type="checkbox"/> 1
	selten .....	<input type="checkbox"/> 2
	manchmal .....	<input type="checkbox"/> 3
	oft .....	<input type="checkbox"/> 4
	sehr oft .....	<input type="checkbox"/> 5

34. Wurden Sie jemals aufgrund Ihres Gewichts diskriminiert?	nie .....	<input type="checkbox"/> 1
	selten .....	<input type="checkbox"/> 2
	manchmal .....	<input type="checkbox"/> 3
	oft .....	<input type="checkbox"/> 4
	sehr oft .....	<input type="checkbox"/> 5

35. Bitte geben Sie für die folgenden Aussagen an, inwiefern diese auf Sie zutreffen.

	stimme über- haupt	stimme nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme zu	stimme voll und ganz zu
01 Aufgrund meines Gewichts bin ich beunruhigt darüber, was andere Leute über mich denken könnten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
02 Wenn ich viel über mein Gewicht nachdenke, fühle ich mich niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
03 Ich hasse mich für mein Gewicht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	

36. Das **Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz** soll Benachteiligungen u. a. wegen Herkunft, Geschlecht, Alter oder Behinderung verhindern, schützt bislang jedoch nicht vor gewichtsbezogener Diskriminierung.

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unent- schieden	stimme eher zu	stimme völlig zu
01 Das Körpergewicht sollte in dieses Gesetz aufgenommen werden, um Menschen vor Diskriminierung aufgrund ihres Körpergewichts zu schützen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02 Menschen mit Adipositas (Fettleibigkeit) sollten denselben rechtlichen Schutz und dieselben Leistungen erhalten wie Menschen mit körperlicher Behinderung.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03 Die Adipositas (Fettleibigkeit) sollte als Behinderung eingeschätzt werden, um Menschen vor gewichtsbezogener Diskriminierung am Arbeitsplatz zu schützen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04 Für Arbeitgeber sollte es illegal sein, einen qualifizierten Menschen aufgrund seines Körpergewichts nicht einzustellen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05 Für Arbeitgeber sollte es illegal sein, einen qualifizierten Menschen aufgrund seines Körpergewichts weniger zu entlohen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06 Für Arbeitgeber sollte es illegal sein, einen qualifizierten Menschen aufgrund seines Körpergewichts zu entlassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

37. Wie groß sind Sie?  
(Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)

cm

38. Wie viel wiegen Sie derzeit?  
(Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)

kg

39. Bitte geben Sie für die folgenden Aussagen an, inwiefern diese auf Sie zutreffen.

	niemals	selten	manchmal	oft	sehr oft
01 Ich würde am liebsten etwas essen, wenn die Dinge sich gegen mich entwickeln oder wenn sie falsch gelaufen sind.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02 Wenn ich an einer Imbissstube oder einem Café vorbeikomme, möchte ich mir gerne etwas Leckeres kaufen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03 Wenn Speisen gut riechen oder aussehen, esse ich mehr als sonst.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04 Wenn ich irritiert bin, habe ich den Wunsch zu essen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05 Ich versuche oft, zwischen den Mahlzeiten nicht zu essen, weil ich auf mein Gewicht achte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06 Ich habe Lust, etwas zu essen, wenn ich deprimiert oder entmutigt bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07 Wenn ich in letzter Zeit zugenommen habe, esse ich weniger als sonst.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08 Ich möchte immer dann etwas essen, wenn ich nichts zu tun habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09 Ich habe den Wunsch zu essen, wenn ich mich langweile oder nichts zu tun habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10 Ich denke an mein Gewicht bei der Entscheidung, was ich esse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11 Ich habe den Wunsch zu essen, wenn ein unangenehmes Ereignis auf mich zukommt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12 Ich versuche während der Mahlzeiten weniger zu essen, als ich gerne essen würde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13 Ich esse bewusst weniger, um nicht zuzunehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14 Wenn ich beunruhigt, besorgt oder angespannt bin, möchte ich etwas essen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15 Ich esse bewusst kalorienarme Lebensmittel.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16 Wenn ich beim Bäcker vorbeikomme, habe ich Lust, mir etwas Leckeres zu kaufen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17 Ich möchte am liebsten etwas essen, wenn ich ärgerlich bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18 Ich kann nicht widerstehen, schmackhafte Speisen zu essen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19 Ich achte genau auf das, was ich esse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	niemals	selten	manchmal	oft	sehr oft
20 Wenn ich eine Mahlzeit zubereite, neige ich dazu, davon zu naschen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21 Ich versuche oft, am Abend nichts zu essen, weil ich auf mein Gewicht achte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22 Wenn ich mich einsam fühle, würde ich am liebsten etwas essen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23 Wenn ich andere essen sehe, möchte ich auch gerne etwas essen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24 Ich lehne oft Speisen oder Getränke ab, weil ich um mein Gewicht besorgt bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25 Wenn mir ein Gericht gut schmeckt, esse ich mehr als sonst.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26 Wenn ich etwas Schmackhaftes sehe oder rieche, würde ich es am liebsten sofort essen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27 Wenn ich an einem Tag zu viel gegessen habe, esse ich am nächsten Tag weniger.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28 Wenn ich etwas Leckeres zu essen habe, esse ich es sofort.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29 Ich esse mehr als sonst, wenn ich andere essen sehe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30 Ich würde am liebsten etwas essen, wenn ich enttäuscht bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Die kommenden Fragen beschäftigen sich mit Ihren Gedanken und Gefühlen zu selbstverletzendem Verhalten und Suizid.

Bitte lesen Sie sich die Fragen sorgfältig durch und antworten Sie so genau Sie können.

40. Haben Sie sich jemals absichtlich selbst verletzt ohne dabei sterben zu wollen?	ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 41
	-----	-----	weiter mit Frage 48
	nein .....	<input type="checkbox"/>	

41. Wie alt waren Sie beim <u>ersten Mal</u> ?	Ich war ...	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
--	-------------	---

42. Wie alt waren Sie beim <u>letzten Mal</u> ?	Ich war ...	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
---	-------------	---

43. Wie oft haben Sie sich in Ihrem Leben absichtlich selbst verletzt?

				mal
--	--	--	--	-----

44. Wie oft im letzten Jahr?

				mal
--	--	--	--	-----

45. Hier ist nun eine Liste mit Dingen, die von Menschen getan wurden, um sich selbst zu verletzen.  
Welche davon haben Sie getan?

Sie können mehrere Angaben machen

- Schneiden oder Ritzen der Haut .....
- sich selbst absichtlich schlagen .....
- Haare ausreißen .....
- sich selbst tätowieren .....
- an einer Wunde manipulieren .....
- Haut verbrennen (z.B. mit einer Zigarette, einem Zündholz oder einem anderen heißen Objekt) .....
- Objekte unter die Nägel oder die Haut stecken .....
- sich selbst beißen (z.B. Mundbereich oder Lippen) .....
- an Körperstellen zupfen bis Blut kommt .....
- die Haut aufkratzen .....
- die Haut aufscheuern bis Blut kommt .....
- Andere welche? .....

46. Haben Sie jemals medizinische Behandlung für Schäden erhalten, die durch selbstverletzendes Verhalten ausgelöst wurden?

- nein .....
- ja .....
- nicht zutreffend .....
- unbekannt .....

47. Auf einer Skala von 0=gering/wenig bis 4=sehr viel/stark:

Wie sehr haben Sie sich selbst verletzt, ...

	0=gering/ wenig	1	2	3	4=sehr viel/stark
01 als eine Möglichkeit, um schlechte Gefühle loszuwerden?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
02 um sich zu spüren, wenn Sie sich taub oder leer gefühlt haben?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
03 um mit jemandem zu kommunizieren oder um Aufmerksamkeit zu bekommen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
04 um aus einer Sache herauszukommen, oder um von anderen loszukommen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Bitte überlegen Sie bei den folgenden Fragen, ob Sie die beschriebenen Zustände von sich kennen.

Ab Frage 55 beziehen sich die Fragen auf Ihre Grundschulzeit, es geht dann immer darum, dass Sie sich an Ihre Kindheit erinnern. Kennen Sie die jeweils beschriebenen Zustände aus Ihrer Grundschulzeit, oder hat Ihnen vielleicht einmal jemand davon erzählt, dass es Schwierigkeiten in den beschriebenen Bereichen in Ihrer Grundschulzeit gab?

48. Haben Sie schwere, wiederkehrende Wutausbrüche, die sich verbal (z.B. Beschimpfungen) und/oder im Verhalten (z.B. Gewalt gegen Menschen oder Dinge) zeigen? <i>Dabei sind diese Wutausbrüche für den eigentlichen Anlass deutlich übertrieben, zum Beispiel weil der Auslöser minimal war, oder sie sehr lange dauern.</i>	ja ..... <input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 49
	nein ..... <input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 55

49. Haben Sie momentan (in den letzten Monaten) mehr als dreimal pro Woche solche schweren Wutausbrüche?	ja ..... <input type="checkbox"/>	
	nein ..... <input type="checkbox"/>	

50. Wenn Sie an Ihre Stimmung zwischen den Wutausbrüchen denken: sind Sie dann eher dauerhaft gereizt, während der meisten Zeit des Tages, an fast allen Tagen?	ja ..... <input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 51
	nein ..... <input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 55

51. Besteht diese dauerhaft gereizte Stimmungslage länger als ein Jahr?	ja ..... <input type="checkbox"/>	
	nein ..... <input type="checkbox"/>	

52. Haben andere Sie auch schon einmal auf Ihre dauerhaft gereizte Stimmungslage angesprochen?	ja ..... <input type="checkbox"/>	
	nein ..... <input type="checkbox"/>	

53. Kommt diese dauerhaft gereizte Stimmungslage in mehreren Bereichen Ihres Lebens vor, z.B. in der Familie, Arbeit/Ausbildung/Schule, Freizeit? ja .....  nein .....

54. In mehr als drei Lebensbereichen? ja .....   
nein .....

55. Wenn Sie sich an **Ihre Grundschulzeit** erinnern:  
Gab es damals solche schweren, wiederkehrenden Wutausbrüche?  
ja .....  weiter mit Frage 56  
nein .....  weiter mit Frage 62

56. Hatten Sie durchschnittlich mehr als dreimal pro Woche solche schweren Wutausbrüche? ja .....   
nein .....

57. Hatten Sie zwischen den Wutausbrüchen eine dauerhaft gereizte Stimmungslage, während der meisten Zeit des Tages, an fast allen Tagen?  
ja .....  weiter mit Frage 58  
nein .....  weiter mit Frage 63

58. Bestand während **Ihrer Grundschulzeit** diese dauerhaft gereizte Stimmungslage länger als ein Jahr? ja .....   
nein .....

59. Haben Sie in **Ihrer Grundschulzeit** andere auf Ihre dauerhaft gereizte Stimmungslage angesprochen?  
ja .....   
nein .....

60. Kam diese dauerhaft gereizte Stimmungslage in **Ihrer Grundschulzeit** in mehreren Bereichen Ihres Lebens vor, z.B. in der Familie, Schule, Freizeit? ja .....   
nein .....

61. In mehr als drei Lebensbereichen? ja .....   
nein .....

62. Hatten Sie jemals länger als einen Tag eine Phase, in der Sie eine übertrieben gute Stimmung hatten, sehr viel redeten, wenig Schlaf brauchten und/oder übermäßig viel Geld ausgaben?  
ja .....  weiter mit Frage 63  
nein .....  weiter mit Frage 64

63. War dies in der <b>Grundschulzeit</b> einmal der Fall?	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>

64. Wurde bei Ihnen schon einmal eines dieser Krankheitsbilder von einem Arzt, Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten diagnostiziert?  Sie können mehrere Angaben machen.	Depression .....	<input type="checkbox"/>
	Posttraumatische Belastungsstörung .....	<input type="checkbox"/>
	Bipolare Störung/Manisch-depressive Erkrankung .....	<input type="checkbox"/>
	Autistische Störung .....	<input type="checkbox"/>
	Angststörung .....	<input type="checkbox"/>
	ADHS oder Hyperkinetische Störung .....	<input type="checkbox"/>
	Störung des Sozialverhaltens .....	<input type="checkbox"/>

65. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Persönlichkeit. Hier ist es uns wichtig, dass Sie uns wissen lassen, wie Sie sich selbst sehen. Dabei bitten wir Sie um eine Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 9. 1 steht für „trifft überhaupt nicht zu“ und 9 für „trifft vollkommen zu“.

	trifft über- haupt nicht zu									trifft voll- kommen zu
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
01	Ich neige dazu, andere zu manipulieren, um meinen Willen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
02	Ich neige dazu, keine Gewissensbisse zu haben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
03	Ich neige dazu, von anderen bewundert werden zu wollen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
04	Ich habe getäuscht oder gelogen, um meinen Willen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
05	Ich neige dazu, mich nicht um die Moral meiner Handlungen zu kümmern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
06	Ich neige dazu, von anderen beachtet werden zu wollen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
07	Ich habe Schmeicheleien genutzt, um meinen Willen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
08	Ich neige dazu, gefühllos oder unsensibel zu sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
09	Ich neige dazu, nach Ansehen oder Status zu streben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

66. Nun ändert sich etwas die Skala, bitte schätzen Sie nun auf einer Skala von 1 bis 6 ein, wobei 1 bedeutet, dass die Aussage auf Sie „überhaupt nicht“ zutrifft, während 6 bedeutet, dass die Aussage „vollkommen“ zutrifft.

							trifft über- haupt nicht zu							trifft voll- kommen zu
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6	
01	Ich reagiere genervt, wenn eine andere Person mir die Schau stiehlt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
02	Ich habe es verdient, als große Persönlichkeit angesehen zu werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
03	Ich will, dass meine Konkurrenten scheitern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
04	Ich ziehe viel Kraft daraus, eine ganz besondere Person zu sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
05	Mit meinen besonderen Beiträgen schaffe ich es, im Mittelpunkt zu stehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
06	Die meisten Menschen sind ziemliche Versager.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	

67. Viele Menschen erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Hier ist eine Liste belastender und erschreckender Ereignisse, wie sie manchmal passieren. Bitte sagen Sie uns, was Ihnen davon schon geschehen ist.

	ja	nein
01 Ernste Naturkatastrophe, wie z.B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ernster Unfall oder Verletzung, wie z.B. Autounfall, Sportverletzung, Fahrradunfall oder Hundebiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Beraubt mit Bedrohung, Gewalt oder Waffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt innerhalb der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt von jemandem, der nicht zu Ihrer Familie gehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Gesehen, wie jemand in Ihrer Familie geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Gesehen, wie woanders jemand geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Jemand, der älter ist als Sie, hat Sie unerlaubt an Ihren Geschlechtsteilen berührt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Jemand hat Sie zu Sex gezwungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Eine Ihnen nahestehende Person ist plötzlich oder gewaltsam gestorben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Gesehen, wie jemand angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt oder getötet wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Belastende oder erschreckende medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Im Kriegsgebiet gewesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ein anderes belastendes oder erschreckendes Ereignis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Welches Ereignis belastet Sie heute noch am meisten?	<span style="margin-right: 10px;">Nr. <input type="text"/></span> <input type="text"/>	

**Wenn Sie einmal mit JA geantwortet haben, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.**

68. Bitte geben Sie uns bei den folgenden Aussagen an, wie häufig Sie die folgenden Dinge in den **letzten 2 Wochen** belastet haben.

	nie 0	selten 1	oft 2	fast immer 3
01 Beunruhigende Gedanken oder Bilder von dem Ereignis kommen in meinen Kopf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Schlechte Träume erinnern mich daran, was passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich bin sehr beunruhigt, wenn ich daran erinnert werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich versuche nicht daran zu denken, was passiert ist, oder keine Gefühle dabei zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich bleibe weg von Leuten, Orten, Dingen oder Situationen, die mich daran erinnern, was passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Ich bin übervorsichtig (passe auf, wer in der Nähe ist).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Ich erschrecke leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die nächsten Fragen beschäftigen sich damit, ob Sie in einer Einrichtung, z.B. Schule, Internat, Klinik, Heim oder in einem Verein, z.B. Sportverein oder in einer Freizeitgruppe, z.B. im Chor einmal Gewalt erfahren haben. Dabei geht es also um Erfahrungen von Gewalt außerhalb der Familie.

69. Wurden Sie schon einmal – egal von wem - in einer Einrichtung oder in einem Verein absichtlich geschlagen, getreten, verprügelt, gestoßen, gewürgt oder auf andere Weise tätlich angegriffen?	ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 70
	nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 74

70. In welcher Einrichtung oder welchem Verein war das?

*Sie können mehrere Angaben machen*

Schule .....	<input type="checkbox"/>
Internat .....	<input type="checkbox"/>
Heim .....	<input type="checkbox"/>
Pflegefamilie .....	<input type="checkbox"/>
Klinik .....	<input type="checkbox"/>
Sportverein .....	<input type="checkbox"/>
Chor .....	<input type="checkbox"/>
kirchliche Freizeiteinrichtung (katholisch) .....	<input type="checkbox"/>
kirchliche Freizeiteinrichtung (evangelisch) .....	<input type="checkbox"/>
Pfadfinder .....	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar:	<hr/>

71. Was ist Ihnen geschehen?

*Sie können mehrere Angaben machen*

eine runtergehauen .....	<input type="checkbox"/>
hart angepackt oder gestoßen .....	<input type="checkbox"/>
mit einem Gegenstand beworfen .....	<input type="checkbox"/>
mit einem Gegenstand geschlagen .....	<input type="checkbox"/>
mit der Faust geschlagen oder getreten .....	<input type="checkbox"/>
geprügelt oder zusammengeschlagen .....	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar:	<hr/>

72. Waren der oder die Täter ungefähr gleich alt wie Sie?

ja .....	<input type="checkbox"/>
nein .....	<input type="checkbox"/>

73. Waren der oder die Täter Aufsichtspersonen, bzw. gehörten sie zum Personal der Einrichtung?

ja .....	<input type="checkbox"/>
nein .....	<input type="checkbox"/>

74. <i>Hat Sie schon einmal jemand in einer Einrichtung sexuell belästigt?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 75
	nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 79

75. <i>In welcher Einrichtung oder welchem Verein war das?</i>	Schule .....	<input type="checkbox"/>
<i>Sie können mehrere Angaben machen</i>	Internat .....	<input type="checkbox"/>
	Heim .....	<input type="checkbox"/>
	Pflegefamilie .....	<input type="checkbox"/>
	Klinik .....	<input type="checkbox"/>
	Sportverein .....	<input type="checkbox"/>
	Chor .....	<input type="checkbox"/>
	kirchliche Freizeiteinrichtung (katholisch) .....	<input type="checkbox"/>
	kirchliche Freizeiteinrichtung (evangelisch) .....	<input type="checkbox"/>
	Pfadfinder .....	<input type="checkbox"/>
	Anderes, und zwar:	<input type="checkbox"/>

76. <i>Was ist passiert?</i>	ein Mann hat sein Geschlechtsteil entblößt .....	<input type="checkbox"/>
<i>Sie können mehrere Angaben machen</i>	Sie wurden aufgefordert das Geschlechtsteil eines anderen zu berühren .....	<input type="checkbox"/>
	Sie wurden an intimen Körperstellen angefasst ..	<input type="checkbox"/>
	Anderes, und zwar:	<input type="checkbox"/>

77. <i>Waren der oder die Täter ungefähr gleich alt wie Sie?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>

78. <i>Waren der oder die Täter Aufsichtspersonen, bzw. gehörten sie zum Personal der Einrichtung?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>

<p>79. Hat Sie schon einmal jemand in einer Einrichtung mit körperlicher Gewalt oder unter Androhung von Gewalt gegen Ihren Willen zum Beischlaf (Geschlechtsverkehr) oder beischlafähnlichen Handlungen gezwungen oder versucht, Sie dazu zu zwingen?</p>	<p>ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>nein ..... <input type="checkbox"/></p>	<p>weiter mit Frage 80</p>
--	---	--------------------------------

<p>80. In welcher Einrichtung oder welchem Verein war das?</p> <p>Sie können mehrere Angaben machen</p>	<p>Schule ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Internat ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Heim ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Pflegefamilie ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Klinik ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sportverein ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Chor ..... <input type="checkbox"/></p> <p>kirchliche Freizeiteinrichtung (katholisch) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>kirchliche Freizeiteinrichtung (evangelisch) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Pfadfinder ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Anderes, und zwar: _____</p>
---	--

<p>81. Waren der oder die Täter ungefähr gleich alt wie Sie?</p>	<p>ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>nein ..... <input type="checkbox"/></p>
--	---

<p>82. Waren der oder die Täter Aufsichtspersonen, bzw. gehörten sie zum Personal der Einrichtung?</p>	<p>ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>nein ..... <input type="checkbox"/></p>
--	---

<p>83. Waren Sie schon einmal in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?</p>	<p>ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>nein ..... <input type="checkbox"/></p>	<p>weiter mit Frage 84</p>
--	---	--------------------------------

<p>84. Sind Sie derzeit in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?</p>	<p>ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>nein ..... <input type="checkbox"/></p>
--	---

85. Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal eine solche Behandlung aufgesucht haben?

< 10 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
10-14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
15-18 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
19-25 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
26-40 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
> 40 Jahre .....	<input type="checkbox"/>

86. Wie alt waren Sie beim letzten Mal als Sie eine solche Behandlung in Anspruch genommen haben?

< 10 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
10-14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
15-18 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
19-25 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
26-40 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
> 40 Jahre .....	<input type="checkbox"/>

87. Haben Sie jemals ein Medikament zur Behandlung einer psychischen Krankheit eingenommen?

ja .....	<input type="checkbox"/>
nein .....	<input type="checkbox"/>

88. Nehmen Sie gerade ein Medikament zur Behandlung einer psychischen Krankheit ein?

ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 89
nein .....	<input type="checkbox"/>	

89. Welches Medikament nehmen Sie?

---



---



---

*Das Internet ist aus unserem Leben nicht mehr wegzudenken. Neben dem Nutzen gibt es aber auch Risiken, etwa mit unangenehmen oder belastenden Dingen konfrontiert zu werden oder von Personen belästigt zu werden. Wir würden gerne wissen, welche Medien Sie wie häufig nutzen und ob Sie bei der Nutzung schon negative Erfahrungen gemacht haben*

90. Haben Sie einen Zugang zum Internet?	ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 91
	nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 103

91. Welche der folgenden Geräte besitzen Sie?	Laptop/Computer/PC .....	<input type="checkbox"/>
Sie können mehrere Angaben machen	Tablet .....	<input type="checkbox"/>
	Smartphone/internetfähiges Handy .....	<input type="checkbox"/>
	internetfähige Spielekonsole .....	<input type="checkbox"/>
	internetfähiger Fernseher .....	<input type="checkbox"/>

92. Wie oft nutzen Sie das Internet?	täglich/mehrmals pro Woche .....	<input type="checkbox"/>
	einmal/Woche .....	<input type="checkbox"/>
	einmal/Monat .....	<input type="checkbox"/>
	seltener .....	<input type="checkbox"/>

93. Wofür nutzen Sie das Internet am häufigsten?	E-mail .....	<input type="checkbox"/>
Sie können mehrere Angaben machen	Informationssuche .....	<input type="checkbox"/>
	Instant Messaging .....	<input type="checkbox"/>
	aktuelle Infos/News .....	<input type="checkbox"/>
	Berufs-/Bildungsinformationen .....	<input type="checkbox"/>
	Chat .....	<input type="checkbox"/>
	Musik Download .....	<input type="checkbox"/>
	spielen .....	<input type="checkbox"/>
	streamen (Musik/Videos) .....	<input type="checkbox"/>
	Anderes, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>

94. <i>Haben Sie schon einmal unangenehme Erfahrungen im Internet gemacht?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>
95. <i>Sind Sie schon einmal auf pornographische Seiten im Internet gestoßen?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>
-----		
96. <i>Haben Sie aktiv danach gesucht?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>
97. <i>Wurden Sie schon einmal im Internet belästigt?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>
98. <i>Wurden Sie gegen Ihren Willen im Internet nach sexuellen Dingen gefragt?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>
99. <i>Wurden Sie im Internet nach Nacktphotos gefragt?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>
100. <i>Wurden Ihnen ungefragt Nacktphotos oder pornographische Bilder/Filme zugeschickt?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>
101. <i>Hat eine Ihnen unbekannte Person versucht sich mit Ihnen zu verabreden?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>
102. <i>Wurden Sie schon einmal das Opfer von Mobbing im Internet, etwa indem Gerüchte, Lügen oder unangenehme Photos von Ihnen verbreitet wurden?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>

## AN BEFRAGTE AB 19 JAHRE:

103 Die folgenden Fragen behandeln das Thema Sexuelle Gewalt. Dieser Bereich ist sehr persönlich. Daher möchten wir Sie an dieser Stelle daran erinnern, dass diese Daten anonym verwertet werden. Da dieser Bereich in Deutschland bisher wenig erforscht wurde, wäre es für uns eine große Hilfe, wenn Sie uns Ihre Erfahrungen auch zu dieser Thematik schildern könnten, da genauere Kenntnisse helfen können, etwa bei der Entwicklung von Präventionsangeboten. Dennoch möchten wir Sie nicht zu einer Antwort zwingen, wenn Ihnen die Fragen zu intim sind.

01	Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Gewalt durch eine Frau erlebt?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
02	Haben Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Gewalt durch einen Mann erlebt?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
03	Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten sexuell aggressiv gegenüber einer Frau verhalten?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
04	Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten sexuell aggressiv gegenüber einem Mann verhalten?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
05	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Nacktaufnahmen von jemandem gemacht und diese heimlich weitergeschickt (z. B. per Internet oder Handy)?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
06	Ist Ihnen so etwas in den letzten 12 Monaten selbst passiert?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
07	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Internet sexuell belästigt oder beleidigt?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
08	Haben Sie so etwas in den letzten 12 Monaten gegenüber einem Jugendlichen oder einem Kind getan?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
09	Haben Sie so etwas in den letzten 12 Monaten gegenüber einem Erwachsenen getan?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
10	Wurden Sie von einer Person in den letzten 12 Monaten gegen Ihren Willen zum Sex gezwungen?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
11	Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Person gegen deren Willen zum Sex gezwungen?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>

## NUR AN BEFRAGTE IN DER ALTERSGRUPPE 14 – 18 JAHRE:

104 Die folgenden Fragen behandeln das Thema Sexuelle Gewalt. Dieser Bereich ist sehr persönlich. Daher möchten wir Dich an dieser Stelle daran erinnern, dass diese Daten anonym verwertet werden. Da dieser Bereich in Deutschland bisher wenig erforscht wurde, wäre es für uns eine große Hilfe, wenn Du uns Deine Erfahrungen auch zu dieser Thematik schildern könntest, da genauere Kenntnisse helfen können, etwa bei der Entwicklung von Präventionsangeboten. Dennoch möchten wir Dich nicht zu einer Antwort zwingen, wenn Dir die Fragen zu intim sind.

01	<i>Hast Du in den letzten 12 Monaten sexuelle Gewalt durch ein etwa gleichaltriges Mädchen erlebt?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
02	<i>Hast Du in den letzten 12 Monaten sexuelle Gewalt durch einen etwa gleichaltrigen Jungen erlebt?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
03	<i>Hast Du Dich in den letzten 12 Monaten sexuell aggressiv oder übergriffig gegenüber einem etwa gleichaltrigen Mädchen verhalten?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
04	<i>Hast Du Dich in den letzten 12 Monaten sexuell aggressiv oder übergriffig gegenüber einem etwa gleichaltrigen Jungen verhalten?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
05	<i>Hast Du in den letzten 12 Monaten Nacktaufnahmen von jemandem gemacht und diese heimlich weitergeschickt (z. B. per Internet oder Handy)?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
06	<i>Ist Dir so etwas in den letzten 12 Monaten selbst passiert?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
07	<i>Wurdest Du in den letzten 12 Monaten von Gleichaltrigen im Internet sexuell belästigt oder beleidigt?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
08	<i>Hast Du so etwas in den letzten 12 Monaten getan?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
09	<i>Hat Dich ein anderes Mädchen/ein anderer Junge in den letzten 12 Monaten gegen Deinen Willen zum Sex gezwungen?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
10	<i>Hast Du ein anderes Mädchen/einen anderen Jungen in den letzten 12 Monaten gegen dessen/seinen Willen zum Sex gezwungen?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>

***Vielen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Interview.***

***Bitte geben Sie den Fragebogen an den/die Interviewer/in zurück oder stecken Sie den Fragebogen in den Umschlag, den Ihnen der Interviewer/in gern zur Verfügung stellt! Der Umschlag wird erst vom Institut geöffnet!***

**REP 24**

**Leitung:** Prof. Dr. E. Brähler/ PD Dr. O. Decker (Böll-Stiftung, Brenner-Stiftung, Luxemburg- Stiftung, Prof. Dr. Fegert, Prof. Dr. M. de Zwaan, Prof. Dr. A. Hilbert, PD Dr. C. Kröger)

**Untersuchungszeitraum:** Februar/ März 2016 (2524 Probanden, 14-99 Jahre)

<b>Beteiligte Mitarbeiter:</b> Dipl.-Math. G. Schmutzler	<b>Kooperationspartner:</b> Prof. Dr. M. Beutel (Universitätsklinik Mainz) Prof. Dr. M. de Zwaan (Medizinische Hochschule Hannover) Prof. Dr. A. Hilbert (Universitätsklinikum Leipzig) Prof. Dr. B. Löwe (Schön Klinik Hamburg) Prof. Dr. Dr. A. Maercker (Universität Zürich) Prof. Dr. B. Strauß (Universität Jena) PD Dr. C. Kröger (TU Braunschweig) PD Dr. O. Decker (Universitätsklinikum Leipzig) PD Dr. Paul Plener (Uniklinikum Ulm) Dr. S. Kliem (Kriminologisches Institut Hannover)
---	--

**Eingesetzte Untersuchungsverfahren:**

- Arbeitslosigkeit (Decker/ Brähler)
- Migrationshintergrund (Decker/ Brähler)
- Religiosität (Decker/ Brähler)
- Gewerkschaftsmitgliedschaft (Decker/ Brähler)
- Somatisierung SSD-12 (Löwe)
- SSS-8 (Löwe)
- Gesundheitszustand (Löwe)
- PHQ-4 (Beutel/ Brähler)
- BMI (Beutel/ Brähler)
- Adipositas (Hilbert)
- PTBS-ICD-11 (Maercker, Kliem)
- Minderjährige Kinder/ Gewalt (Plener)
- Partnerschaft/ Gewalt (Kliem)
- Quality of Marriage Index (de Zwaan)
- Self Image Scale (de Zwaan)
- Psychisches Befinden (Plener)
- Gewalt (Plener)
- Minderjährige Flüchtlinge (Plener)
- Rechtsextreme Einstellungsmuster (Konsensusfragebogen deutscher Politologen 2002) (Decker/ Brähler)
- Deprivation (Rippl & Baier 2005) (Decker/ Brähler)
- Islamfeindschaft/ Asyl/ Antiziganismus (wie REP\_22) neu: Bewertung zu Homosexualität (Decker/ Brähler)
- Links-Rechtseinordnung (Decker/ Brähler)
- Gewaltbereitschaft wie in REP\_13 (Decker/ Brähler)
- Sexismus (Endrikat 2003) wie in REP\_13 (Decker/ Brähler)
- Vertrauen in Organisationen wie in REP\_13 neu: Medien/ Gewerkschaft/ Kirchen (Decker/ Brähler)
- CM (Conspiracy Mentality - Verschwörungstheorien (Imhoff)) wie REP20 (Decker/ Brähler)
- Pegida/ Glaubwürdigkeit Medien (Decker/ Brähler)
- Sexualität- Häufigkeit/ Verlangen (Brähler)
- Sexualität (Strauss/ Kröger)

PAG:

Projekt: **150702**

Sample -Nr.:

1	0	0
---	---	---

Point-Nr.:

AL-Nr.:

Interviewer-Nr.:

Interview durchgeführt am:

Tag

Monat

Interviewbeginn:

Stunde

Minute

Interviewende:

Stunde

Minute

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

**Vorab haben wir einige Fragen zu Ihrer Person**

S 1a	<i>Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 1b
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	
		Bin nicht wahlberechtigt .....	<input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	

S 1b	<i>Und welche Partei würden Sie dann wählen?</i>	CDU/CSU .....	<input type="checkbox"/>
		SPD .....	<input type="checkbox"/>
	<i><u>INT.:</u> Antwortstufen NICHT vorlesen! Nur eine Nennung!</i>	FDP .....	<input type="checkbox"/>
		Die Linke .....	<input type="checkbox"/>
		Grüne .....	<input type="checkbox"/>
		NPD .....	<input type="checkbox"/>
		Piratenpartei .....	<input type="checkbox"/>
		AfD .....	<input type="checkbox"/>
		Andere Partei .....	<input type="checkbox"/>
		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>
		Wähle ungültig .....	<input type="checkbox"/>
		Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>

S 2	<i>Geschlecht der Zielperson:</i>	Männlich .....	<input type="checkbox"/>
		Weiblich .....	<input type="checkbox"/>

S 3	<i>Wann sind Sie geboren?</i>		
	<i>Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt.</i>	<b>Geburtsmonat (z.B. 09):</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
		<b>Geburtsjahr:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

S 4	<i>Welchen Familienstand haben Sie?</i>	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/meiner Ehepartner/in zusammen .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 5
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				
	Ich bin verheiratet und lebe von meinem/meiner Ehepartner/in getrennt ...	<input type="checkbox"/>		
	Ich bin ledig .....	<input type="checkbox"/>		
	Ich bin geschieden .....	<input type="checkbox"/>		
	Ich bin verwitwet .....	<input type="checkbox"/>		

S 4a	<i>Leben Sie mit einem Partner/einer Partnerin zusammen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>
		Nein .....	<input type="checkbox"/>

S 5	<i>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt – ich meine Personen, die hier schlafen und essen - Sie selbst mit eingeschlossen?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Personen
-----	--	---	----------

S 5a	<i>Wie viele davon sind Kinder? (Sie selbst ggf. mit eingeschlossen)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anzahl
	Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.	Kinder unter 18 Jahren?	

S 6	<i>Wie viele eigene Kinder haben Sie? (unabhängig, ob diese bei Ihnen zu Hause leben)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anzahl
	Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.	Eigene Kinder?	

S 7	<i>Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?</i>	Deutsch .....	<input type="checkbox"/>
		Andere, welche:_____	<input type="checkbox"/>

S 8	<i>Welcher Religion oder welcher Konfession gehören Sie an?</i>	Keine Glaubens-/Religionszugehörigkeit .....	<input type="checkbox"/>
		Katholisch (römisch-katholisch) .....	<input type="checkbox"/>
		Protestantisch/evangelisch .....	<input type="checkbox"/>
		Christlich- orthodox/griechisch-orthodox/ russisch-orthodox .....	<input type="checkbox"/>
		Muslimisch/Islam .....	<input type="checkbox"/>
		Jüdisch/jüdisch-orthodox .....	<input type="checkbox"/>
		Buddhistisch .....	<input type="checkbox"/>
		Andere Religion/Konfession.....	<input type="checkbox"/>

S 9	<i>Welchen Schulabschluss haben Sie? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>	Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule) .....	<input type="checkbox"/>
	<i>INT.: Liste S 9 vorlegen</i>	Ich habe die Mittlere Reife/Realschulabschluss ....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe die allgemeine oder fachgebundene (Fach-)Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes (Fach-)Hochschul- /Universitätsstudium .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/ Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar:  ----- Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule .....	<input type="checkbox"/>

S 10	<i>Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?</i>	Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr .....	<input type="checkbox"/>
	<i>INT.: Liste S 10 vorlegen</i>	Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung .....	<input type="checkbox"/>
		Zur Zeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit .....	<input type="checkbox"/>
		Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorrhestand .....	<input type="checkbox"/>
		Nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann .....	<input type="checkbox"/>
		In Berufsausbildung (einschließl. Fachschulen für gewerbliche Berufe) .....	<input type="checkbox"/>
		In Schulausbildung (einschließl. Universität, Hochschule) .....	<input type="checkbox"/>

S 11	<i>Wie oft waren Sie arbeitslos, einschließlich jetziger Arbeitslosigkeit?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mal
------	--	---

S 12	<i>Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?</i>	Berufskreis-Nummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<i>INT.: Liste S 12 vorlegen</i>	

S 13 Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an.

Wie hoch ist **Ihr eigenes** Einkommen?

Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung?

Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.

Einkommensgruppe Nr.:

--	--

INT.: Liste S 13 vorlegen

S 14 Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom **gesamten** monatlichen Nettoeinkommen her einordnen?

Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge.

Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.

Nennen Sie mir bitte nur die entsprechende Nummer.

Einkommensgruppe Nr.:

--	--

INT.: Liste S 14 vorlegen

15.1. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

In Deutschland .....

**Mutter? ➔**

In einem anderen Land .....

**Vater? ➔**

In Deutschland .....

In einem anderen Land .....

15.2 Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

Seit Ihrer Geburt ➔

Jahreszahl:

--	--	--	--

**Besten Dank bis hierher!**

Ich möchte Sie nun bitten, den weiteren Fragebogen selbst auszufüllen.

Wissenschaftler verschiedener deutscher Universitäten möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung eine Reihe wissenschaftlicher/medizinischer Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

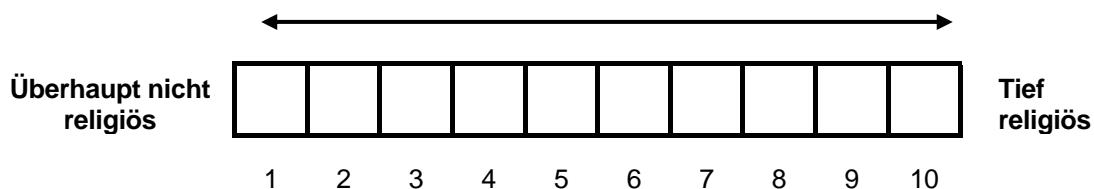
Da unterschiedlichen Forschungseinrichtungen beteiligt sind, kann es sein, dass manche Fragen sich ähneln, wir bitten Sie dennoch den gesamten Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Bitte folgendermaßen markieren:



Sollte bei einer Frage einmal keine Antwortmöglichkeit für Sie zutreffen, lassen Sie diese leer.

16. Würden Sie von sich sagen, dass Sie eher religiös oder eher nicht religiös sind? Wir haben hier eine Skala. Wo würden Sie sich auf dieser Skala einstufen? Machen Sie bitte ein Kreuz in eines der Kästchen.



17. Sind Sie selbst oder jemand anderer in Ihrem Haushalt Mitglied einer Gewerkschaft?
- Ja, selbst.....
- Ja, nur andere .....
- Ja, selbst und andere.....
- Nein.....

18. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 7 Tage** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
01 Bauchschmerzen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
02 Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
03 Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken	<input type="checkbox"/>				
04 Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
05 Schmerzen im Brustbereich oder Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>				
06 Schwindel	<input type="checkbox"/>				
07 Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>				
08 Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>				

19. Besteht mindestens eine dieser Beschwerden seit mehr als 6 Monaten?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>

20. Im Folgenden geht es um Gedanken und Gefühle in Bezug auf körperliche Beschwerden und darum, wie Sie mit körperlichen Beschwerden umgehen.

Bitte lesen Sie sich alle Aussagen genau durch und kreuzen Sie jeweils an, was für Sie am ehesten zutrifft.

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
01 Ich denke, dass meine körperlichen Beschwerden Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung sind.	<input type="checkbox"/>				
02 Ich mache mir große Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
03 Meine gesundheitlichen Sorgen behindern mich im Alltag.	<input type="checkbox"/>				
04 Ich bin von der Ernsthaftigkeit meiner körperlichen Beschwerden überzeugt.	<input type="checkbox"/>				
05 Meine körperlichen Beschwerden machen mir Angst.	<input type="checkbox"/>				
06 Meine körperlichen Beschwerden beschäftigen mich den größten Teil des Tages.	<input type="checkbox"/>				
07 Andere sagen mir, dass meine körperlichen Beschwerden nicht schlimm sind.	<input type="checkbox"/>				
08 Ich mache mir Sorgen, dass meine körperlichen Beschwerden niemals aufhören werden.	<input type="checkbox"/>				
09 Die Sorgen um meine Gesundheit rauben mir Energie.	<input type="checkbox"/>				
10 Ich denke, dass die Ärzte meine körperlichen Beschwerden nicht ernst nehmen.	<input type="checkbox"/>				
11 Durch meine körperlichen Beschwerden kann ich mich schlecht auf andere Dinge konzentrieren.	<input type="checkbox"/>				
12 Ich mache mir Sorgen auch in Zukunft durch meine körperlichen Beschwerden beeinträchtigt zu bleiben.	<input type="checkbox"/>				

21. Wie viele Stunden am Tag beschäftigen Sie sich mit Ihren körperlichen Beschwerden?	<input type="text"/>   <input type="text"/> Stunde(n) pro Tag
(Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)	

22. <i>Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen einen Arzt aufgesucht?</i>	Kein mal .....	<input type="checkbox"/>		
	1 mal .....	<input type="checkbox"/>		
	2 mal .....	<input type="checkbox"/>		
	Häufiger:      Etwa	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> mal		

**23. Nun geht es um Ihr Befinden in der letzten Zeit.**

	nicht beeinträchtigt	leicht	mittelmäßig	erheblich	schwer beeinträchtigt
23a Wie beurteilen Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand in den <u>letzten 2 Wochen</u> ?	<input type="checkbox"/>				
23b Wie beurteilen Sie Ihren seelischen Gesundheitszustand in den <u>letzten 2 Wochen</u> ?	<input type="checkbox"/>				

**24. Wie oft fühlten Sie sich in Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Wie groß sind Sie? (Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> cm			

26. Wie viel wiegen Sie derzeit? (Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> kg			

27. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? Bitte kreuzen Sie diejenige Antwort an, die Ihrer Meinung am ehesten entspricht.

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme völlig zu
01 Es gibt keine Entschuldigung dafür, dick zu sein.	<input type="checkbox"/>				
02 Wenn dicke Leute wirklich abnehmen wollten, könnten sie es.	<input type="checkbox"/>				
03 Dicke Leute essen nicht notwendigerweise mehr als andere Leute.	<input type="checkbox"/>				
04 Die meisten Dicken kaufen zu viel ungesundes Essen.	<input type="checkbox"/>				
05 Dicke Menschen haben keine Willenskraft.	<input type="checkbox"/>				
06 Das Dicksein genetisch verursacht wird, ist bloß eine Entschuldigung.	<input type="checkbox"/>				
07 Wenn dicke Leute wüssten, wie schlimm sie aussehen, würden sie abnehmen.	<input type="checkbox"/>				
08 Die meisten Dicken schieben alle möglichen Entschuldigungen dafür vor, dass sie dick sind.	<input type="checkbox"/>				
09 Die meisten dicken Menschen sind faul.	<input type="checkbox"/>				

28. Adipositas ist eine...

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	unentschieden	stimme eher zu	stimme völlig zu
01 körperliche Krankheit	<input type="checkbox"/>				
02 psychische Krankheit	<input type="checkbox"/>				
03 genetische Krankheit	<input type="checkbox"/>				
04 körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/>				
05 geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>				
06 psychische Behinderung	<input type="checkbox"/>				

Nun soll es um Ihre Erfahrungen mit außergewöhnlichen, belastenden Ereignissen gehen.

29. Haben Sie eines der folgenden Ereignisse erlebt?

	Ja	Nein
01 Kriegseinsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ernsthaft körperlich bedroht (z.B. mit einer Waffe), angegriffen, verletzt oder gequält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Opfer einer Vergewaltigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Naturkatastrophe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Als Kind (vor Ihrem 14. Lebensjahr) sexuell missbraucht, d.h. jemand hat Sie gegen Ihren Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen oder solche an Ihnen ausgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Schwerwiegender Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 In Gefangenschaft, als Geisel gehalten oder Opfer einer Entführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Bei Ihnen wurde eine lebensbedrohliche Krankheit diagnostiziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Zeuge, wie eines der oben genannten Ereignisse einer anderen Person passierte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Gab es noch ein anderes, bisher noch nicht erwähntes schreckliches Ereignis oder eine Katastrophe? Wenn ja, welches:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.1. Bitte wählen Sie nun die Erfahrung aus,  
die Sie am meisten belastet. Tragen Sie  
dafür die entsprechende Nummer rechts  
ein.

Nr.:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Kein Ereignis trifft auf mich zu .....

weiter mit  
Frage 33

Bitte beantworten Sie nun die folgenden Fragen hinsichtlich dieser Erfahrung.

30. Wann fand dieses Erlebnis statt?

(bitte eine Möglichkeit ankreuzen)

Vor weniger als 4 Wochen .....	<input type="checkbox"/>
Vor weniger als 6 Monaten .....	<input type="checkbox"/>
Vor 6-12 Monaten .....	<input type="checkbox"/>
Vor 1-5 Jahren .....	<input type="checkbox"/>
Vor 5-10 Jahren .....	<input type="checkbox"/>
Vor 10-20 Jahren .....	<input type="checkbox"/>
Vor mehr als 20 Jahren .....	<input type="checkbox"/>

31. Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und kreuzen Sie das Kästchen an, das angibt, wie sehr dieses Problem Sie im letzten Monat belastet hat.

Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	<i>gar nicht</i>	<i>ein bisschen</i>	<i>mittel-mäßig</i>	<i>stark</i>	<i>sehr stark</i>
01 Aufwühlende Träume in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten.	<input type="checkbox"/>				
02 Intensive Bilder oder Erinnerungen, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Erlebnis jetzt und hier gerade noch einmal stattfinden würde.	<input type="checkbox"/>				
03 An das Erlebnis erinnert werden und dann für eine Weile gedanklich abdriften.	<input type="checkbox"/>				
04 Sich in große Aufregung versetzt fühlen, wenn irgendetwas an das Erlebnis erinnert.	<input type="checkbox"/>				
05 Vermeiden, dass etwas <b>von Innen</b> an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen).	<input type="checkbox"/>				
06 Vermeiden, dass etwas <b>von Außen</b> an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen).	<input type="checkbox"/>				
07 Extrem wachsam, aufmerksam oder „auf der Hut“ sein.	<input type="checkbox"/>				
08 Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein.	<input type="checkbox"/>				

- 31.1. Haben sich die gerade genannten Probleme **im letzten Monat** negativ...

	<i>gar nicht</i>	<i>ein bisschen</i>	<i>mittel-mäßig</i>	<i>stark</i>	<i>sehr stark</i>
01 ...auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt?	<input type="checkbox"/>				
02 ...auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	<input type="checkbox"/>				
03 ...auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>				

32. Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit anderen Menschen verhalten.

Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?	gar nicht	ein bisschen	mittel-mäßig	stark	sehr stark
01 Ich reagiere auf Dinge, die andere Menschen nicht so stark zu beeinflussen scheinen.	<input type="checkbox"/>				
02 Wenn ich aufgereggt bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige.	<input type="checkbox"/>				
03 Meine Gefühle sind leicht verletzbar.	<input type="checkbox"/>				
04 Ich erlebe Zeiten, in denen ich meine Wut nicht kontrollieren kann.	<input type="checkbox"/>				
05 Ich mache Dinge von denen mir Andere sagen, dass sie gefährlich oder rücksichtslos sind (zum Beispiel sehr schnelles Fahren).	<input type="checkbox"/>				
06 Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub.	<input type="checkbox"/>				
07 Ich bin die Art von Mensch, der es schwer fällt Gefühle der Freude oder der Lust zu empfinden.	<input type="checkbox"/>				
08 Wenn ich unter Stress bin oder mich etwas an mein traumatisches Erlebnis erinnert, fühle ich mich so, als ob die reale Welt weit entfernt oder irgendwie verändert wäre (zum Beispiel verläuft die Zeit langsamer, Dinge sehen anders aus).	<input type="checkbox"/>				
09 Wenn ich unter Stress bin oder mich etwas an mein traumatisches Erlebnis erinnert, fühle ich mich oft wie außerhalb meines Körpers oder empfinde, dass irgendetwas seltsam mit meinem Körper ist.	<input type="checkbox"/>				
10 Ich fühle mich als Versager.	<input type="checkbox"/>				
11 Ich fühle mich wertlos.	<input type="checkbox"/>				
12 Ich schäme mich oft für mich selbst, egal ob angemessen oder nicht.	<input type="checkbox"/>				
13 Ich fühle mich schuldig für Dinge, die ich getan oder die ich unterlassen habe.	<input type="checkbox"/>				
14 Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>				
15 Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben.	<input type="checkbox"/>				
16 Ich vermeide Beziehungen, weil sie am Ende zu schwierig oder schmerzlich werden.	<input type="checkbox"/>				

	gar nicht	ein bisschen	mittel-mäßig	stark	sehr stark
01 ...auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	<input type="checkbox"/>				
02 ... auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>				

**Der folgende Abschnitt richtet sich ausschließlich an Eltern minderjähriger Kinder.**

**Falls Sie keine minderjährigen Kinder haben, fahren Sie bitte mit Frage 35 fort.**

33. Denken Sie bitte im Folgenden an minderjährige Kinder, die mit Ihnen im Haushalt leben oder die Sie regelmäßig treffen. Wie alt sind die jüngsten 3 Kinder und welches Geschlecht haben diese?

<i>Jüngstes minderjähriges Kind</i>	Alter in Jahren	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
	Männlich .....	<input type="checkbox"/>
	Weiblich .....	<input type="checkbox"/>

<i>Zweitjüngstes minderjähriges Kind</i>	Alter in Jahren	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
	Männlich .....	<input type="checkbox"/>
	Weiblich .....	<input type="checkbox"/>

<i>Drittjüngstes minderjähriges Kind</i>	Alter in Jahren	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
	Männlich .....	<input type="checkbox"/>
	Weiblich .....	<input type="checkbox"/>

*Im Folgenden finden Sie eine Liste von Verhaltensweisen, die Eltern anwenden, um mit dem Fehlverhalten ihrer Kinder umzugehen. Z.B. wenn Kinder nicht gehorchen, aggressiv sind, Anweisungen nicht befolgen, Regeln brechen oder Ihre Eltern ärgern. Die folgenden Fragen erfassen wie Sie in den vergangenen 12 Monaten auf Fehlverhalten Ihrer Kinder reagiert haben.*

- 34 Während der **letzten 12 Monate**, habe ich dies getan...

	... um eine Lektion zu erteilen	... um zu bestrafen	... weil ich frustriert war/ die Fassung verloren habe	Ich habe dies niemals getan
01 Ich habe das Kind mit der bloßen Hand auf den Hintern gehauen.				
Jüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drittjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich habe das Kind auf die Hand geschlagen.				
Jüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drittjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich habe das Kind hart angefasst.				
Jüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drittjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich habe das Kind mit einem harten Gegenstand, z.B. einem Stock oder einer Bürste geschlagen oder verhauen.				
Jüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drittjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich habe mein Kind mit Worten sehr hart gemaßregelt.				
Jüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drittjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte füllen Sie die Tabelle auf der folgenden Seite weiter aus.**

34.1 Während der **letzten 12 Monate**, habe ich dies getan...

	... um eine Lektion zu erteilen	... um zu bestrafen	... weil ich frustriert war/ die Fassung verloren habe	Ich habe dies niemals getan
06 Um etwas klar zu machen, habe ich schon einmal etwas, was meinem Kind wichtig ist, Schaden zugefügt (z.B. ein Lieblingsgegenstand, oder ein Haustier des Kindes).				
Jüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drittjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Ich habe angedroht mein Kind ernsthaft zu verletzen, zu verlassen oder ähnliche Drohungen ausgesprochen.				
Jüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drittjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Ich habe mein Kind mit Ausdrücken bezeichnet, die sehr verletzend sind (z.B. wertlos, dumm, Schlampe).				
Jüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drittjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Ich habe mein Kind in Gegenwart von anderen gehänselt, erniedrigt, angespuckt oder Ähnliches.				
Jüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drittjüngstes Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Der folgende Abschnitt richtet sich ausschließlich an Personen in einer Partnerschaft.**

**Sollten Sie derzeit nicht in einer Partnerschaft leben, fahren Sie bitte mit Frage 44 fort.**

35. Wie alt ist ihr derzeitiger Partner/ Ihre Partnerin?

--	--

Jahre

37.1. Waren Sie in den letzten 12 Monaten jemals niedergeschlagen, traurig oder gestresst, dass es Sie in einem Zeitraum von 14 Tagen so gut wie jeden Tag beeinträchtigt hat?

Ja .....

weiter mit  
Frage 37.2

Nein .....

weiter mit  
Frage 38

37.2 (falls ja) Wie viel Ihrer Niedergeschlagenheit, Traurigkeit oder Ihres Stresses war auf Dinge zurückzuführen, die Ihr Partner gesagt oder getan hat?

fast alles	das Meiste	etwas	ein wenig	fast nichts
<input type="checkbox"/>				

38. Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate befürchtet, dass ihr Partner Sie oder jemanden der Ihnen wichtig ist (Familienmitglied, Freund, Haustier) absichtlich körperlich verletzen könnte?

fast immer	oft	manchmal	selten	nie
<input type="checkbox"/>				

39. Wie oft während der letzten 12 Monate hat Ihr Partner Sie beleidigt oder beschimpft.

(bitte eine Möglichkeit ankreuzen)

Mehr als 10 mal .....	<input type="checkbox"/>
6-10 mal .....	<input type="checkbox"/>
3-5 mal .....	<input type="checkbox"/>
Zweimal .....	<input type="checkbox"/>
Einmal.....	<input type="checkbox"/>
Nie .....	<input type="checkbox"/>

**Konflikte in der Partnerschaft sind häufig. Die Mehrheit aller Personen gibt an, dass es im Rahmen von Partnerschaftskonflikten schon einmal zu körperlichen Auseinandersetzungen, wie z.B. hartes Anfassen, Schubsen oder Schlägen mit der offenen Hand gekommen ist.**

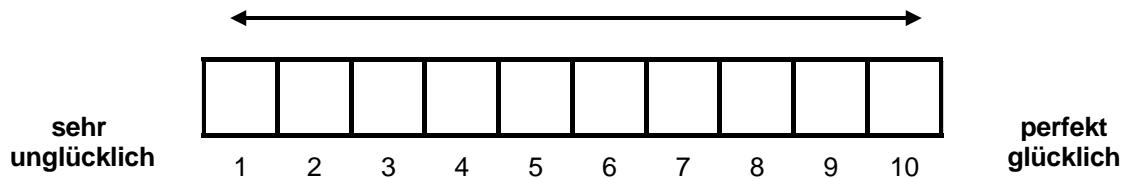
**Die nachfolgende Liste enthält Verhaltensweisen, die Partner im Rahmen von Konflikten häufig zeigen. Bitte geben Sie an wie häufig diese in den vergangenen 12 Monaten im Rahmen ihrer Partnerschaft vorgefallen sind.**

40. Wie oft in den letzten 12 Monaten...	1 mal	2 mal	3 bis 5 mal	6 bis 10 mal	11 bis 20 mal	mehr als 20 mal	nie	Nicht in den letzten Jahren, aber es ist schon einmal passiert.
01 haben Sie Ihren Partner geschubst oder gestoßen?	<input type="checkbox"/>							
02 hat Ihr Partner Sie geschubst oder gestoßen?	<input type="checkbox"/>							
03 haben Sie Ihren Partner hart angefasst?	<input type="checkbox"/>							
04 hat Ihr Partner Sie hart angefasst?	<input type="checkbox"/>							
05 haben Sie Ihren Partner gekratzt?	<input type="checkbox"/>							
06 hat Ihr Partner Sie gekratzt?	<input type="checkbox"/>							
07 haben Sie Ihren Partner mit der flachen Hand geschlagen?	<input type="checkbox"/>							
08 hat Ihr Partner Sie mit der flachen Hand geschlagen?	<input type="checkbox"/>							
09 haben Sie einen Gegenstand, der jemanden verletzen könnte, nach Ihrem Partner geworfen?	<input type="checkbox"/>							
10 hat Ihr Partner einen Gegenstand, der jemanden verletzen könnte, nach Ihnen geworfen?	<input type="checkbox"/>							
11 haben Sie Sie Ihren Partner gebissen?	<input type="checkbox"/>							
12 hat Ihr Partner Sie gebissen?	<input type="checkbox"/>							
13 haben Sie Ihren Partner mit der Faust geschlagen?	<input type="checkbox"/>							
14 hat Ihr Partner Sie mit der Faust geschlagen?	<input type="checkbox"/>							
15 hat ihr Partner Sie gegen Ihren Willen gewaltsam zu sexuellen Handlungen gedrängt.	<input type="checkbox"/>							
16 haben Sie eine sexuelle Handlung ausgeführt, weil Sie Angst davor hatten, was Ihr Partner sonst hätte tun können?	<input type="checkbox"/>							

41. Wir möchten Ihnen nun einige allgemeine Fragen über Ihre Beziehung mit Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin stellen.

	starke Ablehnung	weder noch			sehr starke Zustimmung		
	1	2	3	4	5	6	7
01 Wir haben eine gute Partnerschaft.	<input type="checkbox"/>						
02 Meine Beziehung mit meinem Partner/ meiner Partnerin ist sehr stabil.	<input type="checkbox"/>						
03 Unsere Partnerschaft ist stark.	<input type="checkbox"/>						
04 Meine Beziehung mit meinem Partner/ meiner Partnerin macht mich glücklich	<input type="checkbox"/>						
05 Ich fühle mich wirklich wie ein Teil eines Teams mit meinem Partner/ meiner Partnerin	<input type="checkbox"/>						

42. Wie glücklich schätzen Sie auf einer Skala von 1 = sehr unglücklich bis 10 = perfekt glücklich Ihre Partnerschaft – über alles betrachtet – ein?



43. Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie Ihre körperliche Erscheinung/Attraktivität empfinden. Denken Sie an die letzte Woche und kreuzen Sie das Ausmaß Ihrer Zustimmung für die folgenden Aussagen an.

In der letzten Woche:	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils/teils	stimme zu	stimme absolut zu
01 Ich mag mein Aussehen, wenn ich unbekleidet/ nackt bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich mag es, wie ich in meiner Kleidung aussehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich denke, dass mein Partner/ meine Partnerin mich als Frau/als Mann sieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich vermeide es, mich selbst anzusehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich finde mich attraktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Ich denke, dass mein Partner/ meine Partnerin sexuelle Intimität mit mir genießt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte die Tabelle auf der folgenden Seite weiter ausfüllen.

In der letzten Woche:

		stimme über- haupt nicht zu	stimme nicht zu	teils/ teils	stimme zu	stimme absolut zu
07	Ich finde mich gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich denke, dass mein Partner/ meine Partnerin mich attraktiv findet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich mag meine Erscheinung nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich denke, dass mein Partner/ meine Partnerin mich weiblich/ männlich findet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich denk, dass mein Partner/ meine Partnerin mich sexy findet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Im folgenden Abschnitt soll es in einigen Fragen um Ihr psychisches Befinden und Ihre persönlichen Erfahrungen mit möglichen Erkrankungen gehen.**

44. <i>Waren Sie jemals in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 45
	-----	-----	-----
	nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 56
45. <i>Wo war das?</i> <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	in einer Klinik: stationär .....	<input type="checkbox"/>	
	in einer Klinik: tagesklinisch .....	<input type="checkbox"/>	
	in einer Klinik: ambulant .....	<input type="checkbox"/>	
	bei einem Facharzt oder Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	
46. <i>Wann haben Sie zuerst eine solche Behandlung erhalten?</i>	Ich bin aktuell in Behandlung .....	<input type="checkbox"/>	
	Vor mehr als 1 Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
	Vor mehr als 5 Jahren .....	<input type="checkbox"/>	
	Vor mehr als 10 Jahren .....	<input type="checkbox"/>	
	Früher .....	<input type="checkbox"/>	

47. Was war der Grund für die letzte Behandlung? <i>(Sie können mehrere Angaben machen)</i>	Akuter Drogen- oder Alkoholgebrauch..... <input type="checkbox"/>	
	Abhängigkeits- /Suchterkrankungen ..... <input type="checkbox"/>	
	Psychose/Schizophrenie ..... <input type="checkbox"/>	
	Depression ..... <input type="checkbox"/>	
	Angsterkrankung ..... <input type="checkbox"/>	
	Selbstmordabsichten/ -versuch ..... <input type="checkbox"/>	
	aggressives Verhalten ..... <input type="checkbox"/>	
	Zwangserkrankung ..... <input type="checkbox"/>	
	Demenz ..... <input type="checkbox"/>	
	Essstörung ..... <input type="checkbox"/>	
	Persönlichkeitsstörung ..... <input type="checkbox"/>	
	Entwicklungsstörung (Autismus, etc.) ..... <input type="checkbox"/>	
	traumatische Erlebnisse:	
	Sexueller Missbrauch ..... <input type="checkbox"/>	
	Misshandlungen ..... <input type="checkbox"/>	
	Andere traumatische Erlebnisse ..... <input type="checkbox"/>	
	Anderes ..... <input type="checkbox"/>	
48. Wie lange haben Sie zwischen der Anmeldung und dem Beginn der <u>letzten</u> Behandlung warten müssen?	Die Behandlung hat sofort begonnen ..... <input type="checkbox"/>	
	Unter 1 Monat ..... <input type="checkbox"/>	
	1-3 Monate ..... <input type="checkbox"/>	
	3-6 Monate ..... <input type="checkbox"/>	
	über 6 Monate ..... <input type="checkbox"/>	
	über 1 Jahr ..... <input type="checkbox"/>	
49. Wenn Sie an Ihre letzte Behandlung denken: mussten Sie für die Behandlung der psychischen Störung Medikamente einnehmen?	Ja ..... <input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 50
	Nein ..... <input type="checkbox"/>	

50. Welches Medikament wurde Ihnen verschrieben? <i>(Sie können mehrere Angaben machen)</i>	Ein Antidepressivum..... Ein Medikament gegen Stimmungsschwankungen .....	<input type="checkbox"/>
	Ein Medikament zur Behandlung von Schizophrenie oder Psychosen.....	<input type="checkbox"/>
	Ein Medikament zur Behandlung der ADHS (Stimulanzien) .....	<input type="checkbox"/>
	Ein pflanzliches Präparat.....	<input type="checkbox"/>
	Ein Medikament zur Beruhigung .....	<input type="checkbox"/>

51. Wie lange haben Sie es genommen?  <i>(falls Sie mehrere Medikamente gleichzeitig genommen haben, bitte antworten Sie hier bezogen auf das Medikament, dass Sie am längsten eingenommen hatten)</i>	Ich nehme es noch .....	<input type="checkbox"/>
	Bis mein Arzt mir gesagt hat, dass ich es absetzen kann .....	<input type="checkbox"/>
	Ich habe die Einnahme selbstständig (ohne Rücksprache mit meinem Arzt) beendet.....	<input type="checkbox"/>

52. Wer hat die Therapiekosten der gesamten Behandlung gezahlt?  <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>	Ich selbst .....	<input type="checkbox"/>
	Krankenkasse.....	<input type="checkbox"/>
	Opferentschädigungsgesetz.....	<input type="checkbox"/>
	Kinder- und Jugendhilfe .....	<input type="checkbox"/>
	Andere.....	<input type="checkbox"/>
	Unbekannt .....	<input type="checkbox"/>

53. Hat die Behandlung Ihnen geholfen bzw. hilft Ihnen die Behandlung?	Ja, ist sehr hilfreich.....	<input type="checkbox"/>
	Ja, ist hilfreich.....	<input type="checkbox"/>
	Ja, etwas hilfreich.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ist eher weniger hilfreich .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ist nicht hilfreich .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ist überhaupt nicht hilfreich .....	<input type="checkbox"/>

54. Wurden Sie <u>jemals</u> gegen Ihren Willen psychiatrisch behandelt?	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 55
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	

55. Wo war das?	In einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (bis zum 18. Lebensjahr)	<input type="checkbox"/>
	In einer Klinik für Erwachsenenpsychiatrie ....	<input type="checkbox"/>
	Woanders .....	<input type="checkbox"/>

56. <i>Haben Sie als Kind oder Jugendliche/r eines oder mehrere Angebote der Kinder- und Jugendhilfe erhalten? Falls ja, welche?</i>  <i>(Sie können mehrere Angaben machen)</i>	Familienberatung..... <input type="checkbox"/>
	Familienhilfe in der Familie..... <input type="checkbox"/>
	Leben bei einer Pflegefamilie .....
	Leben im Heim .....
	Leben im Internat .....
	Besuch einer heilpädagogischen Tagesstätte..... <input type="checkbox"/>
	-----
	Nein, nichts davon..... <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">weiter mit Frage 59</span>
57. <i>Haben Sie im Rahmen der oben genannten Hilfen Gewalt erfahren?</i>  <i>(Sie können mehrere Angaben machen)</i>	Nein .....
	<input type="checkbox"/>
	Sexuelle Gewalt .....
	<input type="checkbox"/>
	Körperliche Gewalt..... <input type="checkbox"/>
58. <i>Denken Sie, dieses Angebot hat Ihnen generell geholfen?</i>	Ja, sehr..... <input type="checkbox"/>
	Ja, etwas .....
	<input type="checkbox"/>
	Nein, eher nicht .....
	<input type="checkbox"/>
	Nein, gar nicht .....
	<input type="checkbox"/>
59. <i>Haben Sie aufgrund einer seelischen Belastung oder einer psychischen Erkrankung je eines der hier angeführten Hilfeangebote in Anspruch genommen?</i>  <i>(Sie können mehrere Angaben machen)</i>	Notfalltelefon .....
	<input type="checkbox"/>
	Telefonseelsorge .....
	<input type="checkbox"/>
	Hilfe über das Internet (Chat, E-Mail Beratung, etc.)..... <input type="checkbox"/>
	-----
	nein, ich habe keines dieser Angebote angenommen .....
	<input type="checkbox"/> <span style="float: right;">weiter mit Frage 62</span>
60. <i>Was war der Grund für die Inanspruchnahme des Angebotes?</i>	Psychische Erkrankung..... <input type="checkbox"/>
	Selbstmordabsichten..... <input type="checkbox"/>
	Plötzlicher Trauerfall in der Familie..... <input type="checkbox"/>
	Wunsch nach Beratung im Umgang mit seelischen Krisen von anderen .....
	<input type="checkbox"/>
	Traumatisches Ereignis..... <input type="checkbox"/>
	Anderes .....
	<input type="checkbox"/>

61. Denken Sie, dieses Angebot hat Ihnen <u>generell</u> geholfen?	Ja, sehr .....	<input type="checkbox"/>
	Ja, etwas .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, eher nicht .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, gar nicht .....	<input type="checkbox"/>

**Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Vorstellungen, wie man mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) umgehen soll. Damit sind Kinder und Jugendliche gemeint, die sich ohne Elternteil bzw. ohne Sorgeberechtigte in Deutschland aufhalten. Im Folgenden werden sie mit UMF abgekürzt.**

62. Seit einiger Zeit kommen verstärkt UMF aus Krisengebieten in Syrien und dem Irak nach Deutschland. Glauben Sie, dass Deutschland in der Lage ist, noch mehr UMF aufzunehmen, oder ist das nicht möglich?	In der Lage .....	<input type="checkbox"/>
	Nicht möglich .....	<input type="checkbox"/>
	Unentschieden, keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>

63. Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie den folgenden Aussagen zustimmen, oder diese ablehnen.

	stimme voll zu	stimme etwas zu	bin etwas dagegen	bin stark dagegen
01 UMF sollten generell sofort in Ihre Heimatländer abgeschoben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 UMF aus Balkanstaaten (Serbien, Kosovo, etc.) sollten sofort in Ihre Heimatländer abgeschoben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 UMF aus Afrika sollten sofort in Ihre Heimatländer abgeschoben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 UMF aus Staaten des nahen Ostens (Syrien, Irak, Afghanistan,..) sollten sofort in Ihre Heimatländer abgeschoben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 UMF sollten das gleiche Recht auf Zugang zu Schule und Ausbildungsplätzen haben wie Jugendliche mit deutscher Staatsbürgerschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Wenn ein UMF einen Schulabschluss in Deutschland erworben hat oder hier seine Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat, dann soll er in Deutschland bleiben dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Wo sollen UMF in Deutschland hauptsächlich untergebracht werden?	In Flüchtlingsunterkünften .....	<input type="checkbox"/>
	In Einrichtungen der Jugendhilfe (Wohngruppen, Heimen, etc.) .....	<input type="checkbox"/>
	In Pflegefamilien .....	<input type="checkbox"/>
	Anderes .....	<input type="checkbox"/>

65. Im folgenden Abschnitt interessieren uns Ihre Einstellungen zur Erziehung von Kindern. Bitte überlegen Sie, ob Sie den folgenden Aussagen zustimmen, bzw. welche Erziehungsmethoden Sie für geeignet halten.

	stimme voll zu	stimme etwas zu	bin etwas dagegen	bin stark dagegen
01 Ein Klaps auf den Hintern hat noch keinem Kind geschadet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Eine Ohrfeige hat noch keinem Kind geschadet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Eine Tracht Prügel hat noch keinem Kind geschadet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Welche dieser Erziehungsmethoden haben Ihre Eltern bei Ihnen angewandt?

(Sie können mehrere Angaben machen)

Klaps auf den Hintern.....	<input type="checkbox"/>
Leichte Ohrfeige .....	<input type="checkbox"/>
Schallende Ohrfeige.....	<input type="checkbox"/>
Tracht Prügel mit Blutung.....	<input type="checkbox"/>
Mit Stock kräftig auf Po .....	<input type="checkbox"/>
Treten .....	<input type="checkbox"/>
Würgen .....	<input type="checkbox"/>
Schläge mit Gegenständen (wie Gürtel, Bambusrohr).....	<input type="checkbox"/>
Andere körperliche Bestrafung.....	<input type="checkbox"/>
Fernsehverbot .....	<input type="checkbox"/>
Ausgehverbot .....	<input type="checkbox"/>
Taschengeldkürzung .....	<input type="checkbox"/>
Nicht mehr mit Ihnen reden.....	<input type="checkbox"/>
Niederbrüllen .....	<input type="checkbox"/>
nichts davon .....	<input type="checkbox"/>

67. Haben Sie sexuelle Übergriffe durch Ihre Eltern erlebt?

(Sie können mehrere Angaben machen)

Unerwünschte Berührungen im Genitalbereich .....	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Übergriffe mit Eindringen.....	<input type="checkbox"/>
Zeigen pornographischer Inhalte .....	<input type="checkbox"/>
Keines davon.....	<input type="checkbox"/>

<p>68. Welche körperliche Bestrafung halten Sie in der Erziehung von Kindern für angebracht?</p> <p>(Sie können mehrere Angaben machen)</p>	<p>Klaps auf den Hintern..... <input type="checkbox"/></p> <p>Leichte Ohrfeige..... <input type="checkbox"/></p> <p>Schallende Ohrfeige..... <input type="checkbox"/></p> <p>Tracht Prügel mit Blutung..... <input type="checkbox"/></p> <p>Mit Stock kräftig auf Po ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Treten ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Würgen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Schläge mit Gegenständen (wie Gürtel, Bambusrohr)..... <input type="checkbox"/></p> <p>Andere körperliche Bestrafung..... <input type="checkbox"/></p> <p>- - - - - Ich lehne körperliche Bestrafung als Erziehungsmethode ab ..... <input type="checkbox"/></p>
<p>69. Wann halten Sie körperliche Strafen als Erziehungsmethode bei Kindern für angebracht?</p> <p>(Sie können mehrere Angaben machen)</p>	<p>Bei Diebstahl ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Bei Sachbeschädigung..... <input type="checkbox"/></p> <p>Bei Lügen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn die Kinder zu spät nach Hause kommen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn Kinder frech sind oder wiedersprechen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Anderes ..... <input type="checkbox"/></p> <p>- - - - - Ich lehne körperliche Bestrafung als Erziehungsmethode ab ..... <input type="checkbox"/></p>
<p>70. Haben Sie Kinder (unabhängig davon wie alt diese sind)?</p>	<p>ja ..... <input type="checkbox"/> weiter mit Frage 71</p> <p>- - - - -</p> <p>nein ..... <input type="checkbox"/> weiter mit Frage 73</p>
<p>71. Was würden Sie bei Ihren Kindern (bis zum 14. Lebensjahr) am ehesten durchgehen lassen?</p> <p>(Bitte wählen Sie <u>bis zu 3 Antworten</u> aus, denen Sie am stärksten zustimmen. Sollten Ihre Kinder bereits erwachsen sein, versuchen Sie sich bitte an die Zeit zu erinnern, bevor diese jugendlich waren.)</p>	<p>Fehlendes Zähneputzen am Abend und Morgen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nie waschen oder duschen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Zimmer nie aufräumen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Schulschwänzen, weil sie/er keine Lust hat... <input type="checkbox"/></p> <p>Unangemeldet bei Bekannten übernachten... <input type="checkbox"/></p> <p>Unbegrenzt PC, Fernsehen oder Spielekonsole bedienen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ungefragt Geld von Eltern für eigene Wünsche entwenden..... <input type="checkbox"/></p> <p>Schlechte Laune mit grundlosem Anpöbeln der Eltern..... <input type="checkbox"/></p> <p>Die Eltern schlagen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Taschengeld ausschließlich für große Mengen ungesunder Nahrung ausgeben..... <input type="checkbox"/></p>

72. Was ist Ihnen von den folgenden Erziehungsinhalten bei Ihren Kindern (bis zum 14. Lebensjahr) am wichtigsten?  (Bitte wählen Sie jene Antwort aus, der Sie am stärksten zustimmen. Sollten Ihre Kinder bereits erwachsen sein, versuchen Sie sich bitte an die Zeit zu erinnern, bevor diese jugendlich waren.)	<p>Regelmäßiges Zähneputzen am Abend und Morgen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Mindestens einmal in der Woche duschen oder baden ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Jeden Tag saubere Kleider ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Zimmer aufräumen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Frühstück vor dem Schulbesuch ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Miteinander (in der Familie) essen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Den Eltern nicht widersprechen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Rechtzeitig ins Bett gehen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Miteinander (in der Familie) spielen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Regelmäßig Buch vorlesen (Vorschule) oder Bücher lesen (Schule) ..... <input type="checkbox"/></p>
73. Was haben sie von den zehn Erziehungsinhalten selbst in Ihrer Kindheit am meisten vermisst?	<p>Regelmäßiges Zähneputzen am Abend und Morgen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Mindestens einmal in der Woche duschen oder baden ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Jeden Tag saubere Kleider ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Zimmer aufräumen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Frühstück vor dem Schulbesuch ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Miteinander (in der Familie) essen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Den Eltern nicht widersprechen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Rechtzeitig ins Bett gehen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Miteinander (in der Familie) spielen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Regelmäßig Buch vorlesen (Vorschule) oder Bücher lesen (Schule) ..... <input type="checkbox"/></p>

**Im folgenden Abschnitt geht es um Themen aus den Bereichen Politik und Gesellschaft. Geben Sie bitte jeweils ihre persönlichen Ansichten an.**

74. Kreuzen Sie bitte bei den folgenden Aussagen an, inwieweit Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.

	lehne völlig ab	lehne über- wiegend ab	stimme teils zu, teils nicht zu	stimme über- wiegend zu	stimme voll und ganz zu
01 Im nationalen Interesse ist unter bestimmten Umständen eine Diktatur die bessere Staatsform.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ohne Judenvernichtung würde man Hitler heute als großen Staatsmann ansehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	lehne völlig ab	lehne über- wiegend ab	stimme teils zu, teils nicht zu	stimme über- wiegend zu	stimme voll und ganz zu
03 Was Deutschland jetzt braucht, ist eine einzige starke Partei, die die Volksgemeinschaft insgesamt verkörpert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Wir sollten einen Führer haben, der Deutschland zum Wohle aller mit starker Hand regiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Wie in der Natur sollte sich in der Gesellschaft immer der Stärkere durchsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Die Ausländer kommen nur hierher, um unseren Sozialstaat auszunutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Auch heute noch ist der Einfluss der Juden zu groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Wir sollten endlich wieder Mut zu einem starken Nationalgefühl haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Eigentlich sind die Deutschen anderen Völkern von Natur aus überlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Wenn Arbeitsplätze knapp werden, sollte man die Ausländer wieder in ihre Heimat zurückschicken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Die Verbrechen des Nationalsozialismus sind in der Geschichtsschreibung weit übertrieben worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Was unser Land heute braucht, ist ein hartes und energisches Durchsetzen deutscher Interessen gegenüber dem Ausland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Die Juden arbeiten mehr als andere Menschen mit üblen Tricks, um das zu erreichen, was sie wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Das oberste Ziel der deutschen Politik sollte es sein, Deutschland die Macht und Geltung zu verschaffen, die ihm zusteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Es gibt wertvolles und unwertes Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Die Bundesrepublik ist durch die vielen Ausländer in einem gefährlichen Maß überfremdet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Die Juden haben einfach etwas Besonderes und Eigentümliches an sich und passen nicht so recht zu uns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Der Nationalsozialismus hatte auch seine guten Seiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01 Leute wie ich haben sowieso keinen Einfluss darauf, was die Regierung tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich halte es für sinnlos, mich politisch zu engagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 In meiner unmittelbaren Umgebung gibt es nicht genügend Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 In meiner unmittelbaren Umgebung fühle ich mich nicht wohl und sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Wie beurteilen Sie ganz allgemein die heutige wirtschaftliche Lage in Deutschland? Ist sie .....

sehr gut .....	<input type="checkbox"/>
gut .....	<input type="checkbox"/>
teils gut / teils schlecht .....	<input type="checkbox"/>
schlecht .....	<input type="checkbox"/>
sehr schlecht .....	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>

77. Und Ihre eigene wirtschaftliche Lage heute? Ist sie .....

sehr gut .....	<input type="checkbox"/>
gut .....	<input type="checkbox"/>
teils gut / teils schlecht .....	<input type="checkbox"/>
schlecht .....	<input type="checkbox"/>
sehr schlecht .....	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>

78. Was glauben Sie, wie wird die wirtschaftliche Lage in Deutschland in einem Jahr sein? Wird sie ...

wesentlich besser als heute .....	<input type="checkbox"/>
etwas besser als heute .....	<input type="checkbox"/>
gleichbleibend .....	<input type="checkbox"/>
etwas schlechter als heute .....	<input type="checkbox"/>
wesentlich schlechter als heute sein .....	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>

79. Und wie wird Ihre eigene wirtschaftliche Lage in einem Jahr sein? Wird sie ...	wesentlich besser als heute .....	<input type="checkbox"/>
	etwas besser als heute .....	<input type="checkbox"/>
	gleichbleibend .....	<input type="checkbox"/>
	etwas schlechter als heute .....	<input type="checkbox"/>
	wesentlich schlechter als heute sein .....	<input type="checkbox"/>
	-----	
	weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>

80. Wir beurteilen Sie die folgenden Aussagen?

	stimme ganz und gar nicht zu	stimme wenig zu	stimme etwas zu	stimme ziemlich zu	stimme voll und ganz zu
01 Unruhestifter sollten deutlich zu spüren bekommen, dass sie in der Gesellschaft unerwünscht sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Menschen sollten wichtige Entscheidungen in der Gesellschaft Führungspersonen überlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Bewährte Verhaltensweisen sollten nicht in Frage gestellt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. In der folgenden Frage geht es nicht um tatsächlich bestehende Demokratien, sondern um die Idee der Demokratie.  Was würden Sie, im Vergleich zu anderen Staats-Ideen, zu der Idee der Demokratie sagen? Nehmen Sie dazu bitte die folgende Skala.  Sind Sie ...	sehr dafür .....	<input type="checkbox"/>
	ziemlich dafür .....	<input type="checkbox"/>
	etwas dafür .....	<input type="checkbox"/>
	etwas dagegen .....	<input type="checkbox"/>
	ziemlich dagegen .....	<input type="checkbox"/>
	sehr dagegen .....	<input type="checkbox"/>

82. Nun geht es um die Demokratie in der Bundesrepublik:

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was für Sie zutrifft!

	Ich bin damit .....			
	sehr unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	sehr zufrieden
01 Was würden Sie allgemein zur Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland, also zu unserem ganzen politischen System sagen, so wie es in der Verfassung festgelegt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Und was würden Sie allgemein zur Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland, also zu unserem ganzen politischen System sagen, so wie es tatsächlich funktioniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Wie beurteilen Sie die folgenden Meinungen, die man immer wieder hört.  
 Sagen Sie mir bitte jeweils, ob Sie der Meinung voll und ganz oder überhaupt nicht zustimmen.

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
01 Durch die vielen Muslime hier fühle ich mich manchmal wie ein Fremder im eigenen Land.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Muslimen sollte die Zuwanderung nach Deutschland untersagt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Bei der Prüfung von Asylanträgen sollte der Staat großzügig sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Die meisten Asylbewerber befürchten nicht wirklich, in ihrem Heimatland verfolgt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich hätte Probleme damit, wenn sich Sinti und Roma in meiner Gegend aufhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Sinti und Roma sollten aus den Innenstädten entfernt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Sinti und Roma neigen zur Kriminalität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Es ist ekelhaft, wenn Homosexuelle sich in der Öffentlichkeit küssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Homosexualität ist unmoralisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ehen zwischen zwei Frauen bzw. zwischen zwei Männern sollten erlaubt sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Viele Leute verwenden die Begriffe „links“ und „rechts“, wenn es darum geht, unterschiedliche politische Einstellungen zu kennzeichnen. Wir haben hier einen Maßstab, der von links nach rechts verläuft.

Wenn Sie an Ihre eigenen politischen Ansichten denken, wo würden Sie diese Ansichten auf der folgenden Skala einstufen?

links

rechts

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

85. In wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Sagen Sie mir bitte jeweils, ob Sie der Meinung überhaupt nicht oder voll und ganz zustimmen.

	stimmt überhaupt nicht 1	stimmt nicht 2	stimmt 3	stimmt voll und ganz 4
01 Ich bin bereit, mich mit körperlicher Gewalt gegen Fremde durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich würde selbst nie körperliche Gewalt anwenden. Aber ich finde es gut, wenn es Leute gibt, die auf diese Weise für Ordnung sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Körperliche Gewalt gegen andere gehört ganz normal zum menschlichen Verhalten, um sich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich bin in bestimmten Situationen durchaus bereit, auch körperliche Gewalt anzuwenden, um meine Interessen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Man muss leider zu Gewalt greifen, weil man nur so beachtet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Selber würde ich nie Gewalt anwenden. Aber es ist schon gut, dass es Leute gibt, die mal ihre Fäuste sprechen lassen, wenn's anders nicht mehr weitergeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt überhaupt nicht 1	stimmt eher nicht 2	stimmt 3	stimmt voll und ganz 4
07 Die Diskriminierung von Frauen ist in Deutschland immer noch ein Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Die jetzige Beschäftigungspolitik benachteiligt die Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Die Frauen sollen sich wieder mehr auf die Rolle der Ehefrau und Mutter besinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Für eine Frau sollte es wichtiger sein, ihrem Mann bei seiner Karriere zu helfen, als selbst Karriere zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Ich nenne Ihnen jetzt eine Reihe von Einrichtungen und Organisationen. Sagen Sie mir bitte bei jeder Einrichtung oder Organisation, wie groß das Vertrauen ist, das Sie ihr entgegenbringen.

	über-haupt kein Ver-trauen							sehr großes Ver-trauen
01 Bundesverfassungsgericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02 Bundestag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03 Justiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04 Bundesregierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05 Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06 Politische Parteien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07 Tages-/Wochenzeitungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08 Fernsehberichterstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09 Soziale Medien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Öffentlich-rechtlicher Rundfunk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Gewerkschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 Privater Rundfunk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 Kirchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

87. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen.  
Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen!

	stimme über-haupt nicht zu							stimme voll und ganz zu
01 Die meisten Menschen erkennen nicht, in welchem Ausmaß unser Leben durch Verschwörungen bestimmt wird, die im Geheimen ausgeheckt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02 Es gibt geheime Organisationen, die großen Einfluss auf politische Entscheidungen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03 Die verschiedenen in den Medien zirkulierenden Verschwörungstheorien halte ich für ausgemachten Blödsinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04 Es gibt keinen vernünftigen Grund, Regierungen, Geheimdiensten oder Medien zu misstrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05 Politiker und andere Führungspersönlichkeiten sind nur Marionetten der dahinterstehenden Mächte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	<b>über-haupt nicht</b>						<b>vollkom-men</b>	<b>Kenne ich nicht</b>
88. Ich befürworte die Ziele der Patriotischen Europäer gegen die Islamisierung des Abendlandes (PEGIDA, LEGIDA, ...)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					

89. Wenn Sie an Zeitungen, Radio und Fernsehen in Deutschland denken, würden Sie persönlich dann von Lügenpresse sprechen oder nicht?

<b>Nein, ich würde überhaupt nicht von Lügenpresse sprechen</b>	<b>Teils/teils</b>	<b>Ja, ich würde von Lügenpresse sprechen</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Im Folgenden sehen Sie einige Medien. Bitte geben Sie jeweils an, ob Sie diese für nicht glaubwürdig oder für sehr glaubwürdig halten.

	<b>Halte ich für nicht glaub-würdig</b>	<b>Halte ich für weniger glaub-würdig</b>	<b>Teils/teils</b>	<b>Halte ich für glaub-würdig</b>	<b>Halt ich für sehr glaub-würdig</b>
01 Öffentlich-rechtlicher Rundfunk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Tageszeitungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Private Rundfunksender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Boulevardpresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

91. Aus welchen Medien beziehen Sie hauptsächlich Ihre Informationen über das politische Geschehen?	Öffentlich-rechtlicher Rundfunk .....	<input type="checkbox"/>
	Tageszeitung.....	<input type="checkbox"/>
	Private Rundfunksender .....	<input type="checkbox"/>
	Internet .....	<input type="checkbox"/>
	Boulevardpresse .....	<input type="checkbox"/>

**Im nächsten Abschnitt geht es um das Thema der Sexualität. Dies schließt sexuelle Empfindungen sowie Handlungen innerhalb und außerhalb fester Partnerschaften ein.**

92	Die Menschen sind ja in ihren sexuellen Gewohnheiten sehr verschieden. Manche sind aktiver, manche weniger aktiv, und jeder hat in seinem Leben auch Zeiten, in denen in sexueller Hinsicht gar nichts passiert.	
	Wie ist das bei Ihnen: Sind Sie in den letzten 12 Monaten mit jemandem intim gewesen?	Ja .....
		<input type="checkbox"/>
		Nein .....
		<input type="checkbox"/>

	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
93 Wie oft haben Sie <u>während der letzten 4 Wochen</u> sexuelles Verlangen gespürt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr hoch	hoch	mittelmäßig	niedrig	sehr niedrig/ nicht vorhanden
94 Wie würden Sie den Grad Ihres sexuellen Verlangens <u>während der letzten 4 Wochen</u> einschätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95 Welche der folgenden Kategorien beschreibt Ihre sexuelle Identität am besten?	Heterosexuell ..... <input type="checkbox"/> Überwiegend Heterosexuell ..... <input type="checkbox"/> Bisexuell ..... <input type="checkbox"/> Überwiegend schwul/lesbisch ..... <input type="checkbox"/> schwul/lesbisch ..... <input type="checkbox"/> Unklar/unsicher ..... <input type="checkbox"/> Andere ..... <input type="checkbox"/>				

96. Wie sehr fühlen Sie sich Frauen oder Männern sexuell angezogen?

	nie/gar nicht	etwas	mittel	stark	sehr stark
01 Wie sehr fühlen Sie sich von Frauen sexuell angezogen?	<input type="checkbox"/>				
02 Wie sehr fühlen Sie sich von Männern sexuell angezogen?	<input type="checkbox"/>				

97. Bitte geben Sie die Anzahl Ihrer weiblichen Geschlechtspartner an, mit denen Sie eine sexuelle Erfahrung (Vaginalverkehr, Oralsex, Analsex, und Masturbation) hatten.

Anzahl:  |  |  |

98. Bitte geben Sie die Anzahl Ihrer männlichen Geschlechtspartner an, mit denen Sie eine sexuelle Erfahrung (Vaginalverkehr, Oralsex, Analsex, und Masturbation) hatten.

Anzahl:  |  |  |

99. Befinden Sie sich zurzeit in einer festen Partnerschaft?

Ja ..... <input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 100
Nein ..... <input type="checkbox"/>	

weiter mit Frage 104
-------------------------

100. Wie lange besteht diese Partnerschaft schon?

Jahre:

--	--

Monate:

--	--

101. Wie glücklich würden Sie Ihre Partnerschaft im Augenblick insgesamt einschätzen?

- Sehr unglücklich .....   
Unglücklich .....   
Eher unglücklich .....   
Eher glücklich .....   
Glücklich .....   
Sehr glücklich .....

102. Haben Sie und Ihre Partnerin/Ihr Partner über sexuelle Treue gesprochen und eine Vereinbarung getroffen?

- Wir haben eine offene Beziehung vereinbart   
Wir haben eine monogame Beziehung vereinbart, d.h. wir wollen sexuell treu sein.   
Wir haben vereinbart, auch gemeinsam Sex mit anderen zu haben (z.B. Dreier).   
Wir haben keine Vereinbarung darüber getroffen.

103. Benutzen Sie oder Ihr Partner Kondome?

- Nie .....   
Manchmal .....   
Häufig .....   
Immer .....

#### NUR AN FRAUEN (Frage 104, 105):

104. Nehmen Sie die „Anti-Baby-Pille“ zur Verhütung ein?

Bitte wählen Sie die Antwortmöglichkeit aus, die am ehesten auf Sie zutrifft.

- Ja .....   
Nein, aber wir nutzen ein anderes Verhütungsmittel (nicht Kondome).   
Nein wir haben einen Kinderwunsch.   
Nein, über Verhütung mache ich mir keine Gedanken.

105. Nach dem Geschlechtsverkehr kann eine Schwangerschaft verhindert werden, wenn eine „Pille danach“ innerhalb von 12 bis 72 Stunden eingenommen wird. Haben Sie die „Pille danach“ angewandt?

- Nein .....   
Ja, einmal .....   
Ja, mehr als einmal .....

## AN ALLE (Frage 106, 107):

106. Hatten Sie jemals, während Sie in einer Partnerschaft oder verheiratet waren, sexuellen Verkehr mit einer anderen Person als Ihrem festen Partner?

Ja .....

Nein .....

Wenn Ja: Mit wie vielen Partnern ungefähr? 

--	--

 mal

(Bei nein „0“ angeben)

107. Hatten Sie während Ihrer aktuellen Partnerschaft ohne vorherige Absprache mit Ihrer Partnerin/Ihrem Partner sexuellen Verkehr mit einer anderen Person als Ihrer festen Partnerin/Ihrem festen Partner?

Ja .....

Nein .....

Wenn Ja: Mit wie vielen Partnern ungefähr? 

--	--

 mal

(Bei nein „0“ angeben)

Gemeinsamer Sex mit der festen Partnerin/dem festen Partner und anderen Personen (z.B. Dreier) gilt nicht.

## NUR AN MÄNNER (Frage 107.1, 107.2):

- 107.1 Wie viele waren davon männliche Prostituierte?

(Bei nein „0“ angeben)

Anzahl: 

--	--

- 107.2 Wie viele waren davon weibliche Prostituierte?

(Bei nein „0“ angeben)

Anzahl: 

--	--

## AN ALLE:

108. Kam es vor, dass Sie ungeschützten Verkehr (d.h., ohne Kondom) mit einer anderen Person außerhalb ihrer Partnerschaft hatten?

Nie .....  weiter mit Frage 110

Einmal .....  weiter mit Frage 109

Mehr als einmal .....

109. Haben Sie sich daraufhin medizinisch untersuchen lassen, weil Sie fürchteten, sich mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung (z.B. HIV-Humane Immundefizienz-Viren oder Papillomviren) angesteckt zu haben?

Nie .....

Einmal .....

Mehr als einmal .....

**Für Frauen:** Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Geschlechtsverkehr, d.h., dass ein Mann seinen Penis in Ihre Vagina eingeführt hat:

**Für Männer:** Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Geschlechtsverkehr, d.h. dass Sie Ihren Penis in die Vagina einer Frau eingeführt haben:

110. Hatten Sie jemals Geschlechtsverkehr?	Nein .....	<input type="checkbox"/>		
	Ja .....	<input type="checkbox"/>		
	Falls ja, wie oft im letzten Jahr:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	Falls ja, wie oft im letzten Monat:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Oralsex, darunter ist die Stimulation der Genitalien mit dem Mund zu verstehen.

111. Haben Sie jemals jemanden oral, d.h. mit dem Mund, stimuliert?	Nein .....	<input type="checkbox"/>		
	Ja .....	<input type="checkbox"/>		
	Falls ja, bei Frauen im letzten Jahr?	Anzahl: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	Falls ja, bei Männern im letzten Jahr?	Anzahl: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

112. Sind Sie selbst jemals oral stimuliert worden?	Nein .....	<input type="checkbox"/>		
	Ja .....	<input type="checkbox"/>		
	Falls ja, von Frauen im letzten Jahr?	Anzahl: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	Falls ja, von Männern im letzten Jahr?	Anzahl: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Analsex.

113. Hat jemals ein Mann seinen Penis in Ihren Anus eingeführt?	Nein .....	<input type="checkbox"/>		
	Ja .....	<input type="checkbox"/>		
	Falls ja, wie oft im letzten Jahr?	Anzahl: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

## AN MÄNNER (Frage 114):

114. Haben Sie jemals Ihren Penis in den Anus einer Frau oder eines Mannes eingeführt?	Nein .....	<input type="checkbox"/>		
	Ja .....	<input type="checkbox"/>		
	Falls ja, wie oft bei Männern im letzten Jahr?	Anzahl: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	Falls ja, wie oft bei Frauen im letzten Jahr?	Anzahl: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

## AN ALLE:

115. Bewerten Sie bitte Ihre Zufriedenheit mit Ihrem Sexualleben in den letzten 6 Monaten in Hinblick auf die folgenden Aspekte.

Wie zufrieden sind Sie <b>in den letzten 6 Monaten mit...</b>	Überhaupt nicht zufrieden	Etwas zufrieden	Mäßig zufrieden	Ziemlich zufrieden	Sehr zufrieden	Trifft bei mir nicht zu
01 der Qualität Ihrer Orgasmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ihrer sexuellen Hingabe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 der Art, wie Sie sexuell auf Ihren Partner reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ihren sexuellen Körperreaktionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ihrer emotionalen Stimmung nach sexueller Aktivität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 der Freude, die Sie Ihrem Partner bereiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 der Balance zwischen dem, was Sie beim Sex geben und dem was Sie erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 der emotionalen Öffnung Ihres Partners beim Sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 der Fähigkeit Ihres Partners, einen Orgasmus zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 der sexuellen Kreativität Ihres Partners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 der Vielfalt Ihrer sexuellen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 der Häufigkeit Ihrer sexuellen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme !**

**REP 25**

**Leitung:** Prof. Dr. E. Brähler (Prof. Dr. M. de Zwaan, Prof. Dr. Dr. A. Maercker, Prof. Dr. J. Kruse, Prof. Dr. B. Strauß, Prof. Dr. A. Hinz)

**Untersuchungszeitraum:** Oktober/ November 2016 (2510 Probanden, 14-94 Jahre)

<b>Beteiligte Mitarbeiter:</b> Dipl.-Math. G. Schmutzler	<b>Kooperationspartner:</b> Prof. Dr. M. Beutel (Universitätsklinik Mainz) <b>Prof. Dr. A. Borkenhagen (Magdeburg)</b> Prof. Dr. M. de Zwaan (Medizinische Hochschule Hannover) Prof. Dr. A. Hinz (Universitätsklinik Leipzig) Prof. Dr. A. Hilbert (Universitätsklinik Leipzig) PD Dr. H. Glaesmer (Universitätsklinik Leipzig) Prof. Dr. J. Kruse (Universitätsklinikum Gießen) Prof. Dr. K. Petrowski (Sporthochschule Köln) Prof. Dr. Dr. A. Maercker (Universität Zürich) Prof. Dr. B. Strauß (Universität Jena) Prof. P. Kropp (Universität Rostock) PD Dr. Paul Plener (Uniklinikum Ulm) Dr. S. Kliem (Kriminologisches Institut Hannover)
---	--

**Eingesetzte Untersuchungsverfahren:**

- Migrationshintergrund (Glaesmer)
- BMI (Körpergröße + Körpergewicht) (Brähler)
- Health Regulatory (Gomez et al 2013) (Petrowski)
- DMKG-Rep. (Kopfschmerz) (Kropp)
- LEC (Life Event Checklist (Gray et al 2004) (Kropp)
- PCL-5 (Weathers 2013: PTSD-Checklist for DSM-5) (Glaesmer)
- EDE-Q8 (Eating Disorder Examination -Kurzform, Kliem et al. 2016) (Hilbert)
- Fragen zu kompensatorischem Verhalten (de Zwaan)
- PFS (Power of foot Scale) (Loewe et al 2009) (de Zwaan)
- EDY-Q (Eating Disorders in Youth-Questionnaire (van Dyck et al. 2016) + Gewichtsfragen (Hilbert)
- Revidierter Kohärenzsinn FB (Bachem R & Maercker A 2016) (Maercker)
- EORTC QLQ\_FA12 (Weiss J 2016) (Hinz)
- PHQ-4 (Zeitfenster 1 Woche) (Brähler)
- Piercing und Tattoo (Brähler/ Borkenhagen)
- FSFS (Fragebogen zu sexuellen Funktionsstörungen) (Strauß/Brenk-Franz)
- FBek-Kurzform (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers) (Strauß)
- FSW (Fragebogen zur Selbstwirksamkeit in der Erziehung) (Kliem et al. 2014)
- CTQ (Child Trauma Questionnaire) (Klinitzke et al. 2012) Plener
- Historie/Unfall/Phys (Plener)
- selektierte Fragen zum Trauma Historie Questinaire (Plener)
- Fragen zum Gesundheitszustand (Plener)
- Schmerzregionen nach POLO-chart (Pirente et al 2002) (Plener)
- CAGE (Alkoholtest) (Plener)
- SITBI-G (German version of self-injurious thoughts and behaviors interview/ Selbstmord) (Plener)
- OPD-SFK Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Körperlches Befinden (Ehrenthal et al.2015) (Kruse)
- Diabetes (Kruse)

Projekt:

**160702**

Sample -Nr.:

1	0	0
---	---	---

Point-Nr.:

--	--	--

AL-Nr.:

--	--	--

Interviewer-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--

Interview durchgeführt am:

--	--	--	--

Tag

Interviewbeginn:

--	--	--	--

Stunde

Minute

Interviewende:

--	--	--	--

Stunde

Minute

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

**Vorab haben wir einige Fragen zu Ihrer Person**

S 1a	<i>Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 1b
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 2
		Bin nicht wahlberechtigt .....	<input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	
S 1b	<i>Und welche Partei würden Sie dann wählen?</i>	CDU/CSU .....	<input type="checkbox"/>	
		SPD .....	<input type="checkbox"/>	
	<i><u>INT.:</u> Antwortstufen NICHT vorlesen! Nur eine Nennung!</i>	FDP .....	<input type="checkbox"/>	
		Die Linke .....	<input type="checkbox"/>	
		Grüne .....	<input type="checkbox"/>	
		NPD .....	<input type="checkbox"/>	
		Piratenpartei .....	<input type="checkbox"/>	
		AfD .....	<input type="checkbox"/>	
		Andere Partei .....	<input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	
		Wähle ungültig .....	<input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	
S 2	<i>Ihr Geschlecht:</i>	Männlich .....	<input type="checkbox"/>	
		Weiblich .....	<input type="checkbox"/>	
S 3	<i>Wann sind Sie geboren?</i>	<b>Geburtsmonat (z.B. 09):</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	<i>Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt.</i>	<b>Geburtsjahr:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
S 4	<i>Welchen Familienstand haben Sie?</i>	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/ meiner Ehepartner/in zusammen .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 5
		Ich bin verheiratet und lebe von meinem/ meiner Ehepartner/in getrennt ..	<input type="checkbox"/>	
		Ich bin ledig .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 4a
		Ich bin geschieden .....	<input type="checkbox"/>	
		Ich bin verwitwet .....	<input type="checkbox"/>	

S 4a	<i>Leben Sie mit einem Partner/einer Partnerin zusammen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>
		Nein .....	<input type="checkbox"/>
S 5	<i>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt – gemeint sind Personen, die hier schlafen und essen - Sie selbst mit eingeschlossen?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> Personen	
S 5a	<i>Wie viele davon sind Kinder? (Sie selbst ggf. mit eingeschlossen)</i>	Kinder unter 18 Jahren? <input type="text"/> <input type="text"/> Anzahl	
		Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.	
S 6	<i>Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?</i>	Deutsch .....	<input type="checkbox"/>
		Andere, welche: _____	<input type="checkbox"/>
S 7	<i>Welcher Religion oder welcher Konfession gehören Sie an?</i>	Evangelisch .....	<input type="checkbox"/>
		Katholisch .....	<input type="checkbox"/>
		Muslimisch .....	<input type="checkbox"/>
		Andere (z. B. jüdisch, buddhistisch, hinduistisch) .....	<input type="checkbox"/>
		keine Konfession .....	<input type="checkbox"/>
S 8	<i>Welchen Schulabschluss haben Sie? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>	Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss .....	<input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 8 vorlegen</i>	Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule) .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe Mittlere Reife/ Realschulabschluss .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Hochschul-/ Universitätsstudium .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/ Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/>
		Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar? .....	<input type="checkbox"/>
		-----	
		Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule .....	<input type="checkbox"/>

S 9	<i>Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?</i>	Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr .....	<input type="checkbox"/>		
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 9 vorlegen</i>	Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden .....	<input type="checkbox"/>		
		Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden .....	<input type="checkbox"/>		
		Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung .....	<input type="checkbox"/>		
		Zur Zeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit .....	<input type="checkbox"/>		
		Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorruestand .....	<input type="checkbox"/>		
		Nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann .....	<input type="checkbox"/>		
		In Berufsausbildung (einschließlich Fachschulen für gewerbliche Berufe) .....	<input type="checkbox"/>		
		In Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule) .....	<input type="checkbox"/>		
S 10	<i>Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?</i>	Berufskreis-Nummer:	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 10 vorlegen</i>	noch nie berufstätig gewesen .....	<input type="checkbox"/>		
S 11	<i>Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an. Wie hoch ist Ihr eigenes Einkommen? Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung? Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.</i>	Einkommensgruppe Nr.:	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 11 vorlegen</i>	kein persönliches Einkommen .....	<input type="checkbox"/>		
S 12	<i>Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom gesamten monatlichen Nettoeinkommen hereinordnen? Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu. Nennen Sie mir bitte nur die entsprechende Nummer.</i>	Einkommensgruppe Nr.:	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 12 vorlegen</i>				

**Besten Dank bis hierher!**

**Ich möchte Sie nun bitten, den weiteren Fragebogen selbst auszufüllen.**

**Wissenschaftler der Universität Leipzig möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung verschiedene wissenschaftliche/ medizinische Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.**

**Da unterschiedlichen Forschungseinrichtungen beteiligt sind, kann es sein, dass manche Fragen sich ähneln, wir bitten Sie dennoch den gesamten Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.**

#### **Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Bitte lesen Sie sich die jeweilige Frage einschließlich der Antwortmöglichkeiten vor der Beantwortung vollständig durch.
- Die Mehrzahl der Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten. Setzen Sie Ihr Kreuz einfach in die dafür vorgesehenen Kästchen.

**Beispiel:** Nein .....

Ja .....

- Nach vielen Fragen finden Sie in Klammern weitere Bearbeitungshinweise.

**Beispiel:** (*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*)

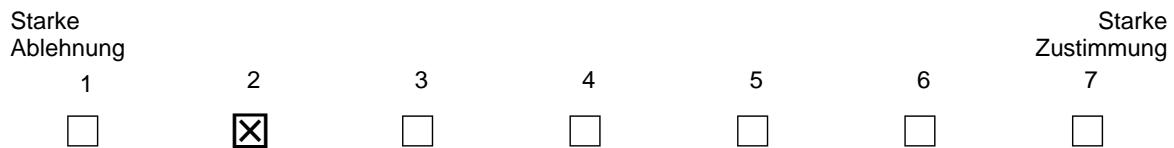
- Falls Sie aus Versehen ein Kreuz an der falschen Stelle gesetzt haben, schwärzen Sie bitte das falsche Kästchen.

**Beispiel:** Nein .....

Ja .....

- Für die Beantwortung vieler Fragen finden sich im Fragebogen sogenannte Skalen. Mit diesen können Sie Ihre Antwort zwischen zwei inhaltlichen Positionen abstimmen, im Beispiel etwa zwischen „Starke Ablehnung“ oder „Starke Zustimmung“.

**Beispiel:**



- An einigen Stellen des Fragebogens bitten wir Sie, Ihre Antworten frei zu formulieren. Verwenden Sie in diesen Fällen die dafür vorgesehenen Linien.

**Beispiel:** (*Bitte notieren*)

---

- Sollte bei einer Frage einmal keine Antwortmöglichkeit für Sie zutreffen, lassen Sie diese leer.

S 13.1 In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

In Deutschland .....

**Ihre Mutter? →**

In einem anderen Land, welches? ....

(Bitte notieren↑)

In Deutschland .....

**Ihr Vater →**

In einem anderen Land, welches? ....

(Bitte notieren↑)

S 13.2 In welchem Land sind Sie geboren?

In Deutschland .....

In einem anderen Land, welches? ....

(Bitte notieren↑)

S 13.3 Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

Seit Ihrer Geburt .....

Jahreszahl

--	--	--	--

S 13.4 Würden Sie sich selbst als Migrant/Migrantin (bzw. Person mit Migrationshintergrund) bezeichnen? Ja .....   
Nein .....

S 13.5 Denken Sie, dass andere hier in Deutschland Sie als Migrant/Migrantin (bzw. Person mit Migrationshintergrund) bezeichnen würden? Ja .....   
Nein .....

S 14 Wie groß sind Sie?  
(Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)

--	--	--

 cm

S 15 Wie viel wiegen Sie derzeit?  
(Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)

--	--	--

 kg

S 16 Wurde bei Ihnen jemals ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) von einem Arzt diagnostiziert? Ja.....   
Nein.....

- 1. Nachfolgend finden Sie einige Aussagen zur eigenen Gesundheit.  
Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den Aussagen zustimmen bzw. nicht zustimmen.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimmungsskalen						
		stimme gar nicht zu						stimme völlig zu
		1	2	3	4	5	6	7
01	Ich zögere nicht, Neues auszuprobieren, wenn ich der Meinung bin, dass ich dadurch meine Gesundheit verbessern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Wenn ich ein Ziel in Hinblick auf meine Gesundheit erreicht habe, spornt mich das an, mich noch mehr zu steigern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich genieße es, mich um meine Gesundheit zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich betrachte mich als jemanden, der sein Möglichstes tut, um seine Gesundheit zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Wenn ich eine gute Gelegenheit sehe, um meine Gesundheit zu verbessern, ergreife ich sie sofort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich denke häufig über die gesundheitlichen Probleme nach, die ich eines Tages haben könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Wenn ich mein Gesundheitsverhalten ändere, dann tue ich es, um mich vor Krankheiten zu schützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich mache mir oft Sorgen, Fehler zu machen, die meine Gesundheit beeinträchtigen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich bin durchaus bereit, Neues auszuprobieren, wenn ich der Meinung bin, dass ich dadurch meine Gesundheit verbessern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die kommenden Fragen beschäftigen sich mit Kopfschmerzen.  
Bitte antworten Sie so genau Sie können.**

2. <i>Hatten Sie in den letzten sechs Monaten Kopfschmerzen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
	Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Fragen 30 und 31
3. <i>Hatten Sie in den letzten vier Wochen Kopfschmerzen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	
4. <i>Wie oft treten diese Kopfschmerzen gewöhnlich pro Monat auf?</i>	an maximal einem Tag im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
	an 1 – 3 Tagen im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
	an 4 – 14 Tagen im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
	an mehr als 15 Tagen im Monat aber nicht täglich .....	<input type="checkbox"/>	
	täglich .....	<input type="checkbox"/>	
5. <i>Kennen Sie die Diagnose Ihrer Kopfschmerzen?</i> <i>(Mehrfachnennung möglich.)</i>	Migräne .....	<input type="checkbox"/>	
	Kopfschmerz vom Spannungstyp .....	<input type="checkbox"/>	
	Cluster-Kopfschmerz .....	<input type="checkbox"/>	
	anderer Kopfschmerz .....	<input type="checkbox"/>	
	unklar .....	<input type="checkbox"/>	
6. <i>Wie lange leiden Sie unter diesen Kopfschmerzen?</i>	seit	<input type="text"/>   <input type="text"/> Jahren	
7. <i>Wie haben Sie sich über Kopfschmerzen informiert?</i> <i>(Mehrfachnennung möglich.)</i>	Internet .....	<input type="checkbox"/>	
	Bücher .....	<input type="checkbox"/>	
	Zeitschriften .....	<input type="checkbox"/>	
	Freunde/Bekannte .....	<input type="checkbox"/>	
	Arzt .....	<input type="checkbox"/>	
	Apotheke .....	<input type="checkbox"/>	
	andere: _____	<input type="checkbox"/>	
8. <i>Wie gut fühlen Sie sich selbst über Ihre Kopfschmerzerkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informiert?</i>	Note:	<input type="text"/>	
<i>Bewerten Sie bitte anhand einer Notenskala von 1 (sehr gut) bis 5 (mangelhaft).</i>			

9.	<i>Haben Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen einmal einen Arzt oder sogar mehrere Ärzte aufgesucht?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	Anzahl Ärzte
		Nein, habe deshalb keinen Arzt aufgesucht	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 20
10.	<i>Wurden Sie vom Hausarzt/Internisten wegen der Kopfschmerzen an einen anderen Facharzt überwiesen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
11.	<i>Welche Fachrichtung(en) hatte(n) der/die Arzt/Ärzte, den/die Sie wegen der Kopfschmerzen aufgesucht hatten?</i>			
	<hr/>			
12.	<i>Wurden Sie beim Arzt aufgrund der Kopfschmerzen körperlich untersucht? Damit sind z.B. gemeint Blutdruckmessung, Untersuchung der Reflexe und der Augen</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
13.	<i>Haben Sie sich wegen der Kopfschmerzen bei einem Heilpraktiker vorgestellt?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
14.	<i>Wurde wegen der Kopfschmerzen ein Bild (Computertomogramm/CT oder Magnetresonanztomographie/MRT/ Kernspin) vom Gehirn gemacht?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
15.	<i>Wurde durch einen Arzt eine Kopfschmerzdiagnose gestellt <u>und</u> Ihnen die Behandlung der Kopfschmerzen erklärt?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
16.	<i>Sind Sie mit der ärztlichen Aufklärung über Ihre Kopfschmerzen und deren Behandlungsmöglichkeiten zufrieden?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
17.	<i>Wurden Sie vom Arzt auf die Möglichkeit einer vorbeugenden Kopfschmerzbehandlung hingewiesen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
18.	<i>Nehmen Sie vorbeugende Medikamente zur Behandlung Ihrer Kopfschmerzen? (Das sind keine Schmerzmittel, sondern Präparate, wie z.B. Betablocker, bestimmte Antidepressiva oder Medikamente gegen Epilepsie, die bei täglicher Einnahme zur Abnahme der Zahl der Kopfschmerztage führen).</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	

19. Was hätten Sie sich gewünscht, worauf hätte der Arzt noch mehr sein Augenmerk richten sollen?	auslösende Faktoren (z.B. Wetter, Nahrungsmittel, Stress) ..... <input type="checkbox"/>
	psychische Belastung durch Familie/ Arbeit/ Partnerschaft..... <input type="checkbox"/>
	alternative Behandlungsmethoden (Homöopathie, chinesische Medizin, etc.) ....., <input type="checkbox"/>
	Anderes, was? _____
	Was noch? _____
20. Wenn Sie ein Triptan (nur bei der Migräne wirksames Medikament) einnehmen, kaufen Sie rezeptfrei erhältliche Präparate in der Apotheke oder wird das Präparat ausschließlich durch den Arzt verordnet oder setzen Sie beides -- rezeptfrei erhältliche und auf Rezept verordnete -- Triptane ein?	Rezept ..... <input type="checkbox"/>
	Nur frei Verkäuflich ..... <input type="checkbox"/>
	Beides..... <input type="checkbox"/>
21. An wie vielen Tagen im Monat (durchschnittlich) nehmen Sie Schmerzmittel ein?	Tage: <input type="text"/>
22. An wie vielen Tagen im Monat (durchschnittlich) nehmen Sie <u>Triptane</u> ein?	Tage: <input type="text"/>
23. Werden Sie beim Kauf von Schmerzmitteln oder Triptanen in der Apotheke beraten?	Nie ..... <input type="checkbox"/> Selten ..... <input type="checkbox"/> Manchmal ..... <input type="checkbox"/> Sehr oft ..... <input type="checkbox"/> Immer ..... <input type="checkbox"/>
24. Wurden Sie beim Kauf von Schmerzmitteln oder Triptanen in der Apotheke auf Risiken hingewiesen?	Nie ..... <input type="checkbox"/> Selten ..... <input type="checkbox"/> Manchmal ..... <input type="checkbox"/> Sehr oft ..... <input type="checkbox"/> Immer ..... <input type="checkbox"/>
25. Fühlen Sie sich in der Apotheke kompetent beraten?	Nie ..... <input type="checkbox"/> Selten ..... <input type="checkbox"/> Manchmal ..... <input type="checkbox"/> Sehr oft ..... <input type="checkbox"/> Immer ..... <input type="checkbox"/>

26. Wurden Ihnen einmal in der Apotheke geraten, wegen Ihrer Kopfschmerzen einen Arzt aufzusuchen?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>
27. Denken Sie, dass Sie von einer psychotherapeutischen Behandlung (z.B. Stressbewältigungstraining) im Hinblick auf Ihre Kopfschmerzen profitieren könnten?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>
28. Kennen Sie die Methode der Biofeedback-Behandlung zur Prophylaxe bei Kopfschmerzen?	Ich habe nie davon gehört	<input type="checkbox"/>
	Ich habe davon gehört und würde es gerne versuchen	<input type="checkbox"/>
	Ich habe davon gehört, habe aber keinen Therapieplatz gefunden	<input type="checkbox"/>
	Biofeedback mache ich bzw. habe ich früher gemacht	<input type="checkbox"/>
	Ich habe davon gehört, habe aber kein Interesse daran	<input type="checkbox"/>
29. Kennen Sie die Methode der Verhaltenstherapie bei der Behandlung von Kopfschmerzen?	Ich habe nie davon gehört	<input type="checkbox"/>
	Ich habe davon gehört und würde es gerne versuchen	<input type="checkbox"/>
	Ich habe davon gehört, habe aber keinen Therapieplatz gefunden	<input type="checkbox"/>
	Verhaltenstherapie mache ich bzw. habe ich früher gemacht	<input type="checkbox"/>
	Ich habe davon gehört, habe aber kein Interesse daran	<input type="checkbox"/>
30. Treiben Sie regelmäßig Sport (d.h. im Durchschnitt mindestens 2-3-mal pro Woche 30 Minuten oder länger)?	Ja	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 32
	Nein	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 31
31. Wenn Sie <u>nicht</u> regelmäßig Sport treiben, vor wieviel Jahren haben Sie damit aufgehört?	vor	<input type="text"/> Jahr/en
	Ich habe nie regelmäßig Sport betrieben	<input type="checkbox"/>

**Wenn Sie in den letzten sechs Monaten keine Kopfschmerzen hatten (lt. Frage 2.), dann fahren Sie bitte direkt mit Frage 38. fort.**

32. <i>Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft sind die Schmerzen stark?</i>	Nie .....	<input type="checkbox"/>
	Selten .....	<input type="checkbox"/>
	Manchmal .....	<input type="checkbox"/>
	Sehr oft .....	<input type="checkbox"/>
	Immer .....	<input type="checkbox"/>
33. <i>Wie oft werden Sie durch Kopfschmerzen in Ihren täglichen Aktivitäten eingeschränkt, z.B. in der Hausarbeit, im Beruf, in der Schule/ im Studium oder bei Kontakten oder Unternehmungen mit anderen Menschen?</i>	Nie .....	<input type="checkbox"/>
	Selten .....	<input type="checkbox"/>
	Manchmal .....	<input type="checkbox"/>
	Sehr oft .....	<input type="checkbox"/>
	Immer .....	<input type="checkbox"/>
34. <i>Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft wünschen Sie sich, dass Sie sich hinlegen könnten?</i>	Nie .....	<input type="checkbox"/>
	Selten .....	<input type="checkbox"/>
	Manchmal .....	<input type="checkbox"/>
	Sehr oft .....	<input type="checkbox"/>
	Immer .....	<input type="checkbox"/>
35. <i>Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen zu müde zum Arbeiten oder für Ihre täglichen Aktivitäten?</i>	Nie .....	<input type="checkbox"/>
	Selten .....	<input type="checkbox"/>
	Manchmal .....	<input type="checkbox"/>
	Sehr oft .....	<input type="checkbox"/>
	Immer .....	<input type="checkbox"/>
36. <i>Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen gereizt oder hatten alles satt?</i>	Nie .....	<input type="checkbox"/>
	Selten .....	<input type="checkbox"/>
	Manchmal .....	<input type="checkbox"/>
	Sehr oft .....	<input type="checkbox"/>
	Immer .....	<input type="checkbox"/>
37. <i>Wie oft haben Kopfschmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre Fähigkeit eingeschränkt, sich auf die Arbeit oder die täglichen Aktivitäten zu konzentrieren?</i>	Nie .....	<input type="checkbox"/>
	Selten .....	<input type="checkbox"/>
	Manchmal .....	<input type="checkbox"/>
	Sehr oft .....	<input type="checkbox"/>
	Immer .....	<input type="checkbox"/>

38. Nachfolgend sind eine Anzahl schwieriger oder belastender Dinge aufgelistet, die Menschen manchmal zustoßen. Kreuzen Sie für jedes Ereignis eines oder mehrere Felder auf der rechten Seite an, um anzugeben, dass ...
- (a) es Ihnen persönlich zugestoßen ist;
  - (b) Sie Zeuge davon waren, als es jemand anderem zugestoßen ist;
  - (c) Sie davon erfahren haben, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund zugestoßen ist;
  - (d) Sie damit im Rahmen Ihres Berufes konfrontiert wurden (z.B. Rettungssanitäter, Polizist, Soldat oder anderer Ersthelfer);
  - (e) Sie unsicher sind, ob es zutrifft; oder
  - (f) es auf Sie nicht zutrifft.

Bitte achten Sie darauf, Ihr gesamtes Leben zu berücksichtigen (Kindheit/Jugend und Erwachsenenalter), wenn Sie die Liste der Ereignisse durchgehen.

Ereignis <i>(Mehrere Nennungen pro Zeile möglich)</i>	mir persön- lich zuge- stoßen	Zeuge davon gewesen	davon erfahren	im Rahmen meines Berufs	unsicher	trifft nicht zu
01 Naturkatastrophe (z.B. Überschwemmung, Orkan, Tornado, Erdbeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Feuer oder Explosion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Verkehrsunfall (z.B. Autounfall, Schiffsunglück, Zugunglück, Flugzeugabsturz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Schwerer Unfall bei der Arbeit, zuhause oder während einer Freizeitaktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Einem Schadstoff ausgesetzt sein (z.B. gefährliche Chemikalien, Strahlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Gewalttätiger Angriff (z.B. überfallen, geschlagen, getreten oder zusammengeschlagen werden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Angriff mit einer Waffe (z.B. verletzt oder bedroht werden mit einer Schusswaffe, einem Messer oder einer Bombe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Sexueller Übergriff (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, zu irgendeiner Art von sexueller Handlung durch Gewalt oder Androhung von Gewalt gezwungen werden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Andere unerwünschte oder unangenehme sexuelle Erfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Kampfhandlungen oder Aufenthalt in einem Kriegsgebiet (beim Militär oder als Zivilist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Gefangenschaft (z.B. gekidnappt, entführt, als Geisel genommen werden, Kriegsgefangener)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Schweres menschliches Leid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung

(Mehrere Nennungen pro Zeile möglich)	mir persönlich zugeschossen	Zeuge davon gewesen	davon erfahren	im Rahmen meines Berufs	unsicher	trifft nicht zu
14 Plötzlicher gewalttätiger Tod (z.B. Mord, Suizid)		<input type="checkbox"/>				
15 Plötzlicher Unfalltod		<input type="checkbox"/>				
16 Schwere Verletzung, Schaden oder Tod, die/den Sie jemand anderem zugefügt haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Irgendein anderes sehr belastendes Ereignis oder Erlebnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Falls Sie bei Nr. 17 ein anderes Ereignis oder Erlebnis angekreuzt haben, benennen Sie bitte kurz das Ereignis, an das Sie gedacht haben:	<hr/> <hr/> <hr/>					

Falls Sie mehr als eines der genannten Ereignisse erlebt haben, welches war das schlimmste/belastendste Ereignis?

40. Bitte geben Sie die Nummer aus oben genannter Tabelle an.	Nr.: <input type="text"/>
41. In welchem Jahr haben Sie das Ereignis erlebt? (Bitte schätzen, falls Sie sich nicht sicher sind.)	Jahr <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
42. Wie häufig haben Sie insgesamt ein ähnliches Ereignis erlebt, das genauso belastend oder fast genauso belastend war wie das schlimmste Ereignis?	<p>Nur einmal <input type="checkbox"/></p> <p>Mehr als einmal <input type="checkbox"/></p> <p>Bitte nennen oder schätzen Sie die Anzahl, wie häufig Sie dieses Erlebnis hatten: <input type="text"/></p>

43. Nachfolgend sind Probleme aufgelistet, die Menschen manchmal als Reaktion auf ein sehr belastendes Erlebnis haben. Bitte lesen Sie jedes Problem sorgfältig, denken Sie dabei an Ihr schlimmstes Ereignis, und markieren Sie dann ein Kästchen auf der rechten Seite um anzugeben, wie stark Sie im letzten Monat durch dieses Problem belastet waren.

Im letzten Monat, wie sehr waren Sie belastet durch:

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
		0	1	2	3	4
01	Wiederholte, beunruhigende und ungewollte Erinnerungen an das belastende Erlebnis?	<input type="checkbox"/>				
02	Wiederholte, beunruhigende Träume von dem belastenden Erlebnis?	<input type="checkbox"/>				
03	Sich plötzlich fühlen oder sich verhalten, als ob das belastende Erlebnis tatsächlich wieder stattfinden würde ( <i>als ob Sie tatsächlich wieder dort wären und es wiedererleben würden</i> )?	<input type="checkbox"/>				
04	Sich emotional sehr belastet fühlen, wenn Sie etwas an das Erlebnis erinnert hat?	<input type="checkbox"/>				
05	Starke körperliche Reaktionen, wenn Sie etwas an das belastende Erlebnis erinnert hat ( <i>z.B. Herzklopfen, Schwierigkeiten beim Atmen, schwitzen</i> )	<input type="checkbox"/>				
06	Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen in Bezug auf das belastende Erlebnis?	<input type="checkbox"/>				
07	Vermeidung äußerer Auslöser für Erinnerungen an das belastende Erlebnis ( <i>z.B. Personen, Plätze, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände oder Situationen</i> )?	<input type="checkbox"/>				
08	Schwierigkeiten, sich an wichtige Teile des belastenden Erlebnisses zu erinnern?	<input type="checkbox"/>				
09	Starke negative Überzeugungen über sich selbst, andere Menschen oder die Welt ( <i>z.B. Gedanken wie: Ich bin schlecht, mit mir stimmt ernsthaft etwas nicht, man kann niemandem vertrauen, die Welt ist absolut gefährlich</i> )?	<input type="checkbox"/>				
10	Sich selbst oder jemand anderem Vorwürfe machen in Bezug auf das belastende Erlebnis oder was danach passiert ist?	<input type="checkbox"/>				
11	Starke negative Gefühle, wie zum Beispiel Angst, Schrecken, Ärger, Schuld oder Scham?	<input type="checkbox"/>				
12	Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen früher Spaß gemacht haben?	<input type="checkbox"/>				
13	Sich von anderen Menschen entfernt oder wie abgeschnitten fühlen?	<input type="checkbox"/>				
14	Schwierigkeiten, positive Gefühle zu erleben ( <i>z.B. keine Freude empfinden oder keine liebenvollen Gefühle haben können gegenüber Menschen, die Ihnen nahestehen</i> )?	<input type="checkbox"/>				
15	Reizbares Verhalten, Wutausbrüche oder aggressives Verhalten?	<input type="checkbox"/>				

Fortsetzung

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
		0	1	2	3	4
16	Zu viele Risiken eingehen oder Dinge tun, die Ihnen Schaden zufügen könnten?	<input type="checkbox"/>				
17	In erhöhter Alarmbereitschaft, wachsam oder auf der Hut sein?	<input type="checkbox"/>				
18	Sich nervös oder schreckhaft fühlen?	<input type="checkbox"/>				
19	Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>				
20	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/>				

**44. Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage).**  
**Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen.**

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...		kein Tag	1–5 Tage	6–12 Tage	13–15 Tage	16–22 Tage	23–27 Tage	jeden Tag
		0	1	2	3	4	5	6
01	Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="checkbox"/>						
02	Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="checkbox"/>						
03	Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="checkbox"/>						
04	Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="checkbox"/>						
05	Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="checkbox"/>						

**WÄHREND DER LETZTEN  
VIER WOCHEN (28 TAGE) ...**

	niemals	in seltenen Fällen	weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
	0	1	2	3	4	5	6

- 06 In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d.h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)?  
(Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**WÄHREND DER LETZTEN  
VIER WOCHEN (28 TAGE) ...**

	über-haupt nicht	leicht	mäßig	deutlich			
	0	1	2	3	4	5	6

- 07 Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht?

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 08 Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**WÄHREND DER LETZTEN  
VIER WOCHEN (28 TAGE) ...**

- 09 Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage eine Nahrungsmenge gegessen, die andere Menschen als ungewöhnlich groß ansehen würden (unter ähnlichen Umständen)?

Mal

- 10 In wie vielen dieser Situationen, in denen Sie zu viel gegessen haben, hatten Sie das Gefühl, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben (während des Essens)?

Mal

- 11 Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Erbrechen selbst herbeigeführt, Abführmittel eingenommen oder in einer „getriebenen“ oder „zwanghaften“ Weise Sport getrieben, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?

Mal

**45. Bitte lesen Sie jeden Satz. Kreuzen Sie jeweils ein Kästchen auf der rechten Seite an, um anzugeben, inwieweit die folgenden Aussagen Sie beschreiben.**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	Ich stimme überhaupt nicht zu	Ich stimme ein bisschen zu	Ich stimme teilweise zu	Ich stimme zu	Ich stimme stark zu
01 Ich denke an Essen, auch wenn ich körperlich nicht hungrig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Essen bereitet mir mehr Freude als fast alles Andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Wenn ich ein Nahrungsmittel sehe oder rieche, bekomme ich große Lust, etwas davon zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Wenn ich mich in der Nähe eines dick machenden Nahrungsmittels befinde, das ich gerne mag, fällt es mir schwer, mich zurückzuhalten, es nicht wenigstens zu probieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Es ist erschreckend darüber nachzudenken, welche Macht das Essen über mich hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Wenn ich weiß, dass ein leckeres Nahrungsmittel verfügbar ist, kann ich nicht dagegen an, daran zu denken, etwas davon zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Ich mag den Geschmack von gewissen Nahrungsmitteln so sehr, dass ich es nicht lassen kann, diese zu essen, auch wenn sie schlecht für mich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Unmittelbar bevor ich ein Lieblingssessen probiere, erlebe ich starke Vorfreude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Wenn ich leckere Nahrungsmittel esse, konzentriere ich mich sehr darauf, wie gut diese schmecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Wenn ich mit alltäglichen Dingen beschäftigt bin, habe ich manchmal wie aus heiterem Himmel (ohne erfindlichen Grund) den Drang, etwas zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ich glaube, ich genieße das Essen viel mehr als die meisten anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Wenn ich höre, wie jemand ein tolles Essen beschreibt, dann will ich unbedingt etwas zu essen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Anscheinend denke ich viel an Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Es ist mir sehr wichtig, dass die Nahrungsmittel, die ich esse, so lecker wie möglich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Bevor ich eine Lieblingsspeise esse, füllt sich mein Mund meist mit Speichel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 46. Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen durch und kreuzen Sie das Kästchen an, das Sie am besten beschreibt.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	stimmt nie	stimmt immer
01 Am liebsten würde ich nicht essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Essen interessiert mich nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich esse nicht, wenn ich traurig, besorgt oder ängstlich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Andere glauben, ich wiege zu wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich würde gerne mehr wiegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Ich fühle mich dick, auch wenn andere Menschen mir nicht zustimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Solange ich nicht zu dick aussehe oder zu schwer bin, spielt alles andere keine Rolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Ich bin ein wählerischer Esser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Ich probiere nicht gern neues Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich habe Angst, beim Essen zu ersticken oder zu erbrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ich habe Angst davor, Essen hinunterzuschlucken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Essen mit einem bestimmten Geruch, Geschmack, Aussehen oder einer bestimmten Beschaffenheit (z. B. knusprig oder weich) mag ich nicht probieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ich esse gern Dinge, die nicht zum Essen gedacht sind (z. B. Sand).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Ich würgte Essen wieder hoch, das ich bereits geschluckt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Welches war Ihr niedrigstes Gewicht nach Erreichen des 18. Lebensjahres?*

- 47. Wenn Sie noch jünger als 18 Jahre sind, nennen Sie bitte das niedrigste Gewicht ab dem 14. Lebensjahr.**

--	--	--

kg

*Welches war Ihr höchstes Gewicht nach Erreichen des 18. Lebensjahres?*

- 48. Wenn Sie noch jünger als 18 Jahre sind, nennen Sie bitte das höchste Gewicht ab dem 14. Lebensjahr.**

--	--	--

kg

**49. Sie finden nachfolgend Aussagen, welche sich über das Leben machen lassen.  
Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie diesen Aussagen in Bezug auf Ihr Leben zustimmen.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	überhaupt nicht	kaum	teils/teils	überwiegend	vollständig
01 Trotz alledem kann ich mit schlimmen Erfahrungen etwas anfangen.	<input type="checkbox"/>				
02 Zu dieser Welt gehört auch das Böse.	<input type="checkbox"/>				
03 Grundsätzlich weiß ich, dass ich plötzlich etwas ganz Grauenhaftes oder Schockierendes erleben könnte.	<input type="checkbox"/>				
04 Ich bin überzeugt davon, dass viele negative Gefühle (beispielsweise Wut) auch positive Seiten haben.	<input type="checkbox"/>				
05 Ich berücksichtige in meinem Tun und Denken, dass die Dinge oft zwei Seiten haben: gute und schlechte.	<input type="checkbox"/>				
06 Schwierige Situationen überfordern mich.	<input type="checkbox"/>				
07 Man kann immer einen Weg finden, mit schmerzlichen Dingen im Leben fertig zu werden.	<input type="checkbox"/>				
08 Aufgrund meiner Lebenserfahrung kann ich gut mit neuen Situationen umgehen.	<input type="checkbox"/>				
09 Ich kann Dinge hinnehmen, wenn sie sich nicht verändern lassen.	<input type="checkbox"/>				
10 In Situationen den Überblick zu behalten, ist mir wichtig.	<input type="checkbox"/>				
11 Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	<input type="checkbox"/>				
12 Ich versuche immer, die Dinge in einem Zusammenhang zu sehen.	<input type="checkbox"/>				
13 Ich bemühe mich, wenn ich vor Probleme gestellt werde, unterschiedliche Sichtweisen zu berücksichtigen.	<input type="checkbox"/>				

**50. Es geht jetzt um Ihr Befinden während der letzten Woche:**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
01 Hat es Ihnen an Energie gefehlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Fühlten Sie sich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Fühlten Sie sich verlangsamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Fühlten Sie sich tagsüber schlafelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Fiel es Ihnen schwer, Dinge in Angriff zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Fühlten Sie sich entmutigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Fühlten Sie sich hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Fühlten Sie sich frustriert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Hatten Sie Schwierigkeiten, klar zu denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Fühlten Sie sich verwirrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Hat Müdigkeit Ihre täglichen Aktivitäten beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Hatten Sie das Gefühl, dass die Menschen, die Ihnen nahe stehen, Ihre Müdigkeit nicht verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**51. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten Woche durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**52. Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie Ihre körperliche Erscheinung/Attraktivität empfinden. Kreuzen Sie das Ausmaß Ihrer Zustimmung für die folgenden Aussagen an.**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	Ich stimme überhaupt nicht zu	Ich stimme ein bisschen zu	Ich stimme teilweise zu	Ich stimme zu	Ich stimme absolut zu
01 Wenn mich etwas beunruhigt, greift es stark auf meinen Körper über.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ungewöhnliche Körperreaktionen machen mir schnell Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Es verunsichert mich, wenn irgendetwas an meinem Äußeren nicht so ist, wie es sein sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich zwinge mich oft dazu ruhig zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Ich bin mit meinen Geschlechtsmerkmalen zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Manchmal verspüre ich Ekel mir selbst gegenüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Ich wünsche mir einen anderen Körper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Ich bin mit meinem Körper zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich fühle mich in meinem Körper zuhause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ich betrachte mich oft und gern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ich weiß, dass andere mich gern betrachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ich berühre mich oft sehr liebevoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Ich schaue häufig in den Spiegel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ich bin attraktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nur für Frauen**

- 53. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf verschiedene Funktionsbereiche menschlicher Sexualität. Bitte nehmen Sie zu jeder Aussage Stellung, indem sie eine Zahl ankreuzen, um darzustellen, wie sehr sie der Aussage für sich zustimmen.**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>							
	trifft gar nicht zu		trifft völlig zu				
	1	2	3	4	5	6	7
01 Ich habe wenig Lust auf sexuelle Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>						
02 Ich habe eine Abneigung gegen sexuelle Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>						
03 Ich habe Probleme sexuell erregt zu werden.	<input type="checkbox"/>						
04 Bei der sexuellen Erregung werde ich nicht feucht.	<input type="checkbox"/>						
05 Ich komme nicht zum sexuellen Höhepunkt.	<input type="checkbox"/>						
06 Ich spüre Schmerzen beim Geschlechtsverkehr in der Genitalregion.	<input type="checkbox"/>						
07 Die Intensität meines sexuellen Erlebens ist gemindert.	<input type="checkbox"/>						
08 Ich bin mit meiner sexuellen Aktivität zufrieden.	<input type="checkbox"/>						

**Nur für Männer**

- 54. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf verschiedene Funktionsbereiche menschlicher Sexualität. Bitte nehmen Sie zu jeder Aussage Stellung, indem sie eine Zahl ankreuzen, um darzustellen, wie sehr sie der Aussage für sich zustimmen.**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>							
	trifft gar nicht zu		trifft völlig zu				
	1	2	3	4	5	6	7
01 Ich habe wenig Lust auf sexuelle Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>						
02 Ich habe eine Abneigung gegen sexuelle Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>						
03 Ich habe Probleme eine Erektion zu bekommen	<input type="checkbox"/>						
04 Ich habe Probleme die Erektion aufrecht zu erhalten	<input type="checkbox"/>						
05 Ich komme nicht zum sexuellen Höhepunkt.	<input type="checkbox"/>						
06 Ich habe einen zu frühen Samenerguss.	<input type="checkbox"/>						
07 Die Intensität meines sexuellen Erlebens ist gemindert.	<input type="checkbox"/>						
08 Ich bin mit meiner sexuellen Aktivität zufrieden.	<input type="checkbox"/>						

**Für Alle**

- 55. Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie Ihre körperliche Erscheinung/Attraktivität nach außen hin, gestalten.**

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)	nein	ja, eine	ja, mehrere
01 Tragen Sie Tätowierungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Tragen Sie Piercings (außer Ohrringe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 56. Entfernen Sie Haare an bestimmten Körperstellen gelegentlich oder regelmäßig?**

Nein.....

Ja, in folgenden Bereichen:

(Männer: Barthaar ausgenommen)

Totalrasur Kopf (Vollglatze) .....

Augenbrauen .....

Gesicht (ohne Augenbrauen) ....

Achselhöhlen .....

Arme .....

Oberkörper (Brust, Bauch, Rücken) .....

Genitalbereich .....

Beine .....

**Frage 57 richtet sich ausschließlich an  
Eltern mit minderjährigen Kindern bis 14 Jahre.**

- 57. Auf dieser Seite finden Sie eine Reihe von Aussagen und Meinungen, die sich auf Ihre Gefühle und Gedanken als Eltern beziehen. Bitte geben Sie jedes Mal an, ob und in welchem Maße Sie diesen Aussagen zustimmen. Kreuzen Sie dazu die jeweils passende Antwortmöglichkeit (von 0 bis 3) an. Es gibt dabei keine richtigen und falschen Antworten, sondern es geht um Ihre persönliche Meinung.**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
	0	1	2	3
01 Es fällt mir leicht, ein/e liebevolle/r Mutter/Vater zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich bin jemand, der bei seinem Kind Grenzen gut durchsetzen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich denke, dass ich alles kann, was eine Mutter/ ein Vater können muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich habe Schwierigkeiten, mit Fehlverhalten meines Kindes umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich bin diejenige/derjenige, die/der am besten weiß, was gut für mein Kind ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Ziele in der Erziehung meines Kindes zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Wenn mein Kind sich weigert etwas zu tun, was mir wirklich wichtig ist, finde ich Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Die Lösung schwieriger Probleme in der Erziehung gelingt mir, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Für jedes Problem mit meinem Kind kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Diese Fragen befassen sich mit einigen Ihrer Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend (bis zum 18. Lebensjahr). Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten.  
Kreuzen Sie dazu bitte bei jeder Frage an, was am besten beschreibt, wie Sie sich fühlen.

Während meiner Kindheit und Jugend... <i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	Trifft auf mich ... zu.				
	überhaupt nicht	sehr selten	einige Male	häufiger	sehr häufig
01 hatte ich nicht genügend zu essen.	<input type="checkbox"/>				
02 wusste ich, dass es jemand gibt, der sich um mich kümmert und mich beschützt.	<input type="checkbox"/>				
03 wurde ich von Familienmitgliedern als „dumm“, „faul“ oder „hässlich“ bezeichnet.	<input type="checkbox"/>				
04 waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“, um für die Familie zu sorgen.	<input type="checkbox"/>				
05 gab es jemand in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und etwas Besonderes zu sein.	<input type="checkbox"/>				
06 musste ich schäbige oder dreckige Kleidung tragen.	<input type="checkbox"/>				
07 hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.	<input type="checkbox"/>				
08 dachte ich, meine Eltern hätten sich gewünscht, dass ich niemals geboren worden wäre.	<input type="checkbox"/>				
09 wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste.	<input type="checkbox"/>				
10 gab es nichts, was ich in meiner Familie anders gewünscht hätte.	<input type="checkbox"/>				
11 wurde ich von Familienangehörigen so stark geschlagen, dass ich blaue Flecken oder andere körperliche Schäden davontrug.	<input type="checkbox"/>				
12 wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Kabel oder mit einem harten Gegenstand geschlagen.	<input type="checkbox"/>				
13 gaben meine Angehörigen aufeinander Acht.	<input type="checkbox"/>				
14 sagten Familienangehörige verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.	<input type="checkbox"/>				
15 glaube ich, körperlich misshandelt worden zu sein.	<input type="checkbox"/>				
16 hatte ich die perfekte Kindheit.	<input type="checkbox"/>				
17 wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrern, Nachbarn oder einem Arzt) auffiel.	<input type="checkbox"/>				
18 hatte ich das Gefühl, dass mich jemand in meiner Familie hasst.	<input type="checkbox"/>				
19 fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah	<input type="checkbox"/>				

Fortsetzung

Während meiner Kindheit und Jugend...		Trifft auf mich ... zu.				
		überhaupt nicht	sehr selten	einige Male	häufiger	sehr häufig
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)						
20	versuchte jemand mich sexuell zu berühren oder sich von mir sexuell berühren zu lassen.	<input type="checkbox"/>				
21	drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm ausführte.	<input type="checkbox"/>				
22	hatte ich die beste Familie der Welt.	<input type="checkbox"/>				
23	drängte mich jemand, bei sexuellen Handlungen mitzumachen oder bei sexuellen Handlungen zuzusehen.	<input type="checkbox"/>				
24	belästigte mich jemand sexuell.	<input type="checkbox"/>				
25	glaube ich, emotional missbraucht worden zu sein.	<input type="checkbox"/>				
26	gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn es nötig war.	<input type="checkbox"/>				
27	glaube ich sexuell missbraucht worden zu sein.	<input type="checkbox"/>				
28	gab meine Familie mir Kraft und Rückhalt.	<input type="checkbox"/>				

59. Die folgenden Fragen befassen sich damit, ob Sie schon Behandlungen aufgrund eines Unfalls oder aufgrund eines seelischen Leidens in Anspruch genommen haben.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		nie	1-3 mal	4-6 mal	7-9 mal	mehr als 10 mal
01	Wie oft waren Sie in Ihrem Leben aufgrund eines Unfalls in <u>ambulanter</u> Behandlung (beim Chirurgen, Unfallchirurgen)? (unter Behandlung wird eine Behandlungsepisode aufgrund eines Unfalls verstanden, die auch mehrere Stunden umfassen kann.)	<input type="checkbox"/>				
02	Wie oft waren Sie in Ihrem Leben aufgrund eines Unfalls in <u>stationärer</u> Behandlung?	<input type="checkbox"/>				
03	Wie oft waren Sie in <u>ambulanter</u> (kinder- und jugend-) psychosomatischer/psychiatrischer/ psychotherapeutischer Behandlung?  (unter Behandlung wird eine Behandlungsepisode bei einem Therapeuten verstanden, die auch mehrere Stunden umfassen kann.)	<input type="checkbox"/>				
04	Wie oft waren Sie in <u>stationärer</u> (kinder- und jugend-) psychosomatischer/(kinder- und jugend-) psychiatrischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>				

60. Falls Sie in (kinder- und jugend-) psychosomatischer/psychiatrischer/ psychotherapeutischer Behandlung waren:	Ja .....	<input type="checkbox"/>
Hat in diesem Zusammenhang eine frühe Kindheitsbelastung, Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch eine Rolle gespielt?	Nein.....	<input type="checkbox"/>

**61. Diese Fragen befassen sich noch einmal mit einigen Ihrer Erfahrungen während Ihres bisherigen Lebens.**

		Nein	Ja	→ Wenn „Ja“: Wie oft?	Ungefähr in welchem Alter erstmals?
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)					
01	Hatten Sie jemals einen schweren Arbeitsunfall, Autounfall, oder einen schweren Unfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Hatten Sie jemals einen Ehegatten, Liebespartner oder ein Kind, das gestorben ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Hatten Sie jemals eine schwere oder lebensbedrohliche Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Hat Sie vor Ihrem 16. Lebensjahr, jemand der mindestens 5 Jahre älter war an Ihren Geschlechtsteilen berührt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Wurden Sie jemals gegen Ihren Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Wurden Sie als Kind in der Schule gemobbt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Wurden Sie als Erwachsener an Ihrer Arbeitsstätte Opfer von Mobbing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Im Folgenden geht es um Fragen Ihres Gesundheitszustandes.**

**62. Mussten Sie sich schon einmal aufgrund eines der folgenden Ereignisse in ärztliche Behandlung begeben?**

		Ja	Nein
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)			
01	-Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	-Sturz aus der Höhe (>1,5 m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	-Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	-Freizeitunfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	-Gewaltverbrechen, Körperverletzung etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	-Sexualdelikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung

**63. Waren Sie oder sind sie an einem der folgenden Leiden erkrankt?**

		Ja	Nein
	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		
01	Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**64. Haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen eines der folgenden Medikamente eingenommen**

01	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**65. Mussten Sie schon einmal aufgrund einer Gehirnerschütterung bzw. Schädelverletzung im Krankenhaus behandelt werden?**

**66. Verwendeten Sie innerhalb der letzten 4 Wochen eines der folgenden Hilfsmittel?**

01	Gehstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**67 Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie einen Antrag auf Berentung gestellt?**

Nein.....

Altersrente .....

Wenn Ja: Welchen Grund (bzw. welche Gründe) gab es für die Berentung?:

Berentung auf Grund einer körperlichen Krankheit.....

Berentung auf Grund einer seelischen Krankheit .....

68. Bitte kreuzen Sie an, wo Sie **Schmerzen** haben und wie stark diese sind, insbesondere in den letzten vier Wochen.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	0 keine Schmerzen	5 mittelstarke Schmerzen					10 unerträgliche Schmerzen				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
01 Kopf	<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"/>
02 Hals/Nacken	<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"/>
03 Schulter/ Oberarm	<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"/>
04 Ellenbogen/ Unterarm	<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"/>
05 Handgelenk/ Hand	<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"/>
06 Finger	<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"/>
07 Brustkorb	<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"/>
08 Bauch	<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"/>
09 Wirbelsäule	<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"/>
10 Becken	<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"/>
11 Hüfte/ Oberschenkel	<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"/>
12 Knie/ Unterschenkel	<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"/>
13 Sprunggelenk/ Fuß	<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"/>
14 Zehen	<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"/>

Wenn Sie mindestens eine der Fragen mit größer Null angegeben haben:

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
69. Wie sehr leiden Sie darunter?	<input type="checkbox"/>				

**70. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Alkoholkonsum:**

	Ja	Nein
01 Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Haben Sie sich schon mal über Kritik an Ihrem Trinkverhalten geärgert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Haben Sie jemals morgens zuerst Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder den Start in den Tag zu erleichtern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
<b>71. Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
<b>72. Haben Sie jemals einen Versuch unternommen sich umzubringen, bei dem die Absicht bestand zu sterben?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>73. Haben Sie sich jemals absichtlich selbst verletzt ohne dabei sterben zu wollen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 74. Im Folgenden finden Sie eine Liste mit Aussagen, die man verwendet, um sich selbst zu beschreiben. Bitte lesen Sie jeden Satz durch und entscheiden Sie, wie sehr er auf Ihre Gefühle, Gedanken und Beziehungen in Ihrem Alltag zutrifft. Kreuzen Sie hierzu jeweils das entsprechende Feld von 1 („trifft nie zu“) bis 5 („trifft immer zu“) an. Denken Sie nicht zu lange über Ihre Antwort nach, sondern kreuzen Sie einfach das Feld an, das Ihnen als erstes in den Sinn kommt. Bitte lassen Sie bei Ihrer Beantwortung keinen Satz aus.**

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
01. Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person.	<input type="checkbox"/>				
02. Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung.	<input type="checkbox"/>				
03. Wenn man andere zu nahe an sich heran lässt, kann das gefährlich werden.	<input type="checkbox"/>				
04. Ich kann mich anderen oft schwer verständlich machen.	<input type="checkbox"/>				
05. In mir herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass ich es gar nicht beschreiben könnte.	<input type="checkbox"/>				
06. Ich schätze manchmal falsch ein, wie mein Verhalten auf andere wirkt.	<input type="checkbox"/>				

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Fortsetzung

		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
07.	Wenn andere viel über mich wissen, fühle ich mich oft irgendwie kontrolliert oder beobachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.	Meine Gefühle sind manchmal so intensiv, dass ich Angst bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09.	Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich habe kein gutes Selbstbewusstsein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Meine Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Vielen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Interview.***

***Bitte geben Sie den Fragebogen an den/die Interviewer/in zurück oder stecken Sie den Fragebogen in den Umschlag, den Ihnen der Interviewer/in gern zur Verfügung stellt! Der Umschlag wird erst vom Institut geöffnet!***

**REP 26**

**Leitung:** Prof. Dr. E. Brähler / Prof. Dr. Markus Zenger (Stendal)

**Untersuchungszeitraum:** November 2017/ Januar 2018 (2531 Probanden, 14-93 Jahre)

<b>Beteiligte Mitarbeiter:</b>	<b>Kooperationspartner:</b> Prof. Dr. M. Beutel (Universitätsklinik Mainz) Prof. Dr. Fegert (Universitätsklinikum Ulm) Prof. Dr. G. Heuft (Universitätsklinikum Münster) Prof. Dr. A. Kersting (Universität Leipzig) Dr. S. Kliem (Kriminologisches Institut Hannover) Prof. Dr. K. Petrowski (Universitätsklinik Mainz) Prof. Dr. S. Schmidt (Universität Greifswald) Prof. Dr. B. Strauss (Universität Jena)
--------------------------------	--

**Eingesetzte Untersuchungsverfahren:**

- Verlustfragebogen (1-23) Nagl/Kersting
- Emotion Regulation Questionnaire ERQ-4 (24) Kliem
- Trierer Inventar zum chronischen Stress TICS 9 (25) Petrowski
- Blutspende (26-29) Silke Schmidt
- DEC-6 (30) Beutel/ Brähler
- PHQ-4 (Kurzscreen für Angst und Depression (*Löwe et al. 2010*) (31) Beutel/ Brähler
- BMI (32 33) Beutel/ Brähler
- Religionsfragen (34-36)/ Transpersonales Vertrauen (TPV 37,1-6)/ System of Belief Inventory (SBI 37, 7-12) Heuft
- Soziale Teilhabe (38) Strauss
- European Quality of Life Questionnaire EuroQOL EQ-5D plus Barometer ( 39-44) Strauss
- Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen BFPE-12 (45-46) Strauss
- Fragen zur Sexualität (47-57) Strauss
- ACE (58-68) Fegert/ Sachser
- Sex. Kindesmissbrauch (69-84) Fegert/ Sachser
- Gewaltbereitschaft (85) Fegert/ Sachser
- KSA-3 Autoritarismus (86) Fegert/ Sachser
- Umgang mit Radikalität (87-92) Fegert/ Sachser
- USS-8 und Narzissmusbogen ( 93) Fegert/ Sachser
- L-1 Lebenszufriedenheit (94) Fegert/ Sachser
- Gewalterfahrung (DEGS1) (95-96) Fegert/ Sachser
- Computerspiele (97-102) Fegert/ Sachser
- Umgang mit Babys (103-110) Fegert/ Sachser
- Geschwisterfragen (111-124) Fegert/ Sachser

Projekt:

**170702**

Sample -Nr.:

1	0	0
---	---	---

Point-Nr.:

--	--	--

AL-Nr.:

--	--	--

Interviewer-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--

Interview durchgeführt am:

--	--	--	--

Tag

Interviewbeginn:

--	--	--	--

Stunde

Minute

Interviewende:

--	--	--	--

Stunde

Minute

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

**Vorab haben wir einige Fragen zu Ihrer Person**

S 1a	<i>Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 1b
		-----		
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
		-----		
		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 2
		-----		
		Bin nicht wahlberechtigt .....	<input type="checkbox"/>	
		-----		
		Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	
S 1b	<i>Und welche Partei würden Sie dann wählen?</i>	CDU/CSU .....	<input type="checkbox"/>	
		SPD .....	<input type="checkbox"/>	
		FDP .....	<input type="checkbox"/>	
		Die Linke .....	<input type="checkbox"/>	
		Grüne .....	<input type="checkbox"/>	
		NPD .....	<input type="checkbox"/>	
		Piratenpartei .....	<input type="checkbox"/>	
		AfD .....	<input type="checkbox"/>	
		Andere Partei .....	<input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	
		-----		
		Wähle ungültig .....	<input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	
		CDU/CSU .....	<input type="checkbox"/>	
S 2	<i>Geschlecht der Zielperson:</i>	Männlich .....	<input type="checkbox"/>	
		-----		
		Weiblich .....	<input type="checkbox"/>	
S 3	<i>Wann sind Sie geboren?</i>			
		<i>Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt.</i>	<b>Geburtsmonat (z.B. 09):</b>	<input type="text"/>   <input type="text"/>
			<b>Geburtsjahr:</b>	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
S 4	<i>Welchen Familienstand haben Sie?</i>	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/ meiner Ehepartner/in zusammen .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 5
		-----		
		Ich bin verheiratet und lebe von meinem/ meiner Ehepartner/in getrennt ..	<input type="checkbox"/>	
		-----		
		Ich bin ledig .....	<input type="checkbox"/>	
		-----		weiter mit Frage S 4a
		Ich bin geschieden .....	<input type="checkbox"/>	
		-----		
		Ich bin verwitwet .....	<input type="checkbox"/>	

S 4a	<i>Leben Sie mit einem Partner/einer Partnerin zusammen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>		
		Nein .....	<input type="checkbox"/>		
S 5	<i>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt – ich meine Personen, die hier schlafen und essen - Sie selbst mit eingeschlossen?</i>		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Personen		
S 5a	<i>Wie viele davon sind Kinder? (Sie selbst ggf. mit eingeschlossen)</i>	Kinder unter 18 Jahren?	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Anzahl		
		Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.			
S 6	<i>Wie viele eigene Kinder haben Sie? (unabhängig, ob diese bei Ihnen zu Hause leben)</i>	Eigene Kinder?	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Anzahl		
		Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.			
S 7	<i>Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?</i>	Deutsch .....	<input type="checkbox"/>		
		Andere, welche: _____	<input type="checkbox"/>		
S 8	<i>Welcher Religion oder welcher Konfession gehören Sie an?</i>	Evangelisch .....	<input type="checkbox"/>		
		Katholisch .....	<input type="checkbox"/>		
		Muslimisch .....	<input type="checkbox"/>		
		Andere (z. B. jüdisch, buddhistisch, hinduistisch) ...	<input type="checkbox"/>		
		keine Konfession .....	<input type="checkbox"/>		
S 9	<i>Welchen Schulabschluss haben Sie? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>	Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss .....	<input type="checkbox"/>		
	<u>INT.:</u> Liste S 9 vorlegen	Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule) .....	<input type="checkbox"/>		
		Ich habe Mittlere Reife/ Realschulabschluss .....	<input type="checkbox"/>		
		Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse	<input type="checkbox"/>		
		Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/>		
		Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Hochschul-/ Universitätsstudium .....	<input type="checkbox"/>		
		Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/ Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/>		
		Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar? .....	<input type="checkbox"/>		
		_____			
		-----			
		Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule .....	<input type="checkbox"/>		

S 10	<i>Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?</i>	Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr .....	<input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 10 vorlegen</i>	Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung .....	<input type="checkbox"/>
		Zur Zeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit .....	<input type="checkbox"/>
		Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorruestand .....	<input type="checkbox"/>
		Nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann .....	<input type="checkbox"/>
		In Berufsausbildung (einschließlich Fachschulen für gewerbliche Berufe) .....	<input type="checkbox"/>
		In Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule) .....	<input type="checkbox"/>
S 11	<i>Wie oft waren Sie arbeitslos, einschließlich jetziger Arbeitslosigkeit?</i>	<input type="text"/> mal	
S 12	<i>Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?</i>	Berufskreis-Nummer: <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 12 vorlegen</i>	noch nie berufstätig gewesen .....	<input type="checkbox"/>
S 13	<i>Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an. Wie hoch ist Ihr eigenes Einkommen? Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung? Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.</i>	Einkommensgruppe Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 13 vorlegen</i>	kein persönliches Einkommen .....	<input type="checkbox"/>
S 14	<i>Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom gesamten monatlichen Nettoeinkommen her einordnen? Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu. Nennen Sie mir bitte nur die entsprechende Nummer.</i>	Einkommensgruppe Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 14 vorlegen</i>		

## Besten Dank bis hierher!

Ich möchte Sie nun bitten, den weiteren Fragebogen selbst auszufüllen.

Wissenschaftler der Universität Leipzig möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung verschiedene wissenschaftliche/ medizinische Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Da unterschiedlichen Forschungseinrichtungen beteiligt sind, kann es sein, dass manche Fragen sich ähneln, wir bitten Sie dennoch den gesamten Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

### Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Bitte lesen Sie sich die jeweilige Frage einschließlich der Antwortmöglichkeiten vor der Beantwortung vollständig durch.
- Die Mehrzahl der Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten. Setzen Sie Ihr Kreuz einfach in die dafür vorgesehenen Kästchen.

**Beispiel:** Nein .....   
Ja .....

- Nach vielen Fragen finden Sie in Klammern weitere Bearbeitungshinweise.

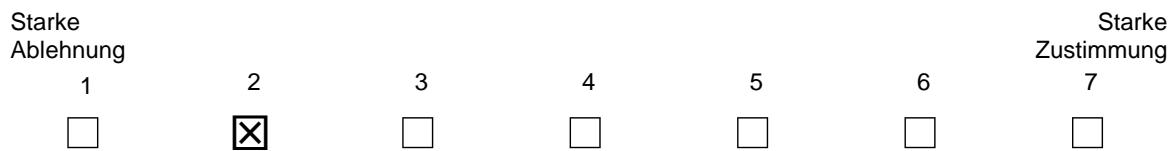
**Beispiel:** (*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*)

- Falls Sie aus Versehen ein Kreuz an der falschen Stelle gesetzt haben, schwärzen Sie bitte das falsche Kästchen.

**Beispiel:** Nein .....   
Ja .....

- Für die Beantwortung vieler Fragen finden sich im Fragebogen sogenannte Skalen. Mit diesen können Sie Ihre Antwort zwischen zwei inhaltlichen Positionen abstimmen, im Beispiel etwa zwischen „Starke Ablehnung“ oder „Starke Zustimmung“.

**Beispiel:**



- An einigen Stellen des Fragebogens bitten wir Sie, Ihre Antworten frei zu formulieren. Verwenden Sie in diesen Fällen die dafür vorgesehenen Linien.

**Beispiel:** (*Bitte notieren*)

---

- Sollte bei einer Frage einmal keine Antwortmöglichkeit für Sie zutreffen, lassen Sie diese leer.

**Nachfolgend finden Sie einige Aussagen zu dem Thema  
„Verlust eines nahestehenden Menschen“**

1.	<i>Ist in Ihrem Leben eine Ihnen nahestehende Person (beispielsweise ein/e Verwandte/r, ein/e Partner/in oder ein/e Freund/in) verstorben?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 2
		-----	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 24
2.	<i>Wie viele nahestehende Personen haben Sie verloren?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Personen	

**Wenn mehr als eine Ihnen nahestehende Person verstorben ist, beziehen Sie die folgenden Fragen bitte auf diejenige Person, deren Verlust Sie am meisten und schwersten getroffen hat.**

3.	<i>Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt des Verlustes?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jahre
4.	<i>Wie lange liegt der Verlust zurück?</i>  Hinweis: Bitte in Monaten angeben	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Monate
5.	<i>Welches Geschlecht hatte die verstorbene Person?</i>	Weiblich.....  Männlich.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	<i>In welcher Beziehung stand die verstorbene Person zu Ihnen?</i>	Partner/Partnerin.....  Eigenes Kind.....  Eigenes ungeborenes Kind.....  Elternteil.....  Geschwister.....  Großelternteil.....  Schwiegermutter/-vater.....  Sonstige Verwandte.....  Guter Freund/Freundin.....  Sonstige (bitte angeben):  _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

7.	<i>Wie alt war die Ihnen nahestehende Person, als sie verstorben ist?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
8.	<i>Auf welche Weise ist die Person verstorben? Was war die Todesursache?</i>	<p>Plötzlicher unerwarteter Tod aufgrund einer medizinischen Ursache (z.B. Herzversagen, kurze Krankheit)..... <input type="checkbox"/></p> <p>Tod nach einer längeren Krankheit (bitte angeben): _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Unfall..... <input type="checkbox"/></p> <p>Suizid..... <input type="checkbox"/></p> <p>Schwangerschaftsabbruch..... <input type="checkbox"/></p> <p>Gewaltverbrechen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges (bitte angeben): _____ <input type="checkbox"/></p>
9.	<i>Falls die Ihnen nahestehende Person nach einer längeren Krankheit verstorben ist, haben Sie die Person vor ihrem Tod gepflegt?</i>	<p>Ja..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein..... <input type="checkbox"/></p>
10.	<i>Falls Sie die verstorbene Person gepflegt haben, über welchen Zeitraum haben Sie dies getan?</i>  Hinweis: Bitte in Monaten angeben	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate
11.	<i>Wie nah standen Sie der verstorbenen Person?</i>	<p>Überhaupt nicht nah..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ein wenig nah..... <input type="checkbox"/></p> <p>Eher nah..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nah..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sehr nah..... <input type="checkbox"/></p>

**Die folgenden Fragen dienen dazu zu erfahren, wie Sie die Umstände des Todes der Ihnen nahestehenden Person wahrgenommen haben. Bitte kreuzen Sie für jede Frage die Zahl an, die Ihre subjektive Wahrnehmung am besten beschreibt.**

12.	<i>Wie friedlich oder gewaltsam erschien Ihnen der Tod?</i>	Friedlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gewaltsam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.	<i>Was denken Sie, wie stark die Ihnen nahestehende Person während des Sterbens gelitten hat?</i>	Minimal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Äußerst stark <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

14. Wie langwierig erschien Ihnen der Prozess des Sterbens?	Sehr schnell vorüber	Mäßig	Äußerst langwierig				
	<input type="checkbox"/>						
15. Wie gut haben Sie sich auf den Tod vorbereitet gefühlt?	Gut vorbereitet	Mäßig	Völlig unvorbereitet				
	<input type="checkbox"/>						
16. Wie stark hat Sie dieses Erlebnis <u>im Jahr nach dem Verlust in Ihrer normalen Lebensführung beeinträchtigt?</u>	Überhaupt nicht.....	<input type="checkbox"/>					
	Ein wenig.....	<input type="checkbox"/>					
	Ziemlich.....	<input type="checkbox"/>					
	Stark.....	<input type="checkbox"/>					
	Sehr stark.....	<input type="checkbox"/>					

17. Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, welches am besten beschreibt, wie Sie sich im letzten Monat gefühlt haben:

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)	Überhaupt nicht	Mindestens einmal	Mindestens einmal pro Woche	Mindestens einmal pro Tag	Mehrmales täglich
01 Wie oft hatten Sie im letzten Monat Sehnsucht oder starkes Verlangen nach der verstorbenen Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Wie oft hatten Sie im letzten Monat intensive Gefühle von Schmerz, Wehmut oder Trauer in Bezug auf die verstorbene Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Wie oft im letzten Monat versuchten Sie, die Erinnerung daran, dass die verstorbene Person tatsächlich nicht mehr da ist, von sich zu schieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Wie oft im letzten Monat waren Sie bezüglich des Verlustes fassungslos, schockiert oder benommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Bitte geben Sie nun für jede Frage an, wie es Ihnen momentan geht:

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)	Überhaupt nicht	Kaum	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
01 Fühlen Sie sich ratlos bezüglich Ihrer Rolle im Leben oder als wüssten Sie nicht mehr, wer Sie sind (z.B. als ob ein Teil Ihrer Selbst gestorben wäre)?	<input type="checkbox"/>				
02 Fällt es Ihnen schwer, Ihren Verlust zu akzeptieren?	<input type="checkbox"/>				
03 Fällt es Ihnen seit dem Verlust schwer, anderen Menschen zu vertrauen?	<input type="checkbox"/>				
04 Sind Sie verbittert über Ihren Verlust?	<input type="checkbox"/>				
05 Glauben Sie, dass es jetzt schwierig für Sie ist, Ihr Leben weiterzuführen (z.B. neue Freunde zu finden, neue Interessen zu verfolgen)?	<input type="checkbox"/>				

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)		Überhaupt nicht	Kaum	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
06	Fühlen Sie sich wie betäubt seit Ihrem Verlust?	<input type="checkbox"/>				
07	Kommt Ihnen Ihr Leben seit Ihrem Verlust unerfüllt, leer oder bedeutungslos vor?	<input type="checkbox"/>				
09	Fühlen Sie sich schuldig für Fehler, die Sie im Zusammenhang mit Ihrem Verlust gemacht haben?	<input type="checkbox"/>				
10	Fällt es Ihnen schwer, sich gut an glückliche Momente mit Ihrer verstorbenen Person zu erinnern?	<input type="checkbox"/>				
11	Fühlen Sie sich einsam, seitdem er/sie gestorben ist?	<input type="checkbox"/>				
12	Fühlen Sie sich von Plätzen und Dingen angezogen, die mit der verstorbenen Person in Verbindung stehen?	<input type="checkbox"/>				

		Überhaupt nicht	Mindestens einmal im letzten Monat	Mindestens einmal pro Woche	Mindestens einmal pro Tag	Mehrmals täglich
19.	Sind Sie so in Gedanken bei der verstorbenen Person, dass es Ihnen schwerfällt, die Dinge zu tun, die Sie normalerweise tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
20.	Wären Sie am liebsten tot, um bei der verstorbenen Person sein zu können?	<input type="checkbox"/>				

21.	Haben Sie die oben beschriebenen Gefühle (die, von denen Sie angegeben haben, dass sie bei Ihnen auftreten) seit mindestens 6 Monaten?	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
22.	Haben Sie eine deutliche Einschränkung Ihrer Fähigkeiten im sozialen, beruflichen oder in einem anderen Umfeld (z.B. bei der Bewältigung des Haushalts) bemerkt?	Keine Beeinträchtigung.....	<input type="checkbox"/>
		Leichte Beeinträchtigung.....	<input type="checkbox"/>
		Etwas beeinträchtigt.....	<input type="checkbox"/>
		Deutliche Beeinträchtigung.....	<input type="checkbox"/>
		Vollständige Beeinträchtigung.....	<input type="checkbox"/>

**23. Bitte schätzen Sie ein, in welchem Ausmaß die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.**  
**Beziehen Sie sich bitte dabei auf den letzten Monat. Die Leerstellen beziehen sich auf die verstorbene Person, die Sie betrauern.**

		Trifft überhaupt nicht zu								Trifft voll und ganz zu
(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz)										
01	Seit [--] tot ist, mache ich viel weniger von den Dingen, die mir früher Freude bereiteten.	<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"/>
02	Seit [--] tot ist, vermeide ich Aktivitäten, die mich früher zufriedenstellten, weil mir diese Aktivitäten jetzt bedeutungslos erscheinen.	<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"/>
03	Ich vermeide Aktivitäten, die mir früher Freude bereiteten, weil ich mich nicht in der Lage fühle, diese Aktivitäten auszuüben.	<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"/>
04	Ich beginne sehr wenig neue Aktivitäten seit [--] tot ist, weil ich nicht in der Lage bin, dies zu tun.	<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"/>
05	Seit [--] tot ist, gibt es einige Aktivitäten, Hobbys und Bekanntschaften, denen ich viel weniger Aufmerksamkeit schenke.	<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"/>
06	Ich vermeide es, mich näher mit der Tatsache zu befassen, dass [--] tot ist und nie wieder zurückkehren wird.	<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"/>
07	Ich vermeide Situationen und Orte, die mich mit der Tatsache konfrontieren, dass [--] tot ist und nie wieder zurückkehren wird.	<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"/>
08	Ich vermeide es, mich näher mit schmerzvollen Gedanken und Erinnerungen zu befassen, die mit seinem/ihrem Tod verbunden sind.	<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"/>
09	Ich rufe absichtlich positive Erinnerungen im Zusammenhang mit [--] ab, um das Nachdenken über die Tatsache, dass [--] tot ist und nie wieder zurückkehren wird, zu vermeiden.	<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"/>

**24. Nun geht es darum, wie Sie Ihre Gefühle kontrollieren.**

		stimme überhaupt nicht zu	Neutral					stimme vollkommen zu	
			1	2	3	4	5	6	7
01	Wenn ich <i>mehr positive</i> Gefühle (wie Freude oder Heiterkeit) empfinden möchte, versuche ich über die Situation anders zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Wenn ich <i>weniger negative</i> Gefühle (wie Traurigkeit oder Ärger) empfinden möchte, versuche ich, über die Situation anders zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich behalte meine Gefühle für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle, indem ich sie <i>nicht</i> nach außen zeige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Im Folgenden finden Sie einige Fragen, die Sie danach beurteilen sollen wie häufig sie die darin angesprochenen Erfahrungen gemacht bzw. Situationen erlebt haben.**

**Ihre Aufgabe ist es anzugeben, ob Sie die darin angesprochenen Erfahrungen bzw. Situationen nie, selten, manchmal, häufig oder sehr häufig gemacht bzw. erlebt haben.**

**Denken Sie bei der Beantwortung bitte an die, vom heutigen Tag aus gesehenen, vergangenen drei Monate und versuchen Sie sich daran zu erinnern, wie oft in diesem Zeitraum die jeweiligen Erfahrungen gemacht wurden:**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
01	Ich habe Auseinandersetzungen mit anderen Menschen, die zu länger andauernden Konflikten führen	<input type="checkbox"/>				
02	Für meinen Einsatz werde ich nicht angemessen belohnt	<input type="checkbox"/>				
03	Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe	<input type="checkbox"/>				
04	Obwohl ich mich bemühe, erfülle ich meine Aufgaben nicht so, wie es sein sollte	<input type="checkbox"/>				
05	Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird	<input type="checkbox"/>				
06	Ich muss Verpflichtungen erfüllen, die ich innerlich ablehne	<input type="checkbox"/>				
07	Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen	<input type="checkbox"/>				
08	Zeiten, in denen ich keine Möglichkeiten habe, mich mit anderen auszusprechen	<input type="checkbox"/>				
09	Situationen, in denen ich mich anstrengen muss, anderen zu gefallen	<input type="checkbox"/>				

**Im Folgenden haben wir einige Fragen zum Thema Blutspenden:**

26. <i>Haben Sie jemals Blut gespendet?</i>	Nein, ich konnte mir bislang nicht vorstellen, Blut zu spenden.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich mir vorstellen konnte, Blut zu spenden.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, aber ich habe bereits einen Blutspendeversuch unternommen, bei dem ich nicht zur Spende zugelassen wurde.....	<input type="checkbox"/>
	Ja, ich habe bereits Blut gespendet.....	<input type="checkbox"/>

27. Basierend auf Ihrer Antwort möchten wir Sie darum bitten mit Ihren eigenen Worten zu beschreiben, welches Ihre persönlichen Gründe dafür waren, bisher Blut zu spenden bzw. kein Blut zu spenden.

Bitte versuchen Sie diese Frage so genau wie möglich zu beantworten.

---

---

---

---

---

28. Beabsichtigen Sie, in den nächsten 12 Monaten Blut zu spenden?

- Definitiv nicht .....
- Wahrscheinlich nicht .....
- Eher nicht .....
- Eher ja .....
- Wahrscheinlich ja .....
- Definitiv ja .....

29. Basierend auf Ihrer Antwort möchten wir Sie darum bitten mit Ihren eigenen Worten zu beschreiben, welches Ihre persönlichen Gründe dafür sind, zukünftig Blut zu spenden bzw. kein Blut zu spenden?

Bitte versuchen Sie diese Frage so genau wie möglich zu beantworten.

---

---

---

---

---

**30. Sie finden hier eine Reihe von Aussagen über persönliche Merkmale und Eigenschaften. Bitte lesen Sie jede Aussage genau durch und entscheiden dann, wie stark diese jeweils auf Sie zutreffen.**

**Wenn für Sie eine Aussage völlig zutrifft, kreuzen Sie bitte bei Spalte "7" an; wenn für Sie die Aussage überhaupt nicht zutrifft, kreuzen Sie bei "1" an. Wenn Ihre Einschätzung dazwischenliegt, stufen Sie bitte mit den Zahlen zwischen 1 und 7 ab.**

**Wenn Sie neutral oder unentschieden sind, kreuzen Sie die Mitte (4) an.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)	Trifft überhaupt nicht zu							Trifft völlig zu
	1	2	3	4	5	6	7	
01 Ich finde oft, dass ich meine eigenen Maßstäbe oder Ideale nicht erfülle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Es gibt einen beträchtlichen Unterschied zwischen dem, wie ich jetzt bin und wie ich gerne wäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich bin eher unzufrieden mit dem, was ich habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Es fällt mir schwer, Schwächen bei mir anzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich neige dazu, sehr kritisch mit mir zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Ich vergleiche mich oft mit Standards oder Zielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten Woche durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

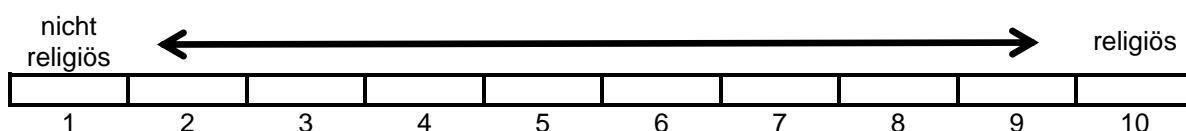
32. <i>Wie groß sind Sie?</i> (Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm
33. <i>Wie viel wiegen Sie derzeit?</i> (Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kg

Bei den nächsten Fragen geht es allgemein um religiöse Ansichten und Einstellungen. Es geht darum, inwieweit Gläubigkeit in Ihrem Leben eine Rolle spielt. Statt Gläubigkeit und Religiosität ziehen manche auch den Ausdruck „Spiritualität“ vor. Es geht bei den folgenden Fragen nicht um die Zugehörigkeit zu einer offiziellen Kirche o.ä., denn viele haben die Einstellung, dass man nicht Mitglied einer Kirche sein muss, um sich als gläubig oder religiös zu bezeichnen.

**Es geht darum, wie Sie sich selbst in Ihrem Gläubigsein, in Ihrer Spiritualität oder Ihrer Religiosität einschätzen, nicht, wie dies andere tun würden oder was andere in dieser Hinsicht über Sie denken.**

34. Wie oft gehen Sie im Allgemeinen in ein Gebetshaus, z.B. eine Kirche, eine Moschee, eine Synagoge oder einen Tempel?	mehr als einmal pro Woche.....	<input type="checkbox"/>
	1 mal in der Woche.....	<input type="checkbox"/>
Hinweis: Touristische Besichtigungen, bspw. auf Reisen, sind hiermit nicht gemeint.	1 bis 3 mal im Monat.....	<input type="checkbox"/>
	mehrmals im Jahr.....	<input type="checkbox"/>
	seltener.....	<input type="checkbox"/>
	nie.....	<input type="checkbox"/>
35. Wenn Sie an Ihre Kinder- und Jugendzeit denken: Wie wichtig war in Ihrem Zuhause Glaube bzw. Religion?	überhaupt nicht wichtig.....	<input type="checkbox"/>
	eher nicht wichtig.....	<input type="checkbox"/>
	eher wichtig.....	<input type="checkbox"/>
	sehr wichtig.....	<input type="checkbox"/>

36. Würden Sie von sich sagen, dass Sie eher religiös oder eher nicht religiös sind? Wir haben hier eine Skala. Wo würden Sie sich auf dieser Skala einstufen? Machen Sie bitte ein Kreuz in eines der Kästchen.



37. Im Folgenden finden Sie Aussagen zum Thema Religion. Sagen Sie bitte, inwieweit die Aussagen auf Sie zutreffen.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)	trifft vollständig zu	Trifft teilweise/ etwas zu	Trifft eher/ teilweise nicht zu	trifft gar nicht zu
01 Religiöse Praktiken (z.B. Beten, Mantreln, Sprechen, geistliche Lieder, Singen, Meditieren) helfen mir in schwierigen Situationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Meine Seele lebt auch nach dem Tod weiter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich versuche, mich der Hand Gottes/eines höheren Wesens/einer höheren Wirklichkeit anzuvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)		trifft vollständig zu	Trifft teilweise/ etwas zu	Trifft eher/ teilweise nicht zu	trifft gar nicht zu
04	Ich bezeichne mich als religiös, auch wenn ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich bin ein Mensch mit Körper und Intellekt. Und ich bin auch untrennbar mit dem Kosmos verbunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Es gibt in einem Menschenleben manches Glück und Unglück, das meine Möglichkeiten des Erklärens und Verstehens übersteigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Gebet oder Meditation hat mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich habe das sichere Gefühl, dass Gott auf irgendeine Art und Weise existiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich freue mich, oft Menschen zu treffen oder mit Menschen zu reden, die meinen Glauben teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wenn ich mich einsam fühle, kann ich mich auf die Menschen, die meinen Glauben teilen, verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Das Leben und der Tod des Menschen werden von Gottes Plan bestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Wenn ich Hilfe brauche, suche ich Menschen auf, die meine Wertvorstellungen teilen oder meiner Glaubensgemeinschaft angehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. Im Folgenden geht es um Ihre Einstellung zu unserer Gesellschaft und Ihrem Wohlbefinden.**

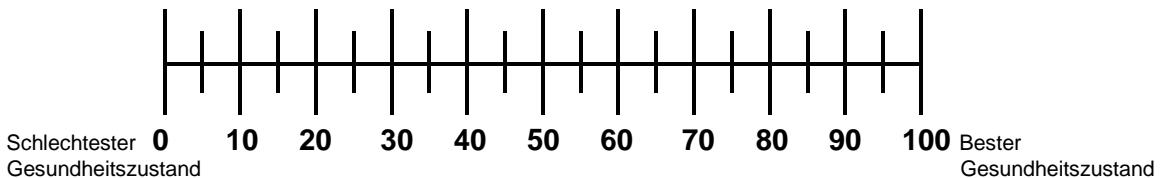
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)		nicht zustimmen	eher nicht zustimmen	eher zustimmen	zustimmen
01	Ich habe das Gefühl, dass ich Teil unserer Gesellschaft bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich habe Einfluss darauf, wie sich unsere Gesellschaft entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich habe das Gefühl, mit meinen Belangen und Problemen von der Politik ernst genommen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich leiste einen wertvollen Beitrag zu unserer Gesellschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich fühle mich mit der Region, in der ich lebe, verbunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich fühle mich im sozialen Umfeld außerhalb meiner Familie gut eingebunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Ich fühle mich körperlich gesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich fühle mich im Allgemeinen entspannt und ausgeglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich habe einen hohen Selbstwert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.**

39. <i>Beweglichkeit/Mobilität</i>	Ich habe keine Probleme herumzugehen.....	<input type="checkbox"/>
	Ich habe einige Probleme herumzugehen.....	<input type="checkbox"/>
	Ich bin ans Bett gebunden .....	<input type="checkbox"/>
40. <i>Für sich selbst sorgen</i>	Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen.....	<input type="checkbox"/>
	Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen.....	<input type="checkbox"/>
	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.....	<input type="checkbox"/>
41. <i>Alltägliche Tätigkeiten (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)</i>	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.....	<input type="checkbox"/>
	Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.....	<input type="checkbox"/>
	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.....	<input type="checkbox"/>
42. <i>Schmerzen/Körperliche Beschwerden</i>	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden.....	<input type="checkbox"/>
	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden.....	<input type="checkbox"/>
	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden.....	<input type="checkbox"/>
43. <i>Angst/Niedergeschlagenheit</i>	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert.....	<input type="checkbox"/>
	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert.....	<input type="checkbox"/>
	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert.....	<input type="checkbox"/>

44. *Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist.*

Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.



Bitte tragen Sie einen entsprechenden Wert ein:

--	--	--

**Im Folgenden geht es um Ihre Partnerschaftserwartungen.**

<i>Waren oder leben Sie zurzeit in einer festen partnerschaftlichen Beziehung?</i>		Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 46
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 47

**46.**

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz)		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft etwas zu	Trifft überwiegend zu	Trifft genau zu
01	An sich fällt es mir leicht, mit meinem Partner / meiner Partnerin über das zu sprechen, was in mir vorgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Es fällt mir leicht, gegenüber meinem Partner / meiner Partnerin über meine Gefühle zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich fürchte, dass mein großes Bedürfnis nach Zuwendung meinem Partner / meiner Partnerin zu viel werden könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Wenn ich von meinem Partner / meiner Partnerin getrennt bin (Reise, beruflich bedingt usw.), macht mich das unruhig und nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich kann mich meinem Partner / meiner Partnerin gegenüber leicht öffnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Bei der Trennung von meinem Partner / meiner Partnerin würde für mich eine Welt zusammenbrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Wenn mein Partner / meine Partnerin liebevoll zu mir ist, können mir schon mal Zweifel kommen, ob er/sie das auch wirklich so meint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Mir könnte schon einmal der Gedanke kommen, dass mein Partner / meine Partnerin mich am liebsten los sein möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Manchmal denke ich, dass ich meinem Partner / meiner Partnerin mehr Zuneigung entgegenbringe als er / sie mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Mir ist es wichtig, dass mein Partner / meine Partnerin, auch wenn wir nicht zusammen sind, in Gedanken möglichst viel bei mir ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Auch bei einer vorübergehenden Trennung: mit dem Abschied komme ich nur schwer klar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Mir fällt es relativ leicht, mit meinem Partner / meiner Partnerin über mich und meine Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Wurde bei Ihnen schon einmal eine Sexualanamnese durchgeführt (Erhebung des Zeitpunktes der Geschlechtsreife, Fragen nach Verhütungsmitteln und möglichen Problemen beim Geschlechtsverkehr)?</i>		Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 48
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 49

48.	<i>Wer hat diese Sexualanamnese durchgeführt?</i>	Hausarzt.....	<input type="checkbox"/>		
		Frauenarzt.....	<input type="checkbox"/>		
		Urologe.....	<input type="checkbox"/>		
		Psychotherapeut.....	<input type="checkbox"/>		
		Anderer .....	<input type="checkbox"/>		
49.	<i>Wurde Ihnen von Ihrem Hausarzt oder Facharzt ein Gesprächsangebot gemacht, bei Bedarf über Sexualität oder sexuelle Probleme zu sprechen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>		
		Nein .....	<input type="checkbox"/>		
50.	<b>Falls ja:</b> <i>Wer hat Ihnen dieses Gesprächsangebot gemacht?</i>	Hausarzt.....	<input type="checkbox"/>		
		Frauenarzt.....	<input type="checkbox"/>		
		Urologe.....	<input type="checkbox"/>		
		Psychotherapeut.....	<input type="checkbox"/>		
		Anderer .....	<input type="checkbox"/>		
<b>Nur an Frauen</b>					
51.	<i>In welchem Alter hatten Sie in etwa Ihre erste Menstruation?</i>	mit <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahren			
<b>Nur an Männer</b>					
52.	<i>In welchem Alter hatten Sie in etwa Ihren ersten Samenerguss?</i>	mit <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahren			
<b>An Alle</b>					
53.	<i>In welchem Alter hatten Sie ihren ersten Geschlechtsverkehr?</i>	mit <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahren			
54.	<i>Hatten Sie je außerhalb Ihrer Partnerbeziehung noch andere sexuelle Kontakte?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>		
		Nein .....	<input type="checkbox"/>		

55. Hatten Sie je einen One-Night-Stand?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>
56. Wie oft hatten Sie durchschnittlich im vergangenen Jahr Sex?	Gar nicht.....	<input type="checkbox"/>
	weniger als 1mal im Monat.....	<input type="checkbox"/>
	1mal im Monat.....	<input type="checkbox"/>
	2mal im Monat.....	<input type="checkbox"/>
	1mal pro Woche.....	<input type="checkbox"/>
	2mal pro Woche.....	<input type="checkbox"/>
	3-6mal pro Woche.....	<input type="checkbox"/>
	Täglich.....	<input type="checkbox"/>

57. Wir möchten Sie nun bitten, auf einer Skala von 0-100 anzugeben, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihre allgemeine sexuelle Zufriedenheit ist.

Die beste denkbare sexuelle Zufriedenheit ist mit einer "100" gekennzeichnet, die schlechteste mit "0".

Bitte tragen Sie einen entsprechenden Wert ein:

--	--	--

Die folgenden Fragen befassen sich mit einigen Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, so ehrlich wie möglich zu beantworten.

Vor Ihrem 18. Geburtstag:	Ja	Nein
58. Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie <b>oft</b> oder <b>sehr oft</b> ... ... beschimpft, beleidigt, erniedrigt oder gedemütigt ... <b>oder</b> so gehandelt, dass Sie Angst hatten, Sie könnten körperlich verletzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie <b>oft</b> oder <b>sehr oft</b> ... ... gestoßen, gepackt, geschlagen oder etwas nach Ihnen geworfen? ... <b>oder</b> Sie <b>jemals</b> so stark geschlagen, dass Sie Spuren davon aufwiesen oder verletzt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Hat ein Erwachsener oder eine Person, die mindestens 5 Jahre älter war Sie <b>jemals</b> ... ...auf sexuelle Art und Weise angefasst oder gestreichelt oder Sie veranlasst deren Körper in sexueller Art und Weise zu berühren? <b>oder</b> ...oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr versucht mit Ihnen zu haben oder tatsächlich gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>61. Falls Sie die Frage 60 mit „ja“ beantwortet haben: Was trifft davon auf Sie zu:</b>		Ja	Nein
01	Ich wurde auf sexuelle Art und Weise angefasst oder gestreichelt oder veranlasst deren Körper in sexueller Art und Weise zu berühren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Die Person hat versucht oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr mit mir zu haben (es kam aber zu keinem tatsächlichen Geschlechtsverkehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Die Person hatte tatsächlichen oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja	Nein
62.	<i>Haben Sie <b>oft oder sehr oft</b> empfunden, dass... ...niemand in Ihrer Familie Sie liebte oder dachte, Sie seien wichtig oder etwas Besonderes? Oder... Ihre Familienangehörigen nicht aufeinander aufpassten, sich einander nicht nahe fühlten oder sich gegenseitig nicht unterstützten?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.	<i>Haben Sie <b>oft oder sehr oft</b> empfunden, dass... ...Sie nicht genug zu essen hatten, Sie schmutzige Kleidung tragen mussten und niemanden hatten, der Sie beschützte? oder... Ihre Eltern zu betrunken oder "high" waren, um sich um Sie zu kümmern oder Sie zum Arzt zu bringen, wenn Sie es benötigten?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64.	<i>Verloren Sie <b>jemals</b> ein biologisches Elternteil durch Scheidung, dadurch, dass es Sie verlassen hat, oder aus anderen Gründen?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
65.	<i>Wurde Ihre Mutter oder Stiefmutter... ...<b>oft oder sehr oft</b> gestoßen, gepackt, geschlagen oder wurde etwas nach ihr geworfen? oder... <b>manchmal, oft oder sehr oft</b> getreten, gebissen, mit der Faust oder mit einem harten Gegenstand geschlagen? oder... <b>jemals</b> über mindestens einige Minuten wiederholt geschlagen oder mit einer Pistole oder einem Messer bedroht?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
66.	<i>Haben Sie mit jemandem zusammengelebt, der Alkoholprobleme hatte, alkoholabhängig war oder Drogen konsumierte?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
67.	<i>War ein Mitglied Ihres Haushalts depressiv oder psychisch krank oder hat ein Mitglied Ihres Haushalts einen Selbstmordversuch unternommen?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
68.	<i>War ein Mitglied Ihres Haushalts im Gefängnis?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>

**Bei den nun folgenden Fragen geht es um das Thema sexueller Kindesmissbrauch.**  
**Darunter versteht man jede sexuelle Handlung, die an oder vor Mädchen und Jungen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können.**

**Der Täter/die Täterin nutzt dabei seine/ihre Macht- und Autoritätsposition aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.**

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
69. Denken Sie, dass es in der Gesellschaft ein ausreichendes Bewusstsein zum Thema sexueller Kindesmissbrauch gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Denken Sie, dass in Deutschland genug investiert wird, um sexuellen Kindesmissbrauch zu verhindern und Betroffenen zu helfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Was wären Ihrer Ansicht nach geeignete Mittel und Kanäle, um das Thema sexueller Kindesmissbrauch stärker ins öffentliche Bewusstsein und somit in den gesellschaftlichen Diskurs zu rücken?  Hinweis: Mehrfachnennungen möglich	Kinderrechte im Grundgesetz verankern..... <input type="checkbox"/> Das Thema in Institutionen/Einrichtungen (z. B. Kita, Schule, Jugendclub, Sportverein) stärker behandeln..... <input type="checkbox"/> Das Gesundheitswesen stärker auf den Umgang mit Betroffenen vorbereiten..... <input type="checkbox"/> Mehr Kampagnen, die auf das Thema aufmerksam machen..... <input type="checkbox"/> Mehr Berichterstattung, auch zur Prime Time und in den auflagenstarken Medien..... <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ <input type="checkbox"/>			
72. Kennen Sie Personen in Ihrem Umfeld (Verwandte, Freundinnen/Freunde, Bekannte, Kolleginnen/Kollegen), die sexuellen Kindesmissbrauch erlitten haben?	Ja, eine Person..... <input type="checkbox"/> Ja, mehrere Personen..... <input type="checkbox"/> Nein..... <input type="checkbox"/>			
73. Was glauben Sie:  Wo findet sexueller Kindesmissbrauch am häufigsten statt?  Hinweis: Bitte jeweils nur 1 Antwort	Im öffentlichen Raum (Park, öffentliche Verkehrsmittel, ...)..... <input type="checkbox"/> Im häuslichen Umfeld..... <input type="checkbox"/> In Institutionen (Schule, Kita, Jugendclub, Sportverein, ...)..... <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ <input type="checkbox"/>			

74. Was glauben Sie:  <i>Durch wen findet Kindesmissbrauch am häufigsten statt?</i>  Hinweis: Bitte jeweils nur 1 Antwort	<p>Im Rahmen organisierter Kriminalität..... <input type="checkbox"/></p> <p>Familienmitglieder..... <input type="checkbox"/></p> <p>Andere Kinder und Jugendliche..... <input type="checkbox"/></p> <p>Andere, dem Kinder bekannte Erwachsene..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige: _____</p>
75. An wen würden Sie sich wenden, wenn Sie Rat und Hilfe brauchen, wenn Sie in Ihrem Umfeld einen Fall von sexuellem Kindesmissbrauch vermuten?  Hinweis: Mehrfachnennungen möglich	<p>Lehrerin/Lehrer oder Erzieherin/Erzieher des Kindes..... <input type="checkbox"/></p> <p>Bekannte / Freundinnen/Freunde / Angehörige..... <input type="checkbox"/></p> <p>Beratungsstelle in der Nähe..... <input type="checkbox"/></p> <p>Bundesweites Hilfetelefon Sexueller Missbrauch des UBSKM (0800/2255530)..... <input type="checkbox"/></p> <p>Polizei..... <input type="checkbox"/></p> <p>Jugendamt..... <input type="checkbox"/></p> <p>medizinische / therapeutische Einrichtungen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich würde im Internet recherchieren, wo ich mich hinwenden kann..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige: _____</p>
76. Haben Sie minderjährige Kinder?	<p>Ja ..... <input type="checkbox"/> weiter mit Frage 77</p> <hr/> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> weiter mit Frage 85</p>
77. Hatten Sie in den Einrichtungen oder Organisationen, denen Ihre Kinder anvertraut sind (Kita, Schule, Jugendclub, Sportverein, ...) schon einmal Kontakt mit dem Thema Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch?	<p>Nein..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ja,..... dazu haben Elternabende oder Informationsveranstaltungen stattgefunden.... <input type="checkbox"/></p> <p>dazu gab es Informationsmaterial..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige: _____</p>

78.	<i>Finden Sie es richtig, wenn in der Kita oder Schule über das Thema sexueller Kindesmissbrauch mit den Kindern altersangemessen gesprochen wird?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>	
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	
79.	<i>Achten Sie bei der Auswahl der Kita oder Schule oder bei Freizeitangeboten (z.B. Sport, Musik) darauf, ob es in diesen Einrichtungen/Organisationen Schutzkonzepte gegen sexuelle Gewalt gibt?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>	
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	
80.	<i>Sind Ihre Kinder im Schulalter und nutzen digitale Medien/das Internet?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 81
		-----		-----
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 85
81.	<i>Woher beziehen Ihre Kinder ihre Kenntnisse zum Umgang mit digitalen Medien?</i>	Schule.....	<input type="checkbox"/>	
		Gleichaltrige.....	<input type="checkbox"/>	
		Geschwister.....	<input type="checkbox"/>	
		Eltern.....	<input type="checkbox"/>	
		Sonstige:	<input type="checkbox"/>	

<b>82. Machen Sie sich Sorgen, dass Ihre Kinder durch die Nutzung von digitalen Medien besonderen Risiken ausgesetzt sind, z.B. durch...?</b>		Ja	Nein
01	... unfreiwillige Konfrontation mit sexuellem Bildmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	... unfreiwillige sexuellen Annäherungen / Anmache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	... unfreiwillige Verbreitungen von Sexting (selbst erstellte Texte oder Bilder, z.B. Nacktfotos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	... Grooming (Versuch, sexuelle Kontakte zu Kindern online anzubahnen, um sie dann ggf. auch offline zu treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83.	<i>Wünschen Sie sich für solche Gefahren eine stärkere Kontrolle/Eingriffe im Internet – z.B. durch Meldemechanismen an die Anbieter und entsprechende Reaktionen?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>

	Voll und ganz	Eher	Neutral	Eher nicht	Gar nicht
Dieser Aussage stimme ich zu...	<input type="checkbox"/>				

**Jetzt folgen einige Fragen zu gesellschaftspolitische Themen.  
Sagen Sie bitte, inwieweit Sie den Aussagen zustimmen:**

**85. Um berechtigte politische oder weltanschauliche Ziele durchzusetzen, ist es gerechtfertigt....**

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz)	stimme ganz und gar nicht zu	stimme voll und ganz zu
01 ...an gewaltfreien Demonstrationen oder Protesten teilzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 ...kleinere Straftaten zu begehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 ...Gewalt anzuwenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 ...zu drohen, einen terroristischen Anschlag zu begehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 ...einen terroristischen Anschlag zu begehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 ...ein Selbstmordattentat zu begehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**86. Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:**

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz)	stimme ganz und gar nicht zu	stimme voll und ganz zu
01 Gegen Außenseiter und Nichtstuer sollte in der Gesellschaft mit aller Härte vorgegangen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Unruhestifter sollten deutlich zu spüren bekommen, dass sie in der Gesellschaft unerwünscht sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Gesellschaftliche Regeln sollten ohne Mitleid durchgesetzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Wir brauchen starke Führungspersonen damit wir in der Gesellschaft sicher leben können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Menschen sollten wichtige Entscheidungen in der Gesellschaft Führungspersonen überlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Wir sollten dankbar sein für führende Köpfe, die uns genau sagen, was wir tun können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Traditionen sollten unbedingt gepflegt und aufrechterhalten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Bewährte Verhaltensweisen sollten nicht in Frage gestellt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Es ist immer das Beste, Dinge in der üblichen Art und Weise zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

87. <i>Haben Sie in den letzten 12 Monaten mit einer oder mehreren Personen gesprochen, die sie einem radikalen Umfeld zuordnen würden und die versucht hat/haben Sie von den Inhalten zu überzeugen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 88
	-----		
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 90
88. <i>Welchem Spektrum der Radikalität würden Sie der Person zuordnen?</i>	Links-radikal.....	<input type="checkbox"/>	
Hinweis: Mehrfachnennungen möglich	Rechts-radikal.....	<input type="checkbox"/>	
	Radikal-islamistisch.....	<input type="checkbox"/>	
	Radikal-christlich.....	<input type="checkbox"/>	
	Starke Interesse	Starke Ablehnung	
89. <i>Wie haben Sie reagiert?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
90. <i>Sind Sie im Internet in den letzten 12 Monaten mit radikalen Inhalten konfrontiert worden?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 91
	-----		
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 93
91. <i>Welchem Spektrum der Radikalität würden Sie diese Inhalte zuordnen?</i>	Links-radikal.....	<input type="checkbox"/>	
	Rechts-radikal.....	<input type="checkbox"/>	
	Radikal-islamistisch.....	<input type="checkbox"/>	
	Radikal-christlich.....	<input type="checkbox"/>	
	intensiv	gar nicht	
92. <i>Haben Sie weiter recherchiert?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

**93. Beurteilen Sie bitte, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)		trifft überhaupt nicht zu	trifft voll und ganz zu
01	Es ärgert mich, wenn es anderen unverdient besser geht als mir.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
02	Es macht mir zu schaffen, wenn ich mich für Dinge abrackern muss, die anderen in den Schoß fallen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
03	Ich bin empört, wenn es jemandem unverdient schlechter geht als anderen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
04	Es macht mir zu schaffen, wenn sich jemand für Dinge abrackern muss, die anderen in den Schoß fallen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
05	Ich habe Schuldgefühle, wenn es mir unverdient besser geht als anderen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

			trifft über- haupt nicht zu		trifft voll und ganz zu
	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)				
06	Es macht mir zu schaffen, wenn mir Dinge in den Schoß fallen, für die andere sich abrackern müssen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Ich habe Schuldgefühle, wenn ich mich auf Kosten anderer bereichere.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Es macht mir zu schaffen, wenn ich mir durch Tricks Dinge verschaffe, für die sich andere abrackern müssen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich reagiere genervt, wenn eine andere Person mir die Schau stiehlt.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich habe es verdient, als große Persönlichkeit angesehen zu werden.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich will, dass meine Konkurrenten scheitern.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich ziehe viel Kraft daraus, eine ganz besondere Person zu sein.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Mit meinen besonderen Beiträgen schaffe ich es, im Mittelpunkt zu stehen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Die meisten Menschen sind ziemliche Versager.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**94. Nun geht es um Ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.  
Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?**

überhaupt nicht zufrieden	<input type="checkbox"/>	völlig zu- frieden									
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------

**Nachfolgend haben wir einige Fragen zu dem Thema Gewalterfahrungen**

95.	Haben Sie selbst <u>in den letzten 12 Monaten</u> jemanden körperlich angegriffen (zum Beispiel geschlagen, geohrfeigt, an den Haaren gezogen, getreten, mit einer Waffe oder einem Gegenstand bedroht)?	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
96.	Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> eine Person abgewertet, z. B. bezüglich Ihres Aussehens, Ihrer Art sich zu kleiden, Ihrer Denk-, Handlungs- oder Arbeitsweise oder einer Behinderung? Oder haben Sie eine Person beleidigt, beschimpft?	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>

**Nachfolgend haben wir einige Fragen zu dem Thema Computer- oder Videospiele**

97.	Spielen Sie Computer- oder Videospiele bei denen Sie fiktive Charaktere (Avatare) erstellt haben?	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 98
		-----		
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 103

98. Stehen Sie über diese Avatare regelmäßig in Kontakt mit anderen Avataren?	Ja.....	<input type="checkbox"/>			
	Nein.....	<input type="checkbox"/>			
99. Wie viele Minuten pro Werktag (Montag-Freitag) verbringen Sie mit Online Spielen?	0-30 Minuten.....	<input type="checkbox"/>			
	30-60 Minuten.....	<input type="checkbox"/>			
	60-90 Minuten.....	<input type="checkbox"/>			
	90-120 Minuten.....	<input type="checkbox"/>			
	120-150 Minuten.....	<input type="checkbox"/>			
	150-180 Minuten.....	<input type="checkbox"/>			
	>180 Minuten.....	<input type="checkbox"/>			
100. Wieviele Avatare haben Sie?					
1	2	3	4	5	mehr als 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Welcher der folgenden Charakteristiken beschreibt am ehesten Ihren am meisten verwendeten Avatar?	Heiler.....	<input type="checkbox"/>			
	Magier.....	<input type="checkbox"/>			
	Krieger/Kämpfer.....	<input type="checkbox"/>			
	Unterstützer/Helper.....	<input type="checkbox"/>			
	Tank.....	<input type="checkbox"/>			
	Jäger.....	<input type="checkbox"/>			
	Schamane.....	<input type="checkbox"/>			
	Mönch.....	<input type="checkbox"/>			
	Druide.....	<input type="checkbox"/>			
102. Welches Geschlecht hat Ihr Avatar?	Männlich.....	<input type="checkbox"/>			
	Weiblich.....	<input type="checkbox"/>			
	Unbestimmt.....	<input type="checkbox"/>			

**Im Folgenden werden Ihnen Fragen dazu gestellt, wie sich Betreuungspersonen um Babys kümmern. In diesem Fragenbogen sind „Betreuungspersonen“: Eltern, Stiefeltern, Babysitter und Erzieherinnen und Erzieher. Babies sind Kinder unter 2 Jahren.**

**Für die erste Frage werden Sie gebeten das Kästchen mit einem “X” zu markieren, das für Sie am besten passt.**

103. Für wie lange ist es in Ordnung ein weinendes Baby alleine zu lassen?	Nie .....	<input type="checkbox"/>
	Bis zu 5 Minuten .....	<input type="checkbox"/>
	Bis zu 15 Minuten .....	<input type="checkbox"/>
	Bis zu 30 Minuten .....	<input type="checkbox"/>
	Mehr als 30 Minuten .....	<input type="checkbox"/>

**104. Wir bitten Sie Ihre Einschätzung abzugeben, welche Handlungen angemessen im Umgang mit einem weinenden Baby sind, oder ob Sie denken, dass diese Handlungen einem weinenden Baby schaden.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)		Angemessen	Schädlich
01	Das Baby in einem Schaukelstuhl schaukeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Das Baby anbrüllen oder anschreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Das Baby mit einem Spielzeug oder etwas zu Essen ablenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Mit dem Baby im Arm umhergehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Dem Baby Essen abnehmen oder verweigern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Das Baby schütteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Mit dem Baby sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Das Baby ausschimpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Das Baby über's Knie legen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Das Baby halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Das Baby schlagen oder ohrfeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Das Baby füttern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

105. Haben Sie schon einmal vom Schütteltrauma (Shaken Baby Syndrom) gehört?	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 106
	-----		
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 111

**106. Wie haben Sie davon erfahren:**

Hinweis: Mehrfachnennungen möglich

01 Ärztin/Arzt	<input type="checkbox"/>
02 Hebammen	<input type="checkbox"/>
03 Medizinisches Fachpersonal	<input type="checkbox"/>
04 Medien/Nachrichten	<input type="checkbox"/>
05 Freunde	<input type="checkbox"/>
06 Kollegen	<input type="checkbox"/>
07 Andere: _____	<input type="checkbox"/>

**107. Was denken Sie, können Folgen eines Schütteltraumas (Shaken Baby Syndrom) sein:**

	Ja	Nein
01 Schwere Gehirnverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Entwicklungsauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Koma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Tod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**108. Denken Sie, dass es wichtig ist Eltern darüber zu informieren?**

	Ja	Nein
108. Denken Sie, dass es wichtig ist Eltern darüber zu informieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**109. Falls ja: Wann wäre der beste Zeitpunkt darüber zu informieren:**

	Ja	Nein
01 Vor der Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Vor der Entlassung aus dem Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**110. Was denken Sie wäre die beste Methode über Schütteltrauma (Shaken Baby Syndrom) zu informieren?**

01 Schriftliches Material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Kampagne im Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Online Webseite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Kurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Im Folgenden werden Ihnen Fragen zu Ihrer Familie gestellt**

111. Haben Sie Geschwister?		Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 112
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 121
112. Haben Sie Halb- oder Stiefgeschwister, die im gleichen Haushalt aufgewachsen sind?		Ja.....	<input type="checkbox"/>	
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	
113. Wieviele Geschwister haben Sie?				
1                  2                  3                  4                  5                  mehr als 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
114. An welcher Stelle stehen Sie in der Geschwisterreihenfolge?		Erstgeboren.....	<input type="checkbox"/>	
		In der Mitte.....	<input type="checkbox"/>	
		Jüngstes Kind.....	<input type="checkbox"/>	

Wie beurteilen Sie folgende Aussage?	Nie	Selten	Teils/Teils	Oft	Sehr oft
115. Meine Eltern haben sich besonders um meine Förderung bemüht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Wurden alle Kinder von den Eltern gleichbehandelt?	Ja .....	<input type="checkbox"/>			weiter mit Frage 118
	Nein .....	<input type="checkbox"/>			weiter mit Frage 117
117. Im Vergleich zu meinen Geschwistern war ich...	(eher) das Lieblingskind.....	<input type="checkbox"/>			
	(eher) das „schwarze“ Schaf.....	<input type="checkbox"/>			
118. Ich hatte im letzten Jahr (persönlich oder über andere Wege) Kontakt zu meinen Geschwistern?	Ja.....	<input type="checkbox"/>			
	Nein.....	<input type="checkbox"/>			

119. Wie sicher sind Sie, dass Sie die Beziehung zu Ihren Geschwistern in den nächsten Jahren aufrecht halten?		Gar nicht sicher	Absolut sicher
		1      2      3      4      5	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

120. Wieviel freie Zeit verbringen Sie mit Ihren Geschwistern?		Nie	Selten	Teils/teils	Oft	Sehr oft
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

**121. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Zeit Ihrer Kindheit. Bitte schätzen Sie ein, wie sehr die Zusage auf Sie zutrifft.**

**Als ich aufwuchs...**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)	Gar nicht	Selten	Einige Male	Häufig	Sehr häufig
01 ...hatte ich das Gefühl geliebt zu werden.	<input type="checkbox"/>				
02 ...schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken davon trug.	<input type="checkbox"/>				
03 ...hatte ich das Gefühl, es hasste mich jeder in meiner Familie.	<input type="checkbox"/>				
04 ...belästigte mich jemand sexuell.	<input type="checkbox"/>				
05 ...gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte.	<input type="checkbox"/>				

**122. Dann denken Sie an Ihre Geschwister und sagen Sie uns, wie diese nach Ihrer Einschätzung die Fragen beantworten würden, wenn wir sie fragen würden:**

**Als ich aufwuchs...**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)	Gar nicht	Selten	Einige Male	Häufig	Sehr häufig
01 ... hatte ich das Gefühl geliebt zu werden.	<input type="checkbox"/>				
02 ... schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken davon trug.	<input type="checkbox"/>				
03 ... hatte ich das Gefühl, es hasste mich jeder in meiner Familie.	<input type="checkbox"/>				
04 ... belästigte mich jemand sexuell.	<input type="checkbox"/>				
05 ...gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte.	<input type="checkbox"/>				
123. Wurden Sie von Geschwistern/Halbgeschwistern schon einmal sexuell belästigt?	Ja.....	<input type="checkbox"/>			
	Nein.....	<input type="checkbox"/>			
124. Wurden Sie von Geschwistern/Halbgeschwistern schon einmal so stark geschlagen, dass Sie blaue Flecken oder Schrammen davontrugen?	Ja.....	<input type="checkbox"/>			
	Nein.....	<input type="checkbox"/>			

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Interview.**

**Bitte geben Sie den Fragebogen an den/die Interviewer/in zurück oder stecken Sie den Fragebogen in den Umschlag, den Ihnen der Interviewer/in gern zur Verfügung stellt! Der Umschlag wird erst vom Institut geöffnet!**

**REP 27**

**Leitung:** Prof. Dr. E. Brähler/ Prof. Dr. M. Zenger (Böll-Stiftung, Brenner-Stiftung)

**Untersuchungszeitraum:** Mai - Juli 2018 (2516 Probanden, 14-91 Jahre)

<b>Beteiligte Mitarbeiter:</b> PD Dr. O. Decker  Dipl.-Math. G. Schmutzner	<b>Kooperationspartner:</b> Prof. Dr. M. Beutel (Universitätsklinik Mainz) Prof. Dr. Fegert (Uniklinikum Ulm) Prof. Dr. U. Gieler (Universität Gießen) Prof. Dr. A. Maercker (Zürich) Dr. C. Sachser (Uniklinikum Ulm)
---	---

**Eingesetzte Untersuchungsverfahren:**

- Migrationshintergrund (F1-F3) Decker/ Brähler
- PHQ-4 (Löwe et al. 2010) (F4) Brähler/ Beutel
- Vertrauen (F5) Brähler/ Beutel
- Gesundheitszustand (F6) Brähler/ Beutel
- Geschlechterrollen PAQ (Alfermann 1993) (auch Rep13) (F7) Brähler/ Beutel
- Kontrollüberzeugungen- Spheres of Control (Paulhus 1983, Fritzsche 2012) (F8) Brähler/ Beutel
- Einsamkeit (F9) Brähler/ Beutel
- DCQ Dysmorphic Concern Questionnaire (*Mancuso et al. 2010*) (F10-F15) Gieler
- Internetnutzung (F16) de Zwaan
- Telemedizin (F17-F19) de Zwaan
- FEE ultra kurz (F20) Decker/ Brähler
- Verschwörungsmentalität (F21) Decker/ Brähler
- Autoritarismus (Österreich) (F22) Decker/ Brähler
- Rechtsextremismus (F23) Decker/ Brähler
- Primärer + sekundärer Antisemitismus (Imhoff 2010, modifiziert Brähler/Decker 2012) (F24) Decker/ Brähler
- Fragen zur Deprivation (Rippl & Baier 2005) (F25-29) Decker/ Brähler
- KAS-3 (Autoritarismus / 3 Items) (F30) Decker/ Brähler
- Fragen zur Demokratie (Niedermayer 2002) (F31/32) Decker/ Brähler
- Gewalt (F33) Decker/ Brähler
- Sphären der Anerkennung (F34) Decker/ Brähler
- Persönlichkeitsfragebogen (F35) Decker/ Brähler
- Wertefragebogen (F36) Decker/ Brähler
- GMF-Dimensionen (F37) Decker/ Brähler
- Rechts-Linksorientierung (F38) Decker/ Brähler
- CTS (Kindheitstraumata Kurzfassung) (F39) Fegert/ Sachser
- Fragen zu Sexualstraftaten im Kindes- und Jugendalter (F40-F62) Fegert/ Sachser
- Fragen zu Sexualstraftaten im Erwachsenenalter (F63-F75) Fegert/ Sachser
- EQ-5D-5L (5 Items + visuelle Analogskala) (F76-F77) Fegert/ Sachser
- WSAS (Work and Social Adjustment Scale) (F78) Fegert/ Sachser
- Inanspruchnahme (F79-F85) Fegert/ Sachser
- Gewalt durch Betreuungspersonen (F86-F179) Fegert/ Sachser
- Geschwisterfragebogen zu Bullying (F180-F181) Fegert/ Sachser
- Fatalismus (F182) Fegert/ Maercker

Projekt:

**180201**

Sample -Nr.:

1	0	1
---	---	---

Point-Nr.:

--	--	--

AL-Nr.:

--	--	--

Interviewer-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--

Interview durchgeführt am:

--	--	--	--

Tag

Interviewbeginn:

--	--	--	--

Stunde                      Minute

Interviewende:

--	--	--	--

Stunde                      Minute

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

**Vorab haben wir einige Fragen zu Ihrer Person**

S 1a Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 1b
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	
	Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 2
	Bin nicht wahlberechtigt .....	<input type="checkbox"/>	
	Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	
S 1b Und welche Partei würden Sie dann wählen?	CDU/CSU .....	<input type="checkbox"/>	
	SPD .....	<input type="checkbox"/>	
	FDP .....	<input type="checkbox"/>	
	Die Linke .....	<input type="checkbox"/>	
	Grüne .....	<input type="checkbox"/>	
	NPD .....	<input type="checkbox"/>	
	AfD .....	<input type="checkbox"/>	
	Andere Partei .....	<input type="checkbox"/>	
	Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	
	Wähle ungültig .....	<input type="checkbox"/>	
	Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	
S 2 Geschlecht der Zielperson:	Männlich .....	<input type="checkbox"/>	
	Weiblich .....	<input type="checkbox"/>	
S 3 Wann sind Sie geboren?	Geburtsmonat (z.B. 09):	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	
	Geburtsjahr:	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	
	Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt.		
S 4 Welchen Familienstand haben Sie?	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/ meiner Ehepartner/in zusammen .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 5
	Ich bin verheiratet und lebe von meinem/meiner Ehepartner/in getrennt ...	<input type="checkbox"/>	
	Ich bin ledig .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 4a
	Ich bin geschieden .....	<input type="checkbox"/>	
	Ich bin verwitwet .....	<input type="checkbox"/>	
S 4a Leben Sie in einer festen Partnerschaft?	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	

S 5	<i>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt – ich meine Personen, die hier schlafen und essen - Sie selbst mit eingeschlossen?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> Personen
S 5a	<i>Wie viele davon sind Kinder? (Sie selbst ggf. mit eingeschlossen)</i>	Kinder unter 18 Jahren? <input type="text"/> Anzahl <input type="text"/>
Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.		
S 6	<i>Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?</i>	Deutsch ..... <input type="checkbox"/> Andere, welche: _____ <input type="checkbox"/>
S 7	<i>Welcher Religion oder welcher Konfession gehören Sie an?</i>	Evangelisch ..... <input type="checkbox"/> Katholisch ..... <input type="checkbox"/> Muslimisch ..... <input type="checkbox"/> Andere (z. B. jüdisch, buddhistisch, hinduistisch) .. <input type="checkbox"/> keine Konfession ..... <input type="checkbox"/>
S 8	<i>Welchen Schulabschluss haben Sie? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>  <u>INT.:</u> Liste S 8 vorlegen	Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss ..... <input type="checkbox"/> Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule) ..... <input type="checkbox"/> Ich habe Mittlere Reife/ Realschulabschluss ..... <input type="checkbox"/> Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse ..... <input type="checkbox"/> Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss) ..... <input type="checkbox"/> Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Hochschul- / Universitäts-studium ..... <input type="checkbox"/> Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/ Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss) ..... <input type="checkbox"/> Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar: _____
S 9	<i>Wie oft waren Sie arbeitslos, einschließlich jetziger Arbeitslosigkeit?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> Mal

S 9 a Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?	Vollzeit erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr ..... Teilzeit erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden ..... Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden ..... Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung ..... Zurzeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit ..... Rentner/in oder Pensionär/in, im Vorruhestand .... Nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann ..... In Berufsausbildung (einschließlich Fachschulen für gewerbliche Berufe) ..... In Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<u>INT.:</u> Liste S 9a vorlegen									
S 10 Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?	Berufskreis-Nummer:	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>							
<u>INT.:</u> Liste S 10 vorlegen	noch nie berufstätig gewesen .....	<input type="checkbox"/>							
S 11 Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an. Wie hoch ist <b>Ihr eigenes</b> Einkommen? Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung?  Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.	Einkommensgruppe Nr.:	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>							
<u>INT.:</u> Liste S 11 vorlegen	kein persönliches Einkommen .....	<input type="checkbox"/>							
S 12 Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom <b>gesamten</b> monatlichen Nettoeinkommen her einordnen? Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.  Nennen Sie mir bitte nur die entsprechende Nummer.	Einkommensgruppe Nr.:	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>							
<u>INT.:</u> Liste S 12 vorlegen									

**Besten Dank bis hierher!**  
**Ich möchte Sie nun bitten, den weiteren Fragebogen**  
**selbst auszufüllen.**

**Wissenschaftler\_innen der Universität Leipzig möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung verschiedene wissenschaftliche/medizinische Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Lesen Sie dazu die Angaben im beigelegten Datenschutzblatt.**

**Da unterschiedlichen Forschungseinrichtungen beteiligt sind, kann es sein, dass manche Fragen sich ähneln, wir bitten Sie dennoch den gesamten Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.**

#### **Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Bitte lesen Sie sich die jeweilige Frage einschließlich der Antwortmöglichkeiten vor der Beantwortung vollständig durch.
- Die Mehrzahl der Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten. Setzen Sie Ihr Kreuz einfach in die dafür vorgesehenen Kästchen.

**Beispiel:** Nein .....

Ja .....

- Nach vielen Fragen finden Sie in Klammern weitere Bearbeitungshinweise.

**Beispiel:** (*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*)

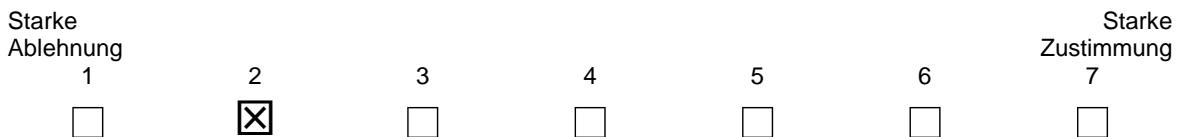
- Falls Sie aus Versehen ein Kreuz an der falschen Stelle gesetzt haben, schwärzen Sie bitte das falsche Kästchen.

**Beispiel:** Nein .....

Ja .....

- Für die Beantwortung vieler Fragen finden sich im Fragebogen sogenannte Skalen. Mit diesen können Sie Ihre Antwort zwischen zwei inhaltlichen Positionen abstimmen, im Beispiel etwa zwischen „Starke Ablehnung“ oder „Starke Zustimmung“.

**Beispiel:**



- An einigen Stellen des Fragebogens bitten wir Sie, Ihre Antworten frei zu formulieren. Verwenden Sie in diesen Fällen die dafür vorgesehenen Linien.

**Beispiel:** (*Bitte notieren*)

---

- Sollte bei einer Frage einmal keine Antwortmöglichkeit für Sie zutreffen, lassen Sie diese leer.

01.	<i>In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?</i>	In Deutschland .....	<input type="checkbox"/>				
	<b>Mutter? ➔</b>	In einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>				
02.	<b>Vater? ➔</b>	In Deutschland .....	<input type="checkbox"/>				
		In einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>				
03.	<i>Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?</i>	Seit Ihrer Geburt ➔	<input type="checkbox"/>				
		Jahreszahl:	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				

**04. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)		überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01	wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**05. Die folgenden Aussagen kennzeichnen verschiedene Einstellungen zum Leben und zur Zukunft. Bitte sagen Sie uns, inwieweit Sie jeweils zustimmen.**

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)		Stimme voll zu	Stimme eher zu	Lehne eher ab	Lehne voll ab
01	Im Allgemeinen kann man den Menschen vertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Heutzutage kann man sich auf niemanden mehr verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wenn man mit Fremden zu tun hat, ist es besser, vorsichtig zu sein, bevor man ihnen vertraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

06.	<i>Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?</i>	sehr gut .....	<input type="checkbox"/>
		gut .....	<input type="checkbox"/>
		zufriedenstellend .....	<input type="checkbox"/>
		weniger gut .....	<input type="checkbox"/>
		schlecht .....	<input type="checkbox"/>

**07. Bitte kreuzen Sie zu jedem Eigenschaftspaar eine Zahl an, von der Sie meinen: Das trifft auf mich zu, so bin ich. Es stehen sich immer zwei Eigenschaften gegenüber, die durch 6 Zahlen getrennt sind. Die „1“ entspricht immer der linken Eigenschaft und die „6“ der rechten. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Meinung weiter abstimmen. Entscheiden Sie sich pro Eigenschaftspaar bitte immer für ein Zahlenausschnittskästchen!**

	1	2	3	4	5	6	
01	Nicht gefühlsbetont	<input type="checkbox"/>	Sehr gefühlsbetont				
02	Der Gefühle anderer nicht bewusst	<input type="checkbox"/>	Der Gefühle anderer bewusst				
03	Gebe nie leicht auf	<input type="checkbox"/>	Gebe leicht auf				

	1	2	3	4	5	6	
04 Nicht selbstsicher	<input type="checkbox"/>	Sehr selbstsicher					
05 Fühle mich überlegen	<input type="checkbox"/>	Fühle mich unterlegen					
06 Nicht verständnisvoll gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	Verständnisvoll gegenüber anderen					
07 Sehr herzlich in den Beziehungen zu anderen	<input type="checkbox"/>	Sehr kühl in den Beziehungen zu anderen					
08 Kann Druck nicht standhalten	<input type="checkbox"/>	Kann Druck gut standhalten					

**08. Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese persönlich auf Sie zutrifft.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft ziemlich zu	trifft voll und ganz zu
01 Ich habe mein Leben selbst in der Hand.	<input type="checkbox"/>				
02 Wenn ich mich anstrenge, werde ich auch Erfolg haben.	<input type="checkbox"/>				
03 Egal ob privat oder im Beruf: Mein Leben wird zum großen Teil von anderen bestimmt.	<input type="checkbox"/>				
04 Meine Pläne werden oft vom Schicksal durchkreuzt.	<input type="checkbox"/>				

09. Ich bin häufig allein bzw. habe zu wenige Kontakte.	Nein, trifft nicht zu/ Ja trifft zu, aber hat mich nicht belastet .....	<input type="checkbox"/>
	Ja, trifft zu, aber hat mich wenig belastet .....	<input type="checkbox"/>
	Ja, trifft zu, aber hat mich mittelmäßig belastet .....	<input type="checkbox"/>
	Ja, trifft zu, aber hat mich stark belastet .....	<input type="checkbox"/>

**10. In den folgenden Fragen geht es um Sorgen bezüglich Ihres Aussehens. Die Fragen beziehen sich auf einen bestimmten Makel, der das Aussehen beeinträchtigt, nicht jedoch auf Übergewicht (Sorgen, zu dick zu sein). Bitte kreuzen Sie auch hier wieder an, was Ihrer Meinung nach am meisten auf Sie zutrifft.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	überhaupt nicht	wie die meisten anderen Menschen	mehr als andere Menschen	sehr viel mehr als andere Menschen
01 Haben Sie sich jemals wegen eines bestimmten Aspekts Ihres Aussehens Sorgen gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Haben Sie sich jemals in irgendeiner Weise für entstellt oder missgebildet gehalten (z.B. Nase, Haare, Haut, Körperbau)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Haben Sie sich jemals um Ihre Körperfunktionen Sorgen gemacht (z.B. übermäßiger Körpergeruch, übermäßiges Schwitzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Haben Sie wegen dieser Sorgen bereits einen Hautarzt/plastischen Chirurgen/Hausarzt aufgesucht oder glaubten Sie, einen aufsuchen zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Wurde Ihnen schon von Ärzten oder anderen gesagt, dass Sie normal seien, obwohl Sie der Überzeugung sind, dass etwas mit Ihrem Aussehen oder Ihren Körperfunktionen nicht stimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	überhaupt nicht	wie die meisten anderen Menschen	mehr als andere Menschen	sehr viel mehr als andere Menschen
06	Haben Sie schon viel Zeit damit verbracht, sich mit einem Makel im Aussehen oder einer Störung von Körperfunktionen zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Haben Sie jemals viel Zeit damit verbracht, einen Makel im Aussehen oder eine Störung von Körperfunktionen zu verbergen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Wie stark fühlen Sie sich durch das angegebene Problem in Ihrem Aussehen beeinträchtigt?**

gar nicht im Aussehen beeinträchtigt	Extreme Beeinträchtigung des Aussehens
<input type="checkbox"/>	

12. Leiden Sie unter Hauterkrankungen?	Ja.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 13
	Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 16
13. Welche sind das?	<hr/> <hr/>		
	(Bitte notieren ↑)		
14. Seit wann?	Seit	<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahren
15. Besteht wegen der Hauterkrankung ärztliche Behandlung?	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	

**Im Folgenden haben wir einige Fragen zum Thema Telekommunikation.**  
**Man kann das Internet auf verschiedenen Geräten nutzen, wie beispielsweise Computer, Tablets und Smartphones.**

16. Wie oft nutzen Sie das Internet, sei es bei der Arbeit oder für private Zwecke?	Nie .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 20
	Nur ab und zu .....	<input type="checkbox"/>	
	Ein paarmal pro Woche .....	<input type="checkbox"/>	
	An den meisten Tagen .....	<input type="checkbox"/>	
	Jeden Tag .....	<input type="checkbox"/>	

### 17. Nutzen Sie folgende Angebote im Internet?

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Ja	Nein
01	Ich verwende E-Mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich verwende ein Computerprogramm für Videokonferenzen (z.B. Skype,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Das Internet wird in der Medizin immer mehr auch für den Kontakt zwischen Arzt und Patient eingesetzt. Können Sie sich vorstellen, auch über das Internet mit ihrem Arzt in Kontakt zu treten? Beurteilen Sie, welche Kontaktmöglichkeiten mit Ihrem Arzt Sie nutzen würden. Lassen Sie uns auch wissen, ob sie diese Form der Kontaktaufnahme mit Ihrem Arzt schon einmal in Anspruch genommen haben.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Würde ich gar nicht nutzen	Würde ich selten nutzen	Würde ich häufig nutzen	Würde ich sehr häufig nutzen	Habe ich schon einmal gemacht?
		Ja	Nein			
01	Terminvereinbarung über E-Mail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02	Dem Arzt über meine Beschwerden über E-Mail berichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03	Eine persönliche „Televisite“ mit meinem Arzt über Videokonferenz (Ton und Bild) vom Computer oder Smartphone aus durchführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04	Eine persönliche „Televisite“ mit mehreren Ärzten gemeinsam (z. B. mit Hausarzt und Spezialist) über Videokonferenzdurchführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05	Eine Psychotherapie über Videokonferenz durchführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06	Mit meinen Ärzten eine elektronische Patientenakte nutzen, in der ich auch meine Befunde einsehen kann und bei Bedarf eine Nachricht hinterlassen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**19. Jetzt noch eine Frage zur Verwendung von Anwendungs-Software (“App”)**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Würde ich gar nicht nutzen	Würde ich selten nutzen	Würde ich häufig nutzen	Würde ich sehr häufig nutzen	Habe ich schon einmal gemacht?
		Ja	Nein			
01	Würden Sie eine App nutzen, die für Sie personalisierte Inhalte zur Erkrankung und ihren Folgen (körperlich und seelisch) bereit stellt und Ihnen Übungen oder Unterstützungsmöglichkeiten vorschlägt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**20. Wenn es auch schwer sein mag, sich genau zu erinnern, wie sich Ihre Eltern während Ihrer Kindheit und Jugend Ihnen gegenüber verhielten, so gibt es doch sicher gewisse Erinnerungen an die Erziehungsmethoden, die sie anwandten. Bitte kreuzen Sie für jede Frage die Antwort an, die dem damaligen Verhalten Ihrer Eltern entspricht.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Nein niemals	Ja, gelegentlich	Ja, oft	Ja, ständig
01	Wurden Sie von Ihren Eltern hart bestraft, auch für Kleinigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Versuchten Ihre Eltern Sie anzutreiben, "Bester/Beste" zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wurden Sie von Ihren Eltern getröstet, wenn Sie traurig waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen.**

**Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen!**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimme überhaupt nicht zu	stimme voll und ganz zu
01	Die meisten Menschen erkennen nicht, in welchem Ausmaß unser Leben durch Verschwörungen bestimmt wird, die im Geheimen ausgeheckt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimme über- haupt nicht zu	→						
	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)								
02	Es gibt geheime Organisationen, die großen Einfluss auf politische Entscheidungen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Politiker und andere Führungsfiguren sind nur Marionetten der dahinterstehenden Mächte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 22. Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?

		stimme über- haupt nicht zu	→							stimme voll und ganz zu
	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)									
01	Ich befasse mich gern mit fremden Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02	Ich mag spontane Menschen, auch wenn sie etwas unberechenbar sein mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03	In Diskussionen vertrete ich meine Meinung, auch wenn die Mehrheit anders denkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04	Ich sehe zu, immer auf der Seite der Stärkeren zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05	Ich leide mit, wenn jemanden etwas zustößt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06	Meine Freunde haben die gleichen Ansichten wie ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 23. Kreuzen Sie bitte bei den folgenden Aussagen an, inwieweit Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.

		lehne völlig ab	lehne über- wiegend ab	stimme teils zu, teils nicht zu	stimme über- wiegend zu	stimme voll und ganz zu
01	Im nationalen Interesse ist unter bestimmten Umständen eine Diktatur die bessere Staatsform.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ohne Judenvernichtung würde man Hitler heute als großen Staatsmann ansehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Was Deutschland jetzt braucht, ist eine einzige starke Partei, die die Volksgemeinschaft insgesamt verkörpert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Wir sollten einen Führer haben, der Deutschland zum Wohle aller mit starker Hand regiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Wie in der Natur sollte sich in der Gesellschaft immer der Stärkere durchsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Die Ausländer kommen nur hierher, um unseren Sozialstaat auszunutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Auch heute noch ist der Einfluss der Juden zu groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Wir sollten endlich wieder Mut zu einem starken Nationalgefühl haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Eigentlich sind die Deutschen anderen Völkern von Natur aus überlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wenn Arbeitsplätze knapp werden, sollte man die Ausländer wieder in ihre Heimat zurückschicken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Die Verbrechen des Nationalsozialismus sind in der Geschichtsschreibung weit übertrieben worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		lehne völlig ab	lehne über- wiegend ab	stimme teils zu, teils nicht zu	stimme über- wiegend zu	stimme voll und ganz zu
12	Was unser Land heute braucht, ist ein hartes und energisches Durchsetzen deutscher Interessen gegenüber dem Ausland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Die Juden arbeiten mehr als andere Menschen mit übeln Tricks, um das zu erreichen, was sie wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Das oberste Ziel der deutschen Politik sollte es sein, Deutschland die Macht und Geltung zu verschaffen, die ihm zusteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Es gibt wertvolles und unwertes Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Die Bundesrepublik ist durch die vielen Ausländer in einem gefährlichen Maß überfremdet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Die Juden haben einfach etwas Besonderes und Eigentümliches an sich und passen nicht so recht zu uns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Der Nationalsozialismus hatte auch seine guten Seiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24. Kreuzen Sie bitte bei den folgenden Aussagen an, inwieweit Sie diesen zustimmen.**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		lehne völlig ab	lehne über- wiegend ab	stimme teils zu, teils nicht zu	stimme über- wiegend zu	stimme voll und ganz zu
01	Ich kann es gut verstehen, dass manchen Leuten Juden unangenehm sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Durch die israelische Politik werden mir die Juden immer unsympathischer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Es macht mich wütend, dass die Vertreibung der Deutschen und die Bombardierung deutscher Städte immer als kleinere Verbrechen angesehen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Reparationsforderungen an Deutschland nützen oft gar nicht mehr den Opfern, sondern einer Holocaust-Industrie von findigen Anwälten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Wir sollten uns lieber gegenwärtigen Problemen widmen als Ereignissen, die mehr als 70 Jahre vergangen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01	Leute wie ich haben sowieso keinen Einfluss darauf, was die Regierung tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich halte es für sinnlos, mich politisch zu engagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Wie beurteilen Sie ganz allgemein die heutige wirtschaftliche Lage in Deutschland? Ist sie .....	sehr gut .....	<input type="checkbox"/>
	gut .....	<input type="checkbox"/>
	teils gut / teils schlecht .....	<input type="checkbox"/>
	schlecht .....	<input type="checkbox"/>
	sehr schlecht .....	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>

27. Und Ihre eigene wirtschaftliche Lage heute? Ist sie .....	sehr gut .....	<input type="checkbox"/>
	gut .....	<input type="checkbox"/>
	teils gut / teils schlecht .....	<input type="checkbox"/>
	schlecht .....	<input type="checkbox"/>
	sehr schlecht .....	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>
28. Was glauben Sie, wie wird die wirtschaftliche Lage in Deutschland in einem Jahr sein? Wird sie ...	wesentlich besser als heute .....	<input type="checkbox"/>
	etwas besser als heute .....	<input type="checkbox"/>
	gleichbleibend .....	<input type="checkbox"/>
	etwas schlechter als heute.....	<input type="checkbox"/>
	wesentlich schlechter als heute sein .....	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>
29. Und wie wird Ihre eigene wirtschaftliche Lage in einem Jahr sein? Wird sie ...	wesentlich besser als heute .....	<input type="checkbox"/>
	etwas besser als heute .....	<input type="checkbox"/>
	gleichbleibend .....	<input type="checkbox"/>
	etwas schlechter als heute.....	<input type="checkbox"/>
	wesentlich schlechter als heute sein .....	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht.....	<input type="checkbox"/>

### 30. Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimme ganz und gar nicht zu	stimme wenig zu	stimme etwas zu	stimme ziemlich zu	stimme voll und ganz zu
01	Unruhestifter sollten deutlich zu spüren bekommen, dass sie in der Gesellschaft unerwünscht sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Menschen sollten wichtige Entscheidungen in der Gesellschaft Führungspersonen überlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Bewährte Verhaltensweisen sollten nicht in Frage gestellt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In der folgenden Frage geht es nicht um tatsächlich bestehende Demokratien, sondern um die Idee der Demokratie.

31. Was würden Sie, im Vergleich zu anderen Staats-Ideen, zu der Idee der Demokratie sagen? Nehmen Sie dazu bitte die folgende Skala.	sehr dafür.....	<input type="checkbox"/>
	ziemlich dafür.....	<input type="checkbox"/>
	etwas dafür .....	<input type="checkbox"/>
	etwas dagegen .....	<input type="checkbox"/>
	ziemlich dagegen.....	<input type="checkbox"/>
	sehr dagegen.....	<input type="checkbox"/>

**32. Nun geht es um die Demokratie in der Bundesrepublik:  
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was für Sie zutrifft!**

		Ich bin damit .....			
(Bitte machen Sie in <u>jeder</u> Zeile ein Kreuz.)		sehr unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	sehr zufrieden
01	Was würden Sie allgemein zur Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland, also zu unserem ganzen politischen System sagen, so wie es in der Verfassung festgelegt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Und was würden Sie allgemein zur Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland, also zu unserem ganzen politischen System sagen, so wie es tatsächlich funktioniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33. In wieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

**Sagen Sie uns bitte jeweils, ob Sie der Meinung überhaupt nicht oder voll und ganz zustimmen.**

(Bitte machen Sie in <u>jeder</u> Zeile ein Kreuz.)		stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	stimmt	stimmt voll und ganz
01	Ich bin in bestimmten Situationen durchaus bereit, auch körperliche Gewalt anzuwenden, um meine Interessen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Selber würde ich nie Gewalt anwenden. Aber es ist schon gut, dass es Leute gibt, die mal ihre Fäuste sprechen lassen, wenn's anders nicht mehr weitergeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34. Sie finden im Folgenden eine Reihe von Aussagen. Bitte bewerten Sie, ob diese für Sie zutreffen!**

(Bitte machen Sie in <u>jeder</u> Zeile ein Kreuz.)		trifft überhaupt nicht zu	trifft nicht zu	teils/teils	trifft etwas zu	trifft voll und ganz zu
01	Gleiche Rechte für alle Menschen sind ein wichtiges politisches Ziel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Manche Gruppen sollten sich nicht wundern, dass der Staat ihre Rechte einschränkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wer nicht arbeitet, soll auch nicht dieselben Rechte haben, wie andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Alle Menschen sollten die gleichen Möglichkeiten haben, um für ihre Interessen einzutreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Die Rechte des Einzelnen sollten hinter den Interessen der ganzen Gesellschaft zurückstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern befundete Menschen bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Wenn ich einmal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Im Umgang mit Behörden und Ämtern fühle ich mich oft ausgeliefert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Manchmal fühle ich mich wie ein Mensch 2. Klasse behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Manchmal habe ich den Eindruck, meine Rechte bestehen nur auf dem Papier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	trifft überhaupt nicht zu	trifft nicht zu	teils/ teils	trifft etwas zu	trifft voll und ganz zu
12	Meine Tätigkeit wird von meinen Kollegen oder Mitmenschen wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich habe das Gefühl einen wichtigen Beitrag zur Gesellschaft zu leisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich gebe viel, bekomme aber von anderen Menschen auch viel zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 35. Es geht im Folgenden darum, wie Sie sich selbst einschätzen:

	← →		
01	Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	eher schlecht mit Geld umgehen.
02	Ich halte mich selten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oft für sehr bedrückt.
03	Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	eher schwer aus mir heraus.
04	Ich schätze, ich gerate besonders häufig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.
05	Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
06	Ich glaube, ich suche eher	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ich meide eher Geselligkeit.

### 36. Bitte lesen Sie sich die folgenden Werte und ihre Beschreibungen durch. Kreuzen Sie dann an, wie wichtig diese Werte für Sie persönlich sind. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Werte?

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Überhaupt nicht wichtig	nicht wichtig	erher nicht wichtig	erher wichtig	wichtig	sehr wichtig
01	Sozialer Status und Prestige, Kontrolle oder Dominanz über Leute und Ressourcen	<input type="checkbox"/>					
02	Persönlicher Erfolg durch die Demonstration von Kompetenz gemäß sozialer Maßstäbe	<input type="checkbox"/>					
03	Vergnügen und sinnliche Belohnung des Selbst	<input type="checkbox"/>					
04	Aufregendes Leben, Reiz des Neuen und Herausforderungen im Leben	<input type="checkbox"/>					
05	Eigenständiges Denken und Verhalten, Kreieren und Erkunden	<input type="checkbox"/>					
06	Verständnis, Wertschätzung, Toleranz und Schutz des Wohles aller Menschen und der Natur	<input type="checkbox"/>					
07	Erhaltung und Verbesserung des Wohlergehens der Menschen, mit denen man regelmäßigen Kontakt hat	<input type="checkbox"/>					
08	Respekt, Verpflichtung und Akzeptanz von Bräuchen und Meinungen, die die Tradition oder Religion vorschreibt	<input type="checkbox"/>					
09	Zügelung von Verhalten oder Neigungen, die Andere verärgern oder schaden könnten und die soziale Erwartungen und Normen verletzen	<input type="checkbox"/>					
10	Schutz, Harmonie und Stabilität der Gesellschaft, von Beziehungen und des Selbst	<input type="checkbox"/>					

**37. Wie beurteilen Sie die folgenden Meinungen, die man immer wieder hört.  
Sagen Sie uns bitte jeweils, ob Sie der Meinung voll und ganz oder überhaupt nicht zustimmen.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
01 Durch die vielen Muslime hier fühle ich mich manchmal wie ein Fremder im eigenen Land.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Muslimen sollte die Zuwanderung nach Deutschland untersagt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Bei der Prüfung von Asylanträgen sollte der Staat großzügig sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Die meisten Asylbewerber befürchten nicht wirklich, in ihrem Heimatland verfolgt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich hätte Probleme damit, wenn sich Sinti und Roma in meiner Gegend aufhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Sinti und Roma sollten aus den Innenstädten entfernt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Sinti und Roma neigen zur Kriminalität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. Viele Leute verwenden die Begriffe „links“ und „rechts“, wenn es darum geht, unterschiedliche politische Einstellungen zu kennzeichnen. Wir haben hier einen Maßstab, der von links nach rechts verläuft.**

**Wenn Sie an Ihre eigenen politischen Ansichten denken, wo würden Sie diese Ansichten auf der folgenden Skala einstufen?**

links	rechts
<input type="checkbox"/>	

**39. Diese Fragen befassen sich mit einigen Ihrer Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten.**

**Geben Sie bitte an, welche Aussage davon auf Sie zutrifft.**

Während meiner Kindheit und Jugend...		überhaupt nicht	sehr selten	einige Male	häufig	sehr häufig
01 ...versuchte jemand mich sexuell zu berühren oder sich von mir sexuell berühren zu lassen.		<input type="checkbox"/>				
02 ... drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm ausführte.		<input type="checkbox"/>				
03 ...drängte mich jemand, bei sexuellen Handlungen mitzumachen oder bei sexuellen Handlungen zuzusehen.		<input type="checkbox"/>				
04 ... belästigte mich jemand sexuell.		<input type="checkbox"/>				
05 ... glaube ich sexuell missbraucht worden zu sein.		<input type="checkbox"/>				

Viele Kinder erleben schon in sehr jungem Alter, dass Erwachsene oder Gleichaltrige sexuelle Handlungen an ihnen vornehmen oder von ihnen verlangen. Solche Handlungen können sehr unterschiedlich sein.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von sexuellen Handlungen und Erfahrungen aufgeführt.

Geben Sie bitte an, wie oft Sie in Ihrer Kindheit und Jugend (bis 18 Jahre) eine solche Handlung mit einer Person erlebt haben.

40. Wie oft ist es in Ihrer Kindheit/Jugend (bis 18 Jahre) vorgekommen, dass eine Person Sie aufgefordert hat, ihr Geschlechtsteil zu berühren oder sie anderweitig mit der Hand oder dem Mund sexuell zu erregen? <small>(Sexuelle Handlungen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit Einverständnis sind hier nicht gemeint.)</small>	Nie ..... <input type="checkbox"/> weiter mit Frage 44 1 mal ..... <input type="checkbox"/> 2 mal ..... <input type="checkbox"/> Mehrmals im Jahr ..... <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat ..... <input type="checkbox"/> Mehrmals in der Woche ..... <input type="checkbox"/>
--	---

41. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.

01 Vater	<input type="checkbox"/>	17 Mutter	<input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	18 Stiefmutter/Partnerin meines Vaters / Pflegemutter	<input type="checkbox"/>
03 Onkel	<input type="checkbox"/>	19 Tante	<input type="checkbox"/>
04 Bruder	<input type="checkbox"/>	20 Schwester	<input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	21 Stiefschwester	<input type="checkbox"/>
06 Großvater	<input type="checkbox"/>	22 Großmutter	<input type="checkbox"/>
07 sonstige familiennahe männliche Person (Cousin)	<input type="checkbox"/>	23 sonstige familiennahe weibliche Person (Cousine)	<input type="checkbox"/>
08 Lehrer	<input type="checkbox"/>	24 Lehrerin	<input type="checkbox"/>
09 Nachbar	<input type="checkbox"/>	25 Nachbarin	<input type="checkbox"/>
10 Sporttrainer	<input type="checkbox"/>	26 Sporttrainerin	<input type="checkbox"/>
11 Musiklehrer	<input type="checkbox"/>	27 Musiklehrerin	<input type="checkbox"/>
12 Freund der Eltern	<input type="checkbox"/>	28 Freundin der Eltern	<input type="checkbox"/>
13 Priester oder Pfarrer	<input type="checkbox"/>	29 Pfarrerin	<input type="checkbox"/>
14 zuvor unbekannter Mann	<input type="checkbox"/>	30 zuvor unbekannte Frau	<input type="checkbox"/>
15 zuvor unbekannter anderer Jugendlicher (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>	31 zuvor unbekannte andere Jugendliche (gegen meine Willen)	<input type="checkbox"/>
16 zuvor bekannter Jugendlicher (Mitschüler, Vereinskollege, Partner ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>	32 zuvor bekannte Jugendliche (Mitschülerin, Vereinskollegin, Partnerin ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>

42. Wie alt waren Sie bzw. der Täter/die Täterin, als das zum ersten Mal und zum letzten Mal passierte?

	Beim ersten Mal	Beim letzten Mal
01 Ich war ca. ....	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt
02 Der Täter/die Täterin war ca. ....	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt

**43. Wo ist das beim ersten Mal passiert?**

01 im Kindergarten	<input type="checkbox"/>	08 in einem Heim/einer sonst. Einrichtung für Kinder/Jugendliche	<input type="checkbox"/>
02 in der Schule	<input type="checkbox"/>	09 in unserer Wohnung	<input type="checkbox"/>
03 an meinem Ausbildungsort	<input type="checkbox"/>	10 in der Wohnung der Person	<input type="checkbox"/>
04 in der Einrichtung eines Sportvereins	<input type="checkbox"/>	11 in einem Auto	<input type="checkbox"/>
05 in einer Einrichtung der evangelischen Kirche	<input type="checkbox"/>	12 draußen im Freien	<input type="checkbox"/>
06 in einer Einrichtung der katholischen Kirche	<input type="checkbox"/>	13 im Chor/in der Musikschule	<input type="checkbox"/>
07 in einer sonstigen religiösen Einrichtung	<input type="checkbox"/>	14 an einem sonstigen Ort	<input type="checkbox"/>

**44. Wie oft ist es in Ihrer Kindheit/Jugend (bis 18 Jahre) vorgekommen, dass eine Person Sie am Geschlechtsteil, am Busen oder am After angefasst hat, um sich oder Sie sexuell zu erregen?**

(Sexuelle Handlungen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit Einverständnis sind hier nicht gemeint.)

Nie .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 48
1 mal .....	<input type="checkbox"/>	
2 mal .....	<input type="checkbox"/>	
Mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
Mehrmals im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
Mehrmals in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	

**45. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01 Vater	<input type="checkbox"/>	17 Mutter	<input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	18 Stiefmutter/Partnerin meines Vaters / Pflegemutter	<input type="checkbox"/>
03 Onkel	<input type="checkbox"/>	19 Tante	<input type="checkbox"/>
04 Bruder	<input type="checkbox"/>	20 Schwester	<input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	21 Stiefschwester	<input type="checkbox"/>
06 Großvater	<input type="checkbox"/>	22 Großmutter	<input type="checkbox"/>
07 sonstige familiennahe männliche Person (Cousin)	<input type="checkbox"/>	23 sonstige familiennahe weibliche Person (Cousine)	<input type="checkbox"/>
08 Lehrer	<input type="checkbox"/>	24 Lehrerin	<input type="checkbox"/>
09 Nachbar	<input type="checkbox"/>	25 Nachbarin	<input type="checkbox"/>
10 Sporttrainer	<input type="checkbox"/>	26 Sporttrainerin	<input type="checkbox"/>
11 Musiklehrer	<input type="checkbox"/>	27 Musiklehrerin	<input type="checkbox"/>
12 Freund der Eltern	<input type="checkbox"/>	28 Freundin der Eltern	<input type="checkbox"/>
13 Priester oder Pfarrer	<input type="checkbox"/>	29 Pfarrerin	<input type="checkbox"/>
14 zuvor unbekannter Mann	<input type="checkbox"/>	30 zuvor unbekannte Frau	<input type="checkbox"/>
15 zuvor unbekannter anderer Jugendlicher (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>	31 zuvor unbekannte andere Jugendliche (gegen meine Willen)	<input type="checkbox"/>
16 zuvor bekannter Jugendlicher (Mitschüler, Vereinskollege, Partner ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>	32 zuvor bekannte Jugendliche (Mitschülerin, Vereinskollegin, Partnerin ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>

**46. Wie alt waren Sie bzw. der Täter/die Täterin, als das zum ersten Mal und zum letzten Mal passierte?**

	Beim ersten Mal	Beim letzten Mal				
01 Ich war ca.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Jahre alt			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Jahre alt		
02 Der Täter/die Täterin war ca.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Jahre alt			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Jahre alt		

**47. Wo ist das beim ersten Mal passiert?**

01 im Kindergarten	<input type="checkbox"/>	08 in einem Heim/einer sonst. Einrichtung für Kinder/Jugendliche	<input type="checkbox"/>
02 in der Schule	<input type="checkbox"/>	09 in unserer Wohnung	<input type="checkbox"/>
03 an meinem Ausbildungsort	<input type="checkbox"/>	10 in der Wohnung der Person	<input type="checkbox"/>
04 in der Einrichtung eines Sportvereins	<input type="checkbox"/>	11 in einem Auto	<input type="checkbox"/>
05 in einer Einrichtung der evangelischen Kirche	<input type="checkbox"/>	12 draußen im Freien	<input type="checkbox"/>
06 in einer Einrichtung der katholischen Kirche	<input type="checkbox"/>	13 im Chor/in der Musikschule	<input type="checkbox"/>
07 in einer sonstigen religiösen Einrichtung	<input type="checkbox"/>	14 an einem sonstigen Ort	<input type="checkbox"/>

**48. Wie oft ist es in Ihrer Kindheit/Jugend (bis 18 Jahre) vorgekommen, dass eine Person mit ihrem Finger, ihrer Zunge oder einem Gegenstand bei Ihnen in die Scheide oder den After eingedrungen ist, um sich oder Sie sexuell zu erregen?**

(Sexuelle Handlungen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit Einverständnis sind hier nicht gemeint.)

- |                             |                          |                     |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------|
| Nie .....                   | <input type="checkbox"/> | weiter mit Frage 52 |
| 1 mal .....                 | <input type="checkbox"/> |                     |
| 2 mal .....                 | <input type="checkbox"/> |                     |
| Mehrmals im Jahr .....      | <input type="checkbox"/> |                     |
| Mehrmals im Monat .....     | <input type="checkbox"/> |                     |
| Mehrmals in der Woche ..... | <input type="checkbox"/> |                     |

**49. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01 Vater	<input type="checkbox"/>	17 Mutter	<input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	18 Stiefmutter/Partnerin meines Vaters / Pflegemutter	<input type="checkbox"/>
03 Onkel	<input type="checkbox"/>	19 Tante	<input type="checkbox"/>
04 Bruder	<input type="checkbox"/>	20 Schwester	<input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	21 Stiefschwester	<input type="checkbox"/>
06 Großvater	<input type="checkbox"/>	22 Großmutter	<input type="checkbox"/>
07 sonstige familiennahe männliche Person (Cousin)	<input type="checkbox"/>	23 sonstige familiennahe weibliche Person (Cousine)	<input type="checkbox"/>
08 Lehrer	<input type="checkbox"/>	24 Lehrerin	<input type="checkbox"/>
09 Nachbar	<input type="checkbox"/>	25 Nachbarin	<input type="checkbox"/>
10 Sporttrainer	<input type="checkbox"/>	26 Sporttrainerin	<input type="checkbox"/>
11 Musiklehrer	<input type="checkbox"/>	27 Musiklehrerin	<input type="checkbox"/>
12 Freund der Eltern	<input type="checkbox"/>	28 Freundin der Eltern	<input type="checkbox"/>
13 Priester oder Pfarrer	<input type="checkbox"/>	29 Pfarrerin	<input type="checkbox"/>
14 zuvor unbekannter Mann	<input type="checkbox"/>	30 zuvor unbekannte Frau	<input type="checkbox"/>
15 zuvor unbekannter anderer Jugendlicher (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>	31 zuvor unbekannte andere Jugendliche (gegen meine Willen)	<input type="checkbox"/>
16 zuvor bekannter Jugendlicher (Mitschüler, Vereinskollege, Partner ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>	32 zuvor bekannte Jugendliche (Mitschülerin, Vereinskollegin, Partnerin ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>

**50. Wie alt waren Sie bzw. der Täter/die Täterin, als das zum ersten Mal und zum letzten Mal passierte?**

		Beim ersten Mal	Beim letzten Mal
01	Ich war ca.....	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt
02	Der Täter/die Täterin war ca.....	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt

**51. Wo ist das beim ersten Mal passiert?**

01	im Kindergarten	<input type="checkbox"/>	08	in einem Heim/einer sonst. Einrichtung für Kinder/Jugendliche	<input type="checkbox"/>
02	in der Schule	<input type="checkbox"/>	09	in unserer Wohnung	<input type="checkbox"/>
03	an meinem Ausbildungsort	<input type="checkbox"/>	10	in der Wohnung der Person	<input type="checkbox"/>
04	in der Einrichtung eines Sportvereins	<input type="checkbox"/>	11	in einem Auto	<input type="checkbox"/>
05	in einer Einrichtung der evangelischen Kirche	<input type="checkbox"/>	12	draußen im Freien	<input type="checkbox"/>
06	in einer Einrichtung der katholischen Kirche	<input type="checkbox"/>	13	im Chor/in der Musikschule	<input type="checkbox"/>
07	in einer sonstigen religiösen Einrichtung	<input type="checkbox"/>	14	an einem sonstigen Ort	<input type="checkbox"/>

**52. Wie oft ist es in Ihrer Kindheit/Jugend (bis 18 Jahre) vorgekommen, dass eine männliche Person mit ihrem Penis in Ihre Scheide oder Ihren After eingedrungen ist oder das versucht hat?**

(Sexuelle Handlungen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit Einverständnis sind hier nicht gemeint.)

- |                             |                          |                     |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------|
| Nie .....                   | <input type="checkbox"/> | weiter mit Frage 56 |
| 1 mal .....                 | <input type="checkbox"/> |                     |
| 2 mal .....                 | <input type="checkbox"/> |                     |
| Mehrmals im Jahr .....      | <input type="checkbox"/> |                     |
| Mehrmals im Monat .....     | <input type="checkbox"/> |                     |
| Mehrmals in der Woche ..... | <input type="checkbox"/> |                     |

**53. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01	Vater	<input type="checkbox"/>	09	Nachbar	<input type="checkbox"/>
02	Stiefvater/Partner meiner Mutter/Pflegevater	<input type="checkbox"/>	10	Sporttrainer	<input type="checkbox"/>
03	Onkel	<input type="checkbox"/>	11	Musiklehrer	<input type="checkbox"/>
04	Bruder	<input type="checkbox"/>	12	Freund der Eltern	<input type="checkbox"/>
05	Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	13	Priester oder Pfarrer	<input type="checkbox"/>
06	Großvater	<input type="checkbox"/>	14	zuvor unbekannter Mann	<input type="checkbox"/>
07	sonstige familiennahe männliche Person (Cousin)	<input type="checkbox"/>	15	zuvor unbekannter anderer Jugendlicher (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>
08	Lehrer	<input type="checkbox"/>	16	zuvor bekannter Jugendlicher (Mitschüler, Vereinskollege, Partner ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>

**54. Wie alt waren Sie bzw. der Täter, als das zum ersten Mal und zum letzten Mal passierte?**

		Beim ersten Mal	Beim letzten Mal
01	Ich war ca.....	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt
02	Der Täter war ca.....	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt

**55. Wo ist das beim ersten Mal passiert?**

01 im Kindergarten	<input type="checkbox"/>	08 in einem Heim/einer sonst. Einrichtung für Kinder/Jugendliche	<input type="checkbox"/>
02 in der Schule	<input type="checkbox"/>	09 in unserer Wohnung	<input type="checkbox"/>
03 an meinem Ausbildungsort	<input type="checkbox"/>	10 in der Wohnung der Person	<input type="checkbox"/>
04 in der Einrichtung eines Sportvereins	<input type="checkbox"/>	11 in einem Auto	<input type="checkbox"/>
05 in einer Einrichtung der evangelischen Kirche	<input type="checkbox"/>	12 draußen im Freien	<input type="checkbox"/>
06 in einer Einrichtung der katholischen Kirche	<input type="checkbox"/>	13 im Chor/in der Musikschule	<input type="checkbox"/>
07 in einer sonstigen religiösen Einrichtung	<input type="checkbox"/>	14 an einem sonstigen Ort	<input type="checkbox"/>

**56. Wie oft ist es in Ihrer Kindheit/Jugend (bis 18 Jahre) vorgekommen, dass eine männliche Person mit ihrem Penis in Ihren Mund eingedrungen ist oder das versucht hat?**

(Sexuelle Handlungen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit Einverständnis sind hier nicht gemeint.)

- |                             |                          |                     |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------|
| Nie .....                   | <input type="checkbox"/> | weiter mit Frage 60 |
| 1 mal .....                 | <input type="checkbox"/> |                     |
| 2 mal .....                 | <input type="checkbox"/> |                     |
| Mehrmals im Jahr .....      | <input type="checkbox"/> |                     |
| Mehrmals im Monat .....     | <input type="checkbox"/> |                     |
| Mehrmals in der Woche ..... | <input type="checkbox"/> |                     |

**57. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01 Vater	<input type="checkbox"/>	09 Nachbar	<input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	10 Sporttrainer	<input type="checkbox"/>
03 Onkel	<input type="checkbox"/>	11 Musiklehrer	<input type="checkbox"/>
04 Bruder	<input type="checkbox"/>	12 Freund der Eltern	<input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	13 Priester oder Pfarrer	<input type="checkbox"/>
06 Großvater	<input type="checkbox"/>	14 zuvor unbekannter Mann	<input type="checkbox"/>
07 sonstige familiennahe männliche Person (Cousin)	<input type="checkbox"/>	15 zuvor unbekannter anderer Jugendlicher (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>
08 Lehrer	<input type="checkbox"/>	16 zuvor bekannter Jugendlicher (Mitschüler, Vereinskollege, Partner ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>

**58. Wie alt waren Sie bzw. der Täter, als das zum ersten Mal und zum letzten Mal passierte?**

	Beim ersten Mal	Beim letzten Mal			
		Jahre	alt	Jahre	alt
01 Ich war ca.....					
02 Der Täter war ca.....					

**59. Wo ist das beim ersten Mal passiert?**

01 im Kindergarten	<input type="checkbox"/>	08 in einem Heim/einer sonst. Einrichtung für Kinder/Jugendliche	<input type="checkbox"/>
02 in der Schule	<input type="checkbox"/>	09 in unserer Wohnung	<input type="checkbox"/>
03 an meinem Ausbildungsort	<input type="checkbox"/>	10 in der Wohnung der Person	<input type="checkbox"/>
04 in der Einrichtung eines Sportvereins	<input type="checkbox"/>	11 in einem Auto	<input type="checkbox"/>
05 in einer Einrichtung der evangelischen Kirche	<input type="checkbox"/>	12 draußen im Freien	<input type="checkbox"/>
06 in einer Einrichtung der katholischen Kirche	<input type="checkbox"/>	13 im Chor/in der Musikschule	<input type="checkbox"/>
07 in einer sonstigen religiösen Einrichtung	<input type="checkbox"/>	14 an einem sonstigen Ort	<input type="checkbox"/>

**60. Ist es in Ihrer Kindheit/Jugend**

(bis 18 Jahre) vorgekommen, dass eine **Person andere sexuelle Handlungen** (als die bisher genannten) mit Ihnen oder vor Ihnen vorgenommen hat?

(Sexuelle Handlungen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit Einverständnis sind hier nicht gemeint.)

Ja .....

Nein .....

**61. Wurde einer der beschriebenen Vorfälle zur Anzeige gebracht?**

Ja .....

Nein .....

Trifft auf mich nicht zu .....

**62. Haben Sie danach Leistungen aus dem Opferentschädigungsgesetz beantragt?**

Nein .....

Ja, aber der Antrag wurde abgelehnt .....

Ja ich habe Leistungen erhalten .....

**Die folgenden Fragen richten sich nur an Personen ab 18 Jahren. Wenn Sie jünger als 18 Jahre alt sind, gehen Sie bitte weiter zu Frage 76**

Auch viele Erwachsene erleben, dass sexuelle Handlungen an ihnen vorgenommen werden oder von ihnen verlangt werden. Solche Handlungen können sehr unterschiedlich sein. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von sexuellen Handlungen und Erfahrungen aufgeführt.

Geben Sie bitte an, wie oft Sie seit Ihrem 18. Lebensjahr eine solche Handlung erlebt haben.

63. Wie oft ist es in Ihrem <b>Erwachsenenleben</b> ( <u>ab 18 Jahre</u> ) vorgekommen, dass <b>jemand seine Geschlechtsteile vor Ihnen entblößt hat, um sich sexuell zu erregen?</b>	Nie .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 66
	-----	-----	-----
	1 mal.....	<input type="checkbox"/>	
	2 mal.....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	

64. <b>Wie oft ist es in Ihrem Erwachsenenleben (ab 18 Jahre) vorgekommen, dass eine Person Sie GEGEN IHREN WILLEN aufgefordert hat, ihr Geschlechtsteil zu berühren oder sie anderweitig mit der Hand oder dem Mund sexuell zu erregen?</b>	Nie .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 66
	-----		
	1 mal.....	<input type="checkbox"/>	
	2 mal.....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	

**65. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01 Vater	<input type="checkbox"/>	14 Mutter	<input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	15 Stiefmutter/Partnerin meines Vaters/Pflegemutter	<input type="checkbox"/>
03 Onkel	<input type="checkbox"/>	16 Arbeitskollegin	<input type="checkbox"/>
04 Bruder	<input type="checkbox"/>	17 Vorgesetzte	<input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	18 Nachbarin	<input type="checkbox"/>
06 Arbeitskollege	<input type="checkbox"/>	19 Partnerin	<input type="checkbox"/>
07 Vorgesetzter	<input type="checkbox"/>	20 Sporttrainerin	<input type="checkbox"/>
08 Nachbar	<input type="checkbox"/>	21 Freundin	<input type="checkbox"/>
09 Partner	<input type="checkbox"/>	22 andere <b>bekannte weibliche Person</b>	<input type="checkbox"/>
10 Sporttrainer	<input type="checkbox"/>	23 eine mir zuvor <b>unbekannte weibliche Person</b>	<input type="checkbox"/>
11 Freund	<input type="checkbox"/>		
12 andere <b>bekannte männliche Person</b>	<input type="checkbox"/>		
13 eine mir zuvor <b>unbekannte männliche Person</b>	<input type="checkbox"/>		

66. <b>Wie oft ist es in Ihrem Erwachsenenleben (ab 18 Jahre) vorgekommen, dass eine Person Sie GEGEN IHREN WILLEN am Geschlechtsteil, am Busen oder am Po angefasst hat, um sich oder Sie sexuell zu erregen?</b>	Nie .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 68
	-----		
	1 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	2 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	

**67. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01 Vater	<input type="checkbox"/>	14 Mutter	<input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	15 Stiefmutter/Partnerin meines Vaters/Pflegemutter	<input type="checkbox"/>
03 Onkel	<input type="checkbox"/>	16 Arbeitskollegin	<input type="checkbox"/>
04 Bruder	<input type="checkbox"/>	17 Vorgesetzte	<input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	18 Nachbarin	<input type="checkbox"/>
06 Arbeitskollege	<input type="checkbox"/>	19 Partnerin	<input type="checkbox"/>
07 Vorgesetzter	<input type="checkbox"/>	20 Sporttrainerin	<input type="checkbox"/>
08 Nachbar	<input type="checkbox"/>	21 Freundin	<input type="checkbox"/>
09 Partner	<input type="checkbox"/>	22 andere <b>bekannte weibliche Person</b>	<input type="checkbox"/>
10 Sporttrainer	<input type="checkbox"/>	23 eine mir zuvor <b>unbekannte weibliche Person</b>	<input type="checkbox"/>
11 Freund	<input type="checkbox"/>		
12 andere <b>bekannte männliche Person</b>	<input type="checkbox"/>		
13 eine mir zuvor <b>unbekannte männliche Person</b>	<input type="checkbox"/>		

**68. Wie oft ist es in Ihrem Erwachsenenleben (ab 18 Jahre) vorgekommen, dass eine Person GEGEN IHREN WILLEN mit ihrem Finger, ihrer Zunge oder einem Gegenstand bei Ihnen in die Scheide oder den After eingedrungen ist, um sich oder Sie sexuell zu erregen?**

Nie .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 70
-----	-----	-----
1 mal .....	<input type="checkbox"/>	
2 mal .....	<input type="checkbox"/>	
Mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
Mehrmals im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
Mehrmals in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	

**69. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01 Vater	<input type="checkbox"/>	14 Mutter	<input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	15 Stiefmutter/Partnerin meines Vaters/Pflegemutter	<input type="checkbox"/>
03 Onkel	<input type="checkbox"/>	16 Arbeitskollegin	<input type="checkbox"/>
04 Bruder	<input type="checkbox"/>	17 Vorgesetzte	<input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	18 Nachbarin	<input type="checkbox"/>
06 Arbeitskollege	<input type="checkbox"/>	19 Partnerin	<input type="checkbox"/>
07 Vorgesetzter	<input type="checkbox"/>	20 Sporttrainerin	<input type="checkbox"/>
08 Nachbar	<input type="checkbox"/>	21 Freundin	<input type="checkbox"/>
09 Partner	<input type="checkbox"/>	22 andere <b>bekannte weibliche Person</b>	<input type="checkbox"/>
10 Sporttrainer	<input type="checkbox"/>	23 eine mir zuvor <b>unbekannte weibliche Person</b>	<input type="checkbox"/>
11 Freund	<input type="checkbox"/>		
12 andere <b>bekannte männliche Person</b>	<input type="checkbox"/>		
13 eine mir zuvor <b>unbekannte männliche Person</b>	<input type="checkbox"/>		

<p><b>70. Wie oft ist es in Ihrem Erwachsenenleben (ab 18 Jahre) vorgekommen, dass eine männliche Person GEGEN IHREN WILLEN mit ihrem Penis in Ihre Scheide oder Ihren After eingedrungen ist oder das versucht hat?</b></p>	Nie .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 72
	1 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	2 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	

**71. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01 Vater	<input type="checkbox"/>	08 Nachbar	<input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	09 Partner	<input type="checkbox"/>
03 Onkel	<input type="checkbox"/>	10 Sporttrainer	<input type="checkbox"/>
04 Bruder	<input type="checkbox"/>	11 Freund	<input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	12 andere bekannte männliche Person	<input type="checkbox"/>
06 Arbeitskollege	<input type="checkbox"/>	13 eine mir zuvor unbekannte männliche Person	<input type="checkbox"/>
07 Vorgesetzter	<input type="checkbox"/>		

<p><b>72. Wie oft ist es in Ihrem Erwachsenenleben (ab 18 Jahre) vorgekommen, dass eine männliche Person GEGEN IHREN WILLEN mit ihrem Penis in Ihren Mund eingedrungen ist oder das versucht hat?</b></p>	Nie .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 74
	1 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	2 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	

**73. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01 Vater	<input type="checkbox"/>	08 Nachbar	<input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	09 Partner	<input type="checkbox"/>
03 Onkel	<input type="checkbox"/>	10 Sporttrainer	<input type="checkbox"/>
04 Bruder	<input type="checkbox"/>	11 Freund	<input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	12 andere bekannte männliche Person	<input type="checkbox"/>
06 Arbeitskollege	<input type="checkbox"/>	13 eine mir zuvor unbekannte männliche Person	<input type="checkbox"/>
07 Vorgesetzter	<input type="checkbox"/>		

<p><b>74. Wurde einer der beschriebenen Vorfälle zur Anzeige gebracht?</b></p>	Ja .....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>
	Trifft auf mich nicht zu .....	<input type="checkbox"/>

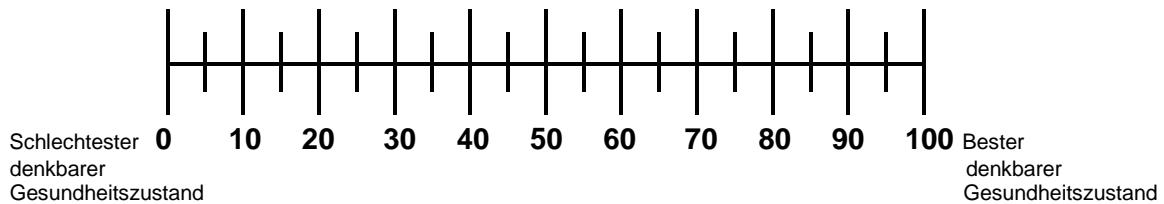
<p><b>75. Haben Sie danach Leistungen aus dem Opferentschädigungsgesetz beantragt?</b></p>	Nein .....	<input type="checkbox"/>
	Ja, aber der Antrag wurde abgelehnt .....	<input type="checkbox"/>
	Ja, ich habe Leistungen erhalten .....	<input type="checkbox"/>

**76. Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.**

01	<i>Beweglichkeit/Mobilität</i>	Ich habe keine Probleme herumzugehen..... <input type="checkbox"/>
		Ich habe leichte Probleme herumzugehen..... <input type="checkbox"/>
		Ich habe mäßige Probleme herumzugehen ....., <input type="checkbox"/>
		Ich habe große Probleme herumzugehen..... <input type="checkbox"/>
		Ich bin nicht in der Lage herumzugehen ....., <input type="checkbox"/>
02	<i>Für sich selbst sorgen</i>	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen..... <input type="checkbox"/>
		Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen..... <input type="checkbox"/>
		Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen..... <input type="checkbox"/>
		Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ....., <input type="checkbox"/>
		Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ....., <input type="checkbox"/>
03	<i>Alltägliche Tätigkeiten (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)</i>	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen..... <input type="checkbox"/>
		Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen..... <input type="checkbox"/>
		Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen..... <input type="checkbox"/>
		Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen..... <input type="checkbox"/>
		Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen..... <input type="checkbox"/>
04	<i>Schmerzen/ Körperliche Beschwerden</i>	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden ... <input type="checkbox"/>
		Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden . <input type="checkbox"/>
		Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden <input type="checkbox"/>
		Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden .. <input type="checkbox"/>
		Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden <input type="checkbox"/>
05	<i>Angst/Niedergeschlagenheit</i>	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert ....., <input type="checkbox"/>
		Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert ....., <input type="checkbox"/>
		Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert..... <input type="checkbox"/>
		Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert..... <input type="checkbox"/>
		Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert..... <input type="checkbox"/>

77. Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist.

Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.



Bitte tragen Sie einen entsprechenden Wert ein:

--	--	--

78. Manchmal können Leute aufgrund ihrer Probleme ihren täglichen Aufgaben nicht nachkommen. Um eine Einschätzung Ihrer Probleme zu erhalten, geben Sie bitte an, wie stark sie jeweils in den folgenden Aktivitäten eingeschränkt sind:

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	gar nicht	ein wenig	eingeschränkt	deutlich	schwer	Nicht zu-treffend				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
01 Meine Fähigkeiten zu arbeiten oder einer Arbeit nachzugehen sind eingeschränkt <i>(8 bedeutet „Ich kann gar nicht arbeiten“)</i>	<input type="checkbox"/>									
02 Die Fähigkeit meinen Hausarbeiten (Putzen, Einkaufen, Kochen, auf die Kinder aufpassen, Rechnungen bezahlen) nachzugehen ist eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>									
03 Die Möglichkeit meinen sozialen Freizeitaktivitäten (Freunde treffen, Ausgehen, Leute besuchen, ...) nachzugehen ist eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>									
04 Die Möglichkeit meinen persönlichen Freizeitaktivitäten (Zeit für mich haben, z.B. Lesen, Gärtnern, Stricken, Spazieren gehen, Musik hören, Chillen, PC/Konsole spielen...) nachzugehen ist eingeschränkt	<input type="checkbox"/>									
05 Meine Fähigkeit enge Beziehungen/Freundschaften zu knüpfen und zu pflegen (diejenigen eingeschlossen mit denen ich zusammenlebe) ist eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>									

79. Haben Sie jemals <b>Hilfsangebote wegen Langzeitfolgen von sexueller Gewalt</b> in Anspruch genommen?  (Mehrfachnennung möglich.)	Notfalltelefon/Telefonseelsorge ..... <input type="checkbox"/>
	Hilfe über Internet (chat, e-mail Beratung, Fachforen) ..... <input type="checkbox"/>
	Beratung/Fachberatung? ..... <input type="checkbox"/>
	Heil- und Krankenbehandlung (z.B. Psychotherapie)? ..... <input type="checkbox"/>
	Teilnahme an Selbsthilfegruppen ..... <input type="checkbox"/>
	Fürsorgeleistungen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Pflegeleistungen, Leistungen zur Weiterführung des Haushalts sowie ergänzend zum Lebensunterhalt)? ..... <input type="checkbox"/>
	Rentenleistungen? ..... <input type="checkbox"/>
	Anderes? ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
80. Wenn in Deutschland <b>zusätzliche Hilfen wegen Langzeitfolgen von sexueller Gewalt in Form von Therapie und Unterstützungskosten</b> zur Verfügung stehen würden, würden Sie einen Antrag stellen?	Ja ..... <input type="checkbox"/> weiter mit Frage 81 -----
	Nein ..... <input type="checkbox"/> weiter mit Frage 82
81. Wenn ja, welche Hilfe(n) benötigen Sie?  (Mehrfachnennung möglich.)	Notfalltelefon/Telefonseelsorge ..... <input type="checkbox"/>
	Hilfe über Internet (chat, e-mail Beratung, Fachforen) ..... <input type="checkbox"/>
	Beratung/Fachberatung? ..... <input type="checkbox"/>
	Heil- und Krankenbehandlung (z.B. Psychotherapie)? ..... <input type="checkbox"/>
	Teilnahme an Selbsthilfegruppen ..... <input type="checkbox"/>
	Fürsorgeleistungen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Pflegeleistungen, Leistungen zur Weiterführung des Haushalts sowie ergänzend zum Lebensunterhalt)? ..... <input type="checkbox"/>
	Rentenleistungen? ..... <input type="checkbox"/>
	Anderes? ..... <input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen befassen sich mit Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, so ehrlich wie möglich zu antworten.

**Hatten Sie in Ihrer Kindheit und Jugend, das heißt im Alter zwischen 0 und 18 Jahren, stationäre Aufenthalte in einer Klinik oder einem Heim?“**

82. Stationärer Aufenthalt in einer <b>psychiatrischen Klinik</b> im Alter zwischen 0 und 18 Jahren	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
83. Stationärer Aufenthalt in einer <b>Kinderklinik</b> oder einem Krankenhaus für Erwachsene im Alter zwischen 0 und 18 Jahren	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
84. Stationärer Aufenthalt in einem <b>Kurheim</b> im Alter zwischen 0 und 18 Jahren	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
85. Stationärer Aufenthalt in einem <b>Heim für Menschen mit Behinderung</b> im Alter zwischen 0 und 18 Jahren	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>

**WENN SIE IN DEN VORGEHENDENEN FRAGEN NR 82 - 85 MINDESTENS 1 FRAGE MIT „JA“ BEANTWORTET HABEN, DANN GEHEN SIE BITTE ZUR FRAGE 86**

**WENN SIE ALLE FRAGEN MIT „NEIN“ BEANTWORTET HABEN, GEHEN SIE BITTE WEITER ZU FRAGE 119**

Bei den nachfolgenden Fragen geht es um Handlungen durch Pflegepersonen. Mit Pflegepersonen gemeint sind Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (evtl. auch unter dem Begriff Hilfsschwester/-pfleger bekannt).

Haben Sie bei dem Aufenthalt/den Aufenthalten in dieser Klinik/diesem Heim in Ihrer Kindheit und Jugend durch Pflegepersonen einen der folgenden Aspekte erlebt?

86.	<i>Ich habe bei diesem Aufenthalt/diesen Aufenthalten in meiner Kindheit/Jugend durch eine Pflegeperson körperliche Gewalt in Form von Schlägen, groben Umgang bei Pflegemaßnahmen o.ä. erfahren.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 87
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 89
87.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Pflegekraft/mehrere weibliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Pflegekraft/mehrere männliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
88.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
89.	<i>Ich habe bei diesem Aufenthalt/diesen Aufenthalten in meiner Kindheit/Jugend erlebt, wie ein anderes Kind/Jugendlicher durch eine Pflegeperson körperlich misshandelt wurde.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 90
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 92
90.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Pflegekraft/mehrere weibliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Pflegekraft/mehrere männliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
91.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
92.	<i>Ich habe bei diesem Aufenthalt/diesen Aufenthalten in meiner Kindheit/Jugend durch eine Pflegeperson körperliche Gewalt in Form von Durchführung von Zwangsmaßnahmen wie etwa Fixierung oder Einschließung erfahren.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 93
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 95
93.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Pflegekraft/mehrere weibliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Pflegekraft/mehrere männliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
94.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	

95.	<i>Ich habe bei diesem Aufenthalt/diesen Aufenthalten in meiner Kindheit/Jugend durch eine Pflegeperson sexuelle Übergriffe ohne Penetration erfahren.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 96
	<i>Hinweis: unter Penetration wird das Eindringen des Penis, eines oder mehrerer Finger oder eines Gegenstandes in die Scheide, den Anus oder den Mund verstanden.</i>	Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 98
96.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Pflegekraft/mehrere weibliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Pflegekraft/mehrere männliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
97.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
98.	<i>Ich habe bei diesem Aufenthalt/diesen Aufenthalten in meiner Kindheit/Jugend durch eine Pflegeperson sexuelle Übergriffe mit Penetration erfahren.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 99
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 101
99.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Pflegekraft/mehrere weibliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Pflegekraft/mehrere männliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
100.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
101.	<i>Ich habe bei diesem Aufenthalt/diesen Aufenthalten in meiner Kindheit/Jugend erlebt, dass ein anderes Kind/Jugendlicher durch eine Pflegeperson sexuell missbraucht wurde.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 102
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 104
102.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Pflegekraft/mehrere weibliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Pflegekraft/mehrere männliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
103.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
104.	<i>Ich wurde bei diesem Aufenthalt/diesen Aufenthalten in meiner Kindheit/Jugend durch eine Pflegeperson gedemütigt, beleidigt, bedroht oder eingeschüchtert.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 105
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 107
105.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Pflegekraft/mehrere weibliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Pflegekraft/mehrere männliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>	
106.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
107.	<i>Bei diesem Aufenthalt/diesen Aufenthalten in meiner Kindheit/Jugend wurden durch eine Pflegeperson Informationen „hinter meinem Rücken“ weitergegeben, die ich im Vertrauen gesagt hatte.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 108
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 110

108. Die Handlung wurde ausgeführt durch...	Eine weibliche Pflegekraft/mehrere weibliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>
(Mehrfachnennungen möglich)	Eine männliche Pflegekraft/mehrere männliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>
109. Wie alt waren Sie?	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
(Mehrfachnennungen möglich)	14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>
110. Ich hatte bei diesem Aufenthalt/diesen Aufenthalten in meiner Kindheit/Jugend das Gefühl, dass sich <b>die Pflegepersonen</b> nicht dafür interessieren wie es mir geht.	Ja .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 111
	Nein .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 113
	Teils/teils .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 111
111. Die Handlung wurde ausgeführt durch...	Eine weibliche Pflegekraft/mehrere weibliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>
(Mehrfachnennungen möglich)	Eine männliche Pflegekraft/mehrere männliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>
112. Wie alt waren Sie?	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
(Mehrfachnennungen möglich)	14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>
113. Ich hatte bei diesem Aufenthalt/diesen Aufenthalten in meiner Kindheit/Jugend das Gefühl, dass sich <b>die Pflegepersonen</b> nicht ausreichend um mich kümmern.	Ja .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 114
	Nein.....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 116
	Teils/teils .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 114
114. Die Handlung wurde ausgeführt durch...	Eine weibliche Pflegekraft/mehrere weibliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>
(Mehrfachnennungen möglich)	Eine männliche Pflegekraft/mehrere männliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>
115. Wie alt waren Sie?	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
(Mehrfachnennungen möglich)	14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>
116. Ich hatte bei diesem Aufenthalt/diesen Aufenthalten in meiner Kindheit/Jugend das Gefühl, dass <b>die Pflegepersonen</b> nicht gut auf mich aufpassen.	Ja .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 117
	Nein.....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 119
	Teils/teils .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 117
117. Die Handlung wurde ausgeführt durch...	Eine weibliche Pflegekraft/mehrere weibliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>
(Mehrfachnennungen möglich)	Eine männliche Pflegekraft/mehrere männliche Pflegekräfte .....	<input type="checkbox"/>
118. Wie alt waren Sie?	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
(Mehrfachnennungen möglich)	14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>

Bei den nachfolgenden Fragen geht es um Handlungen durch Lehrerinnen/Lehrer in Ihrer Schulzeit.

Haben Sie in Ihrer Schulzeit in der Kindheit und Jugend (bis 18 Jahre) durch eine Lehrerin/einen Lehrer einen der folgenden Aspekte erlebt?

119. Ich habe in meiner Schulzeit <b>durch eine Lehrerin/einen Lehrer</b> körperliche Gewalt in Form von Schlägen o.ä. erfahren.	Ja .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage120
	Nein.....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 122

120.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Lehrkraft/mehrere weibliche Lehrkräfte ..... Eine männliche Lehrkraft/mehrere männliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/>
121.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre ..... 14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
122.	<i>Ich habe in meiner Schulzeit erlebt, wie ein anderes Kind/Jugendlicher <b>durch eine Lehrerin/einen Lehrer</b> körperlich misshandelt wurde.</i>	Ja ..... Nein .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 123 <input type="checkbox"/> weiter mit Frage 125
123.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Lehrkraft/mehrere weibliche Lehrkräfte ..... Eine männliche Lehrkraft/mehrere männliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
124.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre ..... 14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
125.	<i>Ich habe in meiner Schulzeit <b>durch eine Lehrerin/einen Lehrer</b> sexuelle Übergriffe ohne Penetration erfahren.</i>  <i>Hinweis: unter Penetration wird das Eindringen des Penis, eines oder mehrerer Finger oder eines Gegenstandes in die Scheide, den Anus oder den Mund verstanden.</i>	Ja ..... Nein .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 126 <input type="checkbox"/> weiter mit Frage 128
126.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Lehrkraft/mehrere weibliche Lehrkräfte ..... Eine männliche Lehrkraft/mehrere männliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
127.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre ..... 14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
128.	<i>Ich habe in meiner Schulzeit <b>durch eine Lehrerin/einen Lehrer</b> sexuelle Übergriffe mit Penetration erfahren.</i>	Ja ..... Nein .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 129 <input type="checkbox"/> weiter mit Frage 131
129.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Lehrkraft/mehrere weibliche Lehrkräfte ..... Eine männliche Lehrkraft/mehrere männliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
130.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre ..... 14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
131.	<i>Ich habe in meiner Schulzeit erlebt, dass ein anderes Kind/Jugendlicher <b>durch eine Lehrerin/einen Lehrer</b> sexuell missbraucht wurde.</i>	Ja ..... Nein .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 132 <input type="checkbox"/> weiter mit Frage 134
132.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Lehrkraft/mehrere weibliche Lehrkräfte ..... Eine männliche Lehrkraft/mehrere männliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
133.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre ..... 14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

134.	<i>Ich wurde in meiner Schulzeit durch eine Lehrerin/einen Lehrer gedemütigt, beleidigt, bedroht oder eingeschüchtert.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 135
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 137
135.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Lehrkraft/mehrere weibliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Lehrkraft/mehrere männliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/>	
136.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
137.	<i>Ich habe in meiner Schulzeit erlebt, dass durch eine Lehrerin/einen Lehrer Informationen „hinter meinem Rücken“ weitergegeben wurden, die ich im Vertrauen gesagt hatte.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 138
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 140
138.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Lehrkraft/mehrere weibliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Lehrkraft/mehrere männliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/>	
139.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
140.	<i>Ich hatte in meiner Schulzeit das Gefühl, dass sich die Lehrerinnen/Lehrer an meiner Schule nicht dafür interessieren wie es mir geht.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 141
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 143
		Teils/teils .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 141
141.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Lehrkraft/mehrere weibliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Lehrkraft/mehrere männliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/>	
142.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
143.	<i>Ich hatte in meiner Schulzeit das Gefühl, dass sich die Lehrerinnen/Lehrer an meiner Schule nicht ausreichend um mich kümmern.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 144
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 146
		Teils/teils .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 144
144.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Lehrkraft/mehrere weibliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Lehrkraft/mehrere männliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/>	
145.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	

146.	<i>Ich hatte in meiner Schulzeit das Gefühl, dass die Lehrerinnen/Lehrer an meiner Schule nicht gut auf mich aufpassen.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 147
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 149
		Teils/teils .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 147
147.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Lehrkraft/mehrere weibliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Lehrkraft/mehrere männliche Lehrkräfte .....	<input type="checkbox"/>	
148.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	

**Bei den nachfolgenden Fragen geht es um Handlungen durch Erziehungs- und Betreuungspersonen. Mit Erziehungs- und Betreuungspersonen gemeint sind hier:**

**Kindergärtnerinnen/Kindergärtner und Erzieherinnen/Erzieher im Schulhort und Erzieherinnen/Erzieher in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung/einem Heim.**

149.	<i>Waren Sie als Kind/Jugendliche/r in einer oder mehreren der nachfolgend genannten Einrichtungen: Kindergarten, Schulhort, stationäre Jugendhilfeeinrichtung/Heim?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 150
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 180

**Haben Sie in Ihrer Kindheit und Jugend einen der folgenden Aspekte durch Erziehungs- und Betreuungspersonen erlebt?**

150.	<i>Ich habe in meiner Kindheit/Jugend durch eine Erziehungs-/Betreuungsperson körperliche Gewalt in Form von Schlägen o.ä. erfahren.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 151
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 153
151.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere weibliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere männliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>	
152.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
153.	<i>Ich habe in meiner Kindheit/Jugend erlebt, dass ein anderes Kind/Jugendlicher durch eine Erziehungs-/Betreuungsperson körperlich misshandelt wurde.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 154
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 156
154.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere weibliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>	
		Eine männliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere männliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>	

155.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>
156.	<i>Ich habe in meiner Kindheit/Jugend durch eine Erziehungs- /Betreuungsperson sexuelle Übergriffe ohne Penetration erfahren.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 157
		Nein .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 159
157.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere weibliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>
		Eine männliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere männliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>
158.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>
159.	<i>Ich habe in meiner Kindheit/Jugend durch eine Erziehungs- /Betreuungsperson sexuelle Übergriffe mit Penetration erfahren.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 160
		Nein .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 162
160.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere weibliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>
		Eine männliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere männliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>
161.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>
162.	<i>Ich habe in meiner Kindheit/Jugend erlebt, dass ein anderes Kind/Jugendlicher durch eine Erziehungs- /Betreuungsperson sexuell missbraucht wurde.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 163
		Nein .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 165
163.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere weibliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>
		Eine männliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere männliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>
164.	<i>Wie alt waren Sie?</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
		14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>
165.	<i>Ich wurde in meiner Kindheit/Jugend durch eine Erziehungs- /Betreuungsperson gedemütigt, beleidigt, bedroht oder eingeschüchtert.</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 166
		Nein .....	<input type="checkbox"/> weiter mit Frage 168
166.	<i>Die Handlung wurde ausgeführt durch...</i>  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere weibliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>
		Eine männliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere männliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>

167. Wie alt waren Sie?  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
	14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
168. Ich habe in meiner Kindheit/Jugend erlebt, dass <b>durch eine Erziehungs- /Betreuungsperson</b> Informationen „hinter meinem Rücken“ weitergegeben wurden, die ich im Vertrauen gesagt hatte.	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 169
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 171
169. Die Handlung wurde ausgeführt durch...  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere weibliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>	
	Eine männliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere männliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>	
170. Wie alt waren Sie?  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
	14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
171. Ich hatte in meiner Kindheit/Jugend das Gefühl, dass sich <b>die Erziehungs- /Betreuungspersonen</b> nicht dafür interessieren wie es mir geht.	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 172
	Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 174
	Teils/teils .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 172
172. Die Handlung wurde ausgeführt durch...  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere weibliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>	
	Eine männliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere männliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>	
173. Wie alt waren Sie?  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
	14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
174. Ich hatte in meiner Kindheit/Jugend das Gefühl, dass sich <b>die Erziehungs- /Betreuungspersonen</b> nicht ausreichend um mich kümmern.	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 175
	Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 177
	Teils/teils .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 175
175. Die Handlung wurde ausgeführt durch...  (Mehrfachnennungen möglich)	Eine weibliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere weibliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>	
	Eine männliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere männliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>	
176. Wie alt waren Sie?  (Mehrfachnennungen möglich)	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>	
	14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>	
177. Ich hatte in meiner Kindheit/Jugend das Gefühl, dass <b>die Erziehungs- /Betreuungspersonen</b> nicht gut auf mich aufpassen.	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 178
	Nein.....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 180
	Teils/teils .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 178

178. Die Handlung wurde ausgeführt durch...	Eine weibliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere weibliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>
(Mehrfachnennungen möglich)	Eine männliche Erziehungs- und Betreuungsperson/mehrere männliche Erziehungs- und Betreuungspersonen .....	<input type="checkbox"/>
179. Wie alt waren Sie?	< 14 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
(Mehrfachnennungen möglich)	14 – 18 Jahre.....	<input type="checkbox"/>

**Die folgenden Fragen (180 & 181) beziehen sich auf Ihre Kindheit und Jugend, also bis zu Ihrem 18. Lebensjahr.**

180. Haben Sie in diesem Alter zusammen mit einem Geschwister/Halbgeschwister/Stiefgeschwister gelebt?	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 181
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 182

**181. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	niemals	weniger häufig	alle paar Monate	ungefähr einmal im Monat	ungefähr einmal die Woche	an den meisten Tagen
01 Wie oft hat/haben Ihr Bruder/Ihre Schwester/Ihre Geschwister Sie absichtlich verletzt oder gemobbt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
02 Wie oft haben Sie Ihren Bruder/Ihre Schwester/Ihre Geschwister absichtlich verletzt oder gemobbt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**182. Was denken Sie über die folgenden Aussagen?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	stimmt nicht	stimmt etwas	neutral	stimmt	stimmt sehr
01 Ich habe die Erfahrung gemacht, dass passieren wird, was passieren soll.	<input type="checkbox"/>				
02 Wenn mir etwas Schlimmes passiert, dann wird es auch geschehen, egal was ich mache.	<input type="checkbox"/>				
03 Wenn schlimme Dinge geschehen, dann weil es so kommen soll.	<input type="checkbox"/>				
04 Es macht keinen Sinn viel zu planen, denn wenn etwas Gutes passieren wird, dann wird es auch kommen.	<input type="checkbox"/>				
05 Das Leben ist sehr unberechenbar, und es gibt nichts, was man tun kann, um die Zukunft zu ändern.	<input type="checkbox"/>				
06 Menschen sterben, wenn ihre Zeit zum Sterben gekommen ist, und dagegen kann nicht viel getan werden.	<input type="checkbox"/>				

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Interview!**

**Bitte geben Sie den Fragebogen an den/die Interviewer/in zurück oder stecken Sie den Fragebogen in den Umschlag, den Ihnen der/die Interviewer/in gern zur Verfügung stellt! Der Umschlag wird erst im Institut geöffnet!**

**REP 28**

**Leitung:** Prof. Dr. E. Brähler/ Prof. Dr. M. Zenger

**Untersuchungszeitraum:** Mai-Juli 2019 (2531 Probanden, 14-95 Jahre)

<b>Beteiligte Mitarbeiter:</b> Dipl.-Math. G. Schmutzner	<b>Kooperationspartner:</b> Dr. A. Dinkel (TU München) Prof. Dr. M. de Zwaan (Medizinische Hochschule Hannover) Prof. Dr. Fegert (Uniklinikum Ulm) Prof. Dr. H. Gündel (Universitätsklinikum Ulm) PD Dr. W. Häuser (Universität Saarbrücken) Prof. Dr. A. Hilbert (Uniklinikum Leipzig) Prof. Dr. J. Kruse (Universitätsklinikum Gießen) Prof. Dr. Muschalla (TU Braunschweig) Prof. Dr. F. Petermann (Universität Bremen) Prof. Dr. C. Rosner (Universität Eichstätt) Dr. C. Sachser (Universitätsklinikum Ulm) Prof. Dr. Sören Schmidt (Uni Hamburg) Prof. Dr. C. Spitzer (Universitätsmedizin Rostock) Prof. Dr. U. Stangier (Universität Frankfurt) Prof. Dr. B. Strauß (Universität Jena) Prof. Dr. M. Witthöft (Uni Mainz)
---	--

**Eingesetzte Untersuchungsverfahren:**

- Postleitzahlen (S14) Brähler/ Beutel
- Migrationshintergrund (F1-F3) Brähler/ Beutel
- PHQ-4 (Löwe et al. 2010) (F4) Brähler/ Beutel
- N1/N2 (F5/F6) Tibubos /Brähler/ Beutel
- ADHS-E (F7) Petermann/ Sören Schmidt
- sozialer Schmerz (F8) Stangier
- SWE-LS (leichte Sprache) (F9) Strauß
- PTED-Skala, Mini-ICF (F10-F12) Muschalla
- Arbeitsplatzphobie (F13) Muschalla
- Arbeitsfähigkeit (F14) Muschalla
- Mobbing (F15) Kruse
- OC 1-6 & Irrationsskala (F16/F17) Gündel
- Suchtartiges Essen (F18) Hilbert
- EDE-Q (Validierungssitems) (F19-F21) Hilbert
- EDE-Q8 (F22-F24) Hilbert
- BMI Körpergröße/Gewicht (F25/F26) Hilbert
- Vegetarisch-vegan (F27-F32) de Zwaan
- BDS 25 Checkliste Revised List (25 Items) (F33) Häuser
- Whiteleyindex (F34) für Häuser
- SSS-8 (F35) Häuser
- New Michigan Body Map (F36) Häuser
- SF12 Allgemeine Gesundheit (F37) Häuser
- SF12 Schmerzen (letzte 4 Wochen) (F38) Häuser
- Fibromyalgie (F39) Häuser
- Reizdarmsyndromdiagnose (F40) Häuser
- Komorbidität (F41) Häuser
- GBB-8 (F42) Brähler/ Beutel
- umweltbezogene Intoleranz (F43) Witthöft
- Genetische Untersuchung (wie REP\_16) (F44-F48) Dinkel
- RFQ\_8 (Reflective Functioning Questionnaire) (F49) Spitzer

- OPD-12 (wie in REP 25 [2016]) (F50) Kruse
- FB Inanspruchnahme (F51-F71) Kruse
- Erhebungsbogen für anhaltende Trauer (Vogel/Pföh/ Rosner) (F72-F83)
- Behandlung Trauma (F84) Rosner
- FFSI (Frauen) (F85-F103) Strauss
- PEP (F104-F107) Strauß
- IIEF5 (Männer) (F108-F112) Strauss
- FSGSV (3 Fragen) Missbrauch (F113-F115) für Strauß
- CTQ (Childhood Trauma Questionnaire) (F116-F122) für Sachser/ Fegert
- II Einstellungen zu sexuellem Kindesmissbrauch (F123-F124) für Sachser/ Fegert

Projekt:

**180702**

Sample -Nr.:

1	0	4
---	---	---

Point-Nr.:

--	--	--

AL-Nr.:

--	--	--

Interviewer-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--

Interview durchgeführt am:

--	--	--	--

Tag

Interviewbeginn:

--	--	--	--

Stunde

Minute

Interviewende:

--	--	--	--

Stunde

Minute

Die Befragungsperson hat die **Datenschutzerklärung erhalten**  
und einer **freiwilligen Teilnahme** an der Befragung **zugestimmt**. ....

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

**Vorab haben wir einige Fragen zu Ihrer Person**

S 1a	<i>Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 1b						
	Nein	<input type="checkbox"/>								
	Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>								
	Bin nicht wahlberechtigt	<input type="checkbox"/>								
	Keine Angabe	<input type="checkbox"/>								
S 1b	<i>Und welche Partei würden Sie dann wählen?</i>	CDU/CSU	<input type="checkbox"/>							
	SPD	<input type="checkbox"/>								
	FDP	<input type="checkbox"/>								
	Die Linke	<input type="checkbox"/>								
	Grüne	<input type="checkbox"/>								
	NPD	<input type="checkbox"/>								
	AfD	<input type="checkbox"/>								
	Andere Partei	<input type="checkbox"/>								
	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>								
	Wähle ungültig	<input type="checkbox"/>								
	Keine Angabe	<input type="checkbox"/>								
S 2	<i>Geschlecht der Zielperson:</i>	Männlich	<input type="checkbox"/>							
	Weiblich	<input type="checkbox"/>								
S 3	<i>Wann sind Sie geboren?</i>	Geburtsmonat (z.B. 09): <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table> Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt. Geburtsjahr: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
S 4	<i>Welchen Familienstand haben Sie?</i>	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/ meiner Ehepartner/in zusammen .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 5						
	Ich bin verheiratet und lebe von meinem/ meiner Ehepartner/in getrennt ..	<input type="checkbox"/>								
	Ich bin ledig .....	<input type="checkbox"/>								
	Ich bin geschieden .....	<input type="checkbox"/>								
	Ich bin verwitwet	<input type="checkbox"/>								
S 4a	<i>Leben Sie in einer festen Partnerschaft?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>							
	Nein .....	<input type="checkbox"/>								
S 5	<i>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt – ich meine Personen, die hier schlafen und essen - Sie selbst mit eingeschlossen?</i>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table> Personen								
S 5a	<i>Wie viele davon sind Kinder? (Sie selbst ggf. mit eingeschlossen)</i>	Kinder: <u>15 bis 17 Jahre?</u>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Anzahl				
	Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.	Kinder: <u>unter 15 Jahren?</u>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>							
S 5b				Anzahl						

S 6	<i>Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?</i>	Deutsch	<input type="checkbox"/>
		Andere, welche: _____	<input type="checkbox"/>
S 7	<i>Welcher Religion oder welcher Konfession gehören Sie an?</i>	Evangelisch	<input type="checkbox"/>
		Katholisch	<input type="checkbox"/>
		Muslimisch	<input type="checkbox"/>
		Andere (z. B. jüdisch, buddhistisch, hinduistisch)	<input type="checkbox"/>
		keine Konfession	<input type="checkbox"/>
S 8	<i>Welchen Schulabschluss haben Sie? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>	Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 8 vorlegen</i>	Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule)	<input type="checkbox"/>
		Ich habe Mittlere Reife/ Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss)	<input type="checkbox"/>
		Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Hochschul-/ Universitätsstudium	<input type="checkbox"/>
		Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/ Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss)	<input type="checkbox"/>
		Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar?	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
		Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule	<input type="checkbox"/>
S 9	<i>Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?</i>	Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr .....	<input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 9a vorlegen</i>	Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung .....	<input type="checkbox"/>
		Zur Zeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit .....	<input type="checkbox"/>
		Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorrhestand .....	<input type="checkbox"/>
		Nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann .....	<input type="checkbox"/>
		In Berufsausbildung (einschließlich Fachschulen für gewerbliche Berufe) .....	<input type="checkbox"/>
		In Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule) .....	<input type="checkbox"/>

S 10	<i>Wie oft waren Sie arbeitslos, einschließlich jetziger Arbeitslosigkeit?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> mal
S 11	<i>Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?</i>	Berufskreis-Nummer: <input type="text"/> <input type="text"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 10 vorlegen</i>	noch nie berufstätig gewesen <input type="checkbox"/>
S 12	<i>Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an. Wie hoch ist Ihr eigenes Einkommen? Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung?  Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.</i>	Einkommensgruppe Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/>  kein persönliches Einkommen <input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 11 vorlegen</i>	
S 13	<i>Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom gesamten monatlichen Nettoeinkommen her einordnen? Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.</i>	Einkommensgruppe Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/>  <i>Nennen Sie mir bitte nur die entsprechende Nummer.</i>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 12 vorlegen</i>	
S 14	<i>Wie lautet Ihre Postleitzahl?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Besten Dank bis hierher! Ich möchte Sie nun bitten, den weiteren Fragebogen selbst auszufüllen.**

**Wissenschaftler\_innen der Universität Leipzig möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung verschiedene wissenschaftliche/medizinische Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.**  
**Lesen Sie dazu die Angaben im beigelegten Datenschutzblatt.**

**Da unterschiedliche Forschungseinrichtungen beteiligt sind, kann es sein, dass manche Fragen sich ähneln, wir bitten Sie dennoch den gesamten Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.**

#### **Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Bitte lesen Sie sich die jeweilige Frage einschließlich der Antwortmöglichkeiten vor der Beantwortung vollständig durch.
- Die Mehrzahl der Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten. Setzen Sie Ihr Kreuz einfach in die dafür vorgesehenen Kästchen.

- **Beispiel:**    Nein .....   
                      Ja .....

- Nach vielen Fragen finden Sie in Klammern weitere Bearbeitungshinweise.

- **Beispiel: Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)**  
Falls Sie aus Versehen ein Kreuz an der falschen Stelle gesetzt haben, schwärzen Sie bitte das falsche Kästchen.

- **Beispiel:**    Nein .....   
                      Ja .....

- Für die Beantwortung vieler Fragen finden sich im Fragebogen sogenannte Skalen. Mit diesen können Sie Ihre Antwort zwischen zwei inhaltlichen Positionen abstimmen, im Beispiel etwa zwischen „Starke Ablehnung“ oder „Starke Zustimmung“.

**Beispiel:**

Starke Ablehnung	1	2	3	4	5	6	7	Starke Zustimmung
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

- An einigen Stellen des Fragebogens bitten wir Sie, Ihre Antworten frei zu formulieren. Verwenden Sie in diesen Fällen die dafür vorgesehenen Linien.

**Beispiel: (Bitte notieren)**

---

- Sollte bei einer Frage einmal keine Antwortmöglichkeit für Sie treffen, lassen Sie diese leer.

**Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?**

1.	Wo sind Sie überwiegend aufgewachsen?	altes Bundesgebiet.....	<input type="checkbox"/>
		Neue Bundesländer.....	<input type="checkbox"/>
		Im Ausland.....	<input type="checkbox"/>
2.	In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?	In Deutschland.....	<input type="checkbox"/>
	<b>Mutter? ➔</b>	In einem anderen Land.....	<input type="checkbox"/>
	<b>Vater? ➔</b>	In Deutschland.....	<input type="checkbox"/>
		In einem anderen Land.....	<input type="checkbox"/>
3.	Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?	Seit Ihrer Geburt.....	<input type="checkbox"/>
		Jahreszahl:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**4. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01	wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Wie ich mich im Allgemeinen fühle...**

	Fast nie	Manchmal	Oft	Fast immer
01 Es ärgert mich, wenn ich mich unverstanden fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Wie ich im Allgemeinen reagiere oder handele, wenn ich verärgert oder wütend bin...</b>	Fast nie	Manchmal	Oft	Fast immer
02 Ich greife andere Menschen persönlich an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich bin weit mehr verärgert als andere es wahrnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich bemühe mich, wieder ruhig zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7. Im folgenden Fragebogen finden Sie Beschreibungen von Verhaltensweisen, die Sie vielleicht schon einmal bei sich selbst feststellen konnten. Um beurteilen zu können, inwieweit eine solche Beschreibung auf Sie zutrifft oder nicht, sind verschiedene Antwortstufen von „trifft nicht zu“ bis „trifft immer zu“ aufgeführt. Bitte kreuzen Sie immer das Kästchen an, welches Ihrem Verhalten in den gefragten alltäglichen Situationen am meisten entspricht.**

		trifft nicht zu						trifft immer zu	
		1	2	3	4	5	6		
01	Ich schweife mit den Gedanken ab, auch wenn ich eigentlich zuhören möchte.	<input type="checkbox"/>							
02	Ich handle oft erst und denke dann später über die Konsequenzen nach.	<input type="checkbox"/>							
03	Andere Leute haben Schwierigkeiten, mit meinen Launen umzugehen.	<input type="checkbox"/>							
04	Ich gerate schneller in Stress als andere.	<input type="checkbox"/>							
05	Nach einem arbeitsreichen Tag habe ich Schwierigkeiten mich zu entspannen.	<input type="checkbox"/>							
06	Personen, die mich gut kennen, beschreiben mich als misstrauisch.	<input type="checkbox"/>							
07	Wenn ich abends im Bett liege, komme ich nur schwer zur Ruhe.	<input type="checkbox"/>							
08	Meine Stimmung hängt stark von dem ab, was um mich herum passiert.	<input type="checkbox"/>							
09	Ich stehe häufig „unter Strom“ oder innerer Anspannung.	<input type="checkbox"/>							
10	Ich verletze andere oft, ohne es zu wollen.	<input type="checkbox"/>							
11	In stressigen Momenten fällt es mir schwer einen kühlen Kopf zu bewahren.	<input type="checkbox"/>							
12	Ich verlege häufig Dinge.	<input type="checkbox"/>							
13	Ich weiß oft nicht wohin mit meiner ganzen Energie.	<input type="checkbox"/>							
14	Wenn ich etwas sehe, was mir gefällt, kaufe ich es, ohne auf den Preis zu schauen.	<input type="checkbox"/>							
15	Im Straßenverkehr verhalte ich mich hektisch und unaufmerksam.	<input type="checkbox"/>							
16	Ich habe Schwierigkeiten, meine Arbeit zu organisieren.	<input type="checkbox"/>							
17	Ich platze mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt worden ist.	<input type="checkbox"/>							
18	Manchmal habe ich den Eindruck, meinen Gefühlen hilflos ausgeliefert zu sein.	<input type="checkbox"/>							
19	Bei Auseinandersetzungen werde ich schnell handgreiflich.	<input type="checkbox"/>							
20	Wenn mich jemand ärgert, sage ich oft Dinge, die mir hinterher leidtun.	<input type="checkbox"/>							
21	Manchmal bin ich so niedergeschlagen, dass mich kaum etwas aufheitern kann.	<input type="checkbox"/>							
22	Ein stressiger Alltag bringt mich schnell aus der Ruhe.	<input type="checkbox"/>							
23	Ich habe Schwierigkeiten, das Erledigen mehrerer Aufgaben zu organisieren.	<input type="checkbox"/>							
24	Ich vergesse Dinge zu erledigen, die ich mir vorgenommen habe.	<input type="checkbox"/>							
25	Ich bin leicht aus der Ruhe zu bringen.	<input type="checkbox"/>							

- 8. Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre emotionalen Reaktionen auf soziale Situationen. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, wie sehr diese auf Sie zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Kreuzen Sie bei jeder Aussage immer nur ein Kästchen an.**

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
01 Zurückweisungen durch andere Personen verletzen mich sehr.	<input type="checkbox"/>				
02 Wenn mir jemand eine Bitte abschlägt, verletzt das meine Gefühle.	<input type="checkbox"/>				
03 Wenn ich durch eine Gruppe ausgeschlossen werde, kränkt mich das sehr.	<input type="checkbox"/>				
04 Nach einer Zurückweisung fühle ich mich körperlich schlecht.	<input type="checkbox"/>				
05 Wenn mich auf einer Feier ein Bekannter nicht beachtet, kränkt mich das.	<input type="checkbox"/>				
06 Der Gedanke „Mit mir will keiner was zu tun haben“ belastet mich sehr.	<input type="checkbox"/>				
07 Wenn mich jemand ignoriert, verletzt mich das sehr.	<input type="checkbox"/>				
08 Auf Trennungen reagiere ich mit starken Gefühlen von Verletztheit und Traurigkeit.	<input type="checkbox"/>				
09 Wenn ich mich zurückgewiesen fühle, nehme ich eine innere Anspannung wahr.	<input type="checkbox"/>				
10 Wenn mich ein Bekannter nicht zurück grüßt, fühle ich mich abgelehnt.	<input type="checkbox"/>				
11 Wenn sich jemand aus der Gruppe nicht persönlich von mir verabschiedet, fühle ich mich vor den Kopf gestoßen.	<input type="checkbox"/>				
12 Wenn sich ein Freund von mir distanziert, fühle ich mich stark zurückgewiesen.	<input type="checkbox"/>				
13 Ich habe oft das Gefühl, nicht dazu zu gehören.	<input type="checkbox"/>				
14 Wenn ich das Gefühl habe, dass sich ein Kollege von mir zurückzieht, fühle ich mich abgelehnt.	<input type="checkbox"/>				
15 Wenn mir jemand eine Abfuhr erteilt, fühle ich mich vor den Kopf gestoßen.	<input type="checkbox"/>				
16 Wenn mich jemand versetzt oder vergeblich warten lässt, kränkt mich das.	<input type="checkbox"/>				
17 Wenn ein Kollege an einem Tag nicht so viel mit mir spricht wie sonst, fühle ich mich sofort zurückgewiesen.	<input type="checkbox"/>				
18 Wenn jemand ohne einen triftigen Grund ein Treffen absagt, fühle ich mich zurückgewiesen.	<input type="checkbox"/>				

**9. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?**

	Ja	Nein
01 Gehen Sie Ihren eigenen Weg, auch wenn es manchmal schwer ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Können Sie schwierige Probleme immer lösen, wenn Sie sich richtig anstrengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Wenn Sie ein Ziel erreichen möchten, schaffen Sie das auch ganz einfach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Manchmal passieren Sachen, die vorher nicht geplant waren. Wissen Sie dann immer, was Sie tun sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Manchmal passieren Sachen, die vorher nicht geplant waren. Kommen Sie damit zurecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Bleiben Sie auch bei schwierigen Problemen ruhig, weil Sie immer wissen, was Sie gut können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Kommen Sie schon klar, egal was passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Finden Sie für jedes Problem eine Lösung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Können Sie gut damit umgehen, wenn eine neue Sache auf Sie zukommt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Können Sie ein Problem alleine gut lösen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie irgendwann einmal ein einschneidendes Ereignis erlebt, das Sie nachhaltig geärgert, verbittert, gekränkt hat, und dass Sie weiterhin fortlaufend beschäftigt? D.h. bei dem Ihnen vom Gefühl her „die Galle hochkommt“, wenn Sie daran denken? z.B. Scheidung, Umzug, Kündigung, schwerer Konflikt, Hintergangenwerden, ausgebleibende Beförderung, schwere Beleidigung, schwerer gesellschaftlicher Missstand oder Ungerechtigkeit

10. Bitte geben Sie die Art des ungerechten / kränkenden / verbitternden Ereignisses an, an das Sie denken.	Über- oder Hintergangen werden/ Ungerechtigkeit durch eine im Privaten wichtige Person: <input type="checkbox"/>
Falls es mehrere Ereignisse sind, bitte nehmen Sie Bezug auf dasjenige, dass Sie aktuell am meisten beschäftigt.	Über- oder Hintergangen werden/ Ungerechtigkeit durch eine beruflich wichtige Person: <input type="checkbox"/>
Bitte benennen Sie das Ereignis kurz in eigenen Worten.	Anderes persönliches Ereignis oder Schicksalsschlag: <input type="checkbox"/>
	Über- oder Hintergangen werden / Ungerechtigkeit durch eine Institution: <input type="checkbox"/>
	(Mit)Erleben einer gesamtgesellschaftlichen Ungerechtigkeit: <input type="checkbox"/>
	Ich habe kein Ereignis erlebt, das mich in nachhaltiger Weise negativ beeindruckt <input type="checkbox"/>
	.....→.....→..... → bitte weiter bei Frage 12

11. Hier geht es nun um das von Ihnen genannte Ereignis.

Bitte beantworten Sie die folgenden Aussagen und kreuzen Sie die für Sie zutreffende Spalte an.

In den vergangenen Jahren hatte ich ein einschneidendes (aber lebensübliches) Lebensereignis zu verkraften, (z.B. Scheidung, Umzug, Kündigung, Konflikt, Hintergangen-werden, ausgebliebene Beförderung, schwere Beleidigung, schwerer gesellschaftlicher Missstand) ...

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu	Trifft voll zu
	0	1	2	3	4
01 das mich äußerst gekränkt oder verbittert hat.	<input type="checkbox"/>				
02 wodurch sich meine psychische Befindlichkeit deutlich und bis heute negativ verändert hat.	<input type="checkbox"/>				
03 das aus meiner Sicht äußerst ungerecht oder nicht fair war.	<input type="checkbox"/>				
04 an das ich immer wieder denken muss.	<input type="checkbox"/>				
05 das mich heftig aufregt, wenn ich daran erinnert werde.	<input type="checkbox"/>				
06 das in mir Gedanken an Rache auslöst.	<input type="checkbox"/>				
07 wegen dem ich mir Vorwürfe mache und ärgerlich auf mich selbst bin.	<input type="checkbox"/>				
08 weswegen ich häufiger das Gefühl habe, dass es keinen Sinn macht, Dinge anzupacken und sich anzustrengen.	<input type="checkbox"/>				
09 durch das meine Stimmung häufig niedergeschlagen und gedrückt ist.	<input type="checkbox"/>				

Fortsetzung von Frage 11.  
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu	Trifft voll zu
	0	1	2	3	4
10 das dazu geführt hat, dass ich mich in allgemein schlechter körperlicher Verfassung fühle.	<input type="checkbox"/>				
11 weswegen ich bestimmte Orte oder Personen meide, um nicht daran erinnert zu werden.	<input type="checkbox"/>				
12 dem gegenüber ich mich ohnmächtig und hilflos ausgeliefert fühle.	<input type="checkbox"/>				
13 das in mir Gefühle der Genugtuung auslöst, beim Gedanken, der Verursacher würde einmal Ähnliches erleiden.	<input type="checkbox"/>				
14 das dazu geführt hat, dass meine Kraft und mein Antrieb reduziert und nicht mehr wie früher sind.	<input type="checkbox"/>				
15 das dazu geführt hat, dass ich gereizter bin als früher.	<input type="checkbox"/>				
16 weshalb ich mich ablenken muss, wenn ich vorübergehend eine normale und ausgeglichene Stimmung erleben will.	<input type="checkbox"/>				
17 das dazu geführt hat, dass ich meinen beruflichen und/oder familiären Aktivitäten nicht mehr wie früher nachgehe.	<input type="checkbox"/>				
18 das dazu geführt hat, dass ich mich von Freunden und geselligen Aktivitäten zurückgezogen habe.	<input type="checkbox"/>				
19 zu dem sich mir immer wieder belastende Erinnerungen aufdrängen.	<input type="checkbox"/>				

12. Bitte beurteilen Sie im Folgenden, wie Sie mit den jeweiligen Anforderungen zureckkommen.  
Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

#### 01. Anpassung an Regeln und Routinen

Wie gut können Sie sich an Regeln halten, z.B. vorgeschriebene Arbeitsabläufe und Dienstwege einhalten, pünktlich zu Terminen erscheinen, Vereinbarungen einhalten?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 02. Planung und Strukturierung von Aufgaben

Wie gut sind Sie darin, Dinge zu planen? Also Ihren Tagesablauf zu organisieren, oder festzulegen, was Sie in einer Woche wann erledigen müssen, welche Erledigungen oder Arbeiten vorrangig sind? Können Sie angemessene Zeit für die einzelnen Dinge einplanen?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 03. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit

Wie gut gelingt es Ihnen, mit Veränderungen zurecht zu kommen, z.B. Änderung von Arbeitsabläufen, neues Büro, neue/r Kollege/in, neue Computerprogramme oder Techniken? Wie geht es Ihnen mit kurzfristigen Terminveränderungen? Oder wenn Sie plötzlich irgendwo anders hinzüssen? Wie geht es Ihnen, wenn Sie bei einer Sache unterbrochen werden (z.B. Telefon klingelt) und wenn Sie spontan etwas Dazwischenkommendes erledigen sollen?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 04. Kompetenz- und Wissensanwendung

Können Sie Ihr Wissen und Ihre Erfahrung anwenden, wenn es gefragt ist, bspw. bei der Arbeit die Dinge so erledigen, wie es Ihrer Ausbildung oder Ihrem eigentlichen Fachwissen entspricht?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 05. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit

Wie gut kann man sich auf Ihre Einschätzungen, Ihren Rat oder Ihre Entscheidungen verlassen? Kommen Sie üblicherweise auf der Basis vorliegender Informationen zu Schlussfolgerungen, die andere auch für sinnvoll und überzeugend halten?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 06. Proaktivität und Spontanaktivitäten

Wie gut gelingt es Ihnen in die Gänge zu kommen, eigene Initiativen zu ergreifen, von sich aus Dinge anzuregen und anzufangen, beispielsweise spontane Verabredungen, Freizeitaktivitäten, im Haushalt oder auch bei der Arbeit?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 07. Widerstands- und Durchhaltefähigkeit

Wie gut sind Sie darin bei der Stange zu bleiben oder Stress zu widerstehen, beispielsweise einen Arbeitstag durchzuhalten, sich von Widrigkeiten nicht beeindrucken zu lassen oder begonnene Aktivitäten auch dann fortzusetzen, wenn es schwer fällt?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 08. Selbstbehauptungsfähigkeit

Wie gut können Sie anderen Menschen gegenüber Ihre Meinung vertreten, ohne dass Sie anderen unangemessen auf die Füße treten oder sich selbst zu klein machen? Können Sie andere manchmal dazu bringen, dass sie tun was Sie selbst möchten, andere für sich einnehmen? Können Sie sich durchsetzen, wenn Sie in einer Position sind, die das erfordert?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 09. Gesprächs- und Kontaktfähigkeit zu Dritten

Wie gut gelingt es Ihnen, auf andere Menschen zuzugehen, mit anderen ins Gespräch zu kommen, sich unbefangen auf Smalltalk-Gespräche einzulassen und bei anderen den Eindruck zu erwecken, dass Sie ein guter Gesprächspartner sind?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 10. Gruppenfähigkeit

Wie gut kommen Sie in Gruppen zurecht, also in Arbeitsteams, in privaten Cliquen oder im Freundeskreis? Können Sie sich in Gruppengespräche einbringen, sich aber auch angemessen zurückhalten und den Gruppenzusammenhalt fördern?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 11. Fähigkeit zu engen Beziehungen

Wie gut gelingt es Ihnen, enge vertrauliche Beziehungen mit nahestehenden Menschen aufzubauen und zu halten? Wie geht es Ihnen in einer Partnerschaft oder wenn Sie im engeren Familienkreis zusammen sind? Sind Sie ein Familienmensch, jemand, dem sich enge Freunde und Angehörige anvertrauen und auf den man sich verlassen kann?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 12. Selbtpflege und Selbstversorgung

Wie gut sind Sie darin, auf sich und Ihr Äußeres zu achten, sich der Jahreszeit und dem Anlass entsprechen zu kleiden oder sich ausgewogen zu ernähren? Wie gut gelingt es Ihnen für Erholung zu sorgen und die gesundheitlichen Bedürfnisse Ihres Körpers wahrzunehmen? Treiben Sie regelmäßig Sport bzw. achten auf ausreichend Bewegung?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 13. Mobilität und Verkehrsfähigkeit

Können Sie sich angemessen bewegen, bücken, Treppen steigen, spazieren gehen? Können Sie hingehen, wohin sie müssen, ohne Probleme einkaufen, und übliche Verkehrsmittel, wie Auto, Bus oder Bahn benutzen?

Das ist eindeutig eine Stärke von mir	Da bin ich besser als die meisten	Das kann ich ganz gut	Das geht schon irgendwie	Das klappt nicht immer	Deswegen gibt es schon mal Probleme	Da müssen mir andere helfen	Das kann ich gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 13. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Situationen, Gedanken und Gefühle, die man im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz erleben kann. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Ausmaß diese Aussagen auf Sie persönlich in Ihrer eigenen Arbeitssituation zutreffen.**

**Wenn Sie aktuell nicht beschäftigt sind, denken Sie bitte an Ihre zuletzt erlebte Arbeitssituation und wie es Ihnen jetzt damit gehen würde, wenn Sie jetzt an diesen Arbeitsplatz zurückgehen würden.**

**Sollten Sie in mehreren Arbeitsverhältnissen gleichzeitig stehen und somit mehrere verschiedene Arbeitsplätze oder Kollegenkreise parallel haben, so überlegen Sie bitte, welcher dieser Bereiche den größten Einfluss auf Ihr Befinden und Ihr Alltagsleben hat und beziehen Sie Ihre Antworten auf diesen Arbeitsplatz bzw. -bereich.**

	<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	Trifft gar nicht zu					Trifft voll zu	
		0	1	2	3	4		
01	Wenn ich an meinen Arbeitsplatz denke, merke ich, wie sich alles in mir anspannt.	<input type="checkbox"/>						
02	Bei der Vorstellung, an diesem Arbeitsplatz einen kompletten Arbeitstag durchzustehen zu müssen, bekomme ich Panikgefühle.	<input type="checkbox"/>						
03	In bestimmten Situationen am Arbeitsplatz befürchte ich, ich könnte körperliche Symptome bekommen, wie z. B. Erröten, Zittern, Schwitzen, Herzrasen.... .	<input type="checkbox"/>						
04	Lieber laufe ich einen Umweg, als dass ich die Straße entlanggehe, in der sich meine Arbeitsstelle befindet.	<input type="checkbox"/>						
05	Im Allgemeinen habe ich vor Arbeitstagen einen deutlich schlechteren Schlaf als vor Nicht-Arbeitstagen.	<input type="checkbox"/>						
06	Es kostet mich Überwindung, öffentliche Orte (z.B. örtlicher Supermarkt) aufzusuchen, an denen ich Arbeitskollegen oder Vorgesetzte treffen könnte.	<input type="checkbox"/>						
07	Wenn irgend möglich, meide ich es, mich in die Nähe meiner Arbeitsstelle zu begeben.	<input type="checkbox"/>						
08	Ich musste mich ein oder mehrere Male krankschreiben lassen, weil ich die Probleme an meinem Arbeitsplatz nicht länger ertragen können.	<input type="checkbox"/>						
09	Auf dem Weg hin zu meiner Arbeitsstelle würde ich am liebsten umdrehen.	<input type="checkbox"/>						
10	Nach der Arbeit beeile ich mich mehr als andere, bloß schnell von allem dort wegzukommen.	<input type="checkbox"/>						
11	Während ich arbeite, bin ich ständig auf der Hut, was als nächstes passieren könnte.	<input type="checkbox"/>						
12	Ich erlebe starke Befindlichkeitsstörungen oder Unbehagen, wenn ich an meinem Arbeitsplatz <u>bin</u> .	<input type="checkbox"/>						
13	Ich erlebe starke Befindlichkeitsstörungen oder Unbehagen, wenn ich an meinen Arbeitsplatz <u>denke</u> .	<input type="checkbox"/>						

- 14. Wie viele Wochen waren Sie in den vergangenen 12 Monaten arbeitsunfähig („krankgeschrieben“)?**

--	--

Wochen

Ich war in den letzten 12 Monaten nicht arbeitsunfähig ....

**15. Wie werden Sie von den Arbeitskollegen/-innen behandelt? Wie stark stimmen Sie folgenden Aussagen zu?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	trifft nicht zu (nicht berufstätig)
01	Ich werde von den anderen wie „Luft“ behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Hinter meinem Rücken wird schlecht über mich gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Meine Arbeitskollegen/-innen spielen mir übel mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich bin einem regelrechten Psychoterror ausgesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NUR AN ERWERBSTÄTIGE**

Alle Nichterwerbstätigen gehen bitte weiter zu Frage 18

**16. Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie diesen Aussagen zustimmen oder sie ablehnen.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Stimme gar nicht zu	Stimme eher gar nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll zu
01	Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf rum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Nutzen Sie die folgenden Antwortmöglichkeiten, um anzugeben, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder wie sehr Sie diese ablehnen.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft größtenteils nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft mittelmäßig zu	Trifft etwas zu	Trifft größtenteils zu	Trifft fast völlig zu
		1	2	3	4	5	6	7
01	Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wenn andere mich ansprechen, kommt es vor, dass ich mürrisch reagiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Selbst im Urlaub muss ich manchmal an Probleme bei der Arbeit denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich fühle mich ab und zu wie jemand, den man als Nervenbündel bezeichnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich bin schnell verärgert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Ich reagiere gereizt, obwohl ich es gar nicht will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Wenn ich müde von der Arbeit nach Hause komme, bin ich ziemlich nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## An Alle

**18. Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Aussagen an, wie häufig sie auf Sie im letzten Monat zugetroffen hat.**

Welche folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Immer
01 Ich habe ein starkes Verlangen nach Essen.	<input type="checkbox"/>				
02 Essen macht mir wenig Freude.	<input type="checkbox"/>				
03 Wenn ich zu essen angefangen habe, kann ich nicht mehr aufhören.	<input type="checkbox"/>				
04 Ich denke kaum ans Essen.	<input type="checkbox"/>				
05 Etwas zu essen, ist wie der Himmel auf Erden.	<input type="checkbox"/>				
06 Es fällt mir leicht zu begrenzen, was oder wie viel ich esse.	<input type="checkbox"/>				
07 Ich habe ständig Appetit.	<input type="checkbox"/>				
08 Ich genieße Essen viel mehr als die meisten anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>				
09 Mein Essverhalten ist völlig außer Kontrolle.	<input type="checkbox"/>				

**19. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage eine Nahrungsmenge gegessen, die andere Menschen als ungewöhnlich groß ansehen würden (unter ähnlichen Umständen)?**

--	--	--

Mal

**20. In wie vielen dieser Situationen, in denen Sie zu viel gegessen haben, hatten Sie das Gefühl, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben (während des Essens)?**

--	--	--

Mal

**21. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Erbrechen selbst herbeigeführt, Abführmittel eingenommen oder in einer „getrieben“ oder „zwanghaften“ Weise Sport getrieben, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?**

--	--	--

Mal

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage). Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an.

22. An wie vielen der <u>letzten 28 Tage</u> ...	kein Tag	1–5 Tage	6–12 Tage	13–15 Tage	16–22 Tage	23–27 Tage	jeden Tag
01 haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="checkbox"/>						
02 haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="checkbox"/>						
03 hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="checkbox"/>						
04 haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="checkbox"/>						
05 hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="checkbox"/>						

23. Während der <u>letzten vier Wochen (28 Tage)</u> ...	niemals	in seltenen Fällen	in weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
01 in wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? <i>(Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Während der <u>letzten vier Wochen (28 Tage)</u> ...	überhaupt nicht	leicht	mäßig	deutlich
01 wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <u>Gewicht</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Wie groß sind Sie? <i>(Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
---	----------------------	----------------------	----------------------	----

26. Wie viel wiegen Sie derzeit? <i>(Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
---	----------------------	----------------------	----------------------	----

**Wir möchten Sie nach Ihrer Meinung zu vegetarischer und veganer Ernährung fragen.**  
**(VEGETARISCH=Verzicht auf Fleisch- und Wurstwaren, Verzehr von pflanzlichen Lebensmitteln, aber auch von Milchproduktion;**  
**VEGAN=Verzicht auf alle Lebensmittel tierischen Ursprungs, d.h. Verzehr von ausschließlich pflanzlichen Lebensmitteln).**

27. <i>Ernähren Sie sich aktuell seit mindestens 2 Wochen bewusst vegetarisch?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>
<b><u>Wenn nein:</u></b>		
28. <i>Käme eine vegetarische Ernährung für Sie in Frage?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>

**29. Was denken Sie über eine vegetarische Ernährung bzw. über Menschen, die sich vegetarisch ernähren, also keine Wurst- und Fleischwaren essen? Bitte kreuzen Sie jeweils Ihre Meinung an.**

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft überhaupt nicht zu
01	Die vegetarische Ernährung ist völlig unbedenklich und gesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Die vegetarische Ernährung kann zu einem Nährstoffmangel führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Menschen, die sich vegetarisch ernähren, sind selten übergewichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Menschen, die sich vegetarisch ernähren, sind leistungsfähiger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Die vegetarische Ernährung kann die Entstehung von Erkrankungen verhindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Die vegetarische Ernährung schont die Umwelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Die vegetarische Ernährung leistet einen Beitrag zur artgerechten Tierhaltung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Menschen, die sich vegetarisch ernähren, werden belächelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Die vegetarische Ernährung schmeckt nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Die vegetarische Ernährung ist teuer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Menschen, die sich vegetarisch ernähren, tun dies aus ethisch-ökologischen Motiven heraus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. <i>Ernähren Sie sich aktuell seit mindestens 2 Wochen bewusst vegan?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>
<b><u>Wenn nein:</u></b>		
31. <i>Käme eine vegane Ernährung für Sie in Frage?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>

**32. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft überhaupt nicht zu
01 Die vegane Ernährung ist völlig unbedenklich und gesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Die vegane Ernährung kann zu einem Nährstoffmangel führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Menschen, die sich vegan ernähren, sind selten übergewichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Menschen, die sich vegan ernähren, sind leistungsfähiger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Die vegane Ernährung kann die Entstehung von Erkrankungen verhindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Die vegane Ernährung schont die Umwelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Die vegane Ernährung leistet einen Beitrag zur artgerechten Tierhaltung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Menschen, die sich vegan ernähren, werden belächelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Die vegane Ernährung schmeckt nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Die vegane Ernährung ist teuer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Menschen, die sich vegan ernähren, tun dies aus ethisch-ökologischen Motiven heraus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33. Bitte kreuzen Sie an: Wie sehr fühlten Sie sich in den letzten vier Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
01 Herzrasen oder Herzklopfen	<input type="checkbox"/>				
02 Beschwerden in der Herzgegend	<input type="checkbox"/>				
03 Atemnot ohne Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
04 Beschleunigte Atmung	<input type="checkbox"/>				
05 Heiße oder kalte Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>				
06 Trockener Mund	<input type="checkbox"/>				
07 Häufige ungeformte Stühle	<input type="checkbox"/>				
08 Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>				
09 Sich gebläht oder voller Luft oder aufgetrieben fühlen	<input type="checkbox"/>				
10 Durchfälle	<input type="checkbox"/>				
11 Häufiges Aufstoßen	<input type="checkbox"/>				
12 Übelkeit	<input type="checkbox"/>				
13 Brennen im Oberbauch oder in der Magengegend	<input type="checkbox"/>				
14 Schmerzen in Armen und Beinen	<input type="checkbox"/>				

Fortsetzung von Frage 33.  
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Über-haupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
15 Muskelkater oder Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>				
16 Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>				
17 Gefühl der Lähmung in Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>				
18 Rückenschmerz	<input type="checkbox"/>				
19 Wandernde Schmerzen	<input type="checkbox"/>				
20 Unangenehme Taubheit oder kribbeln	<input type="checkbox"/>				
21 Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/>				
22 Müdigkeit	<input type="checkbox"/>				
23 Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
24 Gedächtnisprobleme	<input type="checkbox"/>				
25 Schwindel	<input type="checkbox"/>				

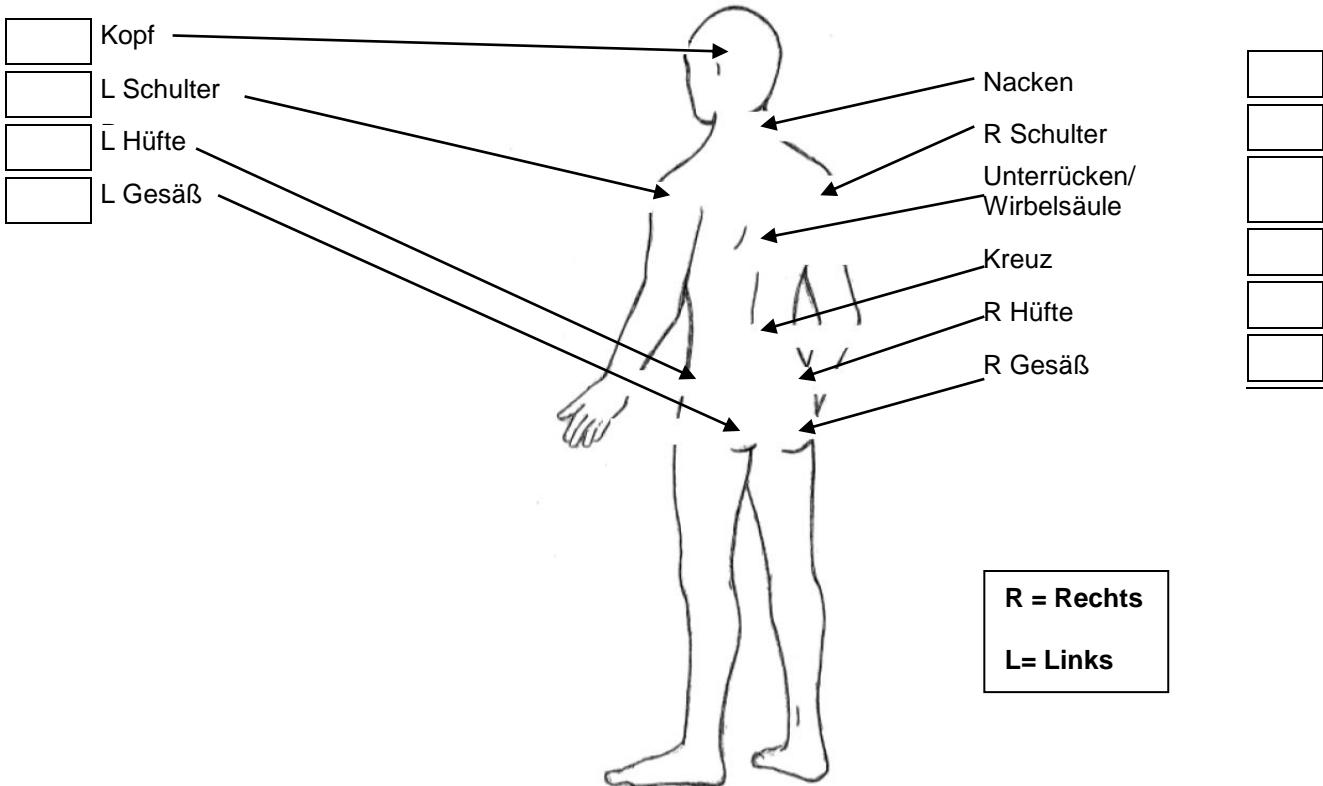
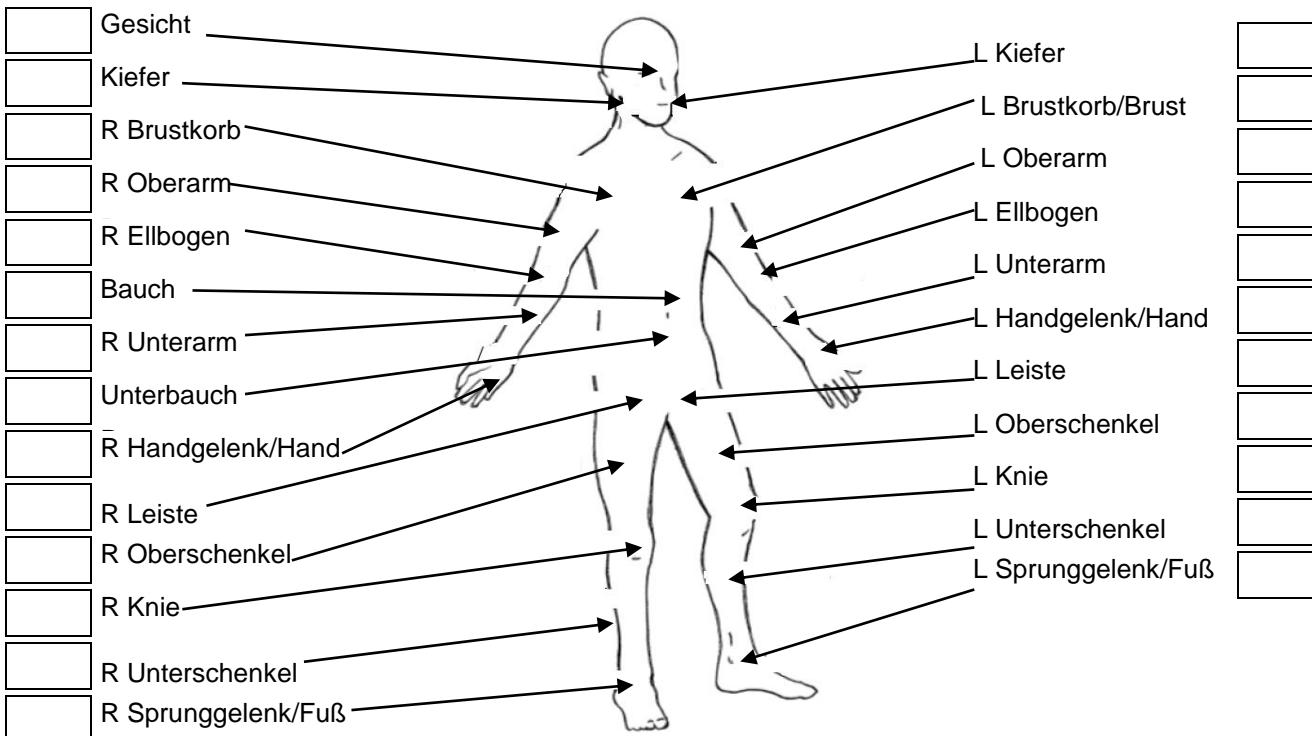
34.	Ja	Nein
01 Denken Sie, dass mit Ihrem Körper ernsthaft etwas nicht in Ordnung ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Machen Sie Sich viele Sorgen über Ihre Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Können Sie dem Arzt nur schwer glauben, wenn er Ihnen sagt, dass kein Grund zur Besorgnis besteht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Machen Sie sich oft Sorgen, möglicherweise eine ernsthafte Krankheit zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Werden Sie durch eine Vielzahl von Schmerzen geplagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Wenn Sie auf eine Krankheit aufmerksam gemacht werden (durch Radio, Fernsehen, Zeitung oder einen Bekannten), machen Sie sich dann Sorgen, dass Sie diese Krankheit auch bekommen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Finden Sie, dass Sie von einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome geplagt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
01 Bauchschmerzen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
02 Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
03 Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken	<input type="checkbox"/>				
04 Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
05 Schmerzen im Brustbereich oder Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>				
06 Schwindel	<input type="checkbox"/>				
07 Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>				
08 Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>				

36. Bitte überprüfen Sie auf der Abbildung **alle** Bereiche Ihres Körpers, in denen Sie **ständige oder häufig auftretende Schmerzen** in den **letzten 3 Monaten oder länger** (chronische Schmerzen) empfunden haben. Wenn Sie keine chronischen Schmerzen gehabt haben, dann kreuzen Sie bitte hier an:

Keine chronischen Schmerzen	
<input type="checkbox"/>	



<b>37.</b> Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	Ausgezeichnet .....	<input type="checkbox"/>
	Sehr gut .....	<input type="checkbox"/>
	Gut .....	<input type="checkbox"/>
	weniger gut .....	<input type="checkbox"/>
	Schlecht .....	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie bei Frage 36 chronische Schmerzen empfunden haben, dann beantworten Sie Frage 38, ansonsten gehen Sie bitte weiter zu Frage 39.

<b>38.</b> Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	Überhaupt nicht .....	<input type="checkbox"/>
	Etwas .....	<input type="checkbox"/>
	Mäßig .....	<input type="checkbox"/>
	Ziemlich .....	<input type="checkbox"/>
	Sehr .....	<input type="checkbox"/>
<i>(Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an)</i>		
<b>39.</b> Wurde bei Ihnen die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms durch einen Arzt gestellt?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>
<b>40.</b> Wurde bei Ihnen die Diagnose eines Reizdarmsyndroms durch einen Arzt gestellt?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>

**41.** Wird Ihr Gesundheitszustand gegenwärtig durch eine der folgenden Gesundheitsprobleme beeinträchtigt? Bitte beantworten Sie alle Fragen für die nachfolgenden Krankheiten.

Sind Sie dadurch in Ihrer Aktivität eingeschränkt?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Ja	Nein
01	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Gemütserkrankung oder Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Darmerkrankung, z. B. Morbus Crohn oder Kolitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Magengeschwür oder andere Magenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Blutarmut oder andere Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Entzündliches Rheuma, z. B. rheumatoide Arthritis oder Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Bauchspeicheldrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42. In der folgenden Liste ist eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte.**

Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der „nicht“-Spalte.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was für Sie zutrifft	Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:				
	nicht	kaum	einigermaßen	erheblich	stark
01 Rasche Erschöpfbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Druck- oder Völlegefühl im Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Herzklagen, -jagen oder -stolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**43. Wie sehr reagieren Sie auf die folgenden Dinge oder Situationen mit gesundheitlichen Beschwerden?**

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
01 Alltägliche chemische Geruchsstoffe (z.B. Parfums, Reinigungsmittel, Autoabgase)	<input type="checkbox"/>				
02 Elektromagnetische Strahlung (z.B. von Mobiltelefonen, WiFi-Routern, Sendemasten)	<input type="checkbox"/>				
03 Alltägliche Umgebungsgeräusche (z.B. Verkehrs-, Straßen- oder Fluglärm)	<input type="checkbox"/>				
04 Windräder zur Gewinnung von Windenergie, die nichthörbare Schallwellen („Infraschall“) erzeugen	<input type="checkbox"/>				
05 Aufenthalt in bestimmten Gebäuden (z.B. verunreinigte Lüftungs- oder Klimaanlage in Bürogebäuden)	<input type="checkbox"/>				

**44. Eine Vielzahl von Krankheiten, z.B. Brust- oder Darmkrebs, Alzheimer oder die Huntingtonsche Krankheit können erblich bedingt sein. Das heißt, diese Krankheiten beruhen auf Veränderungen in den Genen, die innerhalb der Familie von Generation zu Generation weitervererbt werden können. Mit Hilfe moderner genetischer Untersuchungen kann das Vorliegen eines Risikos für eine erblich bedingte Erkrankung untersucht werden. Solche Tests sind aber nicht unumstritten.**

**Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie Sie über das Durchführen solcher genetischer Untersuchungen denken.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Vollkommen einverstanden	Eher einverstanden	Eher nicht einverstanden	Überhaupt nicht einverstanden	Weiß nicht
01 Genetische Untersuchungen sollten allen zugänglich sein, die etwas über ihre Krankheit erfahren möchten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Genetische Untersuchungen sind akzeptabel, weil sie helfen können, die Kosten im Gesundheitswesen zu reduzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Genetische Untersuchungen sind akzeptabel, weil alle das Recht haben, über ihre Gene Bescheid zu wissen und damit das eigene Leben und die Gesundheit beeinflussen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von Frage 44.  
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Voll-kommen einver-standen	Eher einver-standen	Eher nicht einver-standen	Überhaupt nicht einver-standen	Weiß nicht
04 Genetische Untersuchungen sind akzeptabel, weil es durch neue Technologien möglich geworden ist, die zugrundeliegenden Ursachen genetischer Erkrankungen zu entdecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Genetische Untersuchungen sollten nicht in jedem Fall durchgeführt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Genetische Untersuchungen sind nicht akzeptabel, weil es wichtigere Probleme im öffentlichen Gesundheitswesen gibt, die Vorrang haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Genetische Untersuchungen sind nicht akzeptabel, weil die natürliche Ordnung respektiert werden sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Genetische Untersuchungen sind nicht akzeptabel, weil die Ergebnisse zur Diskriminierung von Personen mit Krankheitsgenen führen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Genetische Untersuchungen sind nicht akzeptabel, weil dadurch Abtreibungen häufiger werden könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>45.</b> (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Befürchte ich <u>über-haupt nicht</u>	Befürchte ich <u>wenig</u>	Befürchte ich <u>ein bisschen</u>	Befürchte ich <u>sehr</u>	Weiß nicht
01 Ich <b>befürchte</b> , dass die Ergebnisse von genetischen Untersuchungen für wissenschaftliche Zwecke ohne die Zustimmung der Betroffenen benutzt werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich <b>befürchte</b> , dass die Ergebnisse von genetischen Untersuchungen in die Hände von Dritten gelangen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich <b>befürchte</b> , dass genetische Untersuchungen zu Eugenik ("Erbhygiene") führen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>46.</b> Ich <b>vertraue</b> darauf, dass ich selbst entscheiden kann, welche genetischen Untersuchungen an mir durchgeführt werden und wie die Ergebnisse verwendet werden.	Voll-kommen	Meistens	Ein wenig	Überhaupt nicht	Weiß nicht
<b>47.</b> Einige Menschen sagen, dass genetische Untersuchungen einen wunderbaren medizinischen Fortschritt darstellen. Basierend auf Ihrem Wissen, meinen Sie, dass genetische Untersuchungen mehr Wohltaten als Schäden bringen werden, oder mehr Schäden als Wohltaten?	Mehr Wohltaten als Schäden ..... <input type="checkbox"/> Mehr Schäden als Wohltaten ..... <input type="checkbox"/>				
<b>48.</b> Wie viel wissen Sie, Ihrer Meinung nach, über Genetik?	Viel ..... <input type="checkbox"/> Nicht sehr viel ..... <input type="checkbox"/> Überhaupt nichts ..... <input type="checkbox"/> Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/>				

- 49. Bitte bearbeiten Sie die folgenden 8 Aussagen, indem Sie jedes Mal die eine Antwortmöglichkeit auswählen und die entsprechende Kategorie ankreuzen, von der Sie meinen, dass sie Sie am besten beschreibt;**

1 wenn Sie gar nicht zustimmen, 7 wenn sie völlig zustimmen. Die Mitte, d.h. wenn sie neutral oder unentschlossen sind, ist die 4.

**Denken Sie nicht zu viel darüber nach – Ihre spontanen Antworten sind gewöhnlich die besten.**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	Stimme gar nicht zu							Stimme völlig zu						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
01 Ich finde die Gedanken anderer verwirrend.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich weiß nicht immer, warum ich tue, was ich tue.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
03 Wenn ich wütend werde, sage ich Dinge, ohne wirklich zu wissen, warum ich sie sage.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
04 Wenn ich wütend werde, sage ich Dinge, die mir später leidtun.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
05 Wenn ich mich unsicher fühle, verhalte ich mich auf eine Weise, die andere irritieren kann.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
06 Manchmal tue ich Dinge, ohne wirklich zu wissen warum.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
07 Ich weiß immer, was ich fühle.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
08 Starke Gefühle machen es mir oft schwer, klare Gedanken zu fassen.	<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"/>	<input type="checkbox"/>

- 50. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, mit denen verschiedene Eigenschaften von Personen beschrieben werden. Bitte geben Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die im Allgemeinen auf Sie am besten zutrifft. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch im Erleben anders ist.**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
	01. Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Wenn man andere zu nahe an sich heran lässt, kann das gefährlich werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Ich kann mich anderen oft schwer verständlich machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. In mir herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass ich es gar nicht beschreiben könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Ich schätze manchmal falsch ein, wie mein Verhalten auf andere wirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Wenn andere viel über mich wissen, fühle ich mich oft irgendwie kontrolliert oder beobachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Meine Gefühle sind manchmal so intensiv, dass ich Angst bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von Frage 50. <i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
10. Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe kein gutes Selbstbewusstsein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Meine Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. <i>Wurde Ihnen geraten, zur Behandlung seelischer Probleme Medikamente einzunehmen?</i>	Ja.....			<input type="checkbox"/>	
	Nein..... → <b>weiter mit Frage 53</b>			<input type="checkbox"/>	
<b>Falls Ja</b>					
52. <i>Haben Sie diese Medikamente zur Behandlung seelischer Probleme über einen Zeitraum von min. 4 Wochen regelmäßig genommen?</i>	Ja.....			<input type="checkbox"/>	
	Nein.....			<input type="checkbox"/>	
	Weiß nicht/kann mich nicht erinnern			<input type="checkbox"/>	
53. <i>Haben Sie sich in den letzten 6 Jahren für eine psychotherapeutische Behandlung interessiert, ohne dass eine Behandlung stattgefunden hat</i>	Ja. Ich hatte Interesse.....			<input type="checkbox"/>	
	Nein..... → <b>weiter mit Frage 55</b>			<input type="checkbox"/>	
<b>Falls Ja</b>					
54. <i>Bitte nennen Sie uns die Gründe, warum eine Behandlung nicht stattgefunden hat.</i>  <i>(Mehrfachnennung möglich.)</i>	Ich habe nicht gewusst, wie ich an eine Behandlung komme.....			<input type="checkbox"/>	
	Ich empfand die Wartezeit als zu lang (voraussichtlich _____ Monate)			<input type="checkbox"/>	
	Ich habe keinen Therapieplatz gefunden.....			<input type="checkbox"/>	
	Ärzte/Therapeuten haben mir gesagt, ich brauche keine Therapie...			<input type="checkbox"/>	
	Mein Problem hat sich gelöst.....			<input type="checkbox"/>	
55. <i>Wenn Sie an einer psychischen Erkrankung leiden würden, an wen würden Sie sich außerhalb Ihrer Familie und Ihres Freundeskreises am ehesten wenden?</i>  <i>(Mehrfachnennung möglich.)</i>	Hausarzt/-ärztin.....			<input type="checkbox"/>	
	Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....			<input type="checkbox"/>	
	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.....			<input type="checkbox"/>	
	Psychologischer PsychotherapeutInn.....			<input type="checkbox"/>	
	Sozialarbeiter/Beratungsstelle.....			<input type="checkbox"/>	
	PfarrerIn.....			<input type="checkbox"/>	
	HeilpraktikerIn.....			<input type="checkbox"/>	
	Keinen der Aufgeführten.....			<input type="checkbox"/>	
	Weiß nicht.....			<input type="checkbox"/>	

<p><b>56.</b> Wenn Sie an stressbedingten körperlichen Beschwerden (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen u.a.) leiden würden, an wen würden Sie sich außerhalb Ihrer Familie und Ihres Freundeskreises am ehesten wenden?</p> <p>(Mehrfachnennung möglich.)</p>	Hausarzt/-ärztin.....	<input type="checkbox"/>
	Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	<input type="checkbox"/>
	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.....	<input type="checkbox"/>
	Psychologischer PsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/>
	Sozialarbeiter/Beratungsstelle.....	<input type="checkbox"/>
	PfarrerIn.....	<input type="checkbox"/>
	HeilpraktikerIn.....	<input type="checkbox"/>
	Keinen der Aufgeführten.....	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht.....	<input type="checkbox"/>	

<p><b>57.</b> Haben Sie in den letzten 6 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen?  Gemeint sind damit sowohl ambulante Psychotherapien als auch stationäre oder teilstationäre Behandlungen in Akutkrankenhäusern oder Rehabilitationskliniken.</p>	Ja, ich war in den letzten 6 Jahren in Behandlung.....	<input type="checkbox"/>
	Ja, ich bin aktuell noch in Behandlung.....	<input type="checkbox"/>
	Nein..... → weiter mit Frage 72	<input type="checkbox"/>

<b><u>Falls Ja,</u></b>		
<p><b>58.</b> Was trifft auf Sie zu?</p> <p>(Behandlungen nur in den letzten 6 Jahren einbeziehen)</p> <p>(Mehrfachnennung möglich.)</p>	Ich war in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung	<input type="checkbox"/>
	Ich war in einer psychosomatischen Klinik/Tagesklinik.....	<input type="checkbox"/>
	Ich war in einer psychiatrischen Klinik/Tagesklinik.....	<input type="checkbox"/>
	Ich war in einer psychosomatischen Kur bzw. Rehabilitationsklinik.....	<input type="checkbox"/>

**Die folgenden Fragen sollten Sie beantworten, wenn Sie eine oder mehrere Behandlung wegen psychischer Beschwerden in den letzten 6 Jahren in Anspruch genommen haben**

59. Welche der folgenden Bereiche haben Sie veranlasst Hilfe zu suchen? <i>(Mehrfachnennung möglich.)</i>	Angstzustände..... <input type="checkbox"/>
	Gedrückte oder schwankende Stimmung..... <input type="checkbox"/>
	Süchtiges Verhalten (z.B. Alkohol, Drogen, Spielsucht)..... <input type="checkbox"/>
	Störungen des Essverhaltens..... <input type="checkbox"/>
	Zwangshandlungen und/ oder Zwangsgedanken..... <input type="checkbox"/>
	Sexuelle Probleme/ Konflikte..... <input type="checkbox"/>
	Konflikte/ Probleme in der Partnerschaft..... <input type="checkbox"/>
	Probleme mit den Kindern oder anderen Familienangehörigen..... <input type="checkbox"/>
	Lern- und/ oder Arbeitsstörungen..... <input type="checkbox"/>
	Probleme am Arbeitsplatz..... <input type="checkbox"/>
	Psychosomatische Beschwerden (z.B. Kopf-, Bauchschmerzen)..... <input type="checkbox"/>
	Sexuelle Funktionsstörungen..... <input type="checkbox"/>
	Probleme, mit einer körperlichen Erkrankung fertig zu werden..... <input type="checkbox"/>
	Persönlichkeitsstörungen..... <input type="checkbox"/>
	andere Störungen/Probleme..... <input type="checkbox"/>

**60. Wie zufrieden waren/sind Sie mit der Behandlung Ihrer seelischen Probleme durch diese Behandler?**

	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	etwas unzu- frieden	sehr unzu- frieden	nicht zutreffend
01. Ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. psychosomatische Klinik/ Tagesklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. psychiatrische Klinik/ Tagesklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. psychosomatische Kur bzw. Rehabilitationsklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die folgenden Fragen beantworten Sie, wenn Sie in den letzten 6 Jahren eine ambulante psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben. (Ansonsten weiter mit Frage 72)  
(Falls Sie mehrere ambulante Psychotherapien hatten, beziehen Sie die Fragen auf die letzte Behandlung)**

61. Wann begann Ihre psychotherapeutische Behandlung?	Monat:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
	Jahr:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Weiß nicht/kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>
	Hatte in den letzten 6 Jahren <u>keine ambulante Psychotherapie</u> .....	<input type="checkbox"/> → weiter mit Frage 72

62.	<i>Haben Sie eine psychotherapeutische Sprechstunde zuvor genutzt?</i>	Ja	<input type="checkbox"/>				
		Nein	<input type="checkbox"/>				
		Weiß nicht/kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>				
63.	<i>Wann endete Ihre psychotherapeutische Behandlung?</i>	Monat:	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
		Jahr:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
		Die Behandlung findet noch statt ...	<input type="checkbox"/>				
		Weiß nicht/kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>				
64.	<i>Wie viele Behandlungsstunden umfasste Ihre Behandlung (bisher)?</i>	Stunden:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
		Weiß nicht/kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>				
65.	<i>Nachdem Sie sich für eine Psychotherapie entschieden hatten, wie lange hat es gedauert, bis das erste Gespräch mit einem Therapeuten/ einer Therapeutin stattgefunden hat?</i>  <i>(Gemeint ist die Wartezeit zwischen erster Kontaktaufnahme und dem Therapiebeginn)</i>	weniger als 1 Monat.....	<input type="checkbox"/>				
		1 bis weniger als 3 Monate.....	<input type="checkbox"/>				
		3 bis weniger als 7 Monate.....	<input type="checkbox"/>				
		7 bis weniger als 12 Monate.....	<input type="checkbox"/>				
		1 Jahr bis weniger als 2 Jahre.....	<input type="checkbox"/>				
		2 Jahre oder länger.....	<input type="checkbox"/>				
66.	<i>Welchem Berufsstand gehört Ihr Psychotherapeut/ Ihre Psychotherapeutin an?</i>	Psychologe/Psychologin.....	<input type="checkbox"/>				
		Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	<input type="checkbox"/>				
		Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.....	<input type="checkbox"/>				
		Facharzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.....	<input type="checkbox"/>				
		andere Berufsgruppen.....	<input type="checkbox"/>				
		weiß nicht/kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>				
67.	<i>Sahen/ Sehen Sie Ihre/n Psychotherapeut/In</i>	in Einzelsitzungen.....	<input type="checkbox"/>				
		zusammen mit Ihrer Familie/Partner	<input type="checkbox"/>				
		oder in Gruppensitzungen?.....	<input type="checkbox"/>				
68.	<i>Wie oft fanden/finden Ihre psychotherapeutischen Sitzungen überwiegend statt?</i>	Mehr als 3 mal pro Woche.....	<input type="checkbox"/>				
		2-3 mal pro Woche.....	<input type="checkbox"/>				
		1 mal pro Woche.....	<input type="checkbox"/>				
		2-3 mal pro Monat.....	<input type="checkbox"/>				
		1- mal pro Monat oder weniger.....	<input type="checkbox"/>				

**69. In welchem Ausmaß half/ hilft Ihnen die Behandlung laut Frage 61 bezüglich der Probleme, die Sie in die Behandlung führten?**

Bitte schätzen Sie das anhand der folgenden Abstufung ein:

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	es wurde viel besser	es wurde etwas besser	alles blieb unver- ändert	es wurde etwas schlimmer	es wurde viel schlimmer	nicht sicher
	1	2	3	4	5	6
01 Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 gedrückte oder schwankende Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Süchtiges Verhalten (z.B. Alkohol, Drogen, Spielsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Störungen des Essverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Zwangshandlungen und/ oder Zwangsgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Sexuelle Probleme/ Konflikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Konflikte/ Probleme in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Probleme mit den Kindern oder anderen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Lern- und/ oder Arbeitsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Probleme am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Psychosomatische Beschwerden (z.B. Kopf-, Bauchschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Sexuelle Funktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Probleme, mit einer körperlichen Erkrankung fertig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Persönlichkeitsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 andere Störungen/ Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**70. Wie beeinflusste die Behandlung laut Frage 61 die folgenden Lebensbereiche bei Ihnen?**

Bitte schätzen Sie das anhand der folgenden Abstufung ein:

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	es wurde viel besser	es wurde etwas besser	alles blieb unver- ändert	es wurde etwas schlimmer	es wurde viel schlimmer	nicht sicher
	1	2	3	4	5	6
01 Fähigkeit, sich auf zwischen-menschliche Beziehungen einzulassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Arbeitsproduktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Umgang mit dem alltäglichen Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 körperliches Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Lebensfreude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 persönliche Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Umgang mit anderen Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von Frage 70.  
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	es wurde viel besser	es wurde etwas besser	alles blieb unver- ändert	es wurde etwas schlimmer	es wurde viel schlimmer	nicht sicher
						6
10 Ihre Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Fähigkeit, Sexualität befriedigend zu erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Beziehung zu Ihrem Partner/Ihrer Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Beziehung zu Ihren Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Beziehungen im beruflichen Kontext	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. *Hat die psychotherapeutische Behandlung Ihre körperliche Gesundheit beeinflusst?*
- Meine Gesundheit hat sich verbessert.....   
 Meine Gesundheit hat sich verschlechtert.....   
 Es hatte keinen Einfluss auf meine Gesundheit..

Nachfolgend finden Sie einige Aussagen zu dem Thema „Verlust eines nahestehenden Menschen“

72. <i>Ist eine Person, der Sie nahestanden, verstorben?</i>	Nein	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 85
	Ja	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage 73

Bitte beziehen Sie sich bei den folgenden Fragen auf den für Sie belastendsten Verlust.

73. <i>In welcher Beziehung stand die verstorbene Person zu Ihnen?</i>	Kind.....	<input type="checkbox"/>
	Partner/in.....	<input type="checkbox"/>
	Elternteil.....	<input type="checkbox"/>
	Weiteres Familienmitglied.....	<input type="checkbox"/>
	Freund/in.....	<input type="checkbox"/>
74. <i>Wann ist die Person gestorben? Bitte geben Sie das Datum an, so genau es Ihnen möglich ist.</i>	Tag/Monat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
75. <i>Wie haben Sie den Verlust erlebt?</i>	erwartet.....	<input type="checkbox"/>
	unerwartet.....	<input type="checkbox"/>
	Keines von beidem/ beides.....	<input type="checkbox"/>

	<b>76.</b> (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Überhaupt nicht	Mindestens einmal	Mindestens einmal pro Woche	Mindestens einmal pro Tag	Mehrmals täglich
01	Wie oft hatten Sie im letzten Monat Sehnsucht oder starkes Verlangen nach der verstorbenen Person und es ging Ihnen schlecht dabei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Wie oft hatten Sie im letzten Monat intensive Gefühle von Schmerz, Wehmut oder Trauer in Bezug auf die verstorbene Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Falls die Fragen 76.01 und 76.02 mindestens einmal mit pro Tag oder häufiger beantwortet wurden:**

<b>77.</b> Dauern diese Erfahrungen seit mindestens sechs Monaten?	Nein.....	<input type="checkbox"/>
	Ja.....	<input type="checkbox"/>

	<b>78.</b> (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Überhaupt nicht	Mindestens einmal	Mindestens einmal pro Woche	Mindestens einmal pro Tag	Mehrmals täglich
01	Wie oft im letzten Monat versuchten Sie, die Erinnerung daran, dass die verstorbene Person tatsächlich nicht mehr da ist, von sich zu schieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Wie oft im letzten Monat waren Sie bezüglich des Verlustes fassungslos, schockiert oder benommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**79. Bitte geben Sie für jede Frage an, wie es Ihnen momentan geht (jeweils eine Antwort ankreuzen).**

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Überhaupt nicht	Kaum	Ein wenig	Ziemlich	sehr
01	Fühlen Sie sich ratlos bezüglich Ihrer Rolle im Leben oder als wüssten Sie nicht mehr, wer Sie sind (z.B. als ob ein Teil Ihrer Selbst gestorben wäre)	<input type="checkbox"/>				
02	Fällt es Ihnen schwer, Ihren Verlust zu akzeptieren?	<input type="checkbox"/>				
03	Fällt es Ihnen seit Ihrem Verlust schwer, anderen Menschen zu vertrauen?	<input type="checkbox"/>				
04	Sind Sie verbittert über Ihren Verlust?	<input type="checkbox"/>				
05	Glauben Sie, dass es jetzt schwierig für Sie ist, Ihr Leben weiterzuführen (z.B. neue Freunde zu finden, neue Interessen zu verfolgen)?	<input type="checkbox"/>				
06	Fühlen Sie sich wie betäubt seit Ihrem Verlust?	<input type="checkbox"/>				
07	Kommt Ihnen Ihr Leben seit Ihrem Verlust unerfüllt, leer oder bedeutungslos vor?	<input type="checkbox"/>				

<b>80.</b> Haben Sie eine deutliche Einschränkung Ihrer Fähigkeiten im sozialen, beruflichen oder in einem anderen Umfeld (z. B. bei der Bewältigung des Haushalts) bemerkt?	Nein.....	<input type="checkbox"/>
	Ja.....	<input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht	Mindestens einmal	Mindestens einmal pro Woche	Mindestens einmal pro Tag	Mehrmals täglich
<b>81.</b> Sind Sie so in Gedanken bei der verstorbenen Person, dass es Ihnen schwerfällt, die Dinge zu tun, die Sie normalerweise tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>82.</b> (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Überhaupt nicht	Kaum	Ein wenig	Ziemlich	sehr
01 Fühlen Sie sich schuldig in Bezug auf den Verlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Fällt es Ihnen schwer, sich gut an glückliche Momente mit Ihrer verstorbenen Person zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Fällt es Ihnen seit dem Verlust schwer, Glück, Zufriedenheit oder Freude zu erleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Sind Sie wütend über seinen/ihren Tod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Fällt es Ihnen schwer zu glauben, dass er/sie wirklich tot ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Fühlen Sie sich einsam, seitdem er/sie gestorben ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Wären Sie am liebsten tot, um bei der verstorbenen Person sein zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>83.</b> Äußert sich Ihre Trauer stärker als Sie es von Menschen in Ihrem Umfeld kennen?	Nein.....	<input type="checkbox"/>			
	Ja.....	<input type="checkbox"/>			
<b>84.</b> Waren Sie wegen dieser Beschwerden in Behandlung?	Keine Behandlung.....	<input type="checkbox"/>			
Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.	Beratung.....	<input type="checkbox"/>			
	Seelsorge.....	<input type="checkbox"/>			
	Psychotherapeutische Behandlung.....	<input type="checkbox"/>			
	Psychiatrische/neurologische Behandlung..	<input type="checkbox"/>			
	Hausärztliche oder fachärztliche Behandlung.....	<input type="checkbox"/>			

Diese Fragen betreffen Ihre sexuellen Gefühle und Reaktionen während der letzten vier Wochen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so ehrlich und präzise wie möglich. Ihre Antworten werden absolut vertraulich behandelt. Bei der Beantwortung gelten die folgenden Definitionen:

- Sexuelle Aktivität kann einschließen Zärtlichkeiten, Vorspiel, Masturbation, und Geschlechtsverkehr (miteinander schlafen).
- Geschlechtsverkehr ist definiert als das Eindringen des Penis in die Scheide.
- Sexuelle Stimulation schließt Situationen wie Vorspiel mit dem Partner, Selbstbefriedigung (Masturbation) oder sexuelle Phantasien ein.

Sexuelle Lust oder Interesse bedeutet, den Wunsch nach sexuellen Erlebnissen zu haben, die Bereitschaft, sich vom Partner zu sexueller Aktivität anregen zu lassen oder erotische Vorstellungen und Phantasien zu haben.

**NUR AN FRAUEN**

85.	<i>Wie oft fühlten Sie sexuelle Lust oder Interesse (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Fast immer oder immer .....	<input type="checkbox"/>
		Meistens (mehr als die Hälfte der Zeit).....	<input type="checkbox"/>
		Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) .....	<input type="checkbox"/>
		Gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/>
		Fast nie oder nie .....	<input type="checkbox"/>
86.	<i>Wie würden Sie die Stärke (den Grad) Ihrer sexuellen Lust einschätzen (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Sehr hoch .....	<input type="checkbox"/>
		Hoch.....	<input type="checkbox"/>
		Mittel .....	<input type="checkbox"/>
		Niedrig .....	<input type="checkbox"/>
		Sehr niedrig oder überhaupt nicht .....	<input type="checkbox"/>
87.	<i>Wie oft waren Sie sexuell erregt („angetörnt“) bei sexueller Aktivität oder Geschlechtsverkehr (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität .....	<input type="checkbox"/>
		Fast immer oder immer .....	<input type="checkbox"/>
		Meistens (mehr als die Hälfte der Zeit).....	<input type="checkbox"/>
		Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) .....	<input type="checkbox"/>
		Gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit)	<input type="checkbox"/>
		Fast nie oder nie .....	<input type="checkbox"/>
88.	<i>Wie würden Sie die Stärke (den Grad) Ihrer sexuellen Erregung bei sexueller Aktivität oder Geschlechtsverkehr einschätzen (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität .....	<input type="checkbox"/>
		Sehr hoch .....	<input type="checkbox"/>
		Hoch.....	<input type="checkbox"/>
		Mittel .....	<input type="checkbox"/>
		Niedrig .....	<input type="checkbox"/>
		Sehr niedrig oder keine Erregung.....	<input type="checkbox"/>

89.	<i>Wie zuversichtlich waren Sie, sexuell erregt zu werden bei sexueller Aktivität oder Geschlechtsverkehr (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität ..... ----- Sehr hohe Zuversicht ..... Hohe Zuversicht ..... Mittlere Zuversicht ..... Niedrige Zuversicht ..... Sehr niedrig oder keine Zuversicht .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
90.	<i>Wie oft waren Sie mit Ihrer Erregung bei sexueller Aktivität oder Geschlechtsverkehr zufrieden (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität ..... ----- Fast immer oder immer ..... Meistens (mehr als die Hälfte der Zeit)..... Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) ..... Gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit) Fast nie oder nie .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
91.	<i>Wie oft hatten Sie Lubrikationen (wurden Sie „feucht“) bei sexueller Aktivität oder Geschlechtsverkehr (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität ..... ----- Fast immer oder immer ..... Meistens (mehr als die Hälfte der Zeit)..... Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) ..... Gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit) Fast nie oder nie .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
92.	<i>Wie schwierig war es eine Lubrikation zu bekommen („feucht“ zu werden) bei sexueller Aktivität oder Geschlechtsverkehr (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität ..... ----- Extrem schwierig oder unmöglich..... Sehr schwierig ..... Schwierig ..... Etwas schwierig ..... Nicht schwierig .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
93.	<i>Wie oft konnten Sie die Lubrikation aufrecht erhalten („feucht“ bleiben) bis zum Ende der sexuellen Aktivität oder dem Geschlechtsverkehr (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität ..... ----- Fast immer oder immer ..... Meistens (mehr als die Hälfte der Zeit)..... Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) ..... Gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit) Fast nie oder nie .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
94.	<i>Wie schwierig war es, die Lubrikation aufrecht zu erhalten („feucht“ zu bleiben) bis zum Ende der sexuellen Aktivität oder dem Geschlechtsverkehr (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität ..... ----- Extrem schwierig oder unmöglich..... Sehr schwierig ..... Schwierig ..... Etwas schwierig ..... Nicht schwierig .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

95.	<i>Wie oft erreichten Sie bei sexueller Stimulation oder Geschlechtsverkehr einen Orgasmus (Höhepunkt) (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität ..... <input type="checkbox"/>
		Fast immer oder immer ..... <input type="checkbox"/>
		Meistens (mehr als die Hälfte der Zeit)..... <input type="checkbox"/>
		Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) ..... <input type="checkbox"/>
		Gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit) ..... <input type="checkbox"/>
		Fast nie oder nie ..... <input type="checkbox"/>
96.	<i>Wie schwierig war es, bei sexueller Stimulation oder Geschlechtsverkehr einen Orgasmus (Höhepunkt) zu erreichen (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität ..... <input type="checkbox"/>
		Extrem schwierig oder unmöglich ..... <input type="checkbox"/>
		Sehr schwierig ..... <input type="checkbox"/>
		Schwierig ..... <input type="checkbox"/>
		Etwas schwierig ..... <input type="checkbox"/>
		Nicht schwierig ..... <input type="checkbox"/>
97.	<i>Wie zufrieden waren Sie bei sexueller Stimulation oder Geschlechtsverkehr mit Ihrer Fähigkeit, einen Orgasmus (Höhepunkt) zu erreichen (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität ..... <input type="checkbox"/>
		Sehr zufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Mäßig zufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Gleich zufrieden wie unzufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Mäßig unzufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Sehr unzufrieden ..... <input type="checkbox"/>
98.	<i>Wie zufrieden waren Sie mit dem Ausmaß an emotionaler (gefühlsmäßiger) Nähe zwischen Ihnen und Ihrem Partner (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität ..... <input type="checkbox"/>
		Sehr zufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Mäßig zufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Gleich zufrieden wie unzufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Mäßig unzufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Sehr unzufrieden ..... <input type="checkbox"/>
99.	<i>Wie zufrieden waren Sie mit der sexuellen Beziehung zu/ mit Ihrem Partner (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Sehr zufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Mäßig zufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Gleich zufrieden wie unzufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Mäßig unzufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Sehr unzufrieden ..... <input type="checkbox"/>
100.	<i>Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Sexualleben insgesamt (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Sehr zufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Mäßig zufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Gleich zufrieden wie unzufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Mäßig unzufrieden ..... <input type="checkbox"/>
		Sehr unzufrieden ..... <input type="checkbox"/>

<b>101.</b>	<i>Wie oft hatten Sie unangenehme Empfindungen oder Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs (vaginale Penetration) (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität ..... <input type="checkbox"/>
		Fast immer oder immer ..... <input type="checkbox"/>
		Meistens (mehr als die Hälfte der Zeit)..... <input type="checkbox"/>
		Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) ..... <input type="checkbox"/>
		Gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit) <input type="checkbox"/>
		Fast nie oder nie ..... <input type="checkbox"/>
<b>102.</b>	<i>Wie oft hatten Sie unangenehme Empfindungen oder Schmerzen nach dem Geschlechtsverkehr (vaginale Penetration) (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine sexuelle Aktivität ..... <input type="checkbox"/>
		Fast immer oder immer ..... <input type="checkbox"/>
		Meistens (mehr als die Hälfte der Zeit)..... <input type="checkbox"/>
		Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) ..... <input type="checkbox"/>
		Gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit) <input type="checkbox"/>
		Fast nie oder nie ..... <input type="checkbox"/>
<b>103.</b>	<i>Wie würden Sie die Stärke (den Grad) Ihrer unangenehmen Empfindungen oder Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr (vaginale Penetration) einschätzen (während der letzten 4 Wochen)?</i>	Keine Versuche des Geschlechtsverkehr .... <input type="checkbox"/>
		Sehr hoch ..... <input type="checkbox"/>
		Hoch..... <input type="checkbox"/>
		Mittel ..... <input type="checkbox"/>
		Niedrig..... <input type="checkbox"/>
		Sehr niedrig oder überhaupt keine ..... <input type="checkbox"/>

**NUR AN MÄNNER**

<b>104.</b>	<i>Im letzten Monat war Ihre Kontrolle über den Samenerguss beim Geschlechtsverkehr:</i>	Sehr gering ..... <input type="checkbox"/>
		Gering ..... <input type="checkbox"/>
		Mäßig ..... <input type="checkbox"/>
		Gut ..... <input type="checkbox"/>
		Sehr gut ..... <input type="checkbox"/>
<b>105.</b>	<i>Im letzten Monat war Ihre Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr:</i>	Sehr gering ..... <input type="checkbox"/>
		Gering ..... <input type="checkbox"/>
		Mäßig ..... <input type="checkbox"/>
		Gut ..... <input type="checkbox"/>
		Sehr gut ..... <input type="checkbox"/>
<b>106.</b>	<i>Wie hoch war im letzten Monat der Leidensdruck darüber, dass Sie beim Geschlechtsverkehr zu schnell zum Höhepunkt kommen?</i>	Extrem hoch..... <input type="checkbox"/>
		Hoch..... <input type="checkbox"/>
		Mäßig ..... <input type="checkbox"/>
		Ein wenig ..... <input type="checkbox"/>
		Extrem niedrig ..... <input type="checkbox"/>

<b>107.</b> Wie stark führte im letzten Monat die Tatsache, dass Sie beim Geschlechtsverkehr zu schnell zum Höhepunkt kommen, zu Problemen in Ihrer sexuellen Beziehung mit Ihrem Partner?	Überhaupt nicht .....	<input type="checkbox"/>
	Wenig/geringfügig .....	<input type="checkbox"/>
	Ziemlich.....	<input type="checkbox"/>
	Sehr.....	<input type="checkbox"/>
	Extrem stark.....	<input type="checkbox"/>

<b>108.</b> Wie hoch schätzen Sie Ihre Zuversichtlichkeit ein, bei sexueller Erregung eine Erektion zu bekommen und aufrecht erhalten zu können?	Sehr niedrig	Niedrig	Moderat	Hoch	Sehr hoch
	<input type="checkbox"/>				

<b>109.</b> Wie häufig war Ihre Erektion nach sexueller Stimulation hart genug für eine Penetration?	Fast nie/ nie	Selten (seltener als in der Hälfte der Fälle)	Manchmal (etwa in der Hälfte der Fälle)	Meistens (häufiger als in der Hälfte der Fälle)	Fast immer/ immer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>110.</b> Wie häufig konnten Sie Ihre Erektion beim Geschlechtsverkehr aufrecht erhalten, nachdem Sie in Ihre Partnerin eingedrungen waren?	Fast nie/ nie	Selten (seltener als in der Hälfte der Fälle)	Manchmal (etwa in der Hälfte der Fälle)	Meistens (häufiger als in der Hälfte der Fälle)	Fast immer/ immer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>111.</b> Wie schwierig ist es für Sie, Ihre Erektion bis zum Ende des Geschlechtsverkehrs aufrecht zu halten?	Extrem schwierig	Sehr schwierig	Schwierig	Wenig schwierig	Überhaupt nicht schwierig
	<input type="checkbox"/>				

<b>112.</b> Wie oft würden Sie den Geschlechtsverkehr mit Ihrer Partnerin als befriedigend einstufen?	Fast nie/ nie	Selten (seltener als in der Hälfte der Fälle)	Manchmal (etwa in der Hälfte der Fälle)	Meistens (häufiger als in der Hälfte der Fälle)	Fast immer/ immer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>113.</b> <u>Für Männer:</u> Haben Sie jemals potenzsteigernde Medikamente zur Verbesserung oder zum Erreichen einer Erektion genommen?	Sehr niedrig	Niedrig	Moderat	Hoch	Sehr hoch
	<input type="checkbox"/>				

<b>114.</b> <u>Für Frauen:</u> Haben Sie jemals luststeigernde Mittel genommen?	Sehr niedrig	Niedrig	Moderat	Hoch	Sehr hoch
	<input type="checkbox"/>				

<b>115.</b> <u>Für Alle:</u> Wann hatten Sie Ihren letzten Geschlechtsverkehr?	Noch nie	Innerhalb der letzten 4 Wochen	Innerhalb des letzten Jahres (aber nicht in den letzten 4 Wochen)	Vor mehr als einem Jahr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## AN ALLE

Diese Fragen befassen sich mit einigen Ihrer Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten. Markieren Sie dazu bitte jede Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich fühlen.

	Trifft auf mich zu...	Wer war übergriffig?						
		Über-haupt nicht	Sehr selten	Einige Male	Häufig	Sehr häufig	Eine oder mehrere männliche Personen	Eine oder mehrere weibliche Personen
<b>116. Während meiner Kindheit und Jugend...</b>								
01 ...wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt/ zur Ärztin oder ins Krankenhaus musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
02 ...schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
03 ...wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
04 Ich glaube, ich bin körperlich misshandelt worden, als ich aufwuchs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
05 ... wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z. B. Lehrer*in, Nachbar*in oder Ärzt*in) auffiel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
06 ...bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als „dumm“, „faul“ oder „hässlich“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
07 ...glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
08 ...sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
09 ... hatte ich das Gefühl, es hasste mich jemand in meiner Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
10 Ich glaube, ich bin emotional (gefühlsmäßig) missbraucht worden, als ich aufwuchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
11 ...versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
12 ...drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
13 ...versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
14 ...belästigte mich jemand sexuell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
15 Ich glaube, ich bin sexuell missbraucht worden, als ich aufwuchs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

**Wenn Sie in Frage 116 bei den Aussagen 11 bis 15 mindestens einmal „sehr selten“ (oder häufiger) angegeben haben:**

**117. Wie war Ihre Beziehung zum Täter bzw. zur Täterin?**

(*Mehrfachantworten möglich*)

Täterin	Täter
01 Mutter	<input type="checkbox"/>
02 Stief/Adoptiv-/ Pflegemutter	<input type="checkbox"/>
03 Schwester	<input type="checkbox"/>
04 andere weibliche Person in der Familie (z. B. Tante, Cousine)	<input type="checkbox"/>
06 Freundin der Familie	<input type="checkbox"/>
06 Nachbarin	<input type="checkbox"/>
07 Weibliche erwachsene Person in Institution (z. B. Musikverein, Sportverein, Kirche, ...)	<input type="checkbox"/>
08 Andere zuvor bekannte weibliche Erwachsene	<input type="checkbox"/>
09 Zuvor unbekannte weibliche Erwachsene	<input type="checkbox"/>
10 Zuvor bekannte weibliche Jugendliche	<input type="checkbox"/>
11 Zuvor unbekannte weibliche Jugendliche	<input type="checkbox"/>
	12 Vater <input type="checkbox"/>
	13 Stief-/Adoptiv-/Pflegevater <input type="checkbox"/>
	14 Bruder <input type="checkbox"/>
	15 Andere männliche Person in der Familie (z.B. Onkel, Cousin, ...)
	16 Freund der Familie <input type="checkbox"/>
	17 Nachbar <input type="checkbox"/>
	18 Männliche erwachsene Person in Institution (z. B. Musikverein, Sportverein, Kirche, ...)
	19 Anderer zuvor bekannter männlicher Erwachsener <input type="checkbox"/>
	20 Zuvor unbekannter männlicher Erwachsener <input type="checkbox"/>
	21 Zuvor bekannter männlicher Jugendlicher <input type="checkbox"/>
	22 Zuvor unbekannter männlicher Jugendlicher <input type="checkbox"/>

**118. Hat jemand etwas davon mitbekommen und keine Hilfe geleistet oder wegesehen?**

(*Mehrfachantwort möglich*)

01 Mutter	<input type="checkbox"/>	12 Vater	<input type="checkbox"/>
02 Stief/Adoptiv-/ Pflegemutter	<input type="checkbox"/>	13 Stief-/Adoptiv-/Pflegevater	<input type="checkbox"/>
03 Schwester	<input type="checkbox"/>	14 Bruder	<input type="checkbox"/>
04 andere weibliche Person in der Familie (z. B. Tante, Cousine)	<input type="checkbox"/>	15 Andere männliche Person in der Familie (z.B. Onkel, Cousin, ...)	<input type="checkbox"/>
06 Freundin der Familie	<input type="checkbox"/>	16 Freund der Familie	<input type="checkbox"/>
06 Nachbarin	<input type="checkbox"/>	17 Nachbar	<input type="checkbox"/>
07 Weibliche erwachsene Person in Institution (z. B. Musikverein, Sportverein, Kirche, ...)	<input type="checkbox"/>	18 Männliche erwachsene Person in Institution (z. B. Musikverein, Sportverein, Kirche, ...)	<input type="checkbox"/>
08 Andere zuvor bekannte weibliche Erwachsene	<input type="checkbox"/>	19 Anderer zuvor bekannter männlicher Erwachsener	<input type="checkbox"/>
09 Zuvor unbekannte weibliche Erwachsene	<input type="checkbox"/>	20 Zuvor unbekannter männlicher Erwachsener	<input type="checkbox"/>
10 Zuvor bekannte weibliche Jugendliche	<input type="checkbox"/>	21 Zuvor bekannter männlicher Jugendlicher	<input type="checkbox"/>
11 Zuvor unbekannte weibliche Jugendliche	<input type="checkbox"/>	22 Zuvor unbekannter männlicher Jugendlicher	<input type="checkbox"/>

**119. Haben Sie jemandem im professionellen und/oder privaten Kontext von der sexuellen Missbrauchserfahrung erzählt?**

Im professionellen Kontext (z. B. in einer therapeutischen oder ärztlichen Behandlung oder in einer Beratungsstelle)	Im privaten Kontext (z. B. Familie, Freunde, Verwandte, Bekannte,...)
01 Ja, mindestens einer Frau	<input type="checkbox"/>
02 Ja, mindestens einem Mann	<input type="checkbox"/>
03 Ja, Personen beider Geschlechter	<input type="checkbox"/>
04 Nein	<input type="checkbox"/>
	05 Ja, mindestens einer Frau <input type="checkbox"/>
	06 Ja, mindestens einem Mann <input type="checkbox"/>
	07 Ja, Personen beider Geschlechter <input type="checkbox"/>
	08 Nein <input type="checkbox"/>

**120. Wenn ja, wie haben Sie die Reaktion auf die Offenlegung Ihrer Erfahrungen empfunden?**

<b>Im professionellen Kontext</b> (z. B. in einer therapeutischen oder ärztlichen Behandlung oder in einer Beratungsstelle)		<b>Im privaten Kontext</b> (z. B. Familie, Freunde, Verwandte, Bekannte,...)	
01 Sehr positiv	<input type="checkbox"/>	06 Sehr positiv	<input type="checkbox"/>
02 Positiv	<input type="checkbox"/>	07 Positiv	<input type="checkbox"/>
03 Neutral	<input type="checkbox"/>	08 Neutral	<input type="checkbox"/>
04 Negativ	<input type="checkbox"/>	09 Negativ	<input type="checkbox"/>
05 Sehr negativ	<input type="checkbox"/>	10 Sehr negativ	<input type="checkbox"/>

**Nachfolgend geht es um sexuellen Kindesmissbrauch durch weibliche Personen.**

- 121. Was glauben Sie, wieviel Prozent aller Missbrauchstaten von einer weiblichen Person begangen werden? (0-100%)**

--	--	--

%

- 122. Was glauben Sie, wer bei Missbrauch durch eine weibliche Person am häufigsten die Täterin ist bzw. die Täterinnen sind?  
(Mehrfachantworten möglich)**

01 Mutter	<input type="checkbox"/>
02 Stief/Adoptiv-/ Pflegemutter	<input type="checkbox"/>
03 Schwester	<input type="checkbox"/>
04 andere weibliche Person in der Familie (z. B. Tante, Cousine)	<input type="checkbox"/>
06 Freundin der Familie	<input type="checkbox"/>
06 Nachbarin	<input type="checkbox"/>
07 Weibliche erwachsene Person in Institution (z. B. Musikverein, Sportverein, Kirche, ...)	<input type="checkbox"/>
08 Andere zuvor bekannte weibliche Erwachsene	<input type="checkbox"/>
09 Zuvor unbekannte weibliche Erwachsene	<input type="checkbox"/>
10 Zuvor bekannte weibliche Jugendliche	<input type="checkbox"/>
11 Zuvor unbekannte weibliche Jugendliche	<input type="checkbox"/>

- 123. Denken Sie, dass es in der Gesellschaft eine ausreichende Sensibilität zum Thema sexueller Kindesmissbrauch durch weibliche Täterinnen gibt?**

Ja .....

Nein.....

- 124. Kennen Sie Personen in Ihrem Umfeld (Verwandte, Freund\*innen, Bekannte, Kolleg\*innen), die sexuellen Kindesmissbrauch durch eine oder mehrere Frauen erlitten haben?**

*(Mehrfachantwort möglich)*

Ja-ich kenne eine oder mehrere Personen, die sexuellen Kindesmissbrauch durch eine Frau ohne männlichen Mittäter erlebt hat ...

Ja-ich kenne eine oder mehrere Personen, die sexuellen Kindesmissbrauch durch eine Frau als Mittäterin eines männlichen Täters erlebt hat .....

Nein .....

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Interview!**

**Bitte geben Sie den Fragebogen an den/die Interviewer/in zurück oder stecken Sie den Fragebogen in den Umschlag, den Ihnen der/die Interviewer/in gern zur Verfügung stellt! Der Umschlag wird erst im Institut geöffnet!**

**REP 29**

**Leitung:** Prof. Dr. E. Brähler/ Prof. Dr. M. Zenger

**Untersuchungszeitraum:** Februar/ März 2020 (2503 Probanden, 14-95 Jahre)

<b>Beteiligte Mitarbeiter:</b> Dipl.-Math. G. Schmutzner	<b>Kooperationspartner:</b> Prof. Dr. M. Beutel (Universitätsklinik Mainz) Prof. Dr. Fegert (Uniklinikum Ulm) Prof. Dr. A. Hilbert (Uniklinikum Leipzig) Dr. Reis (Universitätsmedizin Rostock) Prof. Dr. C. Spitzer (Universitätsmedizin Rostock)
---	---

**Eingesetzte Untersuchungsverfahren:**

- Postleitzahlen (Beutel) S14
- Level of Personality Function Scale LPFS (Spitzer) Q10?
- Online-Therapie etc. (Reis) Q11/Q12
- Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden FAHW-12 (Fegert) Q23
- ACE (Fegert) Q31-Q41
- Sexueller Missbrauch (Fegert) Q25-Q30?
- Auskunftsbereitschaft (Fegert)
- Radikalisierung (Fegert)
- Narzissmus (Fegert)
- Dunkle Triade: "Die Niederträchtigen Neun" (Fegert) Q65
- FEE (Fegert) Q66
- Körperstrafen (Fegert) Q67-Q70?
- Einstellung psychisch kranke Kinder (Fegert) Q71-Q73?
- Gewalt in der Kindheit (Fegert) Q74-Q75?
- Häusliche Gewalt (Fegert) Q81?
- Hilfesuchverhalten (Fegert)
- Sozialisation in der DDR (Fegert)
- Autoritarismus (Fegert) Q96?
- Brief Symptom Inventory BSI-18 (Fegert) Q97
- Stigmatisierung (Fegert)
- Alter der Eltern (Beutel) Q1/Q2
- BMI Body-Mass-Index (Beutel/ Hilbert) Q3/Q4
- Migration/ Binnenmigration/ Vertreibung (Beutel) Q5-Q9
- SREBQ Self regulation of Eating Behavior Questionnaire (Beutel/ Hilbert) Q115-Q119

Projekt:

**190802**

Sample -Nr.:

1	0	5
---	---	---

Point-Nr.:

--	--	--

AL-Nr.:

--	--	--

Interviewer-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--

Interview durchgeführt am:

--	--	--	--

Tag

Interviewbeginn:

--	--	--	--

Stunde

Minute

Interviewende:

--	--	--	--

Stunde

Minute

Die Befragungsperson hat die **Datenschutzerklärung erhalten**  
und einer **freiwilligen Teilnahme** an der Befragung **zugestimmt**. ....

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

**Vorab haben wir einige Fragen zu Ihrer Person**

S 1a	<i>Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	→weiter mit <b>Frage S 1b</b>
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	→weiter mit <b>Frage S 2</b>
		Bin nicht wahlberechtigt .....	<input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	
S 1b	<i>Und welche Partei würden Sie dann wählen?</i>	CDU/CSU .....	<input type="checkbox"/>	
		SPD .....	<input type="checkbox"/>	
		FDP .....	<input type="checkbox"/>	
	<i>INT.: Antwortstufen NICHT vorlesen! Nur eine Nennung!</i>	Die Linke .....	<input type="checkbox"/>	
		Grüne .....	<input type="checkbox"/>	
		NPD .....	<input type="checkbox"/>	
		AfD .....	<input type="checkbox"/>	
		Andere Partei .....	<input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	
		Wähle ungültig .....	<input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	
S 2	<i>Geschlecht der Zielperson:</i>	Männlich .....	<input type="checkbox"/>	
		Weiblich .....	<input type="checkbox"/>	
S 3	<i>Wann sind Sie geboren?</i>	<b>Geburtsmonat (z.B. 09):</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	
	<i>Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt.</i>	<b>Geburtsjahr:</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
S 4	<i>Welchen Familienstand haben Sie?</i>	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/ meiner Ehepartner/in zusammen .....	<input type="checkbox"/>	→weiter mit <b>Frage S 5</b>
		Ich bin verheiratet und lebe von meinem/ meiner Ehepartner/in getrennt ..	<input type="checkbox"/>	
		Ich bin ledig .....	<input type="checkbox"/>	→weiter mit <b>Frage S 4a</b>
		Ich bin geschieden .....	<input type="checkbox"/>	
		Ich bin verwitwet	<input type="checkbox"/>	
S 4a	<i>Leben Sie in einer festen Partnerschaft?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
S 5	<i>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt – ich meine Personen, die hier schlafen und essen - Sie selbst mit eingeschlossen?</i>		<input type="text"/> / <input type="text"/>	Personen
S 5a	<i>Wie viele davon sind Kinder unter 15 Jahren?</i>	Kinder <u>unter 15 Jahren</u> ?	<input type="text"/> / <input type="text"/>	Anzahl
	<i>Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.</i>			

S 6	<i>Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?</i>	Deutsch	<input type="checkbox"/>
		Andere, welche:	<input type="checkbox"/>
S 7	<i>Welcher Religion oder welcher Konfession gehören Sie an?</i>	Evangelisch .....	<input type="checkbox"/>
		Katholisch .....	<input type="checkbox"/>
		Muslimisch .....	<input type="checkbox"/>
		Andere (z. B. jüdisch, buddhistisch, hinduistisch) .....	<input type="checkbox"/>
		keine Konfession .....	<input type="checkbox"/>
S 8	<i>Welchen Schulabschluss haben Sie? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>	Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule)	<input type="checkbox"/>
		Ich habe Mittlere Reife/ Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse	<input type="checkbox"/>
		Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss)	<input type="checkbox"/>
		Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Hochschul-/ Universitätsstudium	<input type="checkbox"/>
		Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/ Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss)	<input type="checkbox"/>
		Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar?	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
		Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule	<input type="checkbox"/>
S 9	<i>Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?</i>	Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr .....	<input type="checkbox"/>
		Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung .....	<input type="checkbox"/>
		Zur Zeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit .....	<input type="checkbox"/>
		Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorrhestand .....	<input type="checkbox"/>
		Nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann .....	<input type="checkbox"/>
		In Berufsausbildung (einschließlich Fachschulen für gewerbliche Berufe) .....	<input type="checkbox"/>
		In Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule) .....	<input type="checkbox"/>

S 10	<i>Wie oft waren Sie arbeitslos, einschließlich jetziger Arbeitslosigkeit?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> mal
S 11	<i>Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?</i>	Berufskreis-Nummer: <input type="text"/> <input type="text"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 10 vorlegen</i>	noch nie berufstätig gewesen <input type="checkbox"/>
S 12	<i>Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an. Wie hoch ist Ihr eigenes Einkommen? Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung?  Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.</i>	Einkommensgruppe Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/>  kein persönliches Einkommen <input type="checkbox"/>
	<u>INT. :</u> <i>Liste S 11 vorlegen</i>	
S 13	<i>Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom gesamten monatlichen Nettoeinkommen her einordnen? Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.</i>	Einkommensgruppe Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/>  <i>Nennen Sie mir bitte nur die entsprechende Nummer.</i>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 12 vorlegen</i>	
S 14	<i>Wie lautet Ihre Postleitzahl?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Besten Dank bis hierher! Ich möchte Sie nun bitten, den weiteren Fragebogen selbst auszufüllen.**

**Wissenschaftler\*innen der Universität Leipzig möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung verschiedene wissenschaftliche/medizinische Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Lesen Sie dazu die Angaben im beigelegten Datenschutzblatt.**

**Da unterschiedliche Forschungseinrichtungen beteiligt sind, kann es sein, dass manche Fragen sich ähneln, wir bitten Sie dennoch den gesamten Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.**

### **Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Bitte lesen Sie sich die jeweilige Frage einschließlich der Antwortmöglichkeiten vor der Beantwortung vollständig durch.
- Die Mehrzahl der Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten. Setzen Sie Ihr Kreuz einfach in die dafür vorgesehenen Kästchen.

- **Beispiel:** Nein .....   
Ja .....

- Nach vielen Fragen finden Sie in Klammern weitere Bearbeitungshinweise.

- **Beispiel: Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)**  
Falls Sie aus Versehen ein Kreuz an der falschen Stelle gesetzt haben, schwärzen Sie bitte das falsche Kästchen.

- **Beispiel:** Nein .....   
Ja .....

- Für die Beantwortung vieler Fragen finden sich im Fragebogen sogenannte Skalen. Mit diesen können Sie Ihre Antwort zwischen zwei inhaltlichen Positionen abstimmen, im Beispiel etwa zwischen „Starke Ablehnung“ oder „Starke Zustimmung“.

**Beispiel:**

Starke Ablehnung	1	2	3	4	5	6	7	Starke Zustimmung
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

- An einigen Stellen des Fragebogens bitten wir Sie, Ihre Antworten frei zu formulieren. Verwenden Sie in diesen Fällen die dafür vorgesehenen Linien.

**Beispiel: (Bitte notieren)**

---

- Sollte bei einer Frage einmal keine Antwortmöglichkeit für Sie zutreffen, lassen Sie diese leer.

Es folgen einige Fragen zu Ihnen und Ihrer Familie.

1. In welchem Jahr ist Ihre Mutter geboren?	Jahreszahl: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> weiß nicht <input type="checkbox"/>
2. In welchem Jahr ist Ihr Vater geboren?	Jahreszahl: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> weiß nicht <input type="checkbox"/>
3. Wie groß sind Sie? (Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
4. Wie viel wiegen Sie derzeit? (Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
5a In welchem Land sind <u>Sie</u> geboren?	in Deutschland ..... <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">→ weiter mit Frage 5b</span> in ehemals deutschen Gebieten (z.B. Schlesien, Sudetenland) <input type="checkbox"/> in einem anderen Land ..... <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">→ weiter mit Frage 5c</span>

5b In welchem deutschen Bundesland sind Sie geboren?

Westdeutsche Bundesländer		Ostdeutsche Bundesländer	
Schleswig-Holstein .....	<input type="checkbox"/>	Rheinland-Pfalz .....	<input type="checkbox"/>
Hamburg .....	<input type="checkbox"/>	Baden-Württemberg ...	<input type="checkbox"/>
Niedersachsen .....	<input type="checkbox"/>	Bayern .....	<input type="checkbox"/>
Bremen .....	<input type="checkbox"/>	Saarland .....	<input type="checkbox"/>
Nordrhein-Westfalen .....	<input type="checkbox"/>	Berlin (West).....	<input type="checkbox"/>
Hessen .....	<input type="checkbox"/>		
5c Seit wann leben Sie in Deutschland (Jahr)?		Jahreszahl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

6a In welchem Land sind Sie überwiegend aufgewachsen?	in Deutschland <input type="checkbox"/> in einem anderen Land <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">→ weiter mit Frage 6b</span> <span style="float: right;">→ weiter mit Frage 7</span>
---	---

6b In welchem deutschen Bundesland sind Sie überwiegend aufgewachsen?

Westdeutsche Bundesländer		Ostdeutsche Bundesländer	
Schleswig-Holstein .....	<input type="checkbox"/>	Rheinland-Pfalz .....	<input type="checkbox"/>
Hamburg .....	<input type="checkbox"/>	Baden-Württemberg ...	<input type="checkbox"/>
Niedersachsen .....	<input type="checkbox"/>	Bayern .....	<input type="checkbox"/>
Bremen .....	<input type="checkbox"/>	Saarland .....	<input type="checkbox"/>
Nordrhein-Westfalen .....	<input type="checkbox"/>	Berlin (West).....	<input type="checkbox"/>
Hessen .....	<input type="checkbox"/>		

7.	<i>In welchem Land ist Ihre Mutter geboren?</i>	in Deutschland .....	<input type="checkbox"/>
		in ehemals deutschen Gebieten (z.B. Schlesien, Sudetenland) .....	<input type="checkbox"/>
		in einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>
8.	<i>In welchem Land ist Ihr Vater geboren?</i>	in Deutschland .....	<input type="checkbox"/>
		in ehemals deutschen Gebieten (z.B. Schlesien, Sudetenland) .....	<input type="checkbox"/>
		in einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>
9.	<i>Haben Sie nach 1949 Ihren Wohnsitz zwischen den ost- und westdeutschen Bundesländern verlegt?</i>	nein .....	<input type="checkbox"/>
		ja, von Ost nach West → vor dem Mauerfall .....	<input type="checkbox"/>
		→ nach dem Mauerfall .....	<input type="checkbox"/>
		ja, von West nach Ost.....	<input type="checkbox"/>

10. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese zurzeit auf Sie zutreffen.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
01	Ich weiß oft nicht, wer ich wirklich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich denke oft sehr schlecht über mich selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Meine Gefühle ändern sich, ohne dass ich sie im Griff habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich habe keine Ahnung, wo ich im Leben hin will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich verstehe oft meine eigenen Gedanken und Gefühle nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich stelle oft unrealistische Anforderungen an mich selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Ich habe oft Schwierigkeiten, die Gedanken und Gefühle anderer zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich kann es oft schwer aushalten, wenn andere eine andere Meinung haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich verstehe oft nicht ganz, warum mein Verhalten einen bestimmten Einfluss auf andere hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Meine Beziehungen und Freundschaften halten nie lange.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich fühle mich oft sehr verletzlich, wenn Beziehungen persönlicher werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Es gelingt mir häufig nicht, mit anderen auf eine Weise zusammen zu arbeiten, die für beide Seiten zufriedenstellend ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.	<p><i>Stellen Sie sich vor, Sie hätten psychische Probleme. Welche Form der Therapie würden Sie bevorzugen? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)</i></p>	Eine Therapie bei einem Therapeuten..... <input type="checkbox"/> Eine Therapie bei einem Therapeuten, kombiniert mit einer Online-Therapie ....., <input type="checkbox"/> Eine reine Online-Therapie ....., <input type="checkbox"/>
12.	<p><i>Stellen Sie sich vor, Sie hätten psychische Probleme und könnten eine Online-Therapie nutzen. Welche Form würden Sie bevorzugen? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)</i></p>	Ein Online-Programm ohne die Unterstützung eines Therapeuten ....., <input type="checkbox"/> Eine Online-Programm, bei dem Sie von einem Therapeuten unterstützt werden ...., <input type="checkbox"/> Eine Psychotherapie via Videokonferenz/Skype o. ä. ....,..., <input type="checkbox"/> Ich würde keine Online-Therapie nutzen .. <input type="checkbox"/>
13.	<p><i>Moderne psychiatrische Konzepte sehen vor, dass psychisch kranke Menschen auch durch Teams zuhause oder in ihrem Umfeld behandelt werden und nicht mehr in der Klinik. Die Teams kommen dann nachhause oder z.B. an den Arbeitsplatz. Wenn Sie selbst psychisch erkrankt wären, würden Sie gerne von einem Team zuhause oder in ihrem Umfeld behandelt werden?</i></p>	Trifft überhaupt nicht zu ....., <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu ....., <input type="checkbox"/> Trifft teilweise zu ....., <input type="checkbox"/> Trifft eher zu ....., <input type="checkbox"/> Trifft vollkommen zu ....., <input type="checkbox"/>
14.	<p><i>Manche Menschen können auf Grund einer psychischen Störung oder einer Intelligenzminderung sich selbst gefährden/verletzen oder aggressiv gegen andere werden. Man kann diesem Problem unter anderem mit Medikamenten oder mit Fixierung bzw. Einschluss begegnen. Welche der beiden Methoden finden Sie akzeptabler?</i></p>	Die Gabe von Medikamenten ....., <input type="checkbox"/> Die Fixierung oder der Einschluss ....., <input type="checkbox"/> Ich lehne sowohl die Medikamentengabe als auch die Fixierung/Einschluss ab ....., <input type="checkbox"/>
15.	<p><i>Wie viele Personen, gleich welchen Alters, die sich selbst verletzen („Ritzen“) kennen Sie persönlich? (bitte Anzahl angeben)</i></p>	<input type="text"/> Personen
16.	<p><i>Die Elektrokonvulsionstherapie (früher als „Elektrokrampftherapie“ bezeichnet, abgekürzt EKT) wird heute als wirksame und gut untersuchte Therapiemethode für schwere psychische Störungen eingesetzt. In welchem Maße stimmen Sie der folgenden Aussage zu: „Wenn ich eine schwere psychische Erkrankung hätte, würde ich mich einer EKT-Behandlung unterziehen“:</i></p>	Das würde ich auf keinen Fall tun. ....,..., <input type="checkbox"/> Das würde ich eher nicht tun. ....,..., <input type="checkbox"/> Das würde ich vielleicht tun. ....,..., <input type="checkbox"/> Das würde ich eher tun. ....,..., <input type="checkbox"/> Das würde ich auf jeden Fall tun. ....,..., <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht, was EKT ist. ....,..., <input type="checkbox"/>

17. <i>Hinsichtlich des Einsatzes von EKT bei Jugendlichen mit schweren psychischen Störungen besteht Zurückhaltung. Eine EKT bei Jugendlichen einzusetzen kann ich mir vorstellen, wenn...</i>  <i>(mehrere Antworten möglich)</i>	<p>... durch Medikamente vermieden werden, die schwere Nebenwirkungen haben. .... <input type="checkbox"/></p> <p>... ein evtl. monatelanger Aufenthalt im Krankenhaus verkürzt wird. .... <input type="checkbox"/></p> <p>... alles andere (Medikamente, Psychotherapie, stationäre längere Krankhausaufenthalte) ausprobiert wurden und nichts genutzt hat ..... <input type="checkbox"/></p> <p>... dadurch eine Behinderung vermieden wird. .... <input type="checkbox"/></p>
18. <i>Melatonin ist ein Hormon des Körpers, das den Schlaf anstößt. Man kann es auch Kindern als Tablette oder Saft geben, um den Schlaf zu verbessern. Wir wollen erfahren, wie Ihre Haltung zu dieser Art der Therapie bei Kindern ist.</i>	<p>Das würde ich in keinem Fall tun. .... <input type="checkbox"/></p> <p>Das würde ich eher nicht tun. .... <input type="checkbox"/></p> <p>Das würde ich vielleicht tun. .... <input type="checkbox"/></p> <p>Das würde ich eher tun. .... <input type="checkbox"/></p> <p>Das würde ich auf jeden Fall tun. .... <input type="checkbox"/></p>
19. <i>Manche Forscher machen einen Eisenmangel für Störungen von Schlaf, Entwicklung und Verhalten mitverantwortlich. Würden Sie Ihrem Kind Eisen als Nahrungsergänzungsmittel zur Behandlung der o.g. Störungen geben?</i>	<p>Das würde ich in keinem Fall tun. .... <input type="checkbox"/></p> <p>Das würde ich eher nicht tun. .... <input type="checkbox"/></p> <p>Das würde ich vielleicht tun. .... <input type="checkbox"/></p> <p>Das würde ich eher tun. .... <input type="checkbox"/></p> <p>Das würde ich auf jeden Fall tun. .... <input type="checkbox"/></p>

**Die nächsten zwei Fragen beschäftigen sich mit dem Ort, an dem Sie wohnen und wie Sie diesen erleben.**

		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft voll- kommen zu
20.	<i>Die Nachbarschaft, in der ich wohne, macht mich krank.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<i>Ich wohne in einer Nachbarschaft, in der es viele Leute mit psychischen Problemen gibt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 22.** Das Internet ist aus unserem Leben nicht mehr wegzudenken. Neben dem Nutzen gibt es aber auch Risiken, etwa mit unangenehmen oder belastenden Dingen konfrontiert zu werden oder von Personen belästigt zu werden. Wir würden gerne wissen, ob Sie selbst oder eins/ mehrere Ihrer minderjährigen Kinder (17 Jahre oder jünger) bei der Nutzung schon negative Erfahrungen gemacht haben oder ob Sie selbst bereits gegenüber einer anderen Person sexuell belästigende Verhaltensweisen über digitale Medien/ das Internet gezeigt haben.

Sollten Sie keine minderjährigen Kinder haben, lassen Sie die zweite Spalte bitte leer.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Antworten Sie hier bitte <b>Sie selbst</b> betreffend:	Antworten Sie hier bitte <b>Ihr Kind/ Ihre Kinder</b> (17 Jahre oder jünger) betreffend
01 Haben Sie/Ihre Kinder Zugang zum Internet?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/>
02 Sind Sie/Ihre Kinder schon einmal ungewollt auf pornographische Seiten im Internet gestoßen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/>
03 Wurden Sie/Ihre Kinder schon einmal im Internet sexuell belästigt?	Ja <input type="checkbox"/> → zu <b>Frage 03a</b> Nein <input type="checkbox"/> → zu <b>Frage 04</b>	Ja <input type="checkbox"/> → zu <b>Frage 03a</b> Nein <input type="checkbox"/> → zu <b>Frage 04</b> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> → zu <b>Frage 04</b>
03a Ja, und zwar wurde ich/mein Kind gegen den Willen im Internet nach sexuellen Dingen gefragt.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/>
03b Ja, und zwar wurden mir/ meinem Kind gegen den Willen im Internet sexuelle Dinge geschrieben/ vermittelt.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/>
03c Ja, und zwar wurde ich/ mein Kind im Internet nach Nacktfotos gefragt.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/>
03d Ja, und zwar wurden mir/ meinem Kind ungefragt Nacktfotos oder pornographische Bilder/ Filme zugeschickt.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/>
03e Ja, und zwar hat eine mir/meinem Kind unbekannte Person versucht, sich mit mir/meinem Kind auf eine sexualisierte oder unangemessene Weise zu verabreden.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/>

Fortsetzung von **Frage 22.**  
 (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Antworten Sie hier bitte <b>Sie selbst</b> betreffend:	Antworten Sie hier bitte <b>Ihr Kind/ Ihre Kinder</b> (17 Jahre oder jünger) betreffend
03f Ja, und zwar habe ich/hat mein Kind sonstige unangenehme sexuelle Erfahrungen im Internet gemacht, die hier bisher nicht genannt wurden.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/>
04 Wurden Sie/Ihr Kind schon einmal das Opfer von Mobbing im Internet, etwa indem Gerüchte, Lügen oder unangenehme Fotos von Ihnen/Ihrem Kind verbreitet wurden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/>
05 Haben Sie schon einmal jemanden im Internet sexuell belästigt?	Ja, und zwar... → weiter mit <b>Frage 05a</b> <input type="checkbox"/>  Nein → weiter mit <b>Frage 06</b> <input type="checkbox"/>	
05a Falls Ja, war diese Person zu dem Zeitpunkt unter 18 Jahre alt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/>	
05b Ja, und zwar habe ich im Internet eine Person gegen den Willen nach sexuellen Dingen gefragt?	Zutreffend <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend <input type="checkbox"/>	
05c Ja, und zwar habe ich im Internet einer Person gegen den Willen sexuelle Dinge geschrieben/vermittelt.	Zutreffend <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend <input type="checkbox"/>	
05d Ja, und zwar habe ich eine Person über das Internet nach Nacktfotos gefragt?	Zutreffend <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend <input type="checkbox"/>	
05e Ja, und zwar habe ich einer Person ungefragt Nacktfotos oder pornographische Bilder/ Filme geschickt?	Zutreffend <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend <input type="checkbox"/>	
05f Ja, und zwar habe ich versucht mich auf sexualisierte oder unangemessene Weise mit einer mir unbekannten Person zu verabreden?	Zutreffend <input type="checkbox"/> Nicht Zutreffend <input type="checkbox"/>	
05g Ja, und zwar habe ich eine andere Person auf eine sonstige Art im Internet belästigt, die hier bisher nicht genannt wurde.	Zutreffend <input type="checkbox"/> Nicht Zutreffend <input type="checkbox"/>	
06 Wurde durch Sie schon einmal eine Person zum Opfer von Mobbing im Internet, etwa indem Gerüchte, Lügen oder unangenehme Fotos durch Sie verbreitet wurden?	Zutreffend <input type="checkbox"/> Nicht Zutreffend <input type="checkbox"/>	

23. Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrem allgemeinen Wohlbefinden. Es sind einige Aussagen, die einen Zustand oder ein Gefühl beschreiben. Ich bitte Sie, für jede Frage zu überlegen, ob Sie sich im Allgemeinen – nicht unbedingt in diesem Augenblick, sondern in den letzten Wochen und Monaten im Allgemeinen – so fühlen oder eher nicht.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	So bestimmt nicht	So nicht	Ich weiß nicht	So ungefähr	Ja, genau so
01 Ich bin sehr ausgeglichen.	<input type="checkbox"/>				
02 Ich kann ohne Probleme auf andere zugehen.	<input type="checkbox"/>				
03 Wenn ich mich bewege, spüre ich meine Krankheit.	<input type="checkbox"/>				
04 Ich fühle mich verlassen.	<input type="checkbox"/>				
05 Ich habe dauernd Schmerzen.	<input type="checkbox"/>				
06 Ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden.	<input type="checkbox"/>				
07 Ich habe jede Menge Freunde.	<input type="checkbox"/>				
08 Ich habe alles im Griff.	<input type="checkbox"/>				
09 Meine Stimmung ist gedrückt.	<input type="checkbox"/>				
10 Ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht.	<input type="checkbox"/>				
11 Ich fühle mich körperlich gesund.	<input type="checkbox"/>				
12 Ich halte die innere Anspannung nicht mehr aus.	<input type="checkbox"/>				

24. Wenn Sie sich eine Skala von 1 bis 7 vorstellen, bei der 1 bedeutet, dass Sie sehr unglücklich und niedergeschlagen sind und 7 bedeutet, dass Sie sehr glücklich und zufrieden sind – was würden Sie sagen, wie Sie sich fühlen?

Unglücklich/ nieder- geschlagen	Glücklich und zufrieden					
1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. <i>Haben Sie schon einmal vermutet, dass ein Kind oder Jugendliche*r (17 Jahre oder jünger) aus Ihrem Umfeld (Verwandte, Kinder von Freund*innen/Bekannten/Kolleg*innen, Nachbarskinder, Freund*innen Ihrer Kinder...) sexuell belästigt oder missbraucht wurde?</i>	Ja ..... Nein .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 26</b> → weiter mit <b>Frage 30</b>
26. <i>Welche gewichtigen Anhaltspunkte, z.B. Ereignisse, Hinweise oder Auffälligkeiten, haben zum Verdacht geführt?</i>	Äußerungen des mutmaßlich betroffenen Kindes bzw. des/der Jugendlichen..... Beobachtungen ..... Erscheinungsbild des*r Betroffenen..... Verhalten des*r Betroffenen ..... Erscheinungsbild der Erziehungs person ..... Verhalten der Erziehungs person ..... Familiäre Situation des*r Betroffenen ..... Sonstiges .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
27. <i>Haben Sie Schritte unternommen, um in dem Fall möglichen sexuellen Missbrauchs zu intervenieren?</i>	Ja ..... Nein .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 28</b> → weiter mit <b>Frage 29</b>
28. <i>Wenn ja, welche?</i>	Medizinische Beratung..... Psychologische Beratung ..... Besprechung im Team (als Fachkraft) ..... Gespräche mit dem/der vermutlich betroffenen Kind/Jugendlichen ..... Gespräche mit dem/der Beschuldigten..... Gespräche mit Verwandten/ Bekannten ..... Informieren der Polizei ..... Jugendamt ..... Fachberatungsstelle .....	<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"/>	
29. <i>Wenn nein, warum nicht?</i>	Ich wusste nicht, was ich tun soll/kann. .... Ich dachte, dass es sicherlich nicht wirklich stimmt. .... Ich hatte keine Zeit. .... Ich habe es noch vor. .... Ich dachte, ich wäre nicht zuständig. .... Sonstiges .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
30. <i>Haben Sie schon mal vom „Hilfetelefon Sexueller Missbrauch“ gehört?</i>	Ja, ich habe davon gehört. .... Ja, ich habe es bereits genutzt. .... Nein, ich habe noch nie davon gehört. ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Die folgenden Fragen befassen sich mit einigen Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, so ehrlich wie möglich zu beantworten.

**Vor Ihrem 18. Geburtstag:**

	Ja	Nein
31. Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie <b>oft oder sehr oft...</b> ... beschimpft, beleidigt, erniedrigt oder gedemütigt ... <b>oder</b> so gehandelt, dass Sie Angst hatten, Sie könnten körperlich verletzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie <b>oft oder sehr oft...</b> ... gestoßen, gepackt, geschlagen oder etwas nach Ihnen geworfen? ... <b>oder</b> Sie <b>jemals</b> so stark geschlagen, dass Sie Spuren davon aufwiesen oder verletzt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hat ein Erwachsener oder eine Person, die mindestens 5 Jahre älter war Sie <b>jemals...</b> ...auf sexuelle Art und Weise angefasst oder gestreichelt oder Sie veranlasst deren Körper in sexueller Art und Weise zu berühren? <b>oder</b> ...oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr versucht mit Ihnen zu haben oder tatsächlich gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
34. Falls Sie die Frage 33 mit „ja“ beantwortet haben: Was trifft davon auf Sie zu:		
01 Ich wurde auf sexuelle Art und Weise angefasst oder gestreichelt oder veranlasst deren Körper in sexueller Art und Weise zu berühren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Die Person hat versucht oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr mit mir zu haben (es kam aber zu keinem tatsächlichen Geschlechtsverkehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Die Person hatte tatsächlichen oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein
35. Haben Sie <b>oft oder sehr oft</b> empfunden, dass... ...niemand in Ihrer Familie Sie liebte oder dachte, Sie seien wichtig oder etwas Besonderes? <b>oder</b> ... Ihre Familienangehörigen nicht aufeinander aufpassten, sich einander nicht nahe fühlten oder sich gegenseitig nicht unterstützten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Haben Sie <b>oft oder sehr oft</b> empfunden, dass... ...Sie nicht genug zu essen hatten, Sie schmutzige Kleidung tragen mussten und niemanden hatten, der Sie beschützte? <b>oder</b> ... Ihre Eltern zu betrunken oder "high" waren, um sich um Sie zu kümmern oder Sie zum Arzt zu bringen, wenn Sie es benötigten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Verloren Sie <b>jemals</b> ein biologisches Elternteil durch Scheidung, dadurch, dass es Sie verlassen hat, oder aus anderen Gründen?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>

38.	<i>Wurde Ihre Mutter oder Stiefmutter... ...oft oder sehr oft gestoßen, gepackt, geschlagen oder wurde etwas nach ihr geworfen? <b>oder...manchmal, oft oder sehr oft</b> getreten, gebissen, mit der Faust oder mit einem harten Gegenstand geschlagen? <b>oder...jemals</b> über mindestens einige Minuten wiederholt geschlagen oder mit einer Pistole oder einem Messer bedroht?</i>	Ja ..... <input type="checkbox"/>
		Nein ..... <input type="checkbox"/>
39.	<i>Haben Sie mit jemandem zusammen- gelebt, der Alkoholprobleme hatte, alkoholabhängig war oder Drogen konsumierte?</i>	Ja ..... <input type="checkbox"/>
		Nein ..... <input type="checkbox"/>
40.	<i>War ein Mitglied Ihres Haushalts depressiv oder psychisch krank oder hat ein Mitglied Ihres Haushalts einen Selbstmordversuch unternommen?</i>	Ja ..... <input type="checkbox"/>
		Nein ..... <input type="checkbox"/>
41.	<i>War ein Mitglied Ihres Haushalts im Gefängnis?</i>	Ja ..... <input type="checkbox"/>
		Nein ..... <input type="checkbox"/>

In den Medien finden die Themen sexuelle Gewalt und Misshandlung immer wieder Beachtung. So wurde in den letzten Jahren über eine Reihe von Skandalen und Fällen berichtet.

42.	<i>Haben Sie das Thema sexuelle Gewalt und Misshandlung in den Medien wahrgenommen?</i>	Ja ..... <input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage 43</b>
		Nein ..... <input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage 54</b>

43. Wenn Ja, an welchen Fall/Skandal/Debatte können Sie sich noch erinnern?		Ja	Nein
01	Missbrauchsfall Staufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Missbrauchsfall Lügde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Darknet Forum „Elysium“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	#MeToo-Debatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Missbrauch durch Geistliche in den USA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Missbrauch durch Geistliche in Irland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Missbrauch durch Geistliche in Australien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Missbrauch durch Geistliche in Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Turnerfall Larry Nasser in den USA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Fall Harvey Weinstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Fall Jeffrey Epstein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Sonstige: _____		

**Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die Wirkung der Fälle/Skandale/Debatten:**

Wenn Sie mindestens eine(n) Fall/Skandal/Debatte verfolgt haben, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen 44-47.

44. <i>Wurden Sie angeregt über eigene Erfahrungen nachzudenken?</i>	Gar nicht angeregt.....	<input type="checkbox"/>		
	Eher nicht angeregt.....	<input type="checkbox"/>		
	Eher angeregt.....	<input type="checkbox"/>		
	Stark angeregt.....	<input type="checkbox"/>		
45. <i>Welcher Fall/Skandal oder welche Debatte hat Sie hierbei am meisten beeinflusst?</i>	<b>Nummer</b>	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
<i>Tragen Sie bitte die Nummer aus der Liste der Frage 43 ein.</i>				
46. <i>Hat sich Ihre Wahrnehmung des Themas sexuelle Gewalt dadurch verändert?</i>	Gar nicht verändert .....	<input type="checkbox"/>		
	Eher nicht verändert .....	<input type="checkbox"/>		
	Eher verändert .....	<input type="checkbox"/>		
	Stark verändert .....	<input type="checkbox"/>		
46a <i>Falls ja, was hat sich verändert? Was trifft am ehesten auf Sie zu:</i>	Ich finde die Debatte ärgerlich und übertrieben. ....	<input type="checkbox"/>		
	Ich möchte nichts weiter über das Thema sexuelle Gewalt erfahren. ....	<input type="checkbox"/>		
	Ich denke häufiger über das Thema sexuelle Gewalt nach als zuvor. ....	<input type="checkbox"/>		
	Ich achte mehr darauf, dass meine eigenen Grenzen eingehalten werden. ....	<input type="checkbox"/>		
	Ich achte mehr darauf, die Grenzen anderer einzuhalten. ....	<input type="checkbox"/>		
	Sonstige: _____			
47. <i>Welcher Fall/Skandal oder welche Debatte hat Sie hierbei am meisten beeinflusst?</i>	<b>Nummer</b>	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
<i>Tragen Sie bitte die Nummer aus der Liste der Frage 43 ein.</i>				
48. <i>Fühlten Sie sich dazu veranlasst Ihre Erlebnisse (falls vorhanden) anderen Personen mitzuteilen?</i>	Ja, ich habe mich auf sozialen Netzwerken mitgeteilt. ....	<input type="checkbox"/>		
	Ja, ich habe mich einer oder mehreren Person(en) mitgeteilt.....	<input type="checkbox"/>		
	Ich wollte, habe es aber nicht gemacht.....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, ich habe mich nicht geäußert.....	<input type="checkbox"/>		
	Ich habe keine Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen gemacht. ....	<input type="checkbox"/>		

<p><b>48a</b> Falls ja: Was waren die Gründe für Ihre Mitteilung? (Mehrfachnennung möglich)</p>	<p>Aufgrund der öffentlichen Debatte und den vielen anderen Betroffenen hatte ich zum ersten Mal den Mut mich zu äußern ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich wollte dazu beitragen, dass noch mehr andere Betroffene sich trauen, darüber zu sprechen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Mir ist im Rahmen der Debatte erstmals bewusst geworden, dass ich eine Form sexueller Gewalt erfahren habe ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich wollte Teil der Debatte sein, um Veränderung zu bewirken ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Andere Gründe: _____</p>		
<p><b>49.</b> Welcher Fall/Skandal oder welche Debatte hat Sie hierbei am meisten beeinflusst? Tragen Sie bitte die Nummer aus der Liste der Frage 43 ein.</p>	<p><b>Nummer</b> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>		
<p><b>50.</b> Wie sehr trifft folgende Aussage auf Sie zu? <i>Die mediale Debatte hat angeregt, dass ich mehr auf sexuelle Gewalt gegen Kinder in meinem Umfeld achte.</i></p>	<p>Gar nicht angeregt..... <input type="checkbox"/> Eher nicht angeregt ..... <input type="checkbox"/> Eher angeregt ..... <input type="checkbox"/> Stark angeregt ..... <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>51.</b> Welcher Fall/Skandal oder welche Debatte hat Sie hierbei am meisten beeinflusst? Tragen Sie bitte die Nummer aus der Liste der Frage 43 ein.</p>	<p><b>Nummer</b> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>		
<p><b>52.</b> Hat die mediale Debatte Sie dazu angeregt, Vermutungen oder Beobachtungen anderen Personen mitzuteilen? (Mehrfachnennung möglich)</p>	<p>Ja, ich habe das mutmaßliche Kind auf meine Vermutung angesprochen..... <input type="checkbox"/> Ja, ich habe mit einer oder mehreren Person(en) aus dem Umfeld des Kindes über meine Vermutung gesprochen. .... <input type="checkbox"/> Ja, ich habe mich mit meiner Vermutung an eine Fachstelle gewandt (z.B. Fachberatungsstelle, Hilfetelefon, Jugendamt...)..... <input type="checkbox"/> Ich wollte, habe es aber nicht gemacht. .... <input type="checkbox"/> Nein, ich habe mich nicht geäußert. .... <input type="checkbox"/> Ich habe keine Beobachtungen oder Vermutungen hinsichtlich sexueller Gewalt an Kindern..... <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>53.</b> Welcher Fall/Skandal oder welche Debatte hat Sie hierbei am meisten beeinflusst? Tragen Sie bitte die Nummer aus der Liste der Frage 43 ein.</p>	<p><b>Nummer</b> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>		

In den folgenden Fragen geht es um Ihre politische und religiöse Einstellung.

54. Bitte beurteilen Sie Ihre grundsätzliche politische Einstellung.

Links	Mitte						Rechts			
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
<input type="checkbox"/>										

Gar nicht wichtig	1	2	3	4	Sehr wichtig
					5

55. Bitte beurteilen Sie, wie wichtig Religion für Sie ist.

	Stimme nicht zu	1	2	3	4	Stimme zu
56. Die Grundwerte meiner Religion sollten notfalls auch mit Gewalt verteidigt werden.	<input type="checkbox"/>					
57. Meine Religion ist die einzige wahre Religion, alle anderen Religionen sind weniger wert.	<input type="checkbox"/>					

58. Um berechtigte politische oder weltanschauliche Ziele durchzusetzen, ist es gerechtfertigt...

	Stimme nicht zu	1	2	3	4	Stimme zu
01 ...an gewaltfreien Demonstrationen oder Protesten teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>					
02 ...kleinere Straftaten zu begehen.	<input type="checkbox"/>					
03 ...Gewalt anzuwenden.	<input type="checkbox"/>					
04 ...zu drohen, einen terroristischen Anschlag zu begehen.	<input type="checkbox"/>					
05 ...einen terroristischen Anschlag zu begehen.	<input type="checkbox"/>					
06 ...ein Selbstmordattentat zu begehen.	<input type="checkbox"/>					

59. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

	Nie	ein Mal	Mehrfach
01 Wurden Sie bereits wegen einer Gewalttat von einem Gericht verurteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Wurden Sie bereits wegen einer Straftat (ohne Gewalttaten) von einem Gericht verurteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Bitte geben Sie nachfolgend an, inwiefern Sie folgenden Aussagen zustimmen.

	Stimme nicht zu	1	2	3	4	Stimme zu
01 Ärzte und Psychotherapeuten sollten grundsätzlich ihre Schweigepflicht brechen dürfen, wenn sie von extremistischen politischen oder religiösen (z.B. islamistischen) Einstellungen ihrer Patienten erfahren.	<input type="checkbox"/>					

	Fortsetzung von <b>Frage 60</b>	Stimme nicht zu	1	2	3	4	Stimme zu	5	
02	Polizei und Staatsanwaltschaft sollten grundsätzlich Einsicht in eine Patientenakte von Patienten mit extremistischen politischen oder religiösen (z.B. islamistischen) Einstellungen nehmen dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
03	Der Schutz vor möglichen Gefährdungen durch politische oder religiöse extremistische Gewalt ist wichtiger als die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
04	Wenn Kinder in extremistischen Familien aufwachsen, sollten Ärzte und Psychotherapeuten automatisch das Jugendamt verständigen dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
05	Eltern von Kindern mit extremistischer Einstellung sollte das Sorgerecht entzogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
06	Menschen, die einen Terrorakt planen oder durchführen, sind meistens psychisch krank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
07	Personen mit extremistischen politischen oder religiösen (z.B. islamistischen) Einstellungen haben häufig ein psychisches Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
08	Für Menschen, die einen Terrorakt geplant oder durchgeführt haben, sollte eine psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung Pflicht sein, wenn sie gefasst werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
09	Menschen mit extremistischen Gewaltvorstellungen kann durch eine psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung geholfen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>61.</b> Benötigten Sie schon mal einen Rat oder Hilfe zu dem Thema Extremismus, z.B. wegen der Radikalisierung eines Familienmitglieds, eines Freundes oder für sich selber?		Ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 62</b>					
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 63</b>					
<b>62.</b> Falls ja: An wen haben Sie sich gewandt? (Mehrfachnennung möglich)		Erziehungs- und Familienberatungsstelle .....	<input type="checkbox"/>	Fachberatung für Radikalisierung .....	<input type="checkbox"/>	Polizei, Landeskriminalamt, Bundeskriminalamt .....	<input type="checkbox"/>	Arzt/Psychologe/Psychotherapeut .....	<input type="checkbox"/>
		Behörden (z.B. BAMF, Verfassungsschutz) .....	<input type="checkbox"/>	An niemanden .....	<input type="checkbox"/>				
		Sonstige: _____							

63. Falls nein: Bei welcher Stelle würden Sie im Falle eines Beratungsbedarfs **zuerst** Hilfe suchen?

Erziehungs- und Familienberatungsstelle .....	<input type="checkbox"/>
Fachberatung für Radikalisierung .....	<input type="checkbox"/>
Polizei, Landeskriminalämter, Bundeskriminalamt .....	<input type="checkbox"/>
Arzt/Psychologe/Psychotherapeut .....	<input type="checkbox"/>
Behörden (z.B. BAMF, Verfassungsschutz) .....	<input type="checkbox"/>
Bei niemandem .....	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	

64. Beurteilen Sie bitte, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

	Trifft überhaupt nicht zu						Trifft vollkommen zu	
	1	2	3	4	5	6		
01 Ich reagiere genervt, wenn eine andere Person mir die Schau stiehlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
02 Ich habe es verdient, als große Persönlichkeit angesehen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
03 Ich will, dass meine Konkurrenten scheitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
04 Ich ziehe viel Kraft daraus, eine ganz besondere Person zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
05 Mit meinen besonderen Beiträgen schaffe ich es, im Mittelpunkt zu stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
06 Die meisten Menschen sind ziemliche Versager.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

65. Beurteilen Sie bitte, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

	Trifft überhaupt nicht zu									Trifft vollkommen zu	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
01 Ich neige dazu, andere zu manipulieren, um meinen Willen durchzusetzen.	<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"/>		
02 Ich neige dazu, keine Gewissensbisse zu haben.	<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"/>		
03 Ich neige dazu, von anderen bewundert werden zu wollen.	<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"/>		
04 Ich habe getäuscht oder gelogen, um meinen Willen durchzusetzen.	<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"/>		
05 Ich neige dazu, mich nicht um die Moral meiner Handlungen zu kümmern.	<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"/>		
06 Ich neige dazu, von anderen beachtet werden zu wollen.	<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"/>		

Fortsetzung von **Frage 65**

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft vollkommen zu								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
07	Ich habe Schmeicheleien genutzt, um meinen Willen durchzusetzen.	<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"/>
08	Ich neige dazu, gefühllos oder unsensibel zu sein.	<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"/>
09	Ich neige dazu, nach Ansehen oder Status zu streben.	<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"/>

**66.** Wenn es auch schwer sein mag, sich genau zu erinnern, wie sich Ihre Eltern früher Ihnen gegenüber verhielten, so gibt es doch sicher gewisse Erinnerungen an Erziehungsmethoden, die sie anwandten.

Bitte kreuzen Sie für jede Frage die Antwort an, die dem Verhalten Ihres Vaters bzw. Ihrer Mutter entspricht. Unterscheiden Sie bitte zwischen Ihrem Vater und Ihrer Mutter. Falls sich beide gleich verhalten haben, kreuzen Sie für beide Elternteile die gleiche Antwortalternative an.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)			Nein, niemals	Ja, gelegentlich	Ja, oft	Ja, ständig
		Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
01	Wurden Sie von Ihren Eltern hart bestraft, auch für Kleinigkeiten?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Spürten Sie, dass Ihre Eltern Sie gern hatten?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Kam es vor, dass Ihre Eltern Sie auch für kleine „Sünden“ bestrafen?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Versuchten Ihre Eltern Sie zu beeinflussen etwas „Besseres“ zu werden?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Kam es vor, dass Ihre Eltern aus Angst, Ihnen könnte etwas zustoßen, Dinge verboten, die anderen in Ihrem Alter erlaubt wurden?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Kam es vor, dass Sie als Kind vor anderen Kindern ausgeschimpft oder geschlagen wurden?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Fanden Sie, dass Ihre Eltern versuchten, Sie zu trösten und aufzumuntern, wenn Ihnen etwas danebengegangen war?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Kam es vor, dass Ihnen Ihre Eltern mehr Schläge erteilten, als Sie es verdient hatten?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Konnten Sie von Ihren Eltern Unterstützung erwarten, wenn Sie vor einer schweren Aufgabe standen?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Lehnten Ihre Eltern die Freunde und Kameraden ab, mit denen Sie sich gerne trafen?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von <b>Frage 66.</b> (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)			Nein, niemals	Ja, gelegentlich	Ja, oft	Ja, ständig
		Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Versuchten Ihre Eltern Sie anzutreiben, „Beste*r“ zu werden?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Zeigten Ihre Eltern vor anderen, dass sie Sie gern hatten?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Gebrauchten Ihre Eltern folgende Redensart: „Wenn Du das nicht tust, dann bin ich traurig.“?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Wurden Sie von Ihren Eltern gelobt?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Wurden Sie von Ihren Eltern getröstet, wenn Sie traurig waren?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Kam es vor, dass Sie von Ihren Eltern bestraft wurden, ohne etwas getan zu haben?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Zeigten Ihre Eltern mit Worten und Gesten, dass sie Sie gern hatten?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Kam es vor, dass Sie ohne Grund Schläge bekamen?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Wünschten Sie sich manchmal, dass sich Ihre Eltern weniger darum kümmerten, was Sie taten?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Bekamen Sie von Ihren Eltern Schläge?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Setzten Ihre Eltern bestimmte Grenzen für das, was Sie tun und lassen durften, und bestanden sie eisern darauf?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Behandelten Ihre Eltern Sie so, dass Sie sich schämten?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Finden Sie, dass Ihre Eltern übertrieben ängstlich darüber waren, dass Ihnen etwas zustoßen könnte?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Konnten Ihre Eltern mit Ihnen schmusen?	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Im folgenden Abschnitt interessieren uns Ihre Einstellungen zur Erziehung von Kindern. Bitte überlegen Sie, ob Sie den folgenden Aussagen zustimmen, bzw. welche Erziehungsmethoden Sie für geeignet halten.**

67. (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Stimme voll zu	Stimme etwas zu	Bin etwas dagegen	Bin stark dagegen
01	Ein Klaps auf den Hintern hat noch keinem Kind geschadet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Eine Ohrfeige hat noch keinem Kind geschadet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Eine Tracht Prügel hat noch keinem Kind geschadet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Welche dieser Erziehungsmethoden haben Ihre Eltern bei Ihnen angewandt? <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	Klaps auf den Hintern .....	<input type="checkbox"/>
	Leichte Ohrfeige .....	<input type="checkbox"/>
	Schallende Ohrfeige .....	<input type="checkbox"/>
	Tracht Prügel mit Blutung .....	<input type="checkbox"/>
	Mit Stock kräftig auf Po .....	<input type="checkbox"/>
	Treten .....	<input type="checkbox"/>
	Würgen .....	<input type="checkbox"/>
	Schläge mit Gegenständen (wie Gürtel, Bambusrohr) .....	<input type="checkbox"/>
	Andere körperliche Bestrafung .....	<input type="checkbox"/>
	Fernsehverbot .....	<input type="checkbox"/>
	Ausgehverbot .....	<input type="checkbox"/>
	Taschengeldkürzung .....	<input type="checkbox"/>
	Nicht mehr mit Ihnen reden .....	<input type="checkbox"/>
	Niederbrüllen .....	<input type="checkbox"/>
	Nichts davon .....	<input type="checkbox"/>

69. Welche körperliche Bestrafung halten Sie in der Erziehung von Kindern für angebracht? <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	Klaps auf den Hintern .....	<input type="checkbox"/>
	Leichte Ohrfeige .....	<input type="checkbox"/>
	Schallende Ohrfeige .....	<input type="checkbox"/>
	Tracht Prügel mit Blutung .....	<input type="checkbox"/>
	Mit Stock kräftig auf Po .....	<input type="checkbox"/>
	Treten .....	<input type="checkbox"/>
	Würgen .....	<input type="checkbox"/>
	Schläge mit Gegenständen (wie Gürtel, Bambusrohr) .....	<input type="checkbox"/>
	Andere körperliche Bestrafung .....	<input type="checkbox"/>
	Ich lehne körperliche Bestrafung als Erziehungsmethode ab .....	<input type="checkbox"/>

<b>70.</b> <i>Wann halten Sie körperliche Strafen als Erziehungsmethode bei Kindern für angebracht?</i> <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	Bei Diebstahl .....	<input type="checkbox"/>
	Bei Sachbeschädigung .....	<input type="checkbox"/>
	Bei Lügen .....	<input type="checkbox"/>
	Wenn die Kinder zu spät nach Hause kommen .....	<input type="checkbox"/>
	Wenn die Kinder frech sind oder widersprechen .....	<input type="checkbox"/>
	Anderes .....	<input type="checkbox"/>
	Ich lehne körperliche Bestrafung als Erziehungsmethode ab .....	<input type="checkbox"/>

Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen?

<b>71. Ich würde mich schämen, wenn mein Kind wegen psychischer Beschwerden psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen würde.</b>				
Stimme ganz und gar nicht zu	Stimme weniger zu	Stimme etwas zu	Stimme ziemlich zu	Stimme voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>72. Ich würde mich schämen, wenn mein Kind wegen körperlicher Beschwerden medizinische Hilfe in Anspruch nehmen würde (z.B. Blinddarm, Zuckerkrankheit, Allergie).</b>				
Stimme ganz und gar nicht zu	Stimme weniger zu	Stimme etwas zu	Stimme ziemlich zu	Stimme voll und ganz zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. (Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme voll und ganz zu				
		1	2	3	4	5
01 Ich würde es akzeptieren, wenn sich mein Kind mit Kindern/Jugendlichen umgibt, die psychiatrisch/psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich glaube, dass Kinder und Jugendliche, die psychiatrisch/psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen genauso intelligent sind wie der Durchschnitt aller Kinder und Jugendlichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich glaube, dass Kinder und Jugendliche, die psychiatrisch/psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen eine Gefahr sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich glaube, dass Kinder und Jugendliche, die psychiatrisch/psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen genauso vertrauenswürdig sind wie der Durchschnitt aller Kinder und Jugendlichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich glaube, wenn Kinder psychiatrisch/psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen zeigt das, dass sie anders sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Ich glaube, Kontakt zu Kindern und Jugendlichen, welche wegen psychischen Problemen psychiatrisch/psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, würde ich als unangenehm empfinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von **Frage 73.**  
*(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)*

		Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
		1	2	3	4	5	6
07	Ich glaube, dass Kinder und Jugendliche, die psychisch/psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, einfach zu schwach sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich glaube, dass es Kinder und Jugendliche, die psychisch/psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben, im Leben zu nichts bringen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich glaube ich fühle mich Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen menschlich weniger nah als psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich glaube Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen werden in unserer Gesellschaft benachteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**74. Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Erlebnisse häuslicher Gewalt, die in Ihrer Kindheit vor Ihrem 18. Geburtstag stattgefunden haben.**

01	Haben Sie vor Ihrem 18. Geburtstag erlebt, wie Erwachsene in Ihrem Haushalt sich in einer Weise angeschrien haben, dass Sie sich gefürchtet haben?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
02a	Hat vor Ihrem 18. Geburtstag in Ihrem Haushalt je jemand Alkohol und/oder Drogen genommen und sich dann so verhalten, dass Sie sich vor ihm/ihr gefürchtet haben?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
02b	Wenn ja, wer hat sich so verhalten? (mehrere Antworten möglich)	Vater .....	<input type="checkbox"/>
		Mutter.....	<input type="checkbox"/>
		Andere(r) Erwachsene(r) im Haushalt.....	<input type="checkbox"/>
03a	Haben Sie vor Ihrem 18. Geburtstag erlebt, wie ein Erwachsener in Ihrem Haushalt gedroht hat, einen anderen Erwachsenen zu schlagen oder verletzen?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
03b	Wenn ja, von wem ging die Gewalt aus? (mehrere Antworten möglich)	Vater .....	<input type="checkbox"/>
		Mutter.....	<input type="checkbox"/>
		Andere(r) Erwachsene(r) im Haushalt.....	<input type="checkbox"/>
04a	Haben Sie vor Ihrem 18. Geburtstag in Ihrem Haushalt erlebt, wie ein Erwachsener gedroht hat, einen anderen Erwachsenen umzubringen?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
04b	Wenn ja, von wem ging die Gewalt aus? (mehrere Antworten möglich)	Vater .....	<input type="checkbox"/>
		Mutter.....	<input type="checkbox"/>
		Andere(r) Erwachsene(r) im Haushalt.....	<input type="checkbox"/>

05a	Haben Sie vor Ihrem 18. Geburtstag erlebt, wie sich Erwachsene in Ihrem Haushalt körperlich weh getan haben (z.B. geschlagen oder getreten haben)?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
05b	Wenn ja, von wem ging die Gewalt aus ? (mehrere Antworten möglich)	Vater .....	<input type="checkbox"/>
		Mutter.....	<input type="checkbox"/>
		Andere(r) Erwachsene(r) im Haushalt.....	<input type="checkbox"/>
06a	Haben Sie vor Ihrem 18. Geburtstag erlebt, wie Erwachsene in Ihrem Haushalt Messer, Stecken, Steine oder andere Gegenstände benutzt haben, um jemanden anderen im Haushalt zu verletzen?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
06b	Wenn ja, von wem ging die Gewalt aus? (mehrere Antworten möglich)	Vater .....	<input type="checkbox"/>
		Mutter.....	<input type="checkbox"/>
		Andere(r) Erwachsene(r) im Haushalt.....	<input type="checkbox"/>
07a	Haben Sie vor Ihrem 18. Geburtstag in Ihrem Haushalt erlebt, wie ein Erwachsener einen anderen so verletzt hat, dass dieser medizinisch betreut werden musste?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
07b	Wenn ja, von wem ging die Gewalt aus? (mehrere Antworten möglich)?	Vater .....	<input type="checkbox"/>
		Mutter.....	<input type="checkbox"/>
		Andere(r) Erwachsene(r) im Haushalt.....	<input type="checkbox"/>
08	Haben Sie vor Ihrem 18. Geburtstag in Ihrem Haushalt erlebt, wie die Polizei wegen Gewalt in ihrem Haushalt eingegriffen hat?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
09	Waren Sie vor Ihrem 18. Geburtstag mit einem Elternteil in einer Schutzeinrichtung (Frauenhaus)?	Ja .....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>

75. Die folgenden drei Fragen betreffen Personen, die vor Ihrem 18. Geburtstag häusliche Gewalt miterlebt hat.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Sehr viel	Ernsthaft	Schwach	Überhaupt nicht
01	Wenn Sie vor Ihrem 18. Geburtstag häusliche Gewalt miterlebt haben, wie sehr hat Ihnen dieses Erlebnis oder diese Erlebnisse wehgetan oder geschadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Haben Sie je einer nahestehenden Person von der Gewalt zwischen Erwachsenen in Ihrem Haushalt erzählt?	Ja .....	<input type="checkbox"/>		
		Nein.....	<input type="checkbox"/>		
03	Haben Sie im Zusammenhang mit der Gewalt zwischen Erwachsenen in Ihrem Haushalt je Beratung oder Therapie in Anspruch genommen?	Ja .....	<input type="checkbox"/>		
		Nein.....	<input type="checkbox"/>		

04	Auf einer Skala von 1 bis 6 (gemessen wie Schulnoten), wie zufrieden waren Sie mit der Unterstützung, die Sie dort bekamen?					
	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Gewalterlebnisse in einer aktuellen oder vergangenen Paarbeziehung.

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft
01	Wurden Sie in einer Beziehung je von Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin beleidigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Wurden Sie in einer Beziehung je von Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin vor anderen Personen erniedrigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wurden Sie in einer Beziehung je von Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin absichtlich eingeschüchtert, bspw. durch Anschreien oder Zerstören von Gegenständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Wurden Sie in einer Beziehung je von Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin bedroht, verletzt zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Hat in einer Beziehung Ihr Partner oder Ihre Partnerin je andere Personen verletzt, die Sie mögen, oder Ihnen wichtige Gegenstände zerstört, um Sie zu verletzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Wurden Sie in einer Beziehung von Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin je daran gehindert einen Beruf auszuüben oder zur Arbeit zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Hat in einer Beziehung Ihr Partner oder Ihre Partnerin Ihnen je Geld für den Haushalt verweigert, wenn er/sie noch genügend Geld für andere Dinge hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Hat in einer Beziehung Ihr Partner oder Ihre Partnerin Sie je gestoßen, getreten, gewürgt, mit der Faust oder einem Gegenstand geschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Hat in einer Beziehung Ihr Partner oder Ihre Partnerin Sie je mit einem Messer, Gewehr oder einer anderen Waffe bedroht oder diesen Gegenstand gegen Sie benutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Hat in einer Beziehung Ihr Partner oder Ihre Partnerin Sie je zu Sex gezwungen, wenn Sie nicht wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Hatten Sie in einer Beziehung je Sex, obwohl Sie nicht wollten, weil sie Angst hatten, was Ihr Partner / Ihre Partnerin sonst tun würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Hat in einer Beziehung Ihr Partner oder Ihre Partnerin Sie je gezwungen, Pornos zu schauen, obwohl Sie nicht wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Hat in einer Beziehung Ihr Partner oder Ihre Partnerin Sie je zu sexuellen Handlungen gezwungen, die Sie nicht wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77.	<i>Hat in einer Beziehung Ihr Partner oder Ihre Partnerin je Ihre Einkünfte eingezogen?</i>	Nie .....	<input type="checkbox"/>
	Selten .....	<input type="checkbox"/>	
	Gelegentlich .....	<input type="checkbox"/>	
	Oft .....	<input type="checkbox"/>	
<i>Trifft nicht zu, ich hatte noch nie ein Erwerbseinkommen .....</i>			<input type="checkbox"/>
78.	<i>Sind Sie jemals länger als gewollt in einer Partnerschaft geblieben, weil Sie nicht wussten, wie Sie sonst Ihr Leben finanzieren sollen?</i>	Nie .....	<input type="checkbox"/>
	Einmal .....	<input type="checkbox"/>	
	Zwei oder mehrere Male .....	<input type="checkbox"/>	
79.	<i>Wurden Sie in Ihrem Leben je von einem Partner oder einer Partnerin verletzt?</i>	Nie .....	<input type="checkbox"/>
	Einmal/zweimal .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrere Male (3-5) .....	<input type="checkbox"/>	
	Oft (mehr als 5 Mal) .....	<input type="checkbox"/>	
80.	<i>Falls ja, hatten Sie wegen dieser Verletzung je medizinische Bereuung?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Gewalt, die Sie selbst in einer aktuellen oder vergangenen Paarbeziehung ausgeübt haben.**

	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft
01	Haben Sie in einer Beziehung Ihre Partnerin oder Ihren Partner je beleidigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Haben Sie in einer Beziehung Ihre Partnerin oder Ihren Partner je vor anderen Personen erniedrigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Haben Sie in einer Beziehung Ihre Partnerin oder Ihren Partner je absichtlich eingeschüchtert, bspw. durch Anschreien oder Zerstören von Gegenständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Haben Sie in einer Beziehung Ihre Partnerin oder Ihren Partner je bedroht, sie oder ihn zu verletzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Haben Sie in einer Beziehung je Personen verletzt, die Ihre Partnerin oder Ihr Partner mochte, oder haben Sie wichtige Gegenstände Ihrer Partnerin oder Ihres Partners zerstört, um sie/ihn zu verletzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Haben Sie in einer Beziehung Ihre Partnerin oder Ihren Partner je daran gehindert, einen Beruf auszuüben oder zur Arbeit zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Haben Sie in einer Beziehung Ihrer Partnerin oder Ihrem Partner je Geld für den Haushalt verweigert, wenn Sie selbst noch genügend Geld für andere Dinge wie Zigaretten oder Alkohol hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Haben Sie je in einer Beziehung Ihre Partnerin oder Ihren Partner je gestoßen, getreten, gewürgt, mit der Faust oder einem Gegenstand geschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von Frage 81  
*(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)*

	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft
09 Haben Sie in einer Beziehung Ihre Partnerin oder Ihren Partner je mit einem Messer, Gewehr oder einer anderen Waffe bedroht oder diesen Gegenstand zur Gewalt benutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Haben Sie in einer Beziehung Ihre Partnerin oder Ihren Partner je zu Sex gezwungen, wenn sie/er nicht wollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Hatten Sie in einer Beziehung je Sex, obwohl Sie wussten, dass Ihre Partnerin oder Ihr Partner nicht wollte, aber Sie fanden, dass das eine Pflicht sei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Haben Sie in einer Beziehung je Ihre Partnerin oder Ihren Partner gezwungen, Pornos zu schauen, obwohl sie/er nicht wollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Haben Sie in einer Beziehung je Ihre Partnerin oder Ihren Partner zu sexuellen Handlungen gezwungen, die sie/er nicht wollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>82.</b> <i>Haben Sie in einer Beziehung je die Einkünfte Ihrer Partnerin oder Ihres Partners eingezogen?</i>	Nie ..... <input type="checkbox"/> Selten ..... <input type="checkbox"/> Gelegentlich ..... <input type="checkbox"/> Oft ..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu, Partner/in hatte kein Einkommen ..... <input type="checkbox"/>
---	---

**Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, ob Sie wegen häuslicher Gewalterlebnisse Hilfe von Privaten oder Fachpersonen in Anspruch genommen haben.**

<b>83.</b> <i>Wenn Sie je häusliche Gewalt in einer Paarbeziehung erlebt haben, wie sehr hat Ihnen dieses Erlebnis oder diese Erlebnisse wehgetan oder geschadet?</i>	Sehr viel ..... <input type="checkbox"/> Ernsthaft ..... <input type="checkbox"/> Schwach ..... <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht ..... <input type="checkbox"/>
---	--

	Ja	Nein
84. Haben Sie je einer nahestehenden Person von der Gewalt Ihres Partners oder Ihrer Partnerin erzählt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Hatten Sie im Zusammenhang mit der Gewalt Ihres Partners oder Ihrer Partnerin je Kontakt mit der Polizei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Hatten Sie im Zusammenhang mit der Gewalt Ihres Partners oder Ihrer Partnerin je Zuflucht in einer Schutzeinrichtung (z.B. Frauenhaus) gesucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Haben Sie im Zusammenhang mit der Gewalt Ihres Partners oder Ihrer Partnerin je psychosoziale oder psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Auf einer Skala von 1 bis 6 (gemessen wie Schulnoten), wie zufrieden waren Sie mit der Unterstützung, die Sie dort bekamen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>					

89. Wo sind Sie geboren?

Heutige ostdeutsche Bundesländer .....

Heutige westdeutsche Bundesländer .....

Andere: \_\_\_\_\_

90. Wie lange haben Sie bis zu Ihrem 18. Geburtstag in West- bzw. Ostdeutschland gelebt?  
(Die Summe darf nicht mehr als 18 ergeben)

Heutige ostdeutsche Bundesländer: 

--	--

 Jahre

Heutige westdeutsche Bundesländer: 

--	--

 Jahre

Andere (z.B. im Ausland): 

--	--

 Jahre

91. Wie wurden Sie im Vorschulalter betreut?

91a Vor dem 3. Lebensjahr vorwiegend durch:  
(Mehrfachnennung möglich)

Mutter .....

Vater .....

Andere Angehörige/Bekannte .....

Tagespflege .....

Pflegefamilie .....

Krippe .....

Heim .....

Sonstige: \_\_\_\_\_

91b	<i>Wenn Tagespflege/Krippe/Heim, dann bitte spezifizieren Sie:</i>	Halbtags .....	<input type="checkbox"/>
		Ganztags .....	<input type="checkbox"/>
		Wochentags mit Übernachtung .....	<input type="checkbox"/>
		Saisonai .....	<input type="checkbox"/>
		Dauerhaft .....	<input type="checkbox"/>
91c	<b><i>Ab dem 3. Lebensjahr bis zur Einschulung überwiegend durch:</i></b> <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	Mutter .....	<input type="checkbox"/>
		Vater .....	<input type="checkbox"/>
		Andere Angehörige/Bekannte .....	<input type="checkbox"/>
		Tagespflege .....	<input type="checkbox"/>
		Pflegefamilie .....	<input type="checkbox"/>
		Kindergarten .....	<input type="checkbox"/>
		Heim .....	<input type="checkbox"/>
		Sonstige: _____	
91d	<i>Wenn Tagespflege/Kindergarten/Heim, dann bitte spezifizieren Sie:</i>	Halbtags .....	<input type="checkbox"/>
		Ganztags .....	<input type="checkbox"/>
		Wochentags mit Übernachtung .....	<input type="checkbox"/>
		Saisonai .....	<input type="checkbox"/>
		Dauerhaft .....	<input type="checkbox"/>

**92.** *Fühlten Sie sich in Ihrer Kindheit und Jugend (bis zu Ihrem 18.Geburtstag) mit folgenden politischen Systemen verbunden?*

Politisches System...	Überhaupt nicht	Eher nicht	Etwas	Sehr
92a des Nationalsozialismus/ des dritten Reichs (1933-1945)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92b der Deutschen Demokratischen Republik (DDR, 1949 - 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92c der Bundesrepublik Deutschland (BRD, 1949 - 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92d des wiedervereinigten Deutschlands (ab 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**93.** *In Ihrer Kindheit und Jugend (bis zu Ihrem 18.Geburtstag), hat sich Ihre Mutter mit folgenden politischen Systemen gefühlt?*

Politisches System...	Überhaupt nicht	Eher nicht	Etwas	Sehr
93a des Nationalsozialismus/ des dritten Reichs (1933-1945)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93b der Deutschen Demokratischen Republik (DDR, 1949 - 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93c der Bundesrepublik Deutschland (BRD, 1949 - 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93d des wiedervereinigten Deutschlands (ab 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**94. In Ihrer Kindheit und Jugend (bis 18 Jahre), hat sich Ihr Vater mit folgenden politischen Systemen verbunden gefühlt?**

Politisches System...	Überhaupt nicht	Eher nicht	Etwas	Sehr
94a des Nationalsozialismus/ des dritten Reichs (1933-1945)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94b der Deutschen Demokratischen Republik (DDR, 1949 - 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94c der Bundesrepublik Deutschland (BRD, 1949 - 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94d des wiedervereinigten Deutschlands (ab 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**95. Fühlen Sie sich heute mit folgenden politischen Systemen verbunden?**

Politisches System...	Überhaupt nicht	Eher nicht	Etwas	Sehr
95a des Nationalsozialismus/ des dritten Reichs (1933-1945)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95b der Deutschen Demokratischen Republik (DDR, 1949 - 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95c der Bundesrepublik Deutschland (BRD, 1949 - 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95d des wiedervereinigten Deutschlands (ab 1990)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**96. Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen?**

	Stimme ganz und gar nicht zu	Stimme weniger zu	Stimme etwas zu	Stimme ziemlich zu	Stimme voll und ganz zu
01 Gegen Außenseiter und Nichtstuer sollte in der Gesellschaft mit aller Härte vorgegangen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Unruhestifter sollten deutlich zu spüren bekommen, dass sie in der Gesellschaft unerwünscht sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Gesellschaftliche Regeln sollten ohne Mitleid durchgesetzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Wir brauchen starke Führungspersonen, damit wir in der Gesellschaft sicher leben können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Menschen sollten wichtige Entscheidungen in der Gesellschaft Führungspersonen überlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Wir sollten dankbar sein für führende Köpfe, die uns genau sagen, was wir tun können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Traditionen sollten unbedingt gepflegt und aufrechterhalten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Bewährte Verhaltensweisen sollten nicht in Frage gestellt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Es ist immer das Beste, Dinge in der üblichen Art und Weise zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

97. Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten 7 Tagen bis heute durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

**Bitte beantworten Sie jede Frage!**

<i>Wie sehr litten Sie <u>in den vergangenen sieben Tagen</u> unter:</i>		Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
01	Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>				
02	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>				
03	Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>				
04	Herz- oder Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>				
05	Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>				
06	dem Gefühl, gespannt oder aufgereggt zu sein	<input type="checkbox"/>				
07	Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>				
08	Schwermut	<input type="checkbox"/>				
09	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>				
10	Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>				
11	dem Gefühl wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>				
12	Schreck- oder Panikanfällen	<input type="checkbox"/>				
13	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
14	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>				
15	so starke Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/>				
16	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
17	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>				
18	Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>				

**98. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre möglichen eigenen Erfahrungen von unfairer Behandlung oder Diskriminierung aufgrund bestimmter Eigenschaften.**

<i>Im vergangenen Jahr, wie oft sind Sie benachteiligt oder unfair behandelt worden, weil Sie...</i> <i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	Nie	Wenige Male	Etwa einmal im Monat	Etwa einmal in der Woche	Fast täglich	Nicht zutreffend /hat Merkmal nicht
	<input type="checkbox"/>					
01a [für Ostdeutsche] ...aus den ostdeutschen Bundesländern stammen?	<input type="checkbox"/>					
01b [für Westdeutsche] ...aus den westdeutschen Bundesländern stammen?	<input type="checkbox"/>					
02 ...psychisch belastet oder erkrankt sind?	<input type="checkbox"/>					
03 ...an Sucht oder Abhängigkeit litten (Alkohol oder Drogen)?	<input type="checkbox"/>					
04 ...als Kind oder Jugendliche(r) Gewalt oder Missbrauch erfahren haben?	<input type="checkbox"/>					

**99. Im Folgenden sind eine Reihe von Verhaltensweisen aufgeführt, die möglicherweise in Ihrer Partnerschaft auftreten. Diese Verhaltensweisen können von Ihrem Partner oder von Ihnen beiden gezeigt werden. Kreuzen Sie bitte in jeder Fragestellung an, wie oft diese Verhaltensweise in der letzten Zeit aufgetreten ist.**

***Wenn Sie aktuell keinen Partner\*in haben, weiter bei Frage 100.***

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	Nie/ sehr selten	Selten	Oft	Sehr oft
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
01 Er/ sie sagt mir, dass er/sie zufrieden ist, wenn er/sie mit mir zusammen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Er/sie äußert sich abfällig über eine von mir geäußerte Meinung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Er/sie nimmt mich in den Arm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Wir unterhalten uns am Abend normalerweise mindestens eine halbe Stunde miteinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Er/sie gibt mir die Schuld, wenn etwas schief gegangen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Er/sie streichelt mich zärtlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Er/sie bemüht sich, sich meine Wünsche zu merken und erfüllt sie bei passender Gelegenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Er/sie kritisiert mich in einer sarkastischen Art und Weise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Er/sie sagt mir, dass er/sie mich gerne hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr unglücklich	Un-glücklich	Eher unglücklich	Eher glücklich	Glücklich	Sehr glücklich
	<input type="checkbox"/>					
10 Wie glücklich würden Sie Ihre Partnerschaft im Augenblick einschätzen?	<input type="checkbox"/>					

<b>100.</b> <i>Haben Sie selbst in den letzten 12 Monaten jemanden körperlich angegriffen (zum Beispiel geschlagen, geohrfeigt, an den Haaren gezogen, getreten, mit einer Waffe oder einem Gegenstand bedroht)?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>
<b>101.</b> <i>Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Person abgewertet, z. B. bezüglich Ihres Aussehens, Ihrer Art sich zu kleiden, Ihrer Denk-, Handlungs- oder Arbeitsweise oder einer Behinderung? Oder haben Sie eine Person beleidigt, beschimpft, bedroht, schikaniert oder unter Druck gesetzt?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>
<b>102.</b> <i>Welche der folgenden Methoden haben Sie jemals bei einem anderen oder ihrem eigenen schreienden Säugling angewandt, um ihn zu beruhigen? (Mehrfachnennung möglich)</i>	Den Säugling in einem Schaukelstuhl schaukeln .....	<input type="checkbox"/>
	Den Säugling anbrüllen oder anschreien .....	<input type="checkbox"/>
	Den Säugling mit Spielzeug oder etwas zu essen ablenken .....	<input type="checkbox"/>
	Dem Säugling Essen abnehmen oder verweigern .....	<input type="checkbox"/>
	Mit dem Säugling im Arm umhergehen .....	<input type="checkbox"/>
	Den Säugling schütteln .....	<input type="checkbox"/>
	Mit dem Säugling sprechen .....	<input type="checkbox"/>
	Den Säugling ausschimpfen .....	<input type="checkbox"/>
	Dem Säugling Mund und Nase zuhalten .....	<input type="checkbox"/>
	Den Säugling halten .....	<input type="checkbox"/>
	Den Säugling schlagen oder ohrfeigen .....	<input type="checkbox"/>
	Den Säugling füttern .....	<input type="checkbox"/>
	Ich habe noch nie einen schreienden Säugling beruhigt .....	<input type="checkbox"/>
<b>103.</b> <i>Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>
<b>103a</b> <i>Wenn ja, in welchem Alter? (Mehrfachnennung möglich)</i>	10 Jahre und jünger .....	<input type="checkbox"/>
	11 bis 15 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
	16 bis 19 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
	20 bis 40 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
	41 bis 60 Jahre .....	<input type="checkbox"/>
	61 Jahre und älter .....	<input type="checkbox"/>
<b>104.</b> <i>Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>
<b>104a</b> <i>Wenn ja, wie oft? (Mehrfachnennung möglich)</i>	Einmal.....	<input type="checkbox"/>
	2 bis 5 mal .....	<input type="checkbox"/>
	5 mal und häufiger .....	<input type="checkbox"/>

<b>105.</b> Falls zutreffend: Wer oder was hat Sie davon abgehalten, sich das Leben zu nehmen? <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	Freunde ..... <input type="checkbox"/> Familienangehörige ..... <input type="checkbox"/> Ziele im Leben ..... <input type="checkbox"/> Probleme haben sich gelöst/ich habe mich besser gefühlt (ohne Therapie) ..... <input type="checkbox"/> Haustiere ..... <input type="checkbox"/> Religion ..... <input type="checkbox"/> Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung ..... <input type="checkbox"/> Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/>			
<b>106.</b> Soziale Medien (z.B. Facebook oder Instagram) arbeiten aktuell an Methoden, um Suizide durch die Analyse von persönlichen Daten der Nutzer vorherzusagen. Finden Sie es richtig, wenn persönliche Daten aus sozialen Medien für diese Zwecke genutzt werden?	Ja, auf jeden Fall ..... <input type="checkbox"/> Ja, aber nur mit vorheriger ausdrücklicher Zustimmung ..... <input type="checkbox"/> Nein ..... <input type="checkbox"/>			
<b>107.</b> Leiden Sie unter einer körperlichen chronischen Erkrankung?	Nein ..... <input type="checkbox"/> Ja ..... <input type="checkbox"/>			
<b>108.</b> Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt?	Nein ..... <input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad 1 ..... <input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad 2 ..... <input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad 3 ..... <input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad 4 ..... <input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad 5 ..... <input type="checkbox"/>			
<b>109.</b> Wurde bei Ihnen ein Grad der Behinderung festgestellt <i>(GdB: 20-100)?</i>	Nein ..... <input type="checkbox"/>  <b>Grad der Behinderung:</b> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 33px;"></td><td style="width: 33px;"></td><td style="width: 33px;"></td></tr></table> Prozent			
<b>110.</b> Wurden Sie frühberentet?	Nein ..... <input type="checkbox"/> Ja, wegen körperlicher Probleme. ..... <input type="checkbox"/> Ja, wegen psychischer Probleme ..... <input type="checkbox"/>			

111. Hatten Sie jemals sexuellen Kontakt (sexuell motivierte körperliche Kontakte wie z.B. „Fummeln“, oraler, vaginaler oder analer Geschlechtsverkehr) mit Heilberufler*innen (Ärzt*in, Pflegepersonal, Psychotherapeut*in, Heilpraktiker*innen, Physiotherapeut*in, sonstige Heilberufler), während Sie zeitgleich mit ihm/ihr in einem Behandlungsverhältnis standen?	Nein ..... <input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 112
	Ja, einmal ..... <input type="checkbox"/>	
	Ja, mehrfach ..... <input type="checkbox"/>	
111a Falls ja, wie alt waren Sie damals? <i>Mehrfachauswahl möglich</i>	Jünger als 18 Jahre ..... <input type="checkbox"/>	
	18 Jahre oder älter. .... <input type="checkbox"/>	
111b Falls Sie bei dem Kontakt 18 Jahre oder älter waren, waren Sie mit dem sexuellen Kontakt einverstanden?	Ja ..... <input type="checkbox"/>	
	Nein ..... <input type="checkbox"/>	

Falls es mehrere Sexualekontakte gab, so beziehen Sie bitte die folgenden 3 Fragen auf das erste Mal.

111c Welches Geschlecht hatte der/die Heilberufler*in	Männlich..... <input type="checkbox"/>	
	Weiblich..... <input type="checkbox"/>	
111d Welche Profession hatte der/die Heilberufler*in?	Ärzt*in..... <input type="checkbox"/>	
	Psychotherapeut*in ..... <input type="checkbox"/>	
	Pflegepersonal..... <input type="checkbox"/>	
	Physiotherapeut*in ..... <input type="checkbox"/>	
	Heilpraktiker*innen ..... <input type="checkbox"/>	
	Rettungssanitäter*in..... <input type="checkbox"/>	
	Andere: _____	
111e In welchem Setting fand der sexuelle Kontakt statt?	Ambulant (Praxis, ambulantes Versorgungszentrum etc.) ..... <input type="checkbox"/>	
	Stationär (Krankenhaus, Reha-Klinik, etc.) ..... <input type="checkbox"/>	
	Andere: _____	

112. Hatten Sie jemals den Eindruck, dass Heilberufler*innen (Ärzt*in, Pflegepersonal, Psychotherapeut*in, Heilpraktiker*innen, Physiotherapeut*in, sonstige Heilberufler) in sexueller Absicht medizinische Maßnahmen durchführten, die aufgrund Ihrer Beschwerden/Ihrer Erkrankung nicht nötig gewesen wären?	Nein ..... <input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 113
	Ja, einmal ..... <input type="checkbox"/>	
	Ja, mehrfach ..... <input type="checkbox"/>	
112a Falls ja, um was für Maßnahmen, die aus Ihrer Sicht unnötig waren, handelte es sich? <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	Untersuchungen, die mit Körperkontakt (z.B. Abtasten von Körperteilen) einhergingen ..... <input type="checkbox"/>	
	Untersuchungen, die mit Ausziehen von Kleidung einhergingen ..... <input type="checkbox"/>	
	Fotodokumentation von entblößten Körperteilen ..... <input type="checkbox"/>	
	Andere: _____	

<b>112b</b> Falls ja, wie alt waren Sie damals? (Mehrfachnennung möglich)	Jünger als 18 Jahre ..... <input type="checkbox"/>
	18 Jahre oder älter. <input type="checkbox"/>

Falls Sie mehrmals in Ihrem Leben den Eindruck hatten, dass unnötige medizinische Maßnahmen aus sexueller Absicht vorgenommen wurden, so beziehen Sie bitte die folgenden 3 Fragen auf das erste Mal.

<b>112c</b> Welches Geschlecht hatte der/die Heilberufler*in	Männlich ..... <input type="checkbox"/>
	Weiblich ..... <input type="checkbox"/>
<b>112d</b> Welche Profession hatte der/die Heilberufler*in?	Ärzt*in ..... <input type="checkbox"/>
	Psychotherapeut*in ..... <input type="checkbox"/>
	Pflegepersonal ..... <input type="checkbox"/>
	Physiotherapeut*in ..... <input type="checkbox"/>
	Heilpraktiker*innen ..... <input type="checkbox"/>
	Rettungssanitäter*in ..... <input type="checkbox"/>
	Andere: _____
<b>112e</b> In welchem Setting fand der sexuelle Kontakt/die sexuelle Belästigung statt?	Ambulant (Praxis, ambulantes Versorgungszentrum etc.) ..... <input type="checkbox"/>
	Stationär (Krankenhaus, Reha-Klinik, etc.) ..... <input type="checkbox"/>
	Andere: _____

<b>113.</b> Wurden Sie jemals von Heilberufler*innen (Ärzt*in, Pflegepersonal, Psychotherapeut*in, Heilpraktiker*innen, Physiotherapeut*in, sonstige Heilberufler) sexuell belästigt, während Sie zeitgleich mit ihm/ihr in einem Behandlungsverhältnis standen?	Nein ..... <input type="checkbox"/> → weiter mit Frage 115
	Ja, einmal ..... <input type="checkbox"/>
	Ja, mehrfach ..... <input type="checkbox"/>
<b>113a</b> Falls ja, wie wurden Sie belästigt? Durch... (Mehrfachnennung möglich)	für die Behandlung nicht notwendige körperliche Nähe ..... <input type="checkbox"/>
	für die Behandlung nicht notwendige körperliche Berührungen ..... <input type="checkbox"/>
	scheinbar zufällige körperliche Berührungen ..... <input type="checkbox"/>
	Bemerkungen sexuellen Inhalts (z.B. obszöne Witze) Ihnen gegenüber oder unter Ihrer Mithörerschaft zu Kolleg*innen ..... <input type="checkbox"/>
	Kommentare über Ihren Körper/ungewollte Komplimente ..... <input type="checkbox"/>
	sexuelle Anspielungen ..... <input type="checkbox"/>
	Fragen nach Ihrer privaten Situation/Ihrem Sexualleben, die keinen Bezug zur Behandlung hatten ..... <input type="checkbox"/>
	Versuch, Sie auch privat zu kontaktieren/zu privaten Unternehmungen (z.B. „Dates“) zu überreden ..... <input type="checkbox"/>
	Anderes: _____
<b>113b</b> Falls ja, wie alt waren Sie damals? (Mehrfachnennung möglich)	Jünger als 18 Jahre ..... <input type="checkbox"/>
	18 Jahre oder älter. <input type="checkbox"/>

**Falls Sie mehrmals in Ihrem Leben von medizinischen Heilberufler\*innen belästigt wurden, so beziehen Sie bitte die folgenden 3 Fragen auf das erste Mal.**

Falls Sie bei einer Frage nach sexuellem Kontakt (unabhängig ob einvernehmlich oder nicht einvernehmlich) oder nach sexueller Belästigung mit Heilberufler\*innen ja angekreuzt haben:

<b>114. Welches Geschlecht hatte der/die Heilberufler*in</b>	Männlich ..... <input type="checkbox"/>
	Weiblich ..... <input type="checkbox"/>
<b>114a Welche Profession hatte der/die Heilberufler*in?</b>	Ärzt*in ..... <input type="checkbox"/>
	Psychotherapeut*in ..... <input type="checkbox"/>
	Pflegepersonal ..... <input type="checkbox"/>
	Physiotherapeut*in ..... <input type="checkbox"/>
	Heilpraktiker*innen ..... <input type="checkbox"/>
	Rettungssanitäter*in ..... <input type="checkbox"/>
	Andere: _____

<b>114b In welchem Setting fand der sexuelle Kontakt/die sexuelle Belästigung statt?</b>	Ambulant (Praxis, ambulantes Versorgungszentrum etc.) ..... <input type="checkbox"/>
	Stationär (Krankenhaus, Reha-Klinik, etc.) ..... <input type="checkbox"/>
	Andere: _____

<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz</i>	Nie 1	Selten 2	Manchmal 3	Häufig 4	Immer 5
	<b>115. Ich kann verlockendem Essen gut widerstehen.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>116. Ich werfe meine guten Ernährungsvorsätze zu leicht über Bord.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>117. Ich lasse mich leicht von meinen Ernährungsvorsätzen ablenken.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>118. Es fällt mir abends schwer, mich daran zu erinnern, was ich im Laufe des Tages gegessen habe.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>119. Wenn ich nicht so esse, wie ich es mir eigentlich vorgenommen habe, ändere ich etwas.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Interview!**

**Bitte geben Sie den Fragebogen an den/die Interviewer/in zurück oder stecken Sie den Fragebogen in den Umschlag, den Ihnen der/die Interviewer/in gern zur Verfügung stellt! Der Umschlag wird erst im Institut geöffnet!**

**REP 30**

**Leitung:** Prof. Dr. E. Brähler/ Prof. Dr. M. Zenger

**Untersuchungszeitraum:** April 2020 - Juni 2020 (2503 Probanden, 14-91 Jahre)

<b>Beteiligte Mitarbeiter:</b> Dipl.-Math. G. Schmutzner	<b>Kooperationspartner:</b> Prof. Dr. M. Beutel (Universitätsklinik Mainz) Dr. O. Decker (Uniklinikum Leipzig) Prof. Dr. M. Ernst (Universitätsklinik Mainz) Prof. Dr. J. Kruse (Universitätsklinikum Gießen) Prof. Dr. G. Pickel (Universität Leipzig)
---	--

**Eingesetzte Untersuchungsverfahren:**

- Soziodemographie (alle), S1-S2, S4-S15
- Postleitzahlen (Beutel/ Brähler), S3
- Migration/ Binnenmigration/ Vertreibung (Decker, Brähler, Beutel), Q1a-Q5
- Einkommen/ Miete (Brähler), Q6, Q8
- Haustiere (Brähler), Q7
- Bedingungsloses Grundeinkommen (Brähler, Zenger) Q9-Q10
- FLZ Wichtigkeit und Zufriedenheit (Brähler), Q11-Q12
- POMS-16 (Beutel/ Brähler), Q13
- Subjektive Gesellschaftliche Marginalisierung (Brähler/ Beutel/Back), Q14
- Einsamkeit GHS (Beutel/ Brähler), Q15
- Einsamkeit SOEP (Beutel/ Brähler), Q16
- PHQ-4 (Beutel/ Brähler), Q17
- HADS-6 (Beutel/ Brähler), Q18
- Suizidalität/ Krebs (Ernst/ Beutel/ Brähler), Q19-Q23
- Industrial Citizenship (Decker/ Brähler), Q24
- Gewerkschaftsmitgliedschaft (Decker/ Brähler), Q25
- GT-Items (Decker/ Brähler), Q26
- Politische Deprivation (Decker/ Brähler), Q27
- Wirtschaftliche Lage (Decker/ Brähler), Q28-Q31
- Demokratie (Decker/ Brähler), Q32-Q33
- Corona (Decker/ Brähler), Q34
- Antifeminismus und Sexismus (Decker/ Brähler), Q35
- Anerkennung (Decker/ Brähler), Q36
- Gewaltbereitschaft (Decker/ Brähler), Q37
- Links-Rechtsorientierung (Decker/ Brähler), Q38
- Werte und Grundsätze (Decker/ Brähler), Q39
- Autoritarismus (Decker/ Brähler), Q40
- Antisemitismus (Decker/ Brähler), Q41
- Rechtsextremismus (Decker/ Brähler), Q42
- Soziale Dominanzorientierung (Decker/ Brähler), Q43
- Verschwörungstheorie Corona (Decker/ Brähler), Q44
- Mentalisierung (Beutel/ Kruse), Q45
- Virtual Reality (Kruse), Q46-50
- OPD (Kruse), Q51
  - Differenzierte Religiositätsmessung (KRKV) 52-53
- Parteiidentifikation (KRKV) 54-55
- Demokratieverständnis (KRKV) 56-57
- Bedrohungswahrnehmungen (KRKV) 58
- Soziale Akzeptanz (KRKV) 59
- Interpersonales Vertrauen (KRKV) 60
- Politische Responsivität (KRKV) 61
- Populismuskala (KRKV) 62

- Vorurteile Block 1 (KRKV) 63
  - Haltung zu Geflüchteten (KRKV) (64)
  - Meinungsfreiheit (KRKV) 65
  - Gefühl zweiter Klasse (KRKV) 66
  - Skala Toleranz und Benachteiligung (KRKV) 67
  - Vorurteile Block 2 (KRKV) 68
  - Zentralität von Religiosität (KRKV) 69
  - Haltungen zu Religion und Kirche (KRKV) 70
  - Außerkirchliche Religiosität und Esoterik (KRKV) 71
  - Institutionenvertrauen (KRKV) 72
  - Hilfspersonen (KRKV) 73-74
  - Freiwilliges Engagement (KRKV) 75
  - Gründe für Engagement (KRKV) 76
  - Einschätzung Sozialität des Engagements (KRKV) 77
  - Aufgaben der Kirche in Deutschland (KRKV) 78
- 
- Wiederbefragbarkeit (Decker/ Brähler/ Beutel), Daten liegen bei USUMA

Projekt:

**200102**

Sample -Nr.:

1	2	2
---	---	---

Point-Nr.:

--	--	--

AL-Nr.:

--	--	--

Interviewer-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--

Interview durchgeführt am:

--	--	--	--

Tag

Interviewbeginn:

--	--	--

Stunde

Minute

Interviewende:

--	--	--

Stunde

Minute

Die Befragungsperson hat die **Datenschutzerklärung erhalten**  
und einer **freiwilligen Teilnahme** an der Befragung **zugestimmt**. ....

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

**Zu Beginn geht es um einige statistische Merkmale zu Ihrer Person:**

S 1	Ihr Geschlecht:	männlich	<input type="checkbox"/>						
		weiblich	<input type="checkbox"/>						
		divers	<input type="checkbox"/>						
S 2	Wann sind Sie geboren?	Geburtsmonat (z.B. 09):	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
	Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt.	Geburtsjahr:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
S 3	Wie lautet Ihre Postleitzahl?	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
S 4	Welchen Familienstand haben Sie?	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/ meiner Ehepartner/in zusammen .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 5					
		Ich bin verheiratet und lebe von meinem/ meiner Ehepartner/in getrennt ..	<input type="checkbox"/>						
		Ich bin ledig .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 4a					
		Ich bin geschieden .....	<input type="checkbox"/>						
		Ich bin verwitwet	<input type="checkbox"/>						
S 4a	Leben Sie in einer festen Partnerschaft?	Ja .....	<input type="checkbox"/>						
		Nein .....	<input type="checkbox"/>						
S 5	Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt – ich meine Personen, die hier schlafen und essen - Sie selbst mit eingeschlossen?	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				Personen			
S 5a	Wie viele davon sind Kinder unter 15 Jahren?  Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.	Kinder <u>unter 15 Jahren</u> ?	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Anzahl			
S 6	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?	Deutsch	<input type="checkbox"/>						
		Andere, welche: _____	<input type="checkbox"/>						
S 7	Welcher Religionsgemeinschaft oder Konfession gehören Sie an?	Katholische Kirche.....	<input type="checkbox"/>						
		Evangelische Kirche (ohne Freikirchen) .....	<input type="checkbox"/>						
		Evangelische Freikirche .....	<input type="checkbox"/>						
		Pfingstkirche .....	<input type="checkbox"/>						
		Christlich-orthodoxe Kirche .....	<input type="checkbox"/>						
		Andere christliche Kirche .....	<input type="checkbox"/>						
		Islamische Religionsgemeinschaft .....	<input type="checkbox"/>						
		Judentum .....	<input type="checkbox"/>						
		Andere (z. B. jüdisch, buddhistisch, hinduistisch)	<input type="checkbox"/>						
		Keine Religions- / Konfessionszugehörigkeit	<input type="checkbox"/>						

S 8	<i>Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 9
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	weiter mit Frage S 10
		Bin nicht wahlberechtigt	<input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe	<input type="checkbox"/>	
S 9	<i>Und welche Partei würden Sie dann wählen?</i>	CDU	<input type="checkbox"/>	
		CSU	<input type="checkbox"/>	
		SPD	<input type="checkbox"/>	
	<i><u>INT.:</u> Antwortstufen NICHT vorlesen! Nur eine Nennung!</i>	AfD	<input type="checkbox"/>	
		FDP	<input type="checkbox"/>	
		Die Linke	<input type="checkbox"/>	
		Bündnis '90/Die Grünen	<input type="checkbox"/>	
		Andere Partei	<input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	
		Wähle ungültig	<input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe	<input type="checkbox"/>	
S 10	<i>Welchen Schulabschluss haben Sie?  Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>	Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	
	<i><u>INT.:</u> Liste S 10 vorlegen</i>	Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule)	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe Mittlere Reife/ Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss)	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Hochschul-/ Universitäts- studium	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/ Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss)	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar?	<input type="checkbox"/>	
		-----		
		Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule	<input type="checkbox"/>	

S 11	<i>Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?</i>	Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr .....	<input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 11 vorlegen</i>	Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/ Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung .....	<input type="checkbox"/>
		Zur Zeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit .....	<input type="checkbox"/>
		Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorruestand .....	<input type="checkbox"/>
		Nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann .....	<input type="checkbox"/>
		In Berufsausbildung (einschließlich Fachschulen für gewerbliche Berufe) .....	<input type="checkbox"/>
		In Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule) .....	<input type="checkbox"/>
S 12	<i>Wie oft waren Sie arbeitslos, einschließlich jetziger Arbeitslosigkeit?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal	
S 13	<i>Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?</i>	Berufskreis-Nummer:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 13 vorlegen</i>	noch nie berufstätig gewesen	<input type="checkbox"/>
S 14	<i>Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an. Wie hoch ist <b>Ihr eigenes</b> Einkommen? Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung? Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.</i>	Einkommensgruppe Nr.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 14 vorlegen</i>	kein persönliches Einkommen	<input type="checkbox"/>
S 15	<i>Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom <b>gesamten</b> monatlichen Nettoeinkommen her einordnen? Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.</i>	Einkommensgruppe Nr.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Tragen Sie bitte die entsprechende Nummer ein.	
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 15 vorlegen</i>		

**Wissenschaftler\_innen unter der Leitung der Universität Leipzig möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung verschiedene wissenschaftliche/medizinische Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Lesen Sie dazu die Angaben im beigelegten Datenschutzblatt.**

**Da unterschiedliche Forschungseinrichtungen beteiligt sind, kann es sein, dass manche Fragen sich ähneln, wir bitten Sie dennoch den gesamten Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.**

#### **Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Bitte lesen Sie sich die jeweilige Frage einschließlich der Antwortmöglichkeiten vor der Beantwortung vollständig durch.
- Die Mehrzahl der Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten. Setzen Sie Ihr Kreuz einfach in die dafür vorgesehenen Kästchen.

**Beispiel:**      Nein .....   
                      Ja .....

- Nach vielen Fragen finden Sie in Klammern weitere Bearbeitungshinweise.

**Beispiel:** *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)*  
• Falls Sie aus Versehen ein Kreuz an der falschen Stelle gesetzt haben, schwärzen Sie bitte das falsche Kästchen.

**Beispiel:**      Nein .....   
                      Ja .....

- Für die Beantwortung vieler Fragen finden sich im Fragebogen sogenannte Skalen. Mit diesen können Sie Ihre Antwort zwischen zwei inhaltlichen Positionen abstimmen, im Beispiel etwa zwischen „Starke Ablehnung“ oder „Starke Zustimmung“.

**Beispiel:**

Starke Ablehnung	1	2	3	4	5	6	7	Starke Zustimmung
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

- An einigen Stellen des Fragebogens bitten wir Sie, Ihre Antworten frei zu formulieren. Verwenden Sie in diesen Fällen die dafür vorgesehenen Linien.

**Beispiel:** *(Bitte notieren)*

---

- Sollte bei einer Frage einmal keine Antwortmöglichkeit für Sie zutreffen, lassen Sie diese leer.

<b>1a</b>	<i>In welchem Land sind <u>Sie</u> geboren?</i>	in Deutschland .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 1b</b>
		in ehemals deutschen Gebieten (z.B. Schlesien, Sudetenland)	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 1c</b>
		in einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>	

**1b** *In welchem deutschen Bundesland sind Sie geboren?*

Westdeutsche Bundesländer		Ostdeutsche Bundesländer	
Schleswig-Holstein .....	<input type="checkbox"/>	Rheinland-Pfalz .....	<input type="checkbox"/>
Hamburg .....	<input type="checkbox"/>	Baden-Württemberg ...	<input type="checkbox"/>
Niedersachsen .....	<input type="checkbox"/>	Bayern .....	<input type="checkbox"/>
Bremen .....	<input type="checkbox"/>	Saarland .....	<input type="checkbox"/>
Nordrhein-Westfalen .....	<input type="checkbox"/>	Berlin (West).....	<input type="checkbox"/>
Hessen .....	<input type="checkbox"/>		

<b>1c</b>	<i>Seit wann leben Sie in Deutschland (Jahr)?</i>	Jahreszahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------	---	------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<b>2a</b>	<i>In welchem Land sind Sie überwiegend aufgewachsen?</i>	in Deutschland	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 2b</b>
		in einem anderen Land	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 3</b>

**2b** *In welchem deutschen Bundesland sind Sie überwiegend aufgewachsen?*

Westdeutsche Bundesländer		Ostdeutsche Bundesländer	
Schleswig-Holstein .....	<input type="checkbox"/>	Rheinland-Pfalz .....	<input type="checkbox"/>
Hamburg .....	<input type="checkbox"/>	Baden-Württemberg ...	<input type="checkbox"/>
Niedersachsen .....	<input type="checkbox"/>	Bayern .....	<input type="checkbox"/>
Bremen .....	<input type="checkbox"/>	Saarland .....	<input type="checkbox"/>
Nordrhein-Westfalen .....	<input type="checkbox"/>	Berlin (West).....	<input type="checkbox"/>
Hessen .....	<input type="checkbox"/>		

<b>3.</b>	<i>In welchem Land ist <u>Ihre Mutter</u> geboren?</i>	in Deutschland .....	<input type="checkbox"/>
		in ehemals deutschen Gebieten (z.B. Schlesien, Sudetenland) .....	<input type="checkbox"/>
		in einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b>	<i>In welchem Land ist <u>Ihr Vater</u> geboren?</i>	in Deutschland .....	<input type="checkbox"/>
		in ehemals deutschen Gebieten (z.B. Schlesien, Sudetenland) .....	<input type="checkbox"/>
		in einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b>	<i>Haben Sie nach 1949 Ihren Wohnsitz zwischen den ost- und westdeutschen Bundesländern verlegt?</i>	nein.....	<input type="checkbox"/>
		ja, von Ost nach West → vor dem Mauerfall .....	<input type="checkbox"/>
		→ nach dem Mauerfall .....	<input type="checkbox"/>
		ja, von West nach Ost.....	<input type="checkbox"/>

6.	<i>Wohnen Sie zur Miete oder in Ihrem eigenen Wohneigentum?</i>	Zur Miete .....	<input type="checkbox"/>
		Im eigenen Wohneigentum.....	<input type="checkbox"/>
7.	<i>Halten Sie Haustiere?</i>  <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	Hund/e .....	<input type="checkbox"/>
		Katze/n.....	<input type="checkbox"/>
		Vogel/Vögel .....	<input type="checkbox"/>
		Sonstige/s Haustier/e.....	<input type="checkbox"/>
		Nein, halte keine Haustiere .....	<input type="checkbox"/>
8.	<i>Welche der folgenden Einkünfte beziehen Sie derzeit persönlich ...</i>  <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	Private Altersvorsorge .....	<input type="checkbox"/>
		Lohn oder Gehalt.....	<input type="checkbox"/>
		Eigene Rente. ....	<input type="checkbox"/>
		Betriebliche Altersversorgung .....	<input type="checkbox"/>
		Eigene Pension.....	<input type="checkbox"/>
		Witwenrente / Witwenpension.....	<input type="checkbox"/>
		Waisenrente .....	<input type="checkbox"/>
		Einkommen aus selbständiger Tätigkeit .....	<input type="checkbox"/>
		Einkommen aus Vermietung.....	<input type="checkbox"/>
		Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen .....	<input type="checkbox"/>
		Wohngeld .....	<input type="checkbox"/>
		Kindergeld .....	<input type="checkbox"/>
		Arbeitslosengeld / Hartz 4 .....	<input type="checkbox"/>
		Sozialhilfe .....	<input type="checkbox"/>
		Stipendium / Bafög / Berufsausbildungshilfe ...	<input type="checkbox"/>
		Wehrsold .....	<input type="checkbox"/>
		Zinsen und Dividenden.....	<input type="checkbox"/>
		sonstige Unterstützung von Personen, die nicht im Haushalt leben (Eltern/ Verwandte) .....	<input type="checkbox"/>

**Als ein bedingungsloses Grundeinkommen (BGE) gelten finanzielle Beiträge, die ausreichen, um die Grundbedürfnisse einer Person zu decken und die jedem Einzelnen fortwährend und ohne Bedingungen vom Staat ausgezahlt werden.**

9. *Ich bin davon überzeugt, dass jeder Mensch ein bedingungsloses Grundeinkommen erhalten sollte (auch Menschen, die finanzielle sehr gut abgesichert sind).*

Trifft gar nicht zu				Trifft voll zu
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				

- 10. Wie viel Grundeinkommen halten Sie für eine volljährige Person in Deutschland im Monat für angemessen (in Euro)?**

--	--	--	--	--

€

- 11. Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden Sie mit Ihrem Leben und mit einzelnen Aspekten Ihres Lebens sind. Außerdem sollen Sie angeben, wie wichtig einzelne Lebensbereiche (z. B. Beruf oder Freizeit) für Ihre Zufriedenheit und Ihr Wohlbefinden sind.**

Bitte kreuzen Sie zunächst an, wie wichtig jeder einzelne Lebensbereich für Ihre Zufriedenheit insgesamt ist. Bevor Sie beginnen, schauen Sie bitte erst alle Bereiche an.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was für Sie zutrifft.

Wie <b>wichtig</b> ist (sind) für Sie...	Nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Extrem wichtig
01 Freunde / Bekannte	<input type="checkbox"/>				
02 Freizeitgestaltung / Hobbys	<input type="checkbox"/>				
03 Gesundheit	<input type="checkbox"/>				
04 Einkommen / finanzielle Sicherheit	<input type="checkbox"/>				
05 Beruf / Arbeit	<input type="checkbox"/>				
06 Wohnsituation	<input type="checkbox"/>				
07 Familienleben / Kinder	<input type="checkbox"/>				
08 Partnerschaft / Sexualität	<input type="checkbox"/>				

- 12. Bitte kreuzen Sie nun an, wie zufrieden Sie in den einzelnen Lebensbereichen sind.**

Wie <b>zufrieden</b> sind Sie...	Unzufrieden	Eher unzufrieden	Eher zufrieden	Ziemlich zufrieden	Sehr zufrieden
01 Freunde / Bekannte	<input type="checkbox"/>				
02 Freizeitgestaltung / Hobbys	<input type="checkbox"/>				
03 Gesundheit	<input type="checkbox"/>				
04 Einkommen / finanzielle Sicherheit	<input type="checkbox"/>				
05 Beruf / Arbeit	<input type="checkbox"/>				
06 Wohnsituation	<input type="checkbox"/>				
07 Familienleben / Kinder	<input type="checkbox"/>				
08 Partnerschaft / Sexualität	<input type="checkbox"/>				

- 13. Sie finden nachstehend eine Liste mit Wörtern, die verschiedenartige Gefühle oder Gefühlszustände beschreiben. Bitte lesen Sie sorgfältig jedes einzelne Wort und setzen Sie dann in der Spalte ein Kreuz ein, die am besten **Ihre Gefühlszustände während der letzten 24 Stunden** beschreibt.**

*Bitte lassen Sie keine Zeile aus!*

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)	überhaupt nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark
01 zornig	<input type="checkbox"/>						
02 abgeschlafft	<input type="checkbox"/>						
03 lebhaft	<input type="checkbox"/>						
04 unsicher	<input type="checkbox"/>						
05 gereizt	<input type="checkbox"/>						
06 hoffnungslos	<input type="checkbox"/>						
07 müde	<input type="checkbox"/>						
08 verärgert	<input type="checkbox"/>						
09 entmutigt	<input type="checkbox"/>						
10 erschöpft	<input type="checkbox"/>						
11 schwermüdig	<input type="checkbox"/>						
12 ermattet	<input type="checkbox"/>						
13 munter	<input type="checkbox"/>						
14 wütend	<input type="checkbox"/>						
15 schwungvoll	<input type="checkbox"/>						
16 tatkräftig	<input type="checkbox"/>						

- 14. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

*Sie können Ihre Antwort abstufen zwischen 1 = „Stimme ganz und gar nicht zu“ und 6 = „Stimme voll und ganz zu“.*

	Stimme ganz und gar nicht zu	Stimme voll und ganz zu
01 Leute wie ich werden in der Gesellschaft immer weniger beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Die Meinungen und Interessen von Leuten wie mir werden in der Gesellschaft zu wenig berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fortsetzung von Frage 14**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

		Stimme ganz und gar nicht zu	Stimme voll und ganz zu
03	Leute wie ich werden in der Gesellschaft nicht wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
04	Probleme von Leuten wie mir werden in der Gesellschaft zu wenig beachtet.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
05	Leute wie ich finden in der Gesellschaft zu wenig Anerkennung.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

15.	<i>Trifft folgendes auf Sie zu und wenn ja, wie stark belastet Sie das?</i>	Nein, trifft nicht zu ..... <input type="checkbox"/>
	<b>„Häufiges Alleinsein, zu wenig Kontakte“</b>	Ja, trifft zu, aber hat mich nicht belastet ..... <input type="checkbox"/>
		Ja, trifft zu, aber hat mich wenig belastet ..... <input type="checkbox"/>
		Ja, trifft zu, aber hat mich mittelmäßig belastet ..... <input type="checkbox"/>
		Ja, trifft zu, aber hat mich stark belastet ..... <input type="checkbox"/>

**16. Wie oft haben Sie das Gefühl ...**

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
01 ... „dass Ihnen die Gesellschaft anderer fehlt?“	<input type="checkbox"/>				
02 ... „außen vor zu sein?“	<input type="checkbox"/>				
03 ... „dass Sie sozial isoliert sind?“	<input type="checkbox"/>				

**17. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
01 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie es für Sie persönlich innerhalb der letzten Woche zutraf.**

01	<i>Ich fühle mich angespannt oder überreizt.</i>	Meistens.....	<input type="checkbox"/>
		Oft.....	<input type="checkbox"/>
		Von Zeit zu Zeit / gelegentlich .....	<input type="checkbox"/>
		Überhaupt nicht.....	<input type="checkbox"/>
02	<i>Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.</i>	Ja, sehr stark .....	<input type="checkbox"/>
		Ja, aber nicht allzu stark.....	<input type="checkbox"/>
		Etwas, aber es macht mir keine Sorgen.....	<input type="checkbox"/>
		Überhaupt nicht.....	<input type="checkbox"/>
03	<i>Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.</i>	Ja, einen Großteil der Zeit.....	<input type="checkbox"/>
		Verhältnismäßig oft .....	<input type="checkbox"/>
		Von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft .....	<input type="checkbox"/>
		Nur gelegentlich / nie .....	<input type="checkbox"/>
04	<i>Ich fühle mich glücklich.</i>	Meistens.....	<input type="checkbox"/>
		Manchmal .....	<input type="checkbox"/>
		Selten .....	<input type="checkbox"/>
		Überhaupt nicht.....	<input type="checkbox"/>
05	<i>Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.</i>	Fast immer .....	<input type="checkbox"/>
		Sehr oft.....	<input type="checkbox"/>
		Manchmal .....	<input type="checkbox"/>
		Überhaupt nicht.....	<input type="checkbox"/>
06	<i>Ich habe das Interesse an meiner äußereren Erscheinung verloren.</i>	Ja, stimmt genau.....	<input type="checkbox"/>
		Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte .....	<input type="checkbox"/>
		Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum .....	<input type="checkbox"/>
		Ich kümmere mich so viel darum wie immer....	<input type="checkbox"/>

19.	<i>Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen beeinträchtigt durch Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?</i>	Überhaupt nicht .....	<input type="checkbox"/>
		An einzelnen Tagen .....	<input type="checkbox"/>
		An mehr als der Hälfte der Tage .....	<input type="checkbox"/>
		Beinahe jeden Tag .....	<input type="checkbox"/>

20.	<i>Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen?</i>	Ja	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>

21.	<i>Wurde bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate eine Krebserkrankung diagnostiziert?</i>	Ja	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>

22.	<i>Wurde bei Ihnen jemals eine Krebserkrankung diagnostiziert?</i>	Ja	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 23</b>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 24</b>

23.	<i>Falls ja, in welchem Jahr?</i>	Jahreszahl:	<input type="text"/>				
-----	-----------------------------------	-------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Folgende Frage nur für Erwerbstätige**

**24. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Ihrer Arbeitssituation.  
Wie würden Sie Ihre Erfahrungen beschreiben?**

		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft teils zu/Trifft teils nicht zu	Trifft zu	Trifft voll und ganz zu
01	Ich fühle mich bei Entscheidungen im Arbeitsalltag übergangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	In meinem Betrieb kann ich offen über Betriebsräte und Gewerkschaften sprechen, ohne Nachteile befürchten zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Probleme oder Konflikte im Betrieb löse ich am besten gemeinsam mit den Kollegen und Kolleginnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Wenn ich in meinem Betrieb aktiv werde, kann ich etwas zum Positiven verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ab hier weiter für alle**

25.	<i>Sind Sie selbst oder ein anderer in Ihrem Haushalt Mitglied einer Gewerkschaft?</i>	Ja, selbst.....	<input type="checkbox"/>
		Ja, nur andere.....	<input type="checkbox"/>
		Ja, selbst und andere .....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>

**26. Bei den nächsten Fragen geht es darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden.**

Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein.

01	Ich schätze, dass ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen,	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
02	Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel,	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	besonders wenig Vertrauen.
03	Ich schätze, es gelingt mir eher schwer,	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
04	Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	eher übergrenau.
05	Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten,	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.

**27. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
01	Leute wie ich haben sowieso keinen Einfluss darauf, was die Regierung tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich halte es für sinnlos, mich politisch zu engagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28.	Wie beurteilen Sie ganz allgemein die heutige wirtschaftliche Lage in Deutschland? Ist sie ...	sehr gut.....	<input type="checkbox"/>
		gut	<input type="checkbox"/>
		teils gut / teils schlecht.....	<input type="checkbox"/>
		schlecht.....	<input type="checkbox"/>
		sehr schlecht .....	<input type="checkbox"/>
		weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>
29.	Und Ihre eigene wirtschaftliche Lage heute? Ist sie ...	sehr gut.....	<input type="checkbox"/>
		gut	<input type="checkbox"/>
		teils gut / teils schlecht.....	<input type="checkbox"/>
		schlecht.....	<input type="checkbox"/>
		sehr schlecht .....	<input type="checkbox"/>
		weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>

30.	<i>Was glauben Sie, wie wird die wirtschaftliche Lage in Deutschland in einem Jahr sein?</i>	wesentlich besser als heute .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Wird sie ...</i>	etwas besser als heute.....	<input type="checkbox"/>
		gleichbleibend.....	<input type="checkbox"/>
		etwas schlechter als heute .....	<input type="checkbox"/>
		wesentlich schlechter als heute sein .....	<input type="checkbox"/>
		weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>
31.	<i>Und wie wird Ihre eigene wirtschaftliche Lage in einem Jahr sein? Wird sie ...</i>	wesentlich besser als heute .....	<input type="checkbox"/>
		etwas besser als heute.....	<input type="checkbox"/>
		gleichbleibend.....	<input type="checkbox"/>
		etwas schlechter als heute .....	<input type="checkbox"/>
		wesentlich schlechter als heute sein .....	<input type="checkbox"/>
		weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>

In der folgenden Frage geht es nicht um tatsächlich bestehende Demokratien, sondern um die Idee der Demokratie.

32.	<i>Was würden Sie, im Vergleich zu anderen Staats-Ideen, zu der Idee der Demokratie sagen? Nehmen Sie dazu bitte die folgende Skala.</i>	sehr dafür .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Sind Sie ...</i>	ziemlich dafür.....	<input type="checkbox"/>
		etwas dafür .....	<input type="checkbox"/>
		etwas dagegen .....	<input type="checkbox"/>
		ziemlich dagegen.....	<input type="checkbox"/>
		sehr dagegen.....	<input type="checkbox"/>

33. Nun geht es um die Demokratie in der Bundesrepublik:  
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was für Sie zutrifft!

		Ich bin damit ...			
		sehr unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	sehr zufrieden
(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)					
01	Was würden Sie allgemein zur Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland, also zu unserem ganzen politischen System sagen, so wie es in der Verfassung festgelegt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Und was würden Sie allgemein zur Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland, also zu unserem ganzen politischen System sagen, so wie es tatsächlich funktioniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34. Die folgenden Aussagen behandeln Aspekte der gesellschaftlichen Lage in Deutschland und der Welt. Wie würden Sie Ihre Haltung zu diesen Aussagen beschreiben?**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Teils/Teils	Trifft etwas zu	Trifft voll und ganz zu
01 Die Corona-Pandemie hat wahrscheinlich schlimme Folgen für mich und die Menschen in meiner Umgebung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Die Corona-Pandemie wird unsere Kultur nachhaltig verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Wer sich für die Demokratie als Politiker engagiert, verdient auf jeden Fall unsere Anerkennung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Politiker sind selber schuld, wenn sie in der Öffentlichkeit oder im Internet beleidigt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Die gegenwärtigen Krisen kündigen ein neues Zeitalter an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Katastrophen und Krankheiten sind eine Mahnung der Natur, wieder zurück zu unserem Ursprung zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35. Zu den folgenden Aussagen gibt es unterschiedliche Meinungen. Wie denken Sie dazu?**

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
01 Frauen, die sich gegen eine Familie und Kinder entscheiden, empfinde ich als egoistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Frauen machen sich in der Politik häufig lächerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Frauen, die mit ihren Forderungen zu weit gehen, müssen sich nicht wundern, wenn sie wieder in die Schranken gewiesen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Frauen übertreiben ihre Schilderungen über sexualisierte Gewalt häufig, um Vorteile aus der Situation zu schlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Durch den Feminismus werden die gesellschaftliche Harmonie und Ordnung gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Die Diskriminierung und Benachteiligung von Frauen muss unbedingt behoben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Die Diskriminierung von Frauen ist in Deutschland immer noch ein Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Die jetzige Beschäftigungspolitik benachteiligt die Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Die Frauen sollen sich wieder mehr auf die Rolle der Ehefrau und Mutter besinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Für eine Frau sollte es wichtiger sein, ihrem Mann bei seiner Karriere zu helfen, als selbst Karriere zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36. Bitte bewerten Sie, ob diese Aussagen für Sie zutreffen.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Teils/Teils	Trifft etwas zu	Trifft voll und ganz zu
01	Im Umgang mit Behörden und Ämtern fühle ich mich oft ausgeliefert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Manchmal fühle ich mich wie ein Mensch 2. Klasse behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Manchmal habe ich den Eindruck, meine Rechte bestehen nur auf dem Papier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**37. In wieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

Sagen Sie uns bitte jeweils, ob Sie der Meinung überhaupt nicht oder voll und ganz zustimmen.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Stimmt überhaupt nicht	Stimmt nicht	Stimmt	Stimmt voll und ganz
01	Ich bin in bestimmten Situationen durchaus bereit, auch körperliche Gewalt anzuwenden, um meine Interessen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Selber würde ich nie Gewalt anwenden. Aber es ist schon gut, dass es Leute gibt, die mal ihre Fäuste sprechen lassen, wenn's anders nicht mehr weitergeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. Viele Leute verwenden die Begriffe „links“ und „rechts“, wenn es darum geht, unterschiedliche politische Einstellungen zu kennzeichnen. Wir haben hier einen Maßstab, der von links nach rechts verläuft.**

Wenn Sie an Ihre eigenen politischen Ansichten denken, wo würden Sie diese Ansichten auf der folgenden Skala einstufen?

links										rechts
<input type="checkbox"/>										

**39. Folgend sind Werte oder Grundsätze formuliert. Geben Sie bitte auf einer Skala von 1 bis 7 an, wie wichtig dieser Wert oder Grundsatz jeweils für Sie persönlich ist.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Gar nicht wichtig							Sehr wichtig	
		1	2	3	4	5	6	7		
01	Soziale Gerechtigkeit	<input type="checkbox"/>								
02	Leistungsorientierung	<input type="checkbox"/>								
03	Weltoffenheit und Toleranz	<input type="checkbox"/>								
04	Recht und Ordnung	<input type="checkbox"/>								
05	Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse	<input type="checkbox"/>								
06	Solidarität der Menschen untereinander	<input type="checkbox"/>								
07	Gewinnstreben	<input type="checkbox"/>								

**40. Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu:**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)		Stimme ganz und gar nicht zu	Stimme wenig zu	Stimme etwas zu	Stimme ziemlich zu	Stimme voll und ganz zu
01	Gegen Außenseiter und Nichtstuer sollte in der Gesellschaft mit aller Härte vorgegangen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Unruhestifter sollten deutlich zu spüren bekommen, dass sie in der Gesellschaft unerwünscht sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Gesellschaftliche Regeln sollten ohne Mitleid durchgesetzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Wir brauchen starke Führungspersonen damit wir in der Gesellschaft sicher leben können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Menschen sollten wichtige Entscheidungen in der Gesellschaft Führungspersonen überlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Wir sollten dankbar sein für führende Köpfe, die uns genau sagen, was wir tun können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Traditionen sollten unbedingt gepflegt und aufrechterhalten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Bewährte Verhaltensweisen sollten nicht in Frage gestellt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Es ist immer das Beste, Dinge in der üblichen Art und Weise zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**41. Kreuzen Sie bitte bei den folgenden Aussagen an, inwieweit Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)		Lehne völlig ab	Lehne überwiegend ab	Stimme teils zu, teils nicht zu	Stimme überwiegend zu	Stimme voll und ganz zu
01	Es macht mich wütend, dass die Vertreibung der Deutschen und die Bombardierung deutscher Städte immer als kleinere Verbrechen angesehen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Reparationsforderungen an Deutschland nützen oft gar nicht mehr den Opfern, sondern einer Holocaust-Industrie von findigen Anwälten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wir sollten uns lieber gegenwärtigen Problemen widmen als Ereignissen, die mehr als 70 Jahre vergangen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Israels Politik in Palästina ist genauso schlimm wie die Politik der Nazis im zweiten Weltkrieg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Durch die israelische Politik werden mir die Juden immer unsympathischer..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Auch andere Nationen mögen ihre Schattenseiten haben, aber die Verbrechen Israels wiegen am schwersten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Fortsetzung von Frage 41</b> <i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		Lehne völlig ab	Lehne über- wiegend ab	Stimme teils zu, teils nicht zu	Stimme über- wiegend zu	Stimme voll und ganz zu
07	Ich kann es gut verstehen, dass manchen Leuten Juden unangenehm sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Über die Juden sollte man besser nicht sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Juden gehören selbstverständlich zur deutschen Bevölkerung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42. Kreuzen Sie bitte bei den folgenden Aussagen an, inwieweit Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		Lehne völlig ab	Lehne über- wiegend ab	Stimme teils zu, teils nicht zu	Stimme über- wiegend zu	Stimme voll und ganz zu
01	Im nationalen Interesse ist unter bestimmten Umständen eine Diktatur die bessere Staatsform.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ohne Judenvernichtung würde man Hitler heute als großen Staatsmann ansehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Was Deutschland jetzt braucht, ist eine einzige starke Partei, die die Volksgemeinschaft insgesamt verkörpert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Wir sollten einen Führer haben, der Deutschland zum Wohle aller mit starker Hand regiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Wie in der Natur sollte sich in der Gesellschaft immer der Stärkere durchsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Die Ausländer kommen nur hierher, um unseren Sozialstaat auszunutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Auch heute noch ist der Einfluss der Juden zu groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Wir sollten endlich wieder Mut zu einem starken Nationalgefühl haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Eigentlich sind die Deutschen anderen Völkern von Natur aus überlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wenn Arbeitsplätze knapp werden, sollte man die Ausländer wieder in ihre Heimat zurückschicken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Die Verbrechen des Nationalsozialismus sind in der Geschichtsschreibung weit übertrieben worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Was unser Land heute braucht, ist ein hartes und energisches Durchsetzen deutscher Interessen gegenüber dem Ausland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Die Juden arbeiten mehr als andere Menschen mit üblen Tricks, um das zu erreichen, was sie wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Das oberste Ziel der deutschen Politik sollte es sein, Deutschland die Macht und Geltung zu verschaffen, die ihm zusteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von Frage 42 <i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		Lehne völlig ab	Lehne über- wiegend ab	Stimme teils zu, teils nicht zu	Stimme über- wiegend zu	Stimme voll und ganz zu
15	Es gibt wertvolles und unwertes Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Die Bundesrepublik ist durch die vielen Ausländer in einem gefährlichen Maß überfremdet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Die Juden haben einfach etwas Besonderes und Eigentümliches an sich und passen nicht so recht zu uns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Der Nationalsozialismus hatte auch seine guten Seiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**43. Jetzt lesen Sie eine Reihe von Feststellungen darüber, in welcher Beziehung gesellschaftliche Gruppen zueinanderstehen sollten. Gesellschaftliche Gruppen können z.B. soziale Gruppen, ethnische Gruppen, politische Gruppen oder auch Geschlechtergruppen sein.**

*Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen.*

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll zu
01	Wir sollten tun, was wir können, um gleiche Lebensbedingungen für alle zu schaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Die Gleichwertigkeit aller Gruppen ist ein wichtiges Ideal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Einige Gruppen sind einfach weniger wert als andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Unterlegene Gruppen sollten dort bleiben, wo sie hingehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**44. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen!**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme voll und ganz zu				
01	Die meisten Menschen erkennen nicht, in welchem Ausmaß unser Leben durch Verschwörungen bestimmt wird, die im Geheimen ausgeheckt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Es gibt geheime Organisationen, die großen Einfluss auf politische Entscheidungen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Politiker und andere Führungspersönlichkeiten sind nur Marionetten der dahinterstehenden Mächte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Die tatsächlichen Hintergründe der Corona-Erkrankung werden nie ans Licht der Öffentlichkeit kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Die Corona-Krise wurde so groß geredet, damit einige wenige von ihr profitieren können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**45. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, die sich auf Fähigkeiten beziehen Gefühle von anderen und von sich wahrzunehmen. Wir möchten Sie bitten möglichst spontan Ihre Zustimmung zu diesen Aussagen zu kennzeichnen. Hierbei können Sie einer Aussage voll und ganz, oder aber auch überhaupt nicht zustimmen.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils / teils	Stimme weit- gehend zu	Stimme voll und ganz zu
01 Wenn ich erwarte, kritisiert oder verletzt zu werden, nimmt meine Angst immer mehr zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Erklärungen von anderen helfen mir nur wenig dabei, meine Gefühle zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Gefühle werden für mich manchmal gefährlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Dass mich jemand wirklich gern hat, kann ich nur glauben, wenn es für mich ausreichend reale Beweise (z.B. eine Verabredung, ein kleines Geschenk oder eine Umarmung) dafür gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Meistens ist es besser, nichts zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Ich kann meine Gefühle oft nicht kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Es fällt mir schwer zu glauben, dass Beziehungen sich verändern können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Ich neige dazu, Gefühle der körperlichen Anspannung oder des Unbehagens solange nicht wahrzunehmen, bis sie meine ganze Aufmerksamkeit „erzwingen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Über Gefühle zu sprechen würde bedeuten, dass diese immer mächtiger werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Manchmal wird mir erst im Nachhinein bewusst, welche Gefühle ich vorher hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Es fällt mir häufig schwer, meine Gefühle in ihrer ganzen Intensität wahrzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ich fühle mich oft von der Vorstellung bedroht, dass mich jemand kritisieren oder verletzen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Wenn jemand in meiner Gegenwart gähnt, ist das ein sicheres Zeichen dafür, dass er sich in meiner Gesellschaft langweilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Ich habe meistens keine große Lust, mit anderen über meine Gedanken und Gefühle zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Oft weiß ich gar nicht, was in mir vorgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auch, wenn Sie noch keine Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht haben. Es geht uns darum, Ihre grundsätzlichen Einstellungen und Vorlieben zu erheben.**

46. Können Sie sich vorstellen, dass Technologien wie Smartphones oder Tablets auch für psychotherapeutische Zwecke genutzt werden könnten?	Ja.....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 47</b>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 48</b>

**47. Ich würde eine Virtual Reality Brille im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung anwenden, weil...**

	Ich stimme zu	Ich stimme teilweise eher zu	Ich stimme teilweise eher nicht zu	Ich stimme nicht zu	Ich weiß nicht
01 ...der Psychotherapeut es empfiehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 ...ich neugierig auf die Technologie bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 ...ich glaube, dass diese Technologie für mich nützlich sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 ...sie etwas Neues ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 ...mir der Umgang mit Technologie im Allgemeinen Spaß macht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 ...ich denke, dass ich mit Technologie gut umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**48. Für manche Menschen ist es sehr hilfreich, sich bei geschlossenen Augen in der Phantasie an einen anderen Ort zu begeben, um sich zu entspannen. Wenn niemand anderes außer Ihnen dort wäre, wie sehr könnten Sie sich an einem der folgenden Orte in der Fantasie absolut sicher und geborgen fühlen?**

	Sehr sicher	Sicher	Wenig sicher	Gar nicht sicher	Ich weiß nicht
01 Auf einer Wiese	<input type="checkbox"/>				
02 In einer Höhle	<input type="checkbox"/>				
03 Am Meer	<input type="checkbox"/>				
04 In einem abschließbaren Raum	<input type="checkbox"/>				
05 Auf einem Berg	<input type="checkbox"/>				
06 In einer Fantasiewelt oder auf einem anderen Planeten	<input type="checkbox"/>				
07 In einem Garten	<input type="checkbox"/>				

**49. Welche zwei Orte würden Sie am ehesten bevorzugen?**

Tragen Sie bitte die Nummer aus der Liste der Frage 48 ein.

01 Ort <u>erster Wahl</u>	Nummer	<input type="text"/>   <input type="text"/>
02 Ort <u>zweiter Wahl</u>	Nummer	<input type="text"/>   <input type="text"/>

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Ich weiß nicht
50. Könnten Sie sich vorstellen, einen dieser Orte auch in der Virtual Reality zu besuchen?	<input type="checkbox"/>				

**51. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, mit denen verschiedene Eigenschaften von Personen beschrieben werden. Bitte geben Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die im Allgemeinen auf Sie am besten zutrifft. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch im Erleben anders ist.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu
01 Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person.	<input type="checkbox"/>				
02 Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung.	<input type="checkbox"/>				
03 Wenn man andere zu nahe an sich heran lässt, kann das gefährlich werden.	<input type="checkbox"/>				
04 Ich kann mich anderen oft schwer verständlich machen.	<input type="checkbox"/>				
05 In mir herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass ich es gar nicht beschreiben könnte.	<input type="checkbox"/>				
06 Ich schätze manchmal falsch ein, wie mein Verhalten auf andere wirkt.	<input type="checkbox"/>				
07 Wenn andere viel über mich wissen, fühle ich mich oft irgendwie kontrolliert oder beobachtet.	<input type="checkbox"/>				
08 Meine Gefühle sind manchmal so intensiv, dass ich Angst bekomme.	<input type="checkbox"/>				
09 Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte.	<input type="checkbox"/>				
10 Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen.	<input type="checkbox"/>				
11 Ich habe kein gutes Selbstbewusstsein.	<input type="checkbox"/>				
12 Meine Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben.	<input type="checkbox"/>				

### Frage 52 nur für Angehörige einer Religion

**52. Es gibt verschiedene Religionen (z.B. Christentum, Islam, Judentum, Buddhismus, Hinduismus) und Arten an Gott oder etwas Göttliches zu glauben.**

*Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zu Religionen für Sie persönlich zutreffen oder nicht zutreffen.*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Trifft überhaupt nicht zu						Trifft voll und ganz zu	
		1	2	3	4	5	6		
01	Ich versuche, möglichst viele Menschen für meine Religion zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
02	Ich empfinde andere Religionen als eine Bereicherung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
03	Ich bin bereit, für meine Religion auch größere Opfer zu bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
04	Ich bin bereit, religiöse Vorstellungen und Praktiken aus anderen Religionen in meinen eigenen Glauben zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
05	Ich bin davon überzeugt, dass andere Religionen weniger wahr sind als meine eigene Religion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
06	Ich bin davon überzeugt, dass alle großen Religionen den gleichen wahren Kern haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
07	Meine Religion zeigt mir ziemlich klar, was moralisch richtig und falsch ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
08	In moralischen Fragen ist mir oft nicht klar, was richtig und falsch ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
09	Die Regeln meiner Religion (der Bibel/des Korans/der Thora) sind mir wichtiger als die deutschen Gesetze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	Die Heilige Schrift meiner Religion ist wortwörtlich zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### Frage 53 nur für Personen ohne Religionszugehörigkeit

**53. Es gibt verschiedene Weltanschauungen (z.B. ökologisch, sozialistisch, liberal, konservativ, national), die mit unterschiedlichen Vorstellungen für ein gutes Zusammenleben der Menschen verbunden sind.**

*Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zu Weltanschauungen für Sie persönlich zutreffen oder nicht zutreffen.*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Trifft überhaupt nicht zu						Trifft voll und ganz zu	
		1	2	3	4	5	6		
01	Ich versuche, möglichst viele Menschen für meine Weltanschauung zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
02	Ich finde es überflüssig, andere Menschen von meiner Weltanschauung zu überzeugen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
03	Ich bin bereit, für meine Weltanschauung auch größere Opfer zu bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>Fortsetzung von Frage 53</b> <i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		Trifft überhaupt nicht zu					Trifft voll und ganz zu
		1	2	3	4	5	6
04	Ich bin bereit, Ideen aus anderen Weltanschauungen in meine eigene Weltanschauung zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich bin davon überzeugt, dass andere Weltanschauungen weniger wahr sind als meine eigene Weltanschauung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich bin davon überzeugt, dass in allen Weltanschauungen etwa gleich viele Wahrheiten enthalten sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Meine Weltanschauung zeigt mir ziemlich klar, was moralisch richtig und falsch ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	In moralischen Fragen ist mir oft nicht klar, was richtig und falsch ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ab hier weiter für alle**

<b>54.</b> Viele Leute in der Bundesrepublik neigen längere Zeit einer bestimmten Partei zu, obwohl sie auch ab und zu eine andere Partei wählen.  <i>Wie ist das bei Ihnen? Neigen Sie - ganz allgemein gesprochen - einer bestimmten Partei zu?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 56</b>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	
	Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	

<b>55.</b> Sagen Sie mir bitte auch noch, welche Partei das ist?	CDU .....	<input type="checkbox"/>
	CSU.....	<input type="checkbox"/>
	SPD .....	<input type="checkbox"/>
	AfD .....	<input type="checkbox"/>
	FDP .....	<input type="checkbox"/>
	Die Linke.....	<input type="checkbox"/>
	Bündnis '90/Die Grünen .....	<input type="checkbox"/>
Eine andere Partei: _____		

**56. Nun zu einem anderen Thema. Derzeit wird in der Öffentlichkeit viel darüber diskutiert, was Demokratie eigentlich ist. Was sind für Sie persönlich die wichtigsten Merkmale der Demokratie?**

*Hinweis: Bitte notieren Sie bis zu 3 Angaben getrennt.*

01	Merkmal 1 eintragen	_____
02	Merkmal 2 eintragen	_____
03	Merkmal 3 eintragen	_____

**57. Inwieweit sehen Sie diese Merkmale in der Bundesrepublik Deutschland umgesetzt?**

	Voll und ganz	Weitgehend	Kaum	Gar nicht	
01	Merkmal 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Merkmal 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Merkmal 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**58. Für wie bedrohlich halten Sie folgende soziale Gruppen?**

	Überhaupt nicht bedrohlich 1	Eher nicht bedrohlich 2	Eher bedrohlich 3	Sehr bedrohlich 4	
01	Christen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Muslime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Juden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Atheisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Geflüchtete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Rechtsextreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Linksextreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**59.** Stellen Sie sich vor, folgende Szenarien würden eintreten. Wie würden Sie sich verhalten? Gehen Sie zu der entsprechenden Person auf Distanz oder würde dies für sie keine Rolle spielen?

Sagen Sie uns bitte jeweils, ob Sie der Meinung...

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)	Ginge ich auf Distanz	Ginge ich eher auf Distanz	Ginge ich eher nicht auf Distanz	Ginge ich nicht auf Distanz	Fände ich gut	Wäre mir egal
01 Eine Person aus meinem engeren Freundeskreis konvertiert zum Christentum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Eine Person aus meinem engeren Freundeskreis konvertiert zum Judentum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Eine Person aus meinem engeren Freundeskreis konvertiert zum Islam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Eine Person aus meinem engeren Freundeskreis outet sich als lesbisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Eine Person aus meinem engeren Freundeskreis outet sich als schwul.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Eine Person aus meinem engeren Freundeskreis wird psychisch krank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 60.** Manche Leute sagen, dass man den meisten Menschen trauen kann. Andere sagen, dass man nicht vorsichtig genug sein kann im Umgang mit anderen Menschen.  
Was ist Ihre Meinung dazu?
- Alles in allem gesehen, kann man den meisten Menschen vertrauen.   
Man kann nicht vorsichtig genug sein.

**61.** Nachfolgend finden Sie einige Aussagen zu Politik und Gesellschaft.

Sagen Sie uns bitte, inwieweit Sie den Aussagen zustimmen, eher zustimmen oder sie ablehnen.

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
01 Die Demokratie ist das politische System, das am besten zu unserer Gesellschaft passt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Nach den Wahlen hören sich die gewählten Vertreter die Wünsche ihrer Wähler an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Nach den Wahlen erklären die gewählten Vertreter den Wählern ihre politischen Entscheidungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Nach den Wahlen berücksichtigen die gewählten Vertreter die Wünsche der Bürger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Die Parteien interessieren sich nur für meine Stimme, nicht für meine Meinung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**62. Nachstehend einige Aussagen zu Politik und Gesellschaft. Bitte geben Sie für jede Aussage an, inwieweit Sie dieser zustimmen:**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
	1	2	3	4
01 Die Bürger sind sich oft einig, aber die Politiker verfolgen ganz andere Ziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Kirchen und ihre Organisationen haben in diesem Land zu viel Einfluss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Wichtige Fragen sollten nicht von Parlamenten, sondern in Volksabstimmungen entschieden werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Was man in der Politik „Kompromiss“ nennt, ist in Wirklichkeit nichts Anderes als ein Verrat von Prinzipien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Andere Religionen haben in diesem Land zu viel Einfluss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**63. Wie beurteilen Sie die folgenden Meinungen, die man immer wieder hört.**

*Sagen Sie uns bitte jeweils, ob Sie der Meinung zustimmen...*

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
	1	2	3	4
01 Wer schon immer hier lebt, sollte mehr Rechte haben, als die, die später zugezogen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Muslimen stehen in Deutschland die gleichen Rechte zu wie allen anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Sinti und Roma sollten aus den Innenstädten entfernt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Wer in unserer Gesellschaft nichts erreicht, hat sich nur nicht richtig angestrengt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Behinderte erhalten zu viele Vergünstigungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Durch die vielen Muslime hier fühle ich mich manchmal wie ein Fremder im eigenen Land.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Flüchtlinge sollten in Deutschland immer willkommen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Ich hätte Probleme damit, wenn sich Sinti und Roma in meiner Umgebung aufhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Flüchtlinge, die hier leben, bedrohen meine persönliche Lebensweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Langzeitarbeitslose machen sich auf Kosten der Gesellschaft ein bequemes Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Muslimen sollte die Zuwanderung nach Deutschland untersagt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fortsetzung von Frage 63**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
1	2	3	4	
12 Sinti und Roma neigen zu Kriminalität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Bettelnde Obdachlose sollten aus Fußgängerzonen entfernt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Muslime neigen zu Kriminalität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**64. Wie sollte Ihrer Meinung nach mit Flüchtlingen verfahren werden, deren Asylantrag von den deutschen Behörden abgelehnt wurde?**

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
1	2	3	4		
01 Sollten in jedem Fall abgeschoben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Sie sollten geduldet werden, wenn ihre Kinder und Ehepartner in Deutschland bleiben können. Familien dürfen nicht auseinandergerissen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Sie sollten geduldet werden, wenn sie sich bereits eine eigenständige Existenz aufgebaut haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Sie sollten geduldet werden, wenn sie schon mehrere Jahre in Deutschland leben und gut integriert sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**65. Im Folgenden haben wir ein Eigenschaftspaar aufgeführt. Bitte kreuzen Sie an, welche Eigenschaft Ihrer persönlichen Wahrnehmung am nächsten kommt. Je näher Sie dabei das Kreuz bei einer Eigenschaft machen, umso stärker trifft diese zu, bei Kreuzen in der Mitte treffen die Eigenschaften nur wenig bis gar nicht zu.**

Meinungsfreiheit bedeutet für mich...					
	voll und ganz	Hier können Sie weiter abstufen.	voll und ganz		
Jeder darf immer alles sagen, ohne Kritik befürchten zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**66. Bitte bewerten Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu jeder Aussage**

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu	Trifft auf mich nicht zu (Ostdt./ Westdt.)
						1
01 Manchmal fühle ich mich als Westdeutsche(r) als Bürger 2. Klasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Manchmal fühle ich mich als Ostdeutsche(r) als Bürger 2. Klasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**67. Bitte bewerten Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu jeder Aussage.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
01	Ich bin immer gerne bereit zu helfen, wenn jemand gebraucht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Die verschiedenen Lebensweisen und die zunehmende Vielfalt in Deutschland bereichern uns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Die zunehmende Vielfalt von religiösen Gruppen in unserer Gesellschaft ist eine Ursache für Konflikte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich bekomme nicht das, was ich verdienne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Solange es die Freiheit Anderer nicht verletzt, kann jeder so leben, wie er will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Nur solange Deutschlands Traditionen bewahrt bleiben, können wir Minderheiten erlauben, so zu leben, wie sie möchten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Sofern sich Ausländer und Minderheiten an unsere Gesetze halten, kommt es nicht darauf an, welche Religion sie haben oder wie sie leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Jeder muss sich selbst zu helfen wissen, auf andere kann er sich da nicht verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich werde oft unfair behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich werde öfter als andere benachteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**68. Wie beurteilen Sie die folgenden Meinungen, die man immer wieder hört.**

Sagen Sie uns bitte jeweils, ob Sie der Meinung...

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
01	Überzogene Forderungen der Gleichberechtigung richten sich gegen die Natur von Frauen und Männern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Homosexuelle Paare sollten Kinder adoptieren dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wenn ein Mann eine Frau sein will oder eine Frau ein Mann sein will, ist es ihr gutes Recht, auch so zu leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Das Ansprechen von sexueller Vielfalt in der Schule verwirrt Kinder in der Entwicklung ihrer Sexualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Homosexualität ist eine Krankheit, die geheilt werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ohne die Frauenbewegung hätten wir noch keine moderne Gesellschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von Frage 68 <i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
07	Wenn Frauen Pfarrer, Priester, Imam oder Rabbi werden, habe ich nichts dagegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Homosexualität ist etwas völlig Normales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Eine Frau, die sich mehr auf ihren Beruf als auf Haushalt und Kinder konzentriert, sollte kein schlechtes Gewissen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich finde es ekelhaft, wenn Homosexuelle sich in der Öffentlichkeit küssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**69. Egal nun, ob sie Mitglied einer Religionsgemeinschaft sind oder nicht, sagen Sie uns bitte zu den folgenden Fragen, wie diese auf Sie zutreffen?**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Sehr oft
01	Wie oft denken Sie über religiöse Fragen nach?	<input type="checkbox"/>				
02	Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass Gott oder Göttliches in Ihr Leben eingreift?	<input type="checkbox"/>				
03	Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie in Bezug auf Gott oder etwas Göttliches folgende Gefühle haben:	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Sehr oft
03a	... Geborgenheit	<input type="checkbox"/>				
03b	... Dankbarkeit	<input type="checkbox"/>				
03c	... Schuld	<input type="checkbox"/>				
03d	... Angst	<input type="checkbox"/>				
04	Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, mit Allem Eins zu sein?	<input type="checkbox"/>				
05	Wie oft beten Sie?	<input type="checkbox"/>				
06	Wie oft meditieren Sie?	<input type="checkbox"/>				
07	Wie oft nehmen Sie an Gottesdiensten teil?	<input type="checkbox"/>				
08	Wie oft nehmen Sie, neben Gottesdiensten, an anderen kirchlichen oder religiösen Aktivitäten oder Veranstaltungen teil?	<input type="checkbox"/>				

**70. Man kann gegenüber Religion und Kirche ganz unterschiedliche Haltungen besitzen. Wie stark treffen folgende Aussagen auf Sie zu?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Gar nicht	Wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
01 Wie stark glauben Sie daran, dass es Gott oder etwas Göttliches gibt?	<input type="checkbox"/>				
02 Ich habe in einer Kirchengemeinde gute Bekannte.	<input type="checkbox"/>				
03 Es gibt in einer Kirchengemeinde Menschen, mit denen ich gut über persönliche Probleme reden kann.	<input type="checkbox"/>				
04 Wenn ich Hilfe brauche, kann ich auf die Unterstützung einer Kirchengemeinde bauen.	<input type="checkbox"/>				
05 Kirchenleitungen haben ein gutes Verständnis von dem, was die Kirchenmitglieder denken.	<input type="checkbox"/>				
06 Es stört mich, wenn Menschen auf Straßen, Plätzen oder in öffentlichen Gebäuden religiöse Zeichen tragen.	<input type="checkbox"/>				
07 Es stört mich, wenn an Straßen, Plätzen oder öffentlichen Gebäuden religiöse Botschaften (z.B. Plakate mit Bibel- oder Koranzitaten) oder religiöse Symbole (z.B. Kreuze) angebracht sind.	<input type="checkbox"/>				

**71. Wie ist Ihre Meinung zu folgenden Aussagen?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Stimmt nicht		Stimmt	
	Stimmt sicher nicht	Stimmt wahrscheinlich nicht	Stimmt wahrscheinlich	Stimmt sicher
01 Glücksbringer bringen manchmal tatsächlich Glück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Es gibt Wahrsager, die die Zukunft wirklich voraussehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Manche Wunderheiler verfügen tatsächlich über übernatürliche Heilkräfte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Das Sternzeichen bzw. das Geburtshoroskop eines Menschen hat einen Einfluss auf den Verlauf seines Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**72. Inwieweit vertrauen Sie folgenden Institutionen oder Personengruppen?**

	Vertraue sehr	Vertraue eher	Vertraue eher nicht	Vertraue überhaupt nicht
01 Bundesverfassungsgericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Bundestag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Bundesregierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Gesundheitssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung von Frage 72		Vertraue sehr	Vertraue eher	Vertraue eher nicht	Vertraue überhaupt nicht
06	Politische Parteien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Politiker im Allgemeinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Politiker „meiner“ Partei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Bundespräsident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Öffentlich-rechtliche Medien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Soziale Medien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>12 und 13 nur für Mitglieder von Religionsgemeinschaften und religiösen Gemeinden:</b>	Vertraue sehr	Vertraue eher	Vertraue eher nicht	Vertraue überhaupt nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Meiner Religionsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Meiner religiösen Gemeinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>14 nur für Nichtmitglieder:</b>	Vertraue sehr	Vertraue eher	Vertraue eher nicht	Vertraue überhaupt nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Religionsgemeinschaften egal welcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Ab hier weiter für alle

- 73.** Wenn Sie mal Hilfe brauchen, z.B. bei Besorgungen, kleineren Arbeiten oder der Betreuung von Kindern oder Kranken, gibt es da Personen außerhalb ihres Haushaltes, an die Sie sich unentgeltlich wenden können?
- Ja .....  → weiter mit **Frage 74**
- Nein .....  → weiter mit **Frage 75**

**74. An wen können Sie sich dann wenden?**

	Trifft zu	Trifft nicht zu
01 An Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 An Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 An Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 An Bekannte oder Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 75. Es gibt vielfältige Möglichkeiten, sich außerhalb von Beruf und Familie freiwillig oder ehrenamtlich zu engagieren, beispielsweise in einem Verein, einer Organisation oder einem Projekt. Untenstehend sind verschiedene Bereiche aufgelistet, die dafür in Frage kommen. Es geht hier um freiwillig übernommene Aufgaben und Arbeiten, die man unbezahlt oder gegen geringe Aufwandsentschädigung ausübt.**

*Wenn Sie einmal an die letzten 12 Monate denken: In welchen der folgenden Bereiche sind bzw. waren Sie freiwillig engagiert?*

	Ja	Nein
01 im Bereich Sport und Bewegung (Sportverein, Sportclub, Bewegungsgruppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 im Bereich Kultur und Musik (Theater- oder Musikgruppe, Chor, Förderverein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 im Bereich Freizeit und Geselligkeit (Verein, Jugendgruppe, Seniorenclub)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 im sozialen Bereich (Wohlfahrtsorganisation, Hilfsorganisation, Selbsthilfegruppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 im Gesundheitsbereich (Krankenpflege, medizinische Selbsthilfegruppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 im Bereich Schule oder Kindergarten (Eltern- oder Schülervertretung, Förderverein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 in der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 im Bereich Umwelt, Naturschutz oder Tierschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 im Bereich Politik und politische Interessenvertretung (politische Initiative, Partei, Gemeinderat, Parlament)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 im Bereich der beruflichen Interessenvertretung außerhalb eines Betriebes (Gewerkschaft, Berufsverband, Arbeitsloseninitiative)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 im religiösen Bereich (Gemeinde, religiöser Verein, religiöse Organisation, Kirchenchor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 im Unfall- oder Rettungsdienst (Samariter, freiwillige Feuerwehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 in einem anderen Bereich, nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die Fragen 76 und 77 nur für Personen, die in den letzten 12 Monaten freiwillig engagiert waren.**

**76. Welcher der folgenden Aussagen über Ihr Engagement würden Sie zustimmen, eher zustimmen, eher nicht zustimmen oder nicht zustimmen? Ich mache dort mit,**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
01 ...weil ich damit etwas für das Gemeinwohl tun kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 ...weil ich Spaß an der Tätigkeit habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 ...weil ich dadurch auch solche religiösen Überzeugungen zum Ausdruck bringen kann, die ich öffentlich sonst nicht zeigen darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 ...weil dies meinem Leben aus meinem Glauben heraus entspricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 ...weil ich dadurch politische Überzeugungen zum Ausdruck bringen kann, die ich öffentlich sonst nicht zeigen darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 ...weil ich so meine eigenen Interessen vertreten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 ...weil ich so anderen Menschen helfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 ...weil ich im Rahmen meines Engagements meine Werte so leben kann, wie ich es will, und nicht, wie es die «politische Correctness» sonst vorschreibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 ...weil ich damit Anerkennung in meinem Umfeld finde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ...weil ich mich dadurch gegen «Die da oben» wehren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ...weil ich über die Aufwandsentschädigung ein wenig hinzuerdienen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ...weil gewählte Parlamente und Regierungen eigentlich überholt sind und abgeschafft gehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**77. Würden Sie sagen, Sie kommen bei Ihren freiwilligen Tätigkeiten und Engagements mit Menschen zusammen, ...**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
01 ...denen Sie sonst im Alltag nicht begegnen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 ...die eine andere politische Einstellung haben als Sie selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 ...die einer anderen sozialen Schicht angehören als Sie selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 ...die eine andere Nationalität besitzen als Sie selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 ...die eine andere Religion haben als Sie selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ab hier weiter für alle.**

**78. Was ist die gesellschaftliche Aufgabe der Kirche in Deutschland.**

*Soll sie ...*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
01 ... Traditionen bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 ... ein Forum für den Austausch unter Menschen bieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 ... zu gesellschaftlichen Fragen Position beziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 .. sich mit aktuellen politischen Fragen beschäftigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 ... zum Zusammenhalt der Gesellschaft beitragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 ... einen Beitrag zur Lösung sozialer Probleme leisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 ... das Gespräch mit Vertreter*innen anderer Religionen suchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 ... sich für den Schutz der Umwelt einsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 ... die christliche Botschaft verkündigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ... Menschen helfen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Interview!**

**Bitte geben Sie den Fragebogen an den/die Interviewer/in zurück oder  
stecken Sie den Fragebogen in den Umschlag, den Ihnen der/die Interviewer/in gern zur  
Verfügung stellt! Der Umschlag wird erst im Institut geöffnet!**

**REP 31**

**Koordination:** E. Brähler/ Prof. Dr. M. Zenger

**Untersuchungszeitraum:** Dezember 2020 - Februar 2021(2519 Probanden, 16-96 Jahre)

<b>Beteiligte Mitarbeiter:</b> Dipl.-Math. G. Schmutzner	<b>Kooperationspartner:</b> Prof. Dr. M. Beutel (Universitätsklinik Mainz) Prof. Dr. Fegert (Universitätsklinikum Ulm) Prof. Dr. B. Strauß (Universitätsklinikum Jena) Prof. Dr. C. Spitzer (Universitätsklinik Rostock) Dr. Reis/ Prof. Dr. Koelch (Universitätsklinik Rostock) Prof. Dr. H. Gündel (Universitätsklinikum Ulm) Prof. Dr. M. de Zwaan (Medizinische Hochschule Hannover) Prof. Dr. U. Gieler (Uniklinikum Gießen) Prof. Dr. J. Kruse (Uniklinikum Gießen) Prof. Dr. C. Rosner (Universität Eichstätt) Prof. Dr. K. Müller-Vahl (Medizinische Hochschule Hannover)
---	--

**Eingesetzte Untersuchungsverfahren:**

- Soziodemographie (Alle) S1 - S15
- Migration/ Binnenmigration/ Vertreibung (Brähler/ Beutel) Q1-Q5
- Einsamkeit (GHS-Version, Brähler, Beutel) Q6
- Cyberbullying (Brähler/ Beutel/ Müller) Q7-Q12
- PHQ-4 (Brähler Beutel) Q13
- Verschwörungstheorien (Brähler Beutel) Q14,1-3
- Coronaspezifische Verschwörung (Brähler Beutel) Q14, 4-5
- Fatigue (Chalder) (Brähler Beutel) Q15,1-13
- Coronabetroffenheit (Brähler Beutel) Q16-Q17
- Körperforschung DCQ (Gieler) Q18-Q23
- Bodyrules (Malinowski) Q24-Q25
- PSS4 (Gündel) Q26
- WAI + Psychosomatische Einstellungen (Gündel) Q27-Q30
- Elternfragebogen (Reis/ Koelch) Q31
- Internetversorgung (Gündel) Q32
- Trauer und Verlust (Rosner/ Comtesse) Q33-Q45
- Einsamkeit (Rosner/ Comtesse) Q46
- Bindung AAR (Strauß) Q47
- ECR-Prüfitems (Strauß) Q48
- Gesundheitsversorgung (Strauß) Q49
- Alternativbehandlungen (Strauß) Q50-Q52
- Selbsthilfetechniken (Strauß) Q53
- AMISOS-R (Gehörempfindlichkeit) (de Zwaan) Q54-Q56
- Geräusche (Müller-Vahl/ Jakubovskii) Q57-Q61
- SF-8 (Müller-Vahl/ Jakubovskii) Q62-Q69
- NJRE (Müller-Vahl/ Jakubovskii) Q70-Q77
- Epistemisches Vertrauen (Kruse) Q78
- OPD-12 (Kruse) Q79
- PT-Inanspruchnahme (Kruse) Q80-Q83
- Verschwörungen (Kruse) Q84
- Psychotherapie (Reis/Koelch) Q85-Q86
- Familienleben (Spitzer) Q87
- Einstellung zu Internettherapie (Fegert) Q88-Q99
- E-Learning (Fegert) Q100-Q104

- BSI-18 (Fegert) Q105
- ITQ (Fegert) Q106-Q111
- Coronafragen (Fegert) Q112-Q123
- PHQ-9 (Fegert) Q124
- GAD-7 (Gündel) Q125
- ACE (Fegert) Q126-Q135
- SQKJ -sexuelle Gewalt im Kindes- und Jugendalter (Fegert) Q136-Q153
- Haustiere in der Kindheit (Fegert) Q154a-Q154c
- Kindheit (Fegert) Q155-Q158

Projekt:

**200901 A**

Sample -Nr.:

1	0	2
---	---	---

Point-Nr.:

--	--	--

AL-Nr.:

--	--	--

Interviewer-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--

Interview durchgeführt am:

--	--	--	--

Tag

Interviewbeginn:

--	--	--	--

Stunde Minute

Interviewende:

--	--	--	--

Stunde Minute

Die Befragungsperson hat die **Datenschutzerklärung erhalten** und einer **freiwilligen Teilnahme** an der Befragung **zugestimmt**. ....

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

Fragebogen konnte nur übergeben werden (wurde von ZP alleine ausgefüllt) .....

**Zu Beginn geht es um einige statistische Merkmale zu Ihrer Person:**

S 1	Ihr Geschlecht::	männlich .....	<input type="checkbox"/>				
		weiblich .....	<input type="checkbox"/>				
		divers .....	<input type="checkbox"/>				
S 2	Wann sind Sie geboren?	Geburtsmonat (z.B. 09):	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
	Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt.	Geburtsjahr:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
S 3	Wohnen Sie zur Miete oder in Ihrem eigenen Wohneigentum?	Zur Miete.....	<input type="checkbox"/>				
		Im eigenen Wohneigentum .....	<input type="checkbox"/>				
S 4	Welchen Familienstand haben Sie?	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/ meiner Ehepartner/in zusammen .....	<input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage S 5</b>				
		Ich bin verheiratet und lebe von meinem/ meiner Ehepartner/in getrennt ..	<input type="checkbox"/>				
		Ich bin ledig .....	<input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage S 4a</b>				
		Ich bin geschieden .....	<input type="checkbox"/>				
		Ich bin verwitwet	<input type="checkbox"/>				
S 4a	Leben Sie in einer festen Partnerschaft?	Ja .....	<input type="checkbox"/>				
		Nein .....	<input type="checkbox"/>				
S 5	Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt – ich meine Personen, die hier schlafen und essen - Sie selbst mit eingeschlossen?	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Personen		
S 5a	Wie viele davon sind Kinder unter 16 Jahren? Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.	Kinder <u>unter 16 Jahren?</u>	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Anzahl				
S 6	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?	Deutsch .....	<input type="checkbox"/>				
		Andere, welche: _____	<input type="checkbox"/>				
S 7	Welcher Religionsgemeinschaft oder Konfession gehören Sie an?	Katholische Kirche.....	<input type="checkbox"/>				
		Evangelische Kirche (ohne Freikirchen) .....	<input type="checkbox"/>				
		Evangelische Freikirche .....	<input type="checkbox"/>				
		Pfingstkirche .....	<input type="checkbox"/>				
		Christlich-orthodoxe Kirche .....	<input type="checkbox"/>				
		Andere christliche Kirche .....	<input type="checkbox"/>				
		Islamische Religionsgemeinschaft .....	<input type="checkbox"/>				
		Judentum .....	<input type="checkbox"/>				
		Andere (z. B. buddhistisch, hinduistisch)	<input type="checkbox"/>				
		Keine Religions- / Konfessionszugehörigkeit	<input type="checkbox"/>				

S 8	<i>Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage S 1b</b>
		Nein .....	<input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage S 2</b>
		Bin nicht wahlberechtigt .....	<input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	
S 9	<i>Und welche Partei würden Sie dann wählen?</i>	CDU .....	<input type="checkbox"/>	
		CSU .....	<input type="checkbox"/>	
		SPD .....	<input type="checkbox"/>	
	<i><u>INT.:</u> Antwortstufen NICHT vorlesen! Nur eine Nennung!</i>	AfD .....	<input type="checkbox"/>	
		FDP .....	<input type="checkbox"/>	
		Die Linke .....	<input type="checkbox"/>	
		Bündnis '90/Die Grünen .....	<input type="checkbox"/>	
		Andere Partei .....	<input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	
		Wähle ungültig .....	<input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	
S 10	<i>Welchen Schulabschluss haben Sie? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>	Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss .....	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule) .....	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe Mittlere Reife/ Realschulabschluss .....	<input type="checkbox"/>	
	<i><u>INT.:</u> Liste S 10 vorlegen</i>	Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse.....	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Hochschul-/ Universitäts- studium .....	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/ Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss) .....	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar? _____	<input type="checkbox"/>	
		Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule .....	<input type="checkbox"/>	

S 11	<i>Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?</i>	Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr .....	<input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 11 vorlegen</i>	Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden .....	<input type="checkbox"/>
		Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung ....	<input type="checkbox"/>
		Zur Zeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit .....	<input type="checkbox"/>
		Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorruestand .....	<input type="checkbox"/>
		Nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann .....	<input type="checkbox"/>
		In Berufsausbildung (einschließlich Fachschulen für gewerbliche Berufe) .....	<input type="checkbox"/>
		In Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule) .....	<input type="checkbox"/>
S 12	<i>Wie oft waren Sie arbeitslos, einschließlich jetziger Arbeitslosigkeit?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal	
S 13	<i>Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?</i>	Berufskreis-Nummer:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 13 vorlegen</i>	noch nie berufstätig gewesen	<input type="checkbox"/>
S 14	<i>Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an. Wie hoch ist Ihr eigenes Einkommen? Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung?  Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.</i>	Einkommensgruppe Nr.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		kein persönliches Einkommen	<input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 14 vorlegen</i>		
S 15	<i>Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom gesamten monatlichen Nettoeinkommen her einordnen? Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.</i>	Einkommensgruppe Nr.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Tragen Sie bitte die entsprechende Nummer ein.	
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 15 vorlegen</i>		

**Wissenschaftler\_innen unter der Leitung der Universität Leipzig möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung verschiedene wissenschaftliche/medizinische Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Lesen Sie dazu die Angaben im beigelegten Datenschutzblatt.**

**Da unterschiedliche Forschungseinrichtungen beteiligt sind, kann es sein, dass manche Fragen sich ähneln, wir bitten Sie dennoch den gesamten Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.**

#### **Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

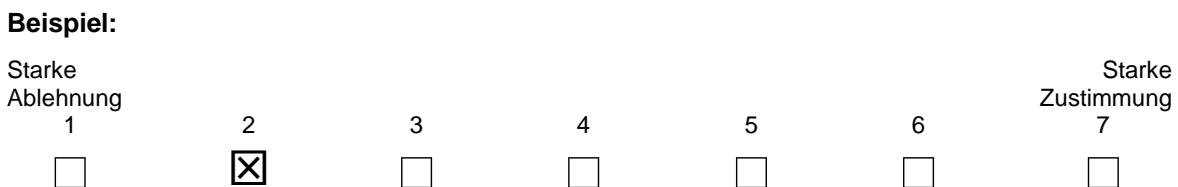
- Bitte lesen Sie sich die jeweilige Frage einschließlich der Antwortmöglichkeiten vor der Beantwortung vollständig durch.
- Die Mehrzahl der Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten. Setzen Sie Ihr Kreuz einfach in die dafür vorgesehenen Kästchen.

**Beispiel:**    Nein .....   
                          Ja .....

- Nach vielen Fragen finden Sie in Klammern weitere Bearbeitungshinweise.  
**Beispiel:** *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)*
- Falls Sie aus Versehen ein Kreuz an der falschen Stelle gesetzt haben, schwärzen Sie bitte das falsche Kästchen.

**Beispiel:**    Nein .....   
                          Ja .....

- Für die Beantwortung vieler Fragen finden sich im Fragebogen sogenannte Skalen. Mit diesen können Sie Ihre Antwort zwischen zwei inhaltlichen Positionen abstimmen, im Beispiel etwa zwischen „Starke Ablehnung“ oder „Starke Zustimmung“.



- An einigen Stellen des Fragebogens bitten wir Sie, Ihre Antworten frei zu formulieren. Verwenden Sie in diesen Fällen die dafür vorgesehenen Linien.

**Beispiel:** *(Bitte notieren)*

---

- Sollte bei einer Frage einmal keine Antwortmöglichkeit für Sie zutreffen, lassen Sie diese leer.

<b>1a</b>	<i>In welchem Land sind <b>Sie</b> geboren?</i>	in Deutschland .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 1b</b>
		in ehemals deutschen Gebieten (z.B. Schlesien, Sudetenland) .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 1c</b>
		in einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>	

**1b** *In welchem deutschen Bundesland sind Sie geboren?*

Westdeutsche Bundesländer		Ostdeutsche Bundesländer	
Schleswig-Holstein .....	<input type="checkbox"/>	Rheinland-Pfalz .....	<input type="checkbox"/>
Hamburg .....	<input type="checkbox"/>	Baden-Württemberg ...	<input type="checkbox"/>
Niedersachsen .....	<input type="checkbox"/>	Bayern .....	<input type="checkbox"/>
Bremen .....	<input type="checkbox"/>	Saarland .....	<input type="checkbox"/>
Nordrhein-Westfalen ....	<input type="checkbox"/>	Berlin (West).....	<input type="checkbox"/>
Hessen .....	<input type="checkbox"/>		
		Berlin (Ost).....	<input type="checkbox"/>
		Brandenburg.....	<input type="checkbox"/>
		Mecklenburg-Vorpommern...	<input type="checkbox"/>
		Sachsen.....	<input type="checkbox"/>
		Sachsen-Anhalt .....	<input type="checkbox"/>
		Thüringen .....	<input type="checkbox"/>

**1c** *Seit wann leben Sie in Deutschland (Jahr)?*

## Jahreszahl

<b>2a</b>	<i>In welchem Land sind Sie überwiegend aufgewachsen?</i>	in Deutschland	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 2b</b>
		in einem anderen Land	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 3</b>

**2b** In welchem deutschen Bundesland sind Sie überwiegend aufgewachsen?

Westdeutsche Bundesländer		Ostdeutsche Bundesländer	
Schleswig-Holstein .....	<input type="checkbox"/>	Rheinland-Pfalz .....	<input type="checkbox"/>
Hamburg .....	<input type="checkbox"/>	Baden-Württemberg ...	<input type="checkbox"/>
Niedersachsen .....	<input type="checkbox"/>	Bayern .....	<input type="checkbox"/>
Bremen .....	<input type="checkbox"/>	Saarland .....	<input type="checkbox"/>
Nordrhein-Westfalen ....	<input type="checkbox"/>	Berlin (West).....	<input type="checkbox"/>
Hessen .....	<input type="checkbox"/>		
		Berlin (Ost).....	<input type="checkbox"/>
		Brandenburg.....	<input type="checkbox"/>
		Mecklenburg-Vorpommern...	<input type="checkbox"/>
		Sachsen.....	<input type="checkbox"/>
		Sachsen-Anhalt .....	<input type="checkbox"/>
		Thüringen .....	<input type="checkbox"/>

3.	<i>In welchem Land ist <u>Ihre Mutter</u> geboren?</i>	in Deutschland .....	<input type="checkbox"/>
		in ehemals deutschen Gebieten (z.B. Schlesien, Sudetenland).....	<input type="checkbox"/>
		in einem anderen Land.....	<input type="checkbox"/>
4.	<i>In welchem Land ist <u>Ihr Vater</u> geboren?</i>	in Deutschland .....	<input type="checkbox"/>
		in ehemals deutschen Gebieten (z.B. Schlesien, Sudetenland).....	<input type="checkbox"/>
		in einem anderen Land.....	<input type="checkbox"/>
5.	<i>Haben Sie nach 1949 Ihren Wohnsitz zwischen den <u>ost- und westdeutschen Bundesländern</u> verlegt?</i>	nein .....	<input type="checkbox"/>
		ja, von Ost nach West	→ vor dem Mauerfall .....
			<input type="checkbox"/>
			→ nach dem Mauerfall .....
		ja, von West nach Ost .....	<input type="checkbox"/>

6.	Trifft folgendes auf Sie zu und wenn ja, wie stark belastet Sie das?  "Häufiges Alleinsein, zu wenig Kontakte"	Nein, trifft nicht zu ..... <input type="checkbox"/>
		Ja trifft zu, aber hat mich nicht belastet..... <input type="checkbox"/>
		Ja, trifft zu, aber hat mich wenig belastet..... <input type="checkbox"/>
		Ja, trifft zu, aber hat mich mittelmäßig belastet..... <input type="checkbox"/>
		Ja, trifft zu, aber hat mich stark belastet ..... <input type="checkbox"/>

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		nein, das kam noch nie vor	das kam sehr selten vor	das kam schon manchmal vor	das kam schon häufiger vor	das kam schon sehr oft vor
7.	Haben Sie schon Beleidigungen oder Beschimpfungen über das Internet versendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Haben Sie schon über das Internet Gerüchte oder Unwahrheiten über andere Personen verbreitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Haben Sie schon über das Internet andere Personen bedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		nein, das kam noch nie vor	das kam sehr selten vor	das kam schon manchmal vor	das kam schon häufiger vor	das kam schon sehr oft vor
10.	Haben Sie schon Beleidigungen oder Beschimpfungen von anderen Personen über das Internet erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Wurden über Sie schon über das Internet Gerüchte oder Unwahrheiten durch andere Personen verbreitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Wurden Sie schon über das Internet von anderen Personen bedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01	wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Stimme überhaupt nicht zu							Stimme voll und ganz zu
01	Die meisten Menschen erkennen nicht, in welchem Ausmaß unser Leben durch Verschwörungen bestimmt wird, die im Geheimen ausgeheckt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02	Es gibt geheime Organisationen, die großen Einfluss auf politische Entscheidungen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03	Politiker und andere Führungspersönlichkeiten sind nur Marionetten der dahinterstehenden Mächte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04	Die tatsächlichen Hintergründe der Corona-Erkrankung werden nie ans Licht der Öffentlichkeit kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05	Die Corona-Krise wurde so groß geredet, damit einige wenige von ihr profitieren können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**15. Bitte beantworten Sie alle Fragen, in dem Sie die für Sie am besten zutreffende Antwortmöglichkeit markieren.**

*Wir möchten gerne wissen, ob Sie im vergangenen Monat Schwierigkeiten oder Probleme mit Müdigkeit, Schwächegefühl oder Energielosigkeit hatten.*

**Bitte vergleichen Sie Ihr jetziges Befinden mit dem, als es Ihnen zuletzt gut ging.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		weniger als üblich	nicht mehr als üblich	mehr als üblich	viel mehr als üblich
01	Ist Müdigkeit ein Problem für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Müssen Sie öfter ausruhen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Fühlen Sie sich müde oder schlaftrig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Haben Sie Schwierigkeiten, Dinge in Angriff zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Mangelt es Ihnen an Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Haben Sie weniger Kraft in Ihren Muskeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Fühlen Sie sich schwach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Fällt es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Passieren Ihnen Versprecher beim Reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Fällt es Ihnen schwer, klar zu denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		besser als üblich	nicht schlechter als üblich	schlechter als üblich	viel schlechter als üblich
11	Wie ist Ihr Gedächtnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fortsetzung von Frage 15**

	trifft nicht zu	weniger als eine Woche	weniger als 3 Monate	zwischen 3 und 6 Monaten	6 Monate oder länger
12 Falls Sie zurzeit müde bzw. erschöpft sind, geben Sie bitte ungefähr an, seit wann dieser Zustand besteht.	<input type="checkbox"/>				

	überhaupt nicht	25% der Zeit	50% der Zeit	75% der Zeit	die ganze Zeit
13 Wie groß ist der Anteil Ihrer Zeit, in der Sie sich müde fühlen?	<input type="checkbox"/>				

16. Sind oder waren Sie selbst am Corona Virus „COVID 19“ erkrankt?	Ja, ich wurde positiv auf COVID 19 getestet.	<input type="checkbox"/>
	Vielelleicht... ich hatte/habe Symptome, es wurde aber kein Test durchgeführt .....	<input type="checkbox"/>
	Vermutlich nein... ich hatte keine Symptome	<input type="checkbox"/>

17. Sind oder waren Bekannte, Verwandte, Nachbarn oder Arbeitskollegen von Ihnen am Corona Virus „COVID 19“ erkrankt	Ja, ich kenne jemanden, der positiv auf COVID 19 getestet wurde.....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>

18. In den folgenden Fragen geht es um Sorgen bezüglich Ihres Aussehens. Die Fragen beziehen sich auf einen bestimmten Makel, der das Aussehen beeinträchtigt, nicht jedoch auf Übergewicht (Sorgen, zu dick zu sein). Bitte kreuzen Sie auch hier wieder an, was Ihrer Meinung nach am meisten auf Sie zutrifft.

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	überhaupt nicht	wie die meisten anderen Menschen	mehr als andere Menschen	sehr viel mehr als andere Menschen
		1	2	3	4
01	Haben Sie sich jemals wegen eines bestimmten Aspekts Ihres Aussehens Sorgen gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Haben Sie sich jemals in irgendeiner Weise für entstellt oder missgebildet gehalten (z.B. Nase, Haare, Haut, Körperbau)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Haben Sie sich jemals um Ihre Körperfunktionen Sorgen gemacht (z.B. übermäßiger Körpergeruch, übermäßiges Schwitzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Haben Sie wegen dieser Sorgen bereits einen Hautarzt/plastischen Chirurgen/ Hausarzt aufgesucht oder glaubten Sie, einen aufzusuchen zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Wurde Ihnen schon von Ärzten oder anderen gesagt, dass Sie normal seien, obwohl Sie der Überzeugung sind, dass etwas mit Ihrem Aussehen oder Ihren Körperfunktionen nicht stimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Haben Sie schon viel Zeit damit verbracht, sich mit einem Makel im Aussehen oder einer Störung von Körperfunktionen zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Haben Sie jemals viel Zeit damit verbracht, einen Makel im Aussehen oder eine Störung von Körperfunktionen zu verbergen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19. Wie stark fühlen Sie sich durch das angegebene Problem in Ihrem Aussehen beeinträchtigt?**

gar nicht im Aussehen beeinträchtigt											extreme Beeinträchtigung des Aussehens
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"/>	

<b>20.</b> Leiden Sie unter Hauterkrankungen?	ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 21
	nein .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 24

<b>21.</b> Welche sind das?	<hr/> <hr/>		
	(Bitte notieren ↑)		

<b>22.</b> Seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jahren
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------

<b>23.</b> Besteht wegen der Hauterkrankung ärztliche Behandlung?	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	einmal im Monat	mindestens einmal pro Woche
<b>24.</b> Wie häufig besuchen Sie ein öffentliches Schwimmbad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>24a</b> Seit einigen Jahren gibt es den Burkini – eine hygienische und funktionale Schwimmbekleidung speziell für muslimische Frauen. Inwieweit wären Sie damit einverstanden, Burkinis in allen Schwimmbädern zu erlauben?	voll und ganz	eher	eher nicht	überhaupt nicht	weiß nicht
	<input type="checkbox"/>				

<b>25.</b> Inwieweit wären Sie damit einverstanden, dass alle Schwimmbäder getrennte Schwimmzeiten nur für Frauen anbieten?	voll und ganz	eher	eher nicht	überhaupt nicht	weiß nicht
	<input type="checkbox"/>				

**26. Wie oft fühlten Sie sich in den letzten zwölf Monaten in folgender Weise?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
01 Wie oft hatten Sie das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>				
02 Wie oft fühlten Sie sich sicher im Umgang mit Ihren persönlichen Aufgaben und Problemen?	<input type="checkbox"/>				
03 Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>				
04 Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass sich Aufgaben oder Probleme so sehr aufgestaut haben, dass Sie diese nicht bewältigen können?	<input type="checkbox"/>				

**27. Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)**

völlig arbeits- unfähig	derzeitig die beste Arbeits- fähigkeit									
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"/>

Im Folgenden werden verschiedene Aussagen aufgeführt; bitte kreuzen Sie Ihre persönliche Einschätzung an.

**28. Ich kann gut wahrnehmen, was mein Körper braucht.**

stimme gar nicht zu	stimme voll zu									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>										

**29. Ich gebe meinem Körper, was er braucht.**

stimme gar nicht zu	stimme voll zu									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>										

**30. Wechselwirkungen zwischen Gedanken, Gefühlen und körperlichen Reaktionen bemerke ich in meinem Alltag.**

nie	sehr oft									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>										

**Der folgende Abschnitt richtet sich ausschließlich an Eltern.  
Falls Sie keine Kinder haben, fahren Sie bitte mit Frage 32 fort.**

- 31. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, die sich auf Ihre Elternschaft beziehen. Dabei geht es darum, wie Sie sich als Elternteil im Umgang mit ihrem Kind/ihren Kindern erleben. Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „stimmt überhaupt nicht“, „stimmt nicht“, „unentschieden“, „stimmt“, „stimmt genau“.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	stimmt überhaupt nicht zu	stimmt eher nicht	unentschieden	stimmt eher	stimmt genau
01 Meine Elternschaft macht mich glücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Es gibt so gut wie nichts, was ich nicht für mein Kind/meine Kinder tun würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Um für mein Kind/meine Kinder zu sorgen, brauche ich manchmal mehr Zeit und Energie als ich habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich mache mir manchmal Sorgen, ob ich genug für mein Kind/meine Kinder tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich fühle mich meinem Kind/meinen Kindern nahe und emotional verbunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Ich genieße es, Zeit mit meinem Kind/meinen Kindern zu verbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Mein Kind/meine Kinder sind eine wichtige Quelle für mein emotionales Wohlbefinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Kinder zu haben lässt mich optimistischer in die Zukunft sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Mein Kind/meine Kinder verursachen viel Stress in meinem Alltagsleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Kinder zu haben schränkt mich in meiner Flexibilität und meinem Freizeitverhalten ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Kinder zu haben ist eine finanzielle Belastung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Es ist schwer, den verschiedenen Verantwortlichkeiten für meine Kinder gerecht zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Das Verhalten meines Kindes/meiner Kinder ist häufig sehr belastend für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Wenn ich es heute nochmals entscheiden könnte, würde ich keine Kinder bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ich fühle mich meiner Verantwortung als Elternteil nicht gewachsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Kinder zu haben bedeutet, wenig Möglichkeiten und Kontrolle über mein eigenes Leben zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Ich bin in meiner Elternrolle zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Ich genieße mein Kind/meine Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ab hier weiter für alle**

**32. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Internetversorgung?**

überhaupt nicht zufrieden					sehr zufrieden
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**33.** Ist eine Person, der Sie nahe standen, verstorben? nein .....  → weiter mit Frage 34

**33a** Wenn ja, ist mehr als eine Person verstorben?  
nein .....   
ja .....

**33b** Wenn ja, wie viele Personen sind verstorben?  

--	--

 Personen

**34.** Für den Trauerfall, der Sie am meisten belastet, in welcher Beziehung standen Sie zur verstorbenen Person?  
Kind .....   
Partner/in .....   
Elternteil .....   
Weiteres Familienmitglied .....   
Freund/in .....

**35.** Wann ist die Person gestorben?  
Bitte geben Sie das Datum an, so genau es Ihnen möglich ist.

Tag: 

--	--

Monat: 

--	--

Jahr: 

--	--	--	--

**36.** Wie haben Sie den Verlust erlebt?  
erwartet .....   
unerwartet .....   
keines von beidem/ beides von beidem.....

**37.** Wurde der Verlust durch Covid-19 verursacht?  
nein .....   
ja .....

38.	<i>Ist eine Person, der Sie nahe standen verschwunden?</i>	nein .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Bitte geben Sie an, ob eine Ihnen nahestehende Person vermisst wird und ihr Schicksal unbekannt ist.</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>

**Bitte denken Sie an den Verlust einer Ihnen nahestehenden Person, der Sie heute noch am meisten beschäftigt oder belastet und geben Sie für die nachfolgenden Erfahrungen an, wie oft Sie die jeweiligen Erfahrungen im letzten Monat hatten?**

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	überhaupt nicht	mindestens einmal	mindestens einmal pro Woche	mindestens einmal pro Tag	mehrmais täglich
39.	<i>Sehnsucht oder starkes Verlangen nach der verstorbenen Person</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	<i>Fassungslosigkeit, Schock oder Benommenheit bezüglich des Verlustes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	<i>Schwierigkeiten, Ihren Verlust zu akzeptieren</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	<i>Das Gefühl, dass Ihr Leben seit Ihrem Verlust unerfüllt, leer oder bedeutungslos ist</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	<i>Verbitterung über Ihren Verlust</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44.	<i>Haben Sie eine deutliche Einschränkung Ihrer Fähigkeiten im sozialen, beruflichen oder in einem anderen Umfeld (z. B. bei der Bewältigung des Haushalts) bemerkt?</i>	nein .....	<input type="checkbox"/>
		ja .....	<input type="checkbox"/>

45.	<i>Wie lange dauern diese Erfahrungen (Fragen 39-43) an?</i>	<b>Monate:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
		<b>und/oder Jahre:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**46. Bitte geben Sie für jede der nachfolgenden Aussagen an, inwieweit sie zu Ihrer Lebenssituation passen, so wie Sie sich derzeit fühlen.**

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
01	<i>Ich vermisste Leute, bei denen ich mich wohl fühlte.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<i>Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<i>Ich fühle mich häufig im Stich gelassen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<i>Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<i>Ich vermisste Geborgenheit und Wärme.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<i>Es gibt genügend Menschen, mit denen ich mich eng verbunden fühlte.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**47. Bitte beantworten Sie folgende Fragen, in dem Sie die für Sie am besten zutreffende Antwortmöglichkeit markieren.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		sehr	ziemlich	mäßig	etwas	gar nicht
01	Ich kann mich sowohl in Gesellschaft als auch allein wohl fühlen.	<input type="checkbox"/>				
02	Ich bin zuversichtlich, dass jemand für mich da ist, wenn ich Hilfe, Unterstützung oder Verständnis suche.	<input type="checkbox"/>				
03	Ich lebe in Beziehungen, die mir wichtig und die für mich befriedigend sind.	<input type="checkbox"/>				
04	Ich neige dazu, mich von anderen Menschen zu sehr abhängig zu machen.	<input type="checkbox"/>				
05	Ich sehe mich in Gefahr, eine wichtige Beziehung oder eine wichtige Person zu verlieren.	<input type="checkbox"/>				
06	Ich habe große Angst, zurückgewiesen und verlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>				
07	In Beziehungen habe ich extreme Gefühle, die plötzlich zwischen positiven und negativen wechseln können.	<input type="checkbox"/>				
08	Ich erlebe Ärger (oder sogar Wutanfälle) wenn ich zurückgewiesen werde.	<input type="checkbox"/>				
09	Ich beginne und beende Beziehungen manchmal sehr rasch.	<input type="checkbox"/>				
10	Ich nehme in engen Beziehungen eher die Rolle der Fürsorge-Gebenden Person ein.	<input type="checkbox"/>				
11	Ich suche mir eher schwache oder bedürftige Personen als Partner/in oder als Freund/in.	<input type="checkbox"/>				
12	Ich empfinde es einfacher anderen zu helfen, als Hilfe zu empfangen.	<input type="checkbox"/>				
13	Ich denke eher analytisch, kritisch und präzise.	<input type="checkbox"/>				
14	Ich neige dazu, mich in emotional belastenden Situationen zurückzuziehen.	<input type="checkbox"/>				
15	Mir sind Selbstbeherrschung, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit wichtig.	<input type="checkbox"/>				
16	Ich lege großen Wert darauf, von anderen unabhängig zu sein.	<input type="checkbox"/>				
17	Ich vermeide enge Beziehungen wegen der Verpflichtungen, die diese mit sich bringen.	<input type="checkbox"/>				
18	Ich fühle mich in nahen Beziehungen eingeengt.	<input type="checkbox"/>				
19	Rückmeldungen wie Lob oder Kritik durch andere beeindrucken mich wenig.	<input type="checkbox"/>				
20	Ich bin weitgehend unsensibel für die Bedürfnisse und Wünsche anderer.	<input type="checkbox"/>				
21	Wenn ich meine eigenen Ziele verfolge, blende ich negative Folgen meines Handelns für andere aus.	<input type="checkbox"/>				

**48. Bitte geben Sie für die nachfolgenden Aussagen an, inwieweit sie zu Ihrer Lebenssituation passen.**

		stimme gar nicht zu					stimme völlig zu
		1	2	3	4	5	
01	Ich ziehe es vor, meinem Partner/meiner Partnerin nicht nahe zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02	Ich habe Angst, die Liebe meines Partners/meiner Partnerin zu verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**49. Haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen eigener Gesundheitsprobleme einen der folgenden Anbieter aufgesucht?  
(Mehrfachnennungen möglich)**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Heilpraktiker/in .....                    | <input type="checkbox"/> |
| Akupunkteur/in.....                       | <input type="checkbox"/> |
| Arzt/Ärztin für Naturheilverfahren .....  | <input type="checkbox"/> |
| Spiritueller Heiler/in, Schamane/in ..... | <input type="checkbox"/> |
| Keines davon .....                        | <input type="checkbox"/> |

	ja	nein
50. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Homöopathische Mittel eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Präparate mit Heilkräutern eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Akupunkturbehandlung mitgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**53. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Selbsthilfetechniken ausgeübt?  
(Mehrfachnennungen möglich)**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Entspannungstechniken oder Meditation .....     | <input type="checkbox"/> |
| Yoga .....                                      | <input type="checkbox"/> |
| Qigong .....                                    | <input type="checkbox"/> |
| Beten für die eigene Gesundheit.....            | <input type="checkbox"/> |
| Malen / Musizieren für die eigene Gesundheit... | <input type="checkbox"/> |
| Keines davon .....                              | <input type="checkbox"/> |

**54. „Verglichen mit anderen bin ich empfindlich gegenüber:  
(Mehrfachnennungen möglich)**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Essgeräuschen (z.B. Kauen, Schmatzen, Schlürfen, Schlucken) .....                          | <input type="checkbox"/> |
| Nasalen Geräuschen (z.B. Schnießen, Einatmen, Ausatmen) .....                              | <input type="checkbox"/> |
| Halsgeräuschen (z.B. Halskratzen, Räuspern)....  | <input type="checkbox"/> |
| Bestimmten Lauten (z.B. K-Laute).....  | <input type="checkbox"/> |
| Wiederholtem Klackern (z.B. mit Nägeln auf dem Tisch, Klicken eines Kugelschreibers) ..... | <input type="checkbox"/> |
| Rascheln (z.B. Papier, Plastik).....   | <input type="checkbox"/> |
| Umgebungsgeräuschen (z.B. Ticken einer Uhr oder summende Geräte) .....                     | <input type="checkbox"/> |
| Keine der Genannten.....   | <input type="checkbox"/> |

→ weiter  
mit Frage  
57

55.	<p>Welche Emotionen werden durch das Hören dieser Geräusche bei Ihnen hervorgerufen?</p> <p>(Mehrfachnennungen möglich)</p>	Gereiztheit.....	<input type="checkbox"/>
		Wut .....	<input type="checkbox"/>
	Ekel.....	<input type="checkbox"/>	
	Andere, welche:	<hr/> <input type="checkbox"/>	

56. Blicken Sie auf die letzten 3 Tage zurück und denken Sie bei "Geräusche" an die für Sie störendsten Geräusche und bei "Gefühlen" an Ihr typisches Gefühl nach dem Hören dieser Geräusche. Wählen Sie stets die am ehesten zutreffende Antwort.

		0 Stunden	1 Stunde	1-3 Stunden	3-8 Stunden	>8 Stunden
01	Wie viel Zeit pro Tag verbringen Sie mit Gedanken an die Geräusche?	<input type="checkbox"/>				

		gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
02	In welchem Ausmaß fokussieren Sie sich auf die Geräusche?	<input type="checkbox"/>				
03	In welchem Ausmaß fühlen Sie sich durch das Hören der Geräusche beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>				
04	Wie ausgeprägt ist Ihr Gefühl von Gereiztheit/Ärger beim Hören der Geräusche?	<input type="checkbox"/>				
05	In welchem Ausmaß fühlen Sie sich den Geräuschen gegenüber machtlos?	<input type="checkbox"/>				
06	In welchem Ausmaß leiden Sie unter den Geräuschen?	<input type="checkbox"/>				
07	In welchem Ausmaß leiden Sie darunter, die Geräusche zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>				
08	In welchem Ausmaß schränken die Geräusche Ihr tägliches Leben ein (Arbeit, Haushalt usw.)?	<input type="checkbox"/>				
09	In welchem Ausmaß vermeiden Sie bestimmte Orte oder Situationen wegen der Geräusche?	<input type="checkbox"/>				

		immer	gewöhnlich (75%)	manchmal ja, manchmal nein (50%)	selten (25%)	niemals
10	In welchem Ausmaß können Sie Ihre Aufmerksamkeit weglenken, wenn Sie die Geräusche hören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**57. Im Vergleich zu anderen Menschen reagiere ich empfindlich auf Geräusche von:**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	trifft überhaupt nicht zu	trifft selten zu	trifft manchmal zu	trifft oft zu	trifft immer zu
	0	1	2	3	4
01 Menschen, die essen (z.B. Kauen, Schlucken, mit den Lippen Schmatzen, Schlürfen etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Wiederholtem Klopfen (z.B. Stift auf dem Tisch, Fuß auf dem Boden etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Rascheln (z.B. Plastik, Papier etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Menschen, die nasale Geräusche machen (z.B. Einatmen, Ausatmen, Schnießen etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Menschen, die Geräusche mit ihrem Hals machen (z.B. Räuspern, Husten etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Bestimmten Konsonanten und/ oder Vokale (z.B. „K“-Laute etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Umweltgeräusche (z.B. Uhrenticken, Brummen des Kühlschranks etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: 08 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn eine der oben genannten Aussagen einen Wert von "1 - trifft selten zu" oder höher bekommen hat, fahren Sie bitte mit Frage 58 fort und beurteilen Sie auf einer Skala von 0 (nie) bis 4 (immer), wie häufig die folgenden Aussagen zutreffen.

Wenn keine der Aussagen in Frage 57 zutreffen, gehen Sie weiter zu Frage 59.

**58. Sobald Sie das Geräusch/ die Geräusche wahrnehmen, wie oft:**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	nie	selten	manchmal	oft	immer
	0	1	2	3	4
01 verlassen Sie die Situation und begeben sich an einen Ort, an dem Sie die Geräusche nicht mehr hören?	<input type="checkbox"/>				
02 vermeiden Sie aktiv bestimmte Situationen, Orte, Dinge und/ oder Personen, weil die Geräusche hier auftreten könnten?	<input type="checkbox"/>				
03 bedecken Sie Ihre Ohren/ halten Sie sie zu?	<input type="checkbox"/>				
04 werden Sie ängstlich oder gestresst?	<input type="checkbox"/>				
05 werden Sie traurig oder deprimiert?	<input type="checkbox"/>				
06 sind Sie verärgert?	<input type="checkbox"/>				
07 haben Sie Gewaltgedanken?	<input type="checkbox"/>				

	Fortsetzung von Frage 58 <i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	nie	selten	manchmal	oft	immer
		0	1	2	3	4
08	werden Sie wütend?	<input type="checkbox"/>				
09	werden Sie körperlich aggressiv?	<input type="checkbox"/>				
10	werden Sie verbal aggressiv?	<input type="checkbox"/>				
11	andere: _____	<input type="checkbox"/>				

59. Bitte beurteilen Sie den Schweregrad Ihrer Geräuschempfindlichkeit auf einer Skala von 1 (minimal) bis 15 (sehr schwer).

Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Einschätzung die Anzahl der Geräusche, auf die Sie empfindlich reagieren, das Ausmaß an Leid, sowie die Beeinträchtigung in Ihrem Leben aufgrund der Geräuschempfindlichkeit.

Falls Sie nicht geräuschempfindlich sind, kreuzen Sie bitte hier an.	<input type="checkbox"/>
<b>Minimale, im Bereich einer normalen oder sehr leichten Geräuschempfindlichkeit.</b> Ich wehre mich selten gegen meine Geräuschempfindlichkeit oder werde nur selten von ihr beeinflusst. Fast keine Beeinträchtigung bei Alltagsaktivitäten.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
<b>Leichte Geräuschempfindlichkeit.</b> Leichte Geräuschempfindlichkeit, die für mich und andere bemerkbar ist. Sie verursacht eine leichte Beeinträchtigung in meinem Leben. Ich kann sie aushalten oder werde nur für einen sehr kurzen Zeitraum von ihr beeinträchtigt. Andere tolerieren sie ohne Probleme.	4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
<b>Mittelschwere Geräuschempfindlichkeit.</b> Geräuschempfindlichkeit, die zu erheblichen Beeinträchtigungen in meinem Leben führt. Es kostet mich viel Energie, die Geräuschempfindlichkeit und die dadurch bedingten Beeinträchtigungen auszuhalten. Ich benötige ein wenig Hilfe von anderen, um bei Alltagsaktivitäten zu funktionieren.	7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
<b>Schwere Geräuschempfindlichkeit.</b> Geräuschempfindlichkeit, die mich lähmmt und mich so sehr beeinträchtigt, dass Alltagsaktivitäten sich anfühlen "wie ein Kampf". Ich könnte die gesamte Zeit damit verbringen, mich gegen meine Geräuschempfindlichkeit zu wehren oder werde die ganze Zeit von ihr beeinträchtigt. Ich benötige viel Hilfe von anderen, um zu funktionieren.	10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>
<b>Sehr schwere Geräuschempfindlichkeit.</b> Geräuschempfindlichkeit, die mich extrem beeinträchtigt, sodass ich eine enge Betreuung beim Essen, Schlafen und in anderen Situationen benötige. Aus diesem Grund ist es schwierig, im Alltag zu funktionieren.	13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/>

**60. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu Ihrer Person.**

Kreuzen Sie bei jeder Aussage eine Zahl von 1 bis 5 an je nachdem, was Ihrer Antwort am besten entspricht.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	trifft eher zu	trifft ganz genau zu
	1	2	3	4	5
01 Wenn ich bei der Arbeit / beim Studium versage, dann bin ich auch als Mensch ein Versager.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich setze mir höhere Ziele als die meisten Leute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Wenn jemand bei der Arbeit / beim Studium eine Aufgabe besser macht als ich, fühle ich mich so, als ob ich versagt hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich habe extrem hohe Ziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Andere scheinen für sich geringere Maßstäbe zu akzeptieren, als ich das tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Wenn ich nicht jederzeit gut bin, werden mich die Leute nicht respektieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Ich erwarte von mir höhere Leistungen bei meinen täglichen Aufgaben als die meisten anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Je weniger Fehler ich mache, umso mehr werden mich die Leute mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ja	nein
<b>61. Kennen Sie das Gefühl eines angenehmen Kribbelns am Kopf, der Kopfhaut, dem Rücken oder anderen Körperstellen, ausgelöst durch beispielsweise: ein sanftes Flüstern oder dem Geräusch, was entsteht, wenn jemand mit den Fingern über eine raue Oberfläche streicht?</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustands. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie die Antwortmöglichkeiten ankreuzen, die in den letzten 4 Wochen am besten auf Sie zutraf.

**62. Ganz allgemein, wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?**

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>					

**63. Wie stark waren Sie aufgrund Ihres körperlichen Gesundheitszustands bei körperlichen Tätigkeiten (z.B. zu Fuß gehen oder Treppensteigen) eingeschränkt?**

überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	konnte keine körperlichen Aktivitäten ausführen
<input type="checkbox"/>				

**64. Hatten Sie aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und im Beruf?**

überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	konnte meine tägliche Arbeit nicht ausführen
<input type="checkbox"/>				

**65 Hatten Sie körperliche Schmerzen?**

überhaupt nicht	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>					

**66. Wie viel Energie hatten Sie?**

sehr viel	ziemlich viel	etwas	wenig	keine
<input type="checkbox"/>				

**67. Wie stark waren Sie aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit oder seelischen Probleme in Ihren normalen sozialen Kontakten mit Familie oder Freunden eingeschränkt?**

überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	konnte keine sozialen Aktivitäten ausführen
<input type="checkbox"/>				

**68. Wie oft haben Sie sich durch seelische Probleme beeinträchtigt gefühlt (z.B. ängstlich, deprimiert oder gereizt)?**

überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	sehr stark
<input type="checkbox"/>				

**69. Wurden Sie durch persönliche oder seelische Probleme von Ihrer täglichen Arbeit oder anderen Alltagsaktivitäten abgehalten?**

überhaupt nicht	sehr wenig	etwas	ziemlich	konnte keine alltäglichen Aktivitäten ausführen
<input type="checkbox"/>				

Das „Nicht-Genau-Richtig-Gefühl“ (NJRE), beschreibt das subjektive Gefühl, dass etwas nicht so ist, wie es sein sollte. Es handelt sich um ein individuelles Gefühl der Verunsicherung, dass etwas mit einem selbst oder in der unmittelbaren Umgebung nicht in Ordnung ist. Zum Beispiel: das Gefühl, etwas vergessen zu haben; ein seltsames unbekanntes physiologisches Gefühl; das Gefühl, etwas nicht perfekt genug getan zu haben; sich ohne erkennbaren Grund unsicher oder verletzlich zu fühlen, oder das Gefühl, dass Gegenstände nicht genau richtig angeordnet sind.

70. Bitte geben Sie für jedes der unten aufgeführten Gefühle an, ob sie bei Ihnen jemals oder in der letzten Woche aufgetreten sind.

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	letzte Woche	jemals	nie
01	Ich hatte das Gefühl, nachdem ich mich anzog, dass Teile meiner Kleidung (Waschetiketten, Kragen, Hosenbeine etc.) nicht genau richtig saßen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Wenn ich ein Buch zurück ins Regal stellte, hatte ich das Gefühl, dass es mit den anderen Büchern nicht genau richtig zusammenpasste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wenn ich meine Haustür abschloss, hatte ich das Gefühl, dass das Türschloss nicht genau richtig schloss / griff (Türzylinder nicht richtig fasste).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Wenn ich meine Kleidungsstücke faltete, hatte ich das Gefühl, dass sie nicht so aussahen, wie gefaltete Kleidungsstücke aussehen sollten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Wenn ich was schrieb, hatte ich das Gefühl, dass meine geschriebenen Wörter nicht genau so aussahen, wie ich es haben wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Wenn ich mit Menschen redete, hatte ich das Gefühl, dass meine Worte sich nicht genau richtig anhörten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Wenn ich meinen Schreibtisch ordnete, hatte ich das Gefühl, dass meine Papiere und andere Dinge nicht genau richtig platziert waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Wenn ich eine Rechnung oder Brief in einen Briefkasten warf, hatte ich das Gefühl, dass die Art in der ich den Umschlag in den Briefkasten warf und die Briefkastentür schloss, nicht genau richtig war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Nachdem ich meine Hände einmal wusch, hatte ich das Gefühl, dass sie sich nicht genau so anfühlten, wie sich saubere Hände anfühlen sollten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wenn ich ein Bild an der Wand aufhing, hatte ich das Gefühl, dass es nicht genau richtig aussah.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn Sie alle Fragen im vorherigen Block (Frage 70) mit „nie“ beantwortet haben,  
fahren Sie bitte mit Frage 78 fort.**

Bitte beziehen Sie sich für die Beantwortung der weiteren Fragen auf dasjenige, auf der vorherigen Seite beschriebene, „Nicht-Genau-Richtig-Gefühl“ (NJRE), welches Sie am häufigsten erlebt.

Bitte antworten Sie auf die untenstehenden Fragen zur Intensität, Häufigkeit und Leidensdruck auf einer Skala von 1 bis 7. 1 bedeutet, dass das Gefühl nicht vorhanden war und 7 ist gleichbedeutend mit einer extremen Ausprägung, bei 2 bis 6 ist die Intensität entsprechend abgestuft.

**71 Wie häufig haben Sie dieses „Nicht-Genau-Richtig Gefühl“ erfahren?**

Gefühl nicht vorhanden							extremen Ausprägung
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>							

**72 Wie intensiv war dieses „Nicht-Genau-Richtig Gefühl“?**

Gefühl nicht vorhanden							extremen Ausprägung
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>							

**73 Wie stark hat Sie dieses „Nicht-Genau-Richtig Gefühle“ in dem Moment (in der Zeit) gestört oder Stress verursacht?**

Gefühl nicht vorhanden							extremen Ausprägung
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>							

**74 Wie stark hat Sie dieses Gefühl später am Tag gestört oder Stress verursacht?**

Gefühl nicht vorhanden							extremen Ausprägung
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>							

**75 Wie stark war Ihr Erleben, dass Sie dieses „Nicht-Genau-Richtig Gefühl“ nicht aus ihrem Kopf herausbekommen?**

Gefühl nicht vorhanden							extremen Ausprägung
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>							

**76 Wie ausgeprägt war Ihr Drang, etwas gegen das „Nicht-Genau-Richtig Gefühl“ zu tun?**

Gefühl nicht vorhanden							extremen Ausprägung
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>							

**77 In welchen Umfang fühlten sie sich verantwortlich dafür, etwas gegen das „Nicht-Genau-Richtig Gefühl“ zu tun?**

Gefühl nicht vorhanden							extremen Ausprägung
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>							

- 78** Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen und geben Sie an, inwieweit Sie zustimmen oder ablehnen. Verwenden Sie die folgende Bewertungsskala und wählen Sie 7, wenn Sie der Aussage stark zustimmen, und 1, wenn Sie die Aussage stark ablehnen. Die Mitte, wenn Sie also neutral oder unentschlossen sind, wäre dann 4.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		starke Ablehnung	Ablehnung	ein wenig Ablehnung	weder noch	ein wenig Zustimmung	Zustimmung	starke Zustimmung
01	Ich frage üblicherweise andere um Rat, wenn ich persönliche Probleme habe.	<input type="checkbox"/>						
02	Ich finde es leichter, Informationen zu vertrauen und aufzunehmen, wenn sie von jemandem stammen, der mich gut kennt.	<input type="checkbox"/>						
03	Ich bevorzuge, Dinge im Internet selbst herauszufinden, statt andere um Informationen zu bitten.	<input type="checkbox"/>						
04	Wenn mir jemand zeigen kann, dass etwas, was ich dachte, falsch ist, ändere ich normalerweise meine Meinung.	<input type="checkbox"/>						
05	Es fällt mir schwer, Informationen von anderen zu vertrauen, mit denen ich nur wenig gemeinsam habe.	<input type="checkbox"/>						
06	Ich befolge normalerweise keinen Ratschlag, den ich von anderen bekomme, selbst wenn ich denke, dass der Rat wahrscheinlich gut ist.	<input type="checkbox"/>						
07	In der Vergangenheit habe ich falsch eingeschätzt, wem ich glauben kann, und bin deswegen ausgenutzt worden.	<input type="checkbox"/>						
08	Wenn ich mich gut fühle, glaube ich Informationen, die mir jemand anderes gegeben hat, eher.	<input type="checkbox"/>						
09	Ich habe oft das Gefühl, dass andere nicht verstehen, was ich will und brauche.	<input type="checkbox"/>						
10	Ich werde oft für naiv gehalten, weil ich fast alles glaube, was andere mir erzählen.	<input type="checkbox"/>						
11	Wenn ich mit verschiedenen Menschen spreche, kann ich mich leicht von dem überzeugen lassen, was sie sagen, auch wenn dies etwas anders ist, als das was ich vorher geglaubt habe.	<input type="checkbox"/>						
12	Ein Gespräch mit Menschen, die mich schon lange kennen, kann mir helfen, neue Perspektiven über mich selbst zu entwickeln.	<input type="checkbox"/>						
13	Ich finde es sehr nützlich, aus dem zu lernen, was andere mir über ihre Erfahrungen erzählen.	<input type="checkbox"/>						
14	Wenn du dem, was andere dir erzählen, zu viel Glauben schenkst, bist du leichter verletzbar.	<input type="checkbox"/>						
15	Wenn mir jemand etwas erzählt, frage ich mich sofort, warum er mir das jetzt erzählt.	<input type="checkbox"/>						
16	Ich habe zu oft Ratschläge von den falschen Menschen angenommen.	<input type="checkbox"/>						
17	Verschiedene Leute haben mir gesagt, dass ich zu leicht von anderen beeinflussbar bin.	<input type="checkbox"/>						
18	Wenn ich nicht weiß, was ich tun soll, ist mein erster Impuls, jemanden zu fragen, dessen Meinung ich schätze.	<input type="checkbox"/>						

**79** Im folgenden Abschnitt finden Sie eine Reihe von Aussagen, mit denen verschiedene Eigenschaften von Personen beschrieben werden.

Bitte geben Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die im Allgemeinen auf Sie am besten zutrifft. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch im Erleben anders ist.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
01	Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person.	<input type="checkbox"/>				
02	Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung.	<input type="checkbox"/>				
03	Wenn man andere zu nahe an sich heran lässt, kann das gefährlich werden.	<input type="checkbox"/>				
04	Ich kann anderen oft schwer verständlich machen.	<input type="checkbox"/>				
05	In mir herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass ich es gar nicht beschreiben könnte.	<input type="checkbox"/>				
06	Ich schätze manchmal falsch ein, wie mein Verhalten auf andere wirkt.	<input type="checkbox"/>				
07	Wenn andere viel über mich wissen, fühle ich mich oft irgendwie kontrolliert oder beobachtet.	<input type="checkbox"/>				
08	Meine Gefühle sind manchmal so intensiv, dass ich Angst bekomme.	<input type="checkbox"/>				
09	Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte.	<input type="checkbox"/>				
10	Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen.	<input type="checkbox"/>				
11	Ich habe kein gutes Selbstbewusstsein.	<input type="checkbox"/>				
12	Meine Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben.	<input type="checkbox"/>				

<b>80</b>	Waren Sie wegen seelischer Probleme schon einmal in Behandlung?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
		keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>

<b>81</b>	Wenn ja, haben Sie auch eine Psychotherapie gemacht?	ja .....	<input type="checkbox"/>
		nein .....	<input type="checkbox"/>
		keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>

**Wenn bei Frage 81 „nein oder „keine Angabe“ angegeben wurde, gehen Sie zur Frage 84.**

**82 War das...?**

	ja	nein
A ...eine ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B ...ein psychosomatischer Krankenhausaufenthalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C ...ein psychiatrischer Krankhausaufenthalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D ...eine tagesklinische Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**83 In welchem Ausmaß half/hilft Ihnen die Behandlung bezüglich der Probleme, die Sie in die Behandlung führten?**

<b>83</b> <i>In welchem Ausmaß half/hilft Ihnen die Behandlung bezüglich der Probleme, die Sie in die Behandlung führten?</i>	Es wurde viel besser .....	<input type="checkbox"/>
	Es wurde etwas besser.....	<input type="checkbox"/>
	Es blieb nahezu unverändert.....	<input type="checkbox"/>
	Es wurde etwas schlimmer .....	<input type="checkbox"/>
	Es wurde viel schlimmer .....	<input type="checkbox"/>
	Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>

**84 Im nächsten Abschnitt stellen wir Ihnen 5 Aussagen vor. Bitte urteilen Sie, ob Sie diese Aussagen jeweils für „sicher richtig“, „wahrscheinlich richtig“, „wahrscheinlich falsch“ oder „sicher falsch“ halten.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	sicher richtig	wahrscheinlich richtig	wahrscheinlich falsch	sicher falsch
01 Das Klima ändert sich verstärkt durch den Einfluss der Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Die Masernimpfung ist gefährlicher als die Krankheit selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird im Hintergrund von Bill Gates kontrolliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Die Schutzmaßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie dienen eigentlich der dauerhaften Einschränkung unserer Grundrechte und Freiheiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Es gibt geheime Mächte, die die Welt steuern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**85 Waren Sie jemals in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?**

<b>85</b> <i>Waren Sie jemals in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein.....	<input type="checkbox"/>

**86 Stellen Sie sich vor, Sie hätten psychische Probleme. Welche Form der Therapie würden Sie bevorzugen?  
(bitte nur eine Antwort ankreuzen)**

<b>86</b> <i>Stellen Sie sich vor, Sie hätten psychische Probleme. Welche Form der Therapie würden Sie bevorzugen? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)</i>	Eine Therapie bei einem Therapeuten .....	<input type="checkbox"/>
	Eine Therapie bei einem Therapeuten, kombiniert mit einer Online-Therapie .....	<input type="checkbox"/>
	Eine reine Online-Therapie .....	<input type="checkbox"/>

**87** Im Folgenden finden Sie Aussagen zur Familie. Bitte entscheiden Sie jeweils, wie gut die Aussagen ihr Familienleben beschreiben.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
01	Wir können unsere Gefühle füreinander ausdrücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Wir kommen nicht gut miteinander aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wir können uns einander anvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Internettherapien sind Behandlungsmöglichkeiten, die über das Internet (z.B. über PC, Tablet oder Smartphone) angeboten werden können. Internettherapien können beispielsweise bei psychischen Erkrankungen wie Angst oder Depression, aber auch bei anderen Erkrankungen zum Einsatz kommen.

<b>88</b> Haben Sie bereits eine Internettherapie in Anspruch genommen?	ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 88a
	nein .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 88b
<b>88a</b> Falls 1a mit „JA“ beantwortet: Für welche Erkrankung?	_____		
<b>88b</b> Falls 1a mit „NEIN“ beantwortet: Haben Sie schon einmal von Internettherapien oder anderen digitalen Gesundheitsinterventionen gehört?	ja .....	<input type="checkbox"/>	
	nein .....	<input type="checkbox"/>	

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimmt nicht	stimmt kaum	teils, teils	stimmt eher	stimmt genau
<b>89</b>	Ich bewerte Internettherapien als positiv und hilfreich.	<input type="checkbox"/>				
<b>90</b>	Internettherapien werden mehr Patienten erreichen und ihnen helfen können.	<input type="checkbox"/>				
<b>91</b>	Durch die Anonymität bei Internettherapien sinkt die Hemmschwelle, offen und ehrlich über wichtige Probleme zu sprechen.	<input type="checkbox"/>				
<b>92</b>	Bei psychischen Problemen würde ich zukünftig eine Internettherapie in Anspruch nehmen.	<input type="checkbox"/>				
<b>93</b>	Bei psychischen Problemen würde ich zukünftig eine gewöhnliche Psychotherapie von Angesicht-zu-Angesicht nutzen.	<input type="checkbox"/>				
<b>94</b>	Für welche Krankheiten können Sie sich vorstellen, Internettherapien zu nutzen?	_____				
		_____				

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimmt nicht	stimmt kaum	teils, teils	stimmt eher	stimmt genau
<b>95</b>	Aktuell fühle ich mich gestresst oder psychisch belastet.	<input type="checkbox"/>				
<b>96</b>	Wenn ich eine psychische Erkrankung hätte, würde ich mich dafür schämen.	<input type="checkbox"/>				
<b>97</b>	Es ist eine verbreitete Annahme in der Bevölkerung, dass die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sich nicht erholen oder gesund werden.	<input type="checkbox"/>				
<b>98</b>	Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind selbst schuld an ihren psychischen Problemen.	<input type="checkbox"/>				
<b>99</b>	Welche Hindernisse könnten Sie davon abhalten eine Internettherapie zu nutzen?	<hr/> <hr/>				

Der folgende Abschnitt richtet sich nicht an Rentner.  
Falls Sie Rentner\*In sind, fahren Sie bitte mit Frage 105 fort.

**Unter E-Learning verstehen wir an dieser Stelle Angebote der beruflichen Fort- und Weiterbildung, bei denen die Lernmaterialien mittels digitaler Medien (wie Internet, PC oder mobile Endgeräte) zur Verfügung gestellt und bearbeitet werden.**

**Bitte antworten Sie spontan, wie Sie die nachfolgenden Aussagen zu E-Learning bewerten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, und es sind auch keine Vorerfahrungen mit E-Learning erforderlich. Wenn Sie bereits Erfahrung mit E-Learning gemacht haben, beziehen Sie sich bei Ihren Antworten bitte auf diese Erfahrungen.**

<b>100</b>	<i>Welchen der folgenden Berufe würden Sie sich zuordnen?</i>	Soziale Berufe (Bildung und Erziehung, Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe o.ä.) .....	<input type="checkbox"/>
		Handwerksberufe .....	<input type="checkbox"/>
		Technische Berufe .....	<input type="checkbox"/>
		Berufe im Ernährungshandwerk (Verarbeitung von Lebensmitteln).....	<input type="checkbox"/>
		Grüne Berufe (Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Fischerei, Gärtnerei, Tierpflege) .....	<input type="checkbox"/>
		Kaufmännische Berufe .....	<input type="checkbox"/>
		Verwaltungsberufe .....	<input type="checkbox"/>
		Berufe in Transport und Verkehr .....	<input type="checkbox"/>
		Berufe im Dienstleistungs- oder Gastgewerbe ....	<input type="checkbox"/>
		Informationstechnische und journalistische Berufe, Medienberufe .....	<input type="checkbox"/>
		Gestaltende Berufe (Berufe im künstlerischen und gestaltenden Bereich) .....	<input type="checkbox"/>
		Rechts- und Sicherheitsberufe (Justiz, Polizei, Bundeswehr o.ä.) .....	<input type="checkbox"/>
		Keine der Genannten.....	<input type="checkbox"/>

<b>→ Wenn bei Frage 100 angegeben wurde „Soziale Berufe“</b>		Medizinisches Berufsfeld.....	<input type="checkbox"/>
		Therapeutisches Berufsfeld.....	<input type="checkbox"/>
<b>100a</b>	<i>Welchem der folgenden Berufsfelder würden Sie sich zuordnen?</i>	Pädagogisches Berufsfeld (Lehrkraft, Erzieherin o.ä.) .....	<input type="checkbox"/>
		Sozialpädagogisches Berufsfeld oder soziale Arbeit.....	<input type="checkbox"/>
		Andere .....	<input type="checkbox"/>

<b>101</b>	<i>Haben Sie schon einmal an einem E-Learning-Angebot teilgenommen?</i>	ja, mehrmals.....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 103</b>
		ja, einmal .....	<input type="checkbox"/>	
		nein .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 101a</b>
		Ich weiß es nicht/ keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 102</b>

<b>101a Falls Antwort in Frage 101“ „nein“:</b> <i>Sie haben angegeben, dass Sie bisher an keinem E-Learning-Angebot teilgenommen haben.</i>	Mir war bisher kein E-Learning-Angebot bekannt. .... <input type="checkbox"/>
	Mir waren bisher nur unpassende E-Learning-Angebote bekannt (z.B. in Bezug auf Inhalt, zeitlicher Umfang, Kosten). .... <input type="checkbox"/>
<b>Welcher der Aspekte trifft zu?</b>	Keiner der beiden genannten Punkte..... <input type="checkbox"/>

**102 Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?**

(wenn Antwort in Frage 101 „nein“ oder „ich weiß es nicht/keine Angabe“)

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimmt nicht	stimmt kaum	teils, teils	stimmt eher	stimmt genau
01	Ich denke, dass ich mit E-Learning nicht so gute Lernerfolge erzielen würde wie in Präsenzveranstaltungen.	<input type="checkbox"/>				
02	Ich denke, dass ich bei E-Learning den direkten persönlichen Kontakt mit anderen Teilnehmenden vermissen würde.	<input type="checkbox"/>				
03	Ich verfüge nicht über die notwendigen technischen <b>Ressourcen</b> , um E-Learning-Angebote zu nutzen.	<input type="checkbox"/>				
04	Ich verfüge nicht über die notwendigen technischen <b>Kompetenzen</b> , um E-Learning-Angebote zu nutzen.	<input type="checkbox"/>				
05	Ich habe keine Lust, für E-Learning so viel Zeit vor dem Bildschirm zu verbringen.	<input type="checkbox"/>				
06	Ich denke, dass E-Learning nicht so vielfältige Lernmethoden bieten kann wie Präsenzveranstaltungen.	<input type="checkbox"/>				
07	Ich denke, die zeitliche Flexibilität von E-Learning wäre ein großer Vorteil für mich.	<input type="checkbox"/>				
08	Ich denke, die örtliche Flexibilität von E-Learning wäre ein großer Vorteil für mich.	<input type="checkbox"/>				
09	Ich denke, es würde mir leichtfallen, mich mit Hilfe von E-Learning fortzubilden.	<input type="checkbox"/>				
10	Ich denke, es würde mir Spaß machen, mithilfe von E-Learning zu lernen.	<input type="checkbox"/>				
11	Ich denke, dass ich mit E-Learning meine berufsbezogenen Kompetenzen verbessern könnte.	<input type="checkbox"/>				

**103 Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?**

(wenn Antwort in Frage 101“ ja, mehrmals“ oder „ja, einmal“)

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimmt nicht	stimmt kaum	teils, teils	stimmt eher	stimmt genau
01	Ich habe mit E-Learning überwiegend positive Erfahrungen gemacht.	<input type="checkbox"/>				
02	Ich denke, dass ich mit E-Learning genau so gute Lernerfolge erzielt habe wie es in Präsenzveranstaltungen der Fall gewesen wäre.	<input type="checkbox"/>				
03	Ich habe beim E-Learning den direkten persönlichen Kontakt mit anderen Teilnehmenden vermisst.	<input type="checkbox"/>				
04	Meine technischen <b>Ressourcen</b> waren ausreichend um E-Learning gut nutzen zu können.	<input type="checkbox"/>				
05	Meine technischen <b>Kompetenzen</b> waren ausreichend um E-Learning gut nutzen zu können.	<input type="checkbox"/>				
06	Mich hat es gestört, beim E-Learning so viel Zeit vor dem Bildschirm verbringen zu müssen.	<input type="checkbox"/>				
07	Meiner Erfahrung nach bietet E-Learning nicht so vielfältige Lernmethoden wie Präsenzveranstaltungen.	<input type="checkbox"/>				
08	Für mich war es ein großer Vorteil, durch das E-Learning zeitlich flexibel zu sein.	<input type="checkbox"/>				
09	Für mich war es ein großer Vorteil, durch das E-Learning örtlich flexibel zu sein.	<input type="checkbox"/>				
10	Es ist mir leichtfallen, mich mit Hilfe von E-Learning fortzubilden.	<input type="checkbox"/>				
11	Es hat mir Spaß gemacht, mithilfe von E-Learning zu lernen.	<input type="checkbox"/>				
12	Mit E-Learning konnte ich meine berufsbezogenen Kompetenzen verbessern.	<input type="checkbox"/>				
13	Ich hätte die Fortbildung(en) lieber im Rahmen einer Präsenzveranstaltung gemacht.	<input type="checkbox"/>				

**104 Im Folgenden geht es darum, inwieweit die Corona-Pandemie Auswirkungen auf Ihre Nutzung und Einstellung gegenüber E-Learning hat.**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	stimmt nicht	stimmt kaum	teils, teils	stimmt eher	stimmt genau
01 Im Zuge der Corona-Pandemie habe ich mich erstmals mit E-Learning als Fortbildungsmethode auseinandergesetzt.	<input type="checkbox"/>				
02 Im Zuge der Corona-Pandemie gab/gibt es mehr E-Learning-Angebote in meinem Arbeitsbereich im Vergleich zu vorher.	<input type="checkbox"/>				
03 Im Zuge der Corona-Pandemie nutze ich verstärkt E-Learning im Vergleich zu vorher.	<input type="checkbox"/>				
<b>wenn Antwort bei Frage 03 = „teils, teils“, „stimmt eher“ oder „stimmt genau“</b>					
04 Ich finde es gut, dass ich im Zuge der Corona-Pandemie verstärkt E-Learning nutze.	<input type="checkbox"/>				
05 Im Zuge der Corona-Pandemie habe ich eine größere Offenheit gegenüber E-Learning entwickelt.	<input type="checkbox"/>				
06 Ich finde, dass E-Learning im Zuge der Corona-Pandemie an Bedeutung gewonnen hat.	<input type="checkbox"/>				
<b>wenn Antwort bei Frage 06 = „teils, teils“, „stimmt eher“ oder „stimmt genau“</b>					
07 Ich finde es gut, dass E-Learning im Zuge der Corona-Pandemie an Bedeutung gewonnen hat.	<input type="checkbox"/>				
<b>Abschließend geht es um Ihre allgemeine Einstellung gegenüber E-Learning.</b>					
08 Für meinen Berufs-/Ausbildungskontext finde/fände ich es sinnvoll, mich mittels E-Learning weiterzubilden.	<input type="checkbox"/>				
09 Ich denke, E-Learning wird Präsenzveranstaltungen zukünftig ersetzen.	<input type="checkbox"/>				
10 Ich denke, dass E-Learning eine geeignete Alternative zu Präsenzveranstaltungen ist.	<input type="checkbox"/>				
11 Wenn ich die Wahl hätte, würde ich E-Learning einer Präsenzveranstaltung vorziehen.	<input type="checkbox"/>				
12 Ich stehe E-Learning grundsätzlich skeptisch gegenüber.	<input type="checkbox"/>				
13 Ich würde es begrüßen, wenn das Angebot an E-Learning in meinem Fachbereich/Berufskontext weiter ausgebaut werden würde.	<input type="checkbox"/>				
14 Mein Arbeits- bzw. Ausbildungsumfeld unterstützt die Teilnahme an E-Learning (z.B. durch Freistellung) bzw. würde die Teilnahme an E-Learning unterstützen.	<input type="checkbox"/>				
15 Ich könnte mir vorstellen, mich in Zukunft (wieder) mittels E-Learning weiterzubilden.	<input type="checkbox"/>				
16 Wenn es ein passendes E-Learning-Angebot für meinen Bereich gäbe, bin ich mir sicher, dass ich daran teilnehmen würde.	<input type="checkbox"/>				

**Ab hier weiter für alle**

**Sie finden hier eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten 7 Tagen bis heute durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.**

**Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort, den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.**

**Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.  
Bitte beantworten Sie jede Frage!**

**105 Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter ...?**

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
01	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>				
02	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>				
03	Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>				
04	Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>				
05	Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>				
06	dem Gefühl gespannt oder aufgereggt zu sein	<input type="checkbox"/>				
07	Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>				
08	Schwermut	<input type="checkbox"/>				
09	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>				
10	Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>				
11	dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>				
12	Schreck- oder Panikanfällen	<input type="checkbox"/>				
13	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
14	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>				
15	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/>				
16	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
17	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>				
18	Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>				

Im Folgenden sind Probleme und Beschwerden aufgelistet, die bei Menschen als Folgen von traumatischen und belastenden Lebenserfahrungen auftreten. Bitte wählen Sie die Erfahrung aus, die am meisten belastet und beantworten Sie die Fragen auf diese Erfahrung hin. Dies könnte z.B. ein schwerer Unfall, ein Terroranschlag, eine Naturkatastrophe, körperliche oder emotionale Gewalt, sexuelle Gewalt oder unangenehme sexuelle Erfahrung (z.B. angefasst gegen Ihren Willen), Kriegserlebnisse, plötzlicher oder gewaltsamer Tod einer nahestehenden Person oder eine lebensbedrohliche Erkrankung oder Operation sein.

**106 Belastende Lebenserfahrung:**

- 107 Wann fand dieses Erlebnis statt?**  
*(bitte eine der Möglichkeiten ankreuzen)*
- |                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| vor weniger als 6 Monaten ..... | <input type="checkbox"/> |
| vor 6 bis 12 Monaten .....      | <input type="checkbox"/> |
| vor 1 bis 5 Jahren .....        | <input type="checkbox"/> |
| vor 5 bis 10 Jahren .....       | <input type="checkbox"/> |
| vor 10 bis 20 Jahren .....      | <input type="checkbox"/> |
| vor mehr als 20 Jahren.....     | <input type="checkbox"/> |

**108 Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und kreuzen dann die Zahl auf der rechten Seite an, die angibt, wie sehr Sie dieses Problem im letzten Monat belastet hat.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		gar nicht	ein bisschen	mittel-mäßig	ziemlich	sehr stark
01	Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten.	<input type="checkbox"/>				
02	Intensive Bilder oder Erinnerungen haben, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Erlebnis jetzt und hier gerade noch einmal stattfindet.	<input type="checkbox"/>				
03	Vermeiden, dass etwas von Ihnen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen).	<input type="checkbox"/>				
04	Vermeiden, dass etwas von außen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen).	<input type="checkbox"/>				
05	Extrem wachsam sein, aufmerksam oder „auf der Hut“ sein	<input type="checkbox"/>				
06	Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein.	<input type="checkbox"/>				

**109 Haben sich die oben genannten Probleme im letzten Monat...**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		gar nicht	ein bisschen	mittel-mäßig	ziemlich	sehr stark
07	...auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt?	<input type="checkbox"/>				
08	...auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	<input type="checkbox"/>				
09	...auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>				

Hier stehen Probleme oder Symptome, die bei Menschen auftreten können, die irgendwann einmal belastende oder traumatische Erlebnisse hatten. Die Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie sich typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit anderen Menschen verhalten. Bitte geben Sie an, wie sehr jede Aussage auf Sie zutrifft.

**110 Wie sehr trifft das auf Sie zu?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		gar nicht	ein bisschen	mittel-mäßig	ziemlich	sehr stark
01	Wenn ich aufgereggt bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige.	<input type="checkbox"/>				
02	Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub.	<input type="checkbox"/>				
03	Ich fühle mich als Versager.	<input type="checkbox"/>				
04	Ich fühle mich wertlos.	<input type="checkbox"/>				
05	Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>				
06	Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben.	<input type="checkbox"/>				

**111 Haben die oben genannten Probleme aus den Bereichen Gefühle, Einstellungen zu sich selbst und zu Beziehungen im letzten Monat...**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		gar nicht	ein bisschen	mittel-mäßig	ziemlich	sehr stark
07	Bedenken oder Sorgen bezüglich Ihrer Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihren sozialen Kontakten erzeugt?	<input type="checkbox"/>				
08	Sich auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	<input type="checkbox"/>				
09	Sich auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivität?	<input type="checkbox"/>				

<b>112 Ist das Einkommen, dass in Ihrem Haushalt zur Verfügung steht, seit Beginn der Corona-Krise um mehr als ein Viertel gesunken?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

<b>113 Wie haben Sie während der Corona-Pandemie vorwiegend gearbeitet?</b>	Normal an meinem Arbeitsplatz..... <input type="checkbox"/>
	Im Home-Office ..... <input type="checkbox"/>
	In Kurzarbeit ..... <input type="checkbox"/>
	Gar nicht ( z.B. weil selbständig oder entlassen) ..... <input type="checkbox"/>
	Ich war weder vor der Corona-Pandemie noch jetzt arbeitstätig..... <input type="checkbox"/>

114	<i>Hatten Sie seit Beginn Corona-Pandemie das Gefühl, ausgegrenzt worden zu sein, weil andere dachten, Sie könnten ansteckend sein?</i>	ja sehr stark..... <input type="checkbox"/>
		ja etwas..... <input type="checkbox"/>
		nein .. <input type="checkbox"/>
115	<i>Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand derzeit beschreiben?</i>	Derzeit viel besser als vorher..... <input type="checkbox"/>
		Derzeit etwas besser als vorher .. <input type="checkbox"/>
		Etwa so wie vorher..... <input type="checkbox"/>
		Derzeit etwas schlechter als vorher..... <input type="checkbox"/>
		Derzeit viel schlechter als vorher .. <input type="checkbox"/>
116	<i>Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, wie würden Sie Ihre feste Beziehung bzw. Partnerschaft derzeit beschreiben?</i>	Derzeit viel besser als vorher..... <input type="checkbox"/>
		Derzeit etwas besser als vorher .. <input type="checkbox"/>
		Etwa so wie vorher..... <input type="checkbox"/>
		Derzeit etwas schlechter als vorher..... <input type="checkbox"/>
		Derzeit viel schlechter als vorher .. <input type="checkbox"/>
		Ich bin aktuell in keiner Partnerschaft..... <input type="checkbox"/>
117	<i>Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, wie würden Sie die Beziehung zu Ihren Kindern (falls zutreffend) derzeit beschreiben?</i>	Derzeit viel besser als vorher..... <input type="checkbox"/>
		Derzeit etwas besser als vorher .. <input type="checkbox"/>
		Etwa so wie vorher..... <input type="checkbox"/>
		Derzeit etwas schlechter als vorher..... <input type="checkbox"/>
		Derzeit viel schlechter als vorher .. <input type="checkbox"/>
		Ich habe keine Kinder..... <input type="checkbox"/>
118	<i>Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, wie würden Sie Ihre derzeitige Lebensqualität beschreiben?</i>	Derzeit viel besser als vorher..... <input type="checkbox"/>
		Derzeit etwas besser als vorher .. <input type="checkbox"/>
		Etwa so wie vorher..... <input type="checkbox"/>
		Derzeit etwas schlechter als vorher..... <input type="checkbox"/>
		Derzeit viel schlechter als vorher .. <input type="checkbox"/>

**119 Falls derzeit minderjährige Kinder in Ihrem Haushalt leben: Welche körperliche Bestrafung haben Sie in der Erziehung der Kinder angewandt?**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	in diesem Jahr (2020)	im letzten Jahr (2019)	nie
01 Schlag mit der flachen Hand (z.B. auf das Gesäß/Ohrfeige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Schläge mit der Faust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Treten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Würgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Schläge mit Gegenständen (wie Gürtel, Bambusrohr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Andere körperliche Bestrafung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**120 Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, durch welche der folgenden Beschwerden werden Sie seit Beginn der Corona-Krise vermehrt beeinträchtigt?**

<i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft genau zu
A weniger Interesse oder Freude an meinen Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B vermehrt Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C vermehrt Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F vermehrtes Verlangen nach Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>121 Gibt es in Ihrer aktuellen Partnerschaft Gewalt?</b> <i>(Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.)</i>	Ja, sexuelle Gewalt (z.B. Nötigung, ungewollte sexuelle Handlungen zu vollziehen) .... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja, emotionale Gewalt (z.B. Androhen von Gewalt, Bestimmen über den Partner/die Partnerin, starke Abwertung).... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja, körperliche Gewalt (z.B. wütendes Wegschubsen, Ohrfeige, Schläge)..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein..... <input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 124

<b>122 Von wem ging die Gewalt aus?</b>	Von mir ..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von meinem Partner/meiner Partnerin..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von uns beiden ..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

123	<i>Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, wie würden Sie die Gewalt in ihrer Partnerschaft derzeitig beschreiben</i>	Derzeit weniger Gewalt als vorher .....	<input type="checkbox"/>
		Derzeit mehr Gewalt als vorher .....	<input type="checkbox"/>
		Etwa so viel Gewalt wie vorher .....	<input type="checkbox"/>

124 *Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

125 *Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen befassen sich mit einigen Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, so ehrlich wie möglich zu antworten.

Vor Ihrem 18. Geburtstag:	Ja	Nein
<b>126.</b> Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie <b>oft oder sehr oft...</b> ... beschimpft, beleidigt, erniedrigt oder gedemütigt? <b>oder</b> ... so gehandelt, dass Sie Angst hatten, Sie könnten körperlich verletzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>127.</b> Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie <b>oft oder sehr oft...</b> ... gestoßen, gepackt, geschlagen oder etwas nach Ihnen geworfen? <b>oder</b> ... Sie <b>jemals</b> so stark geschlagen, dass Sie Spuren davon aufwiesen oder verletzt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>128.</b> Hat ein Erwachsener oder eine Person, die mindestens 5 Jahre älter war Sie <b>jemals...</b> ... auf sexuelle Art und Weise angefasst oder gestreichelt oder Sie veranlasst deren Körper in sexueller Art und Weise zu berühren? <b>oder</b> ... oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr versucht mit Ihnen zu haben oder tatsächlich gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>129.</b> Haben Sie <b>oft oder sehr oft</b> empfunden, dass... ... niemand in Ihrer Familie Sie liebte oder dachte, Sie seien wichtig oder etwas Besonderes? <b>oder</b> ... Ihre Familienangehörigen nicht aufeinander aufpassten, sich einander nicht nahe fühlten oder sich gegenseitig nicht unterstützten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>130.</b> Haben Sie <b>oft oder sehr oft</b> empfunden, dass... ... Sie nicht genug zu essen hatten, Sie schmutzige Kleidung tragen mussten und niemanden hatten, der Sie beschützte? <b>oder</b> ... Ihre Eltern zu betrunken oder "high" waren, um sich um Sie zu kümmern oder Sie zum Arzt zu bringen, wenn Sie es benötigten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>131.</b> Verloren Sie <b>jemals</b> ein biologisches Elternteil durch Scheidung, dadurch, dass es Sie verlassen hat oder aus anderen Gründen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>132.</b> Wurde Ihre Mutter oder Stiefmutter... ... <b>oft oder sehr oft</b> gestoßen, gepackt, geschlagen oder wurde etwas nach ihr geworfen? <b>oder</b> ... <b>manchmal, oft oder sehr oft</b> getreten, gebissen, mit der Faust oder mit einem harten Gegenstand geschlagen? <b>oder</b> ... <b>jemals</b> über mindestens einige Minuten wiederholt geschlagen oder mit einer Pistole oder einem Messer bedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>133.</b> Haben Sie mit jemandem zusammengelebt, der Alkoholprobleme hatte, alkoholabhängig war oder Drogen konsumierte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>134.</b> War ein Mitglied Ihres Haushalts depressiv oder psychisch krank oder hat ein Mitglied Ihres Haushalts einen Selbstmordversuch unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>135.</b> War ein Mitglied Ihres Haushalts im Gefängnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Viele Kinder erleben schon in sehr jungem Alter, dass Erwachsene oder Gleichaltrige sexuelle Handlungen an ihnen vornehmen oder von ihnen verlangen. Solche Handlungen können sehr unterschiedlich sein.**

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von sexuellen Handlungen und Erfahrungen aufgeführt.

Geben Sie bitte an, wie oft Sie in Ihrer Kindheit und Jugend (bis 18 Jahre) eine solche Handlung mit einer Person erlebt haben.

<p><b>136. Wie oft ist es in Ihrer Kindheit/Jugend (bis 18 Jahre) vorgekommen, dass eine Person Sie aufgefordert hat, ihr Geschlechtsteil zu berühren oder sie anderweitig mit der Hand oder dem Mund sexuell zu erregen?</b>  <small>(Sexuelle Handlungen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit Einverständnis sind hier nicht gemeint.)</small></p>	<p>Nie ..... <input type="checkbox"/> → weiter mit Frage 139</p> <p>1 mal ..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 mal ..... <input type="checkbox"/></p> <p>mehrmals im Jahr ..... <input type="checkbox"/></p> <p>mehrmals im Monat ..... <input type="checkbox"/></p> <p>mehrmals in der Woche ..... <input type="checkbox"/></p>
---	---

**137. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01 Vater <input type="checkbox"/>	22 Mutter <input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater <input type="checkbox"/>	23 Stiefmutter/Partnerin meines Vaters / Pflegemutter <input type="checkbox"/>
03 Onkel <input type="checkbox"/>	24 Tante <input type="checkbox"/>
04 Bruder <input type="checkbox"/>	25 Schwester <input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder <input type="checkbox"/>	26 Stiefschwester <input type="checkbox"/>
06 Großvater <input type="checkbox"/>	27 Großmutter <input type="checkbox"/>
07 sonstige familiennahe männliche Person (Cousin) <input type="checkbox"/>	28 sonstige familiennahe weibliche Person (Cousine) <input type="checkbox"/>
08 Lehrer <input type="checkbox"/>	29 Lehrerin <input type="checkbox"/>
09 Nachbar <input type="checkbox"/>	30 Nachbarin <input type="checkbox"/>
10 Sporttrainer <input type="checkbox"/>	31 Sporttrainerin <input type="checkbox"/>
11 Musiklehrer <input type="checkbox"/>	32 Musiklehrerin <input type="checkbox"/>
12 Freund der Eltern <input type="checkbox"/>	33 Freundin der Eltern <input type="checkbox"/>
13 Katholischer Priester/Ordensmann <input type="checkbox"/>	34 Katholische Ordensfrau <input type="checkbox"/>
14 Evangelischer Pfarrer <input type="checkbox"/>	35 Evangelische Pfarrerin <input type="checkbox"/>
15 Arzt <input type="checkbox"/>	36 Ärztin <input type="checkbox"/>
16 Krankenpfleger <input type="checkbox"/>	37 Krankenpflegerin/Krankenschwester <input type="checkbox"/>
17 Psychotherapeut <input type="checkbox"/>	38 Psychotherapeutin <input type="checkbox"/>
18 Anderer Therapeut oder Erzieher <input type="checkbox"/>	39 Andere Therapeutin oder Erzieherin <input type="checkbox"/>
19 zuvor unbekannter Mann <input type="checkbox"/>	40 zuvor unbekannte Frau <input type="checkbox"/>

**Fortsetzung von Frage 137**

20	zuvor unbekannter anderer Jugendlicher (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>	41	zuvor unbekannte andere Jugendliche (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>
21	zuvor bekannter Jugendlicher (Mitschüler, Vereinskollege, ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>	42	zuvor bekannte Jugendliche (Mitschülerin, Vereinskollegin, ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>

**138. Wie alt waren Sie bzw. der Täter/die Täterin, als das zum ersten Mal und zum letzten Mal passierte?**

		beim ersten Mal	beim letzten Mal				
01	Ich war ca. ....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre alt			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre alt		
02	Der Täter/die Täterin war ca. ....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre alt			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre alt		

<b>139. Wie oft ist es in Ihrer Kindheit/Jugend (bis 18 Jahre) vorgekommen, dass eine Person Sie am Geschlechtsteil, am Busen oder am After angefasst hat, um sich oder Sie sexuell zu erregen?</b>  <i>(Sexuelle Handlungen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit Einverständnis sind hier nicht gemeint.)</i>	Nie .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 142</b>
	1 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	2 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	

**140. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01 Vater	<input type="checkbox"/>	22 Mutter	<input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	23 Stiefmutter/Partnerin meines Vaters / Pflegemutter	<input type="checkbox"/>
03 Onkel	<input type="checkbox"/>	24 Tante	<input type="checkbox"/>
04 Bruder	<input type="checkbox"/>	25 Schwester	<input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	26 Stiefschwester	<input type="checkbox"/>
06 Großvater	<input type="checkbox"/>	27 Großmutter	<input type="checkbox"/>
07 sonstige familiennahe männliche Person (Cousin)	<input type="checkbox"/>	28 sonstige familiennahe weibliche Person (Cousine)	<input type="checkbox"/>
08 Lehrer	<input type="checkbox"/>	29 Lehrerin	<input type="checkbox"/>
09 Nachbar	<input type="checkbox"/>	30 Nachbarin	<input type="checkbox"/>
10 Sporttrainer	<input type="checkbox"/>	31 Sporttrainerin	<input type="checkbox"/>
11 Musiklehrer	<input type="checkbox"/>	32 Musiklehrerin	<input type="checkbox"/>
12 Freund der Eltern	<input type="checkbox"/>	33 Freundin der Eltern	<input type="checkbox"/>
13 Katholischer Priester/Ordensmann	<input type="checkbox"/>	34 Katholische Ordensfrau	<input type="checkbox"/>
14 Evangelischer Pfarrer	<input type="checkbox"/>	35 Evangelische Pfarrerin	<input type="checkbox"/>
15 Arzt	<input type="checkbox"/>	36 Ärztin	<input type="checkbox"/>
16 Krankenpfleger	<input type="checkbox"/>	37 Krankenpflegerin/Krankenschwester	<input type="checkbox"/>
17 Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	38 Psychotherapeutin	<input type="checkbox"/>
18 Anderer Therapeut oder Erzieher	<input type="checkbox"/>	39 Andere Therapeutin oder Erzieherin	<input type="checkbox"/>
19 zuvor unbekannter Mann	<input type="checkbox"/>	40 zuvor unbekannte Frau	<input type="checkbox"/>
20 zuvor unbekannter anderer Jugendlicher (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>	41 zuvor unbekannte andere Jugendliche (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>
21 zuvor bekannter Jugendlicher (Mitschüler, Vereinskollege, ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>	42 zuvor bekannte Jugendliche (Mitschülerin, Vereinskollegin, ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>

**141. Wie alt waren Sie bzw. der Täter/die Täterin, als das zum ersten Mal und zum letzten Mal passierte?**

	beim ersten Mal	beim letzten Mal				
01 Ich war ca.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre alt			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre alt		
02 Der Täter/die Täterin war ca.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre alt			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre alt		

<p><b>142.</b> <i>Wie oft ist es in Ihrer Kindheit/Jugend (bis 18 Jahre) vorgekommen, dass eine Person mit ihrem Finger, ihrer Zunge oder einem Gegenstand bei Ihnen in die Scheide oder den After eingedrungen ist, um sich oder Sie sexuell zu erregen?</i></p> <p>(Sexuelle Handlungen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit Einverständnis sind hier nicht gemeint.)</p>	Nie .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 145
	1 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	2 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
	mehrmals im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
	mehrmals in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

**143. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01 Vater	<input type="checkbox"/>	22 Mutter	<input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	23 Stiefmutter/Partnerin meines Vaters / Pflegemutter	<input type="checkbox"/>
03 Onkel	<input type="checkbox"/>	24 Tante	<input type="checkbox"/>
04 Bruder	<input type="checkbox"/>	25 Schwester	<input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	26 Stiefschwester	<input type="checkbox"/>
06 Großvater	<input type="checkbox"/>	27 Großmutter	<input type="checkbox"/>
07 sonstige familiennahe männliche Person (Cousin)	<input type="checkbox"/>	28 sonstige familiennahe weibliche Person (Cousine)	<input type="checkbox"/>
08 Lehrer	<input type="checkbox"/>	29 Lehrerin	<input type="checkbox"/>
09 Nachbar	<input type="checkbox"/>	30 Nachbarin	<input type="checkbox"/>
10 Sporttrainer	<input type="checkbox"/>	31 Sporttrainerin	<input type="checkbox"/>
11 Musiklehrer	<input type="checkbox"/>	32 Musiklehrerin	<input type="checkbox"/>
12 Freund der Eltern	<input type="checkbox"/>	33 Freundin der Eltern	<input type="checkbox"/>
13 Katholischer Priester/Ordensmann	<input type="checkbox"/>	34 Katholische Ordensfrau	<input type="checkbox"/>
14 Evangelischer Pfarrer	<input type="checkbox"/>	35 Evangelische Pfarrerin	<input type="checkbox"/>
15 Arzt	<input type="checkbox"/>	36 Ärztin	<input type="checkbox"/>
16 Krankenpfleger	<input type="checkbox"/>	37 Krankenpflegerin/Krankenschwester	<input type="checkbox"/>
17 Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	38 Psychotherapeutin	<input type="checkbox"/>
18 Anderer Therapeut oder Erzieher	<input type="checkbox"/>	39 Andere Therapeutin oder Erzieherin	<input type="checkbox"/>
19 zuvor unbekannter Mann	<input type="checkbox"/>	40 zuvor unbekannte Frau	<input type="checkbox"/>
20 zuvor unbekannter anderer Jugendlicher (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>	41 zuvor unbekannte andere Jugendliche (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>
21 zuvor bekannter Jugendlicher (Mitschüler, Vereinskollege, ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>	42 zuvor bekannte Jugendliche (Mitschülerin, Vereinskollegin, ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>

144. Wie alt waren Sie bzw. der Täter/die Täterin, als das **zum ersten Mal** und **zum letzten Mal** passierte?

		beim ersten Mal	beim letzten Mal
01	Ich war ca.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre alt <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt
02	Der Täter/die Täterin war ca.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre alt <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt

<p><b>145.</b> <b>Wie oft</b> ist es in Ihrer Kindheit/Jugend (bis 18 Jahre) vorgekommen, dass eine männliche Person <b>mit ihrem Penis in Ihre Scheide oder Ihren After eingedrungen ist oder das versucht hat?</b></p> <p>(Sexuelle Handlungen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit Einverständnis sind hier nicht gemeint.)</p>	Nie .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 148
	1 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	2 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
	Mehrmals in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	

146. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte **alle zutreffenden Personen** an.

01	Vater	<input type="checkbox"/>	12	Freund der Eltern	<input type="checkbox"/>
02	Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	13	Katholischer Priester/Ordensmann	<input type="checkbox"/>
03	Onkel	<input type="checkbox"/>	14	Evangelischer Pfarrer	<input type="checkbox"/>
04	Bruder	<input type="checkbox"/>	15	Arzt	<input type="checkbox"/>
05	Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	16	Krankenpfleger	<input type="checkbox"/>
06	Großvater	<input type="checkbox"/>	17	Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
07	sonstige familiennahe männliche Person (Cousin)	<input type="checkbox"/>	18	Anderer Therapeut oder Erzieher	<input type="checkbox"/>
08	Lehrer	<input type="checkbox"/>	19	zuvor unbekannter Mann	<input type="checkbox"/>
09	Nachbar	<input type="checkbox"/>	20	zuvor unbekannter anderer Jugendlicher (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>
10	Sporttrainer	<input type="checkbox"/>	21	zuvor bekannter Jugendlicher (Mitschüler, Vereinskollege, ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>
11	Musiklehrer	<input type="checkbox"/>			

147. Wie alt waren Sie bzw. der Täter, als das **zum ersten Mal** und **zum letzten Mal** passierte?

		beim ersten Mal	beim letzten Mal
01	Ich war ca.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre alt <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt
02	Der Täter war ca.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre alt <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt

<p><b>148.</b> <i>Wie oft ist es in Ihrer Kindheit/Jugend (bis 18 Jahre) vorgekommen, dass eine männliche Person mit ihrem Penis in Ihren Mund eingedrungen ist oder das versucht hat?</i></p> <p>(Sexuelle Handlungen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit Einverständnis sind hier nicht gemeint.)</p>	Nie .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 151
	1 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	2 mal .....	<input type="checkbox"/>	
	mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/>	
	mehrmals im Monat .....	<input type="checkbox"/>	
	mehrmals in der Woche .....	<input type="checkbox"/>	

**149. Wer hat das gemacht? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Personen an.**

01 Vater	<input type="checkbox"/>	12 Freund der Eltern	<input type="checkbox"/>
02 Stiefvater/Partner meiner Mutter/ Pflegevater	<input type="checkbox"/>	13 Katholischer Priester/Ordensmann	<input type="checkbox"/>
03 Onkel	<input type="checkbox"/>	14 Evangelischer Pfarrer	<input type="checkbox"/>
04 Bruder	<input type="checkbox"/>	15 Arzt	<input type="checkbox"/>
05 Stiefbruder	<input type="checkbox"/>	16 Krankenpfleger	<input type="checkbox"/>
06 Großvater	<input type="checkbox"/>	17 Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
07 sonstige familiennahe männliche Person (Cousin)	<input type="checkbox"/>	18 Anderer Therapeut oder Erzieher	<input type="checkbox"/>
08 Lehrer	<input type="checkbox"/>	19 zuvor unbekannter Mann	<input type="checkbox"/>
09 Nachbar	<input type="checkbox"/>	20 zuvor unbekannter anderer Jugendlicher (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>
10 Sporttrainer	<input type="checkbox"/>	21 zuvor bekannter Jugendlicher (Mitschüler, Vereinskollege, ...) (gegen meinen Willen)	<input type="checkbox"/>
11 Musiklehrer	<input type="checkbox"/>		

**150. Wie alt waren Sie bzw. der Täter, als das zum ersten Mal und zum letzten Mal passierte?**

	beim ersten Mal	beim letzten Mal				
01 Ich war ca.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre alt			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre alt		
02 Der Täter war ca.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre alt			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Jahre alt		

<p><b>151. Ist es in Ihrer Kindheit/Jugend (bis 18 Jahre) vorgekommen, dass eine Person andere sexuelle Handlungen (als die bisher genannten) mit Ihnen oder vor Ihnen vorgenommen hat?</b></p> <p>(Sexuelle Handlungen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit Einverständnis sind hier nicht gemeint.)</p>	nein .....	<input type="checkbox"/>
	ja .....	<input type="checkbox"/>

<b>152.</b> <i>Wurde einer der beschriebenen Vorfälle zur Anzeige gebracht?</i>	nein .....	<input type="checkbox"/>
	ja .....	<input type="checkbox"/>

<b>153.</b> <i>Wenn ja, erfolgte eine Verurteilung des Täters?</i>	nein .....	<input type="checkbox"/>
	ja .....	<input type="checkbox"/>

**Zum Schluss ein paar letzte Fragen zu Ihrer Kindheit und Jugend.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		überhaupt nicht	selten	manchmal	oft	fast täglich
<b>154a</b>	<i>Hatten Sie in Ihrer Kindheit und Jugend Kontakt zu Haustieren im Haushalt/Elternhaus?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>154b</b>	<i>Hatten Sie in Ihrer Kindheit und Jugend Kontakt zu Hunden im Haushalt/Elternhaus?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>154c</b>	<i>Hatten Sie in Ihrer Kindheit und Jugend regelmäßig Kontakt zu Stall- oder Bauernhoftieren (Pferde, Kühe, ...)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>155</b>	<i>Hatte Ihr Elternhaus während Ihrer Kindheit und Jugend einen eigenen Garten mit Grünflächen?</i>	nein .....	<input type="checkbox"/>			
		Wohnblock mit gemeinsamen Garten .....	<input type="checkbox"/>			
		Kleiner Reihenhausgarten.....	<input type="checkbox"/>			
		Großer Garten mit freistehendem Haus.....	<input type="checkbox"/>			
<b>156</b>	<i>Wie sind Sie in Ihrer Kindheit und Jugend vorrangig aufgewachsen?</i>	In einer Großstadt mit über 100.000 Einwohnern .....	<input type="checkbox"/>			
		In einer Mittelstadt mit über 20.000 Einwohnern .....	<input type="checkbox"/>			
		Auf dem Land .....	<input type="checkbox"/>			
		Auf einem Bauernhof ohne Kontakt zu Nutztieren .....	<input type="checkbox"/>			
		Auf einem Bauernhof mit Nutztieren .....	<input type="checkbox"/>			
<b>157</b>	<i>Sind Sie in Ihrer Kindheit und Jugend mit Geschwistern aufgewachsen?</i>	nein .....	<input type="checkbox"/>			
		Mit mind. einem jüngeren Geschwisterteil ..	<input type="checkbox"/>			
		Mit mind. einem älteren Geschwisterteil ....	<input type="checkbox"/>			
		Mit mind. einem älteren und einem jüngeren Geschwisterteil .....	<input type="checkbox"/>			
<b>158</b>	<i>Wo sind Sie in Ihrer Kindheit und Jugend vorwiegend aufgewachsen?</i>	Heutige ostdeutsche Bundesländer .....	<input type="checkbox"/>			
		Heutige westdeutsche Bundesländer .....	<input type="checkbox"/>			

**REP 32**

**Koordination:** Prof. E. Brähler/ Prof. Dr. M. Zenger

**Untersuchungszeitraum:** Juli - Oktober 2021 - (2515 Probanden, 16-101 Jahre)

<b>Beteiligte Mitarbeiter:</b> Dipl.-Math. G. Schmutzner	<b>Kooperationspartner:</b> Prof. Dr. M. Beutel (Universitätsklinik Mainz) Prof. Dr. Fegert (Universitätsklinikum Ulm) Prof. Dr. S. Klem (Universitätsklinikum Jena) Prof. Dr. C. Spitzer (Universitätsklinik Rostock) Prof. Dr. J. Kruse (Uniklinikum Gießen)
---	---

**Eingesetzte Untersuchungsverfahren:**

- Soziodemographie (Alle) S1 - S15
- Migration (Brähler/ Beutel) Q1-Q3
- Eurohisquol (Brähler, Beutel) Q4-Q11
- Sexuelle Aktivität (Brähler/ Beutel) Q12-Q14
- PHQ-4 (Brähler, Beutel) Q15 (1-4)
- Partnerschaft (Klem) Q16-Q17
- Partnerliche Gewalt (Klem) Q18 (1-9)
- Jüngstes Kind (Klem) Q19- Q21
- Gewalt gegen jüngstes Kind (Klem) Q22
- Dissoziation (Kruse) Q23 (1-8)
- Einsamkeit (SOEP) (Kruse) Q24
- Arzt/ Psychotherapieinanspruchnahme (Kruse) Q25-Q29
- Körperliche Erkrankung (Kruse) Q30 (1-2) -Q31
- Suizidalität (Kruse) Q32-Q33
- SSS-8 (Kruse) Q34 (1-8)
- SSS-12 (Kruse) Q35 (1-12) / Q35.1
- OPD-SFK Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik –Körperliches Befinden (Kruse) Q36 (1-12)
- **Epistemisches Vertrauen** (Kruse) Q37 (1-15)
- DAS-4 (Spitzer) Q38 (1-4)
- **Innere Leere** (Spitzer) Q39 (1-5)
- Allgemeiner Gesundheitszustand und Lebensqualität (Fegert) Q40-Q43
- Körperliche/ Emotionale Gewalt (letzte 12 Monate) (Fegert) Q44/Q45
- Körperliche Erkrankungen Q46/ Psychische Erkrankungen (Fegert) Q47
- Einkommeneinbuße während Corona (Fegert) Q48
- Körperstrafen und Corona (Fegert) Q49-Q55
- Lebenszufriedenheit und Corona (Fegert) Q56-Q57
- Parent Stress Scale - PSS Fragebogen (Elternschaft) (Fegert) Q58
- Parent Stress Scale - PSS Fragebogen (Elternschaft während Corona) (Fegert) Q59-Q74
- Psychische Belastung durch Corona (Fegert) Q75
- Zurechtkommen von Kindern durch Home-Schooling (Fegert) Q76
- Arbeit in Zeiten von Corona (Fegert) Q77-Q80
- Gewalt in der Partnerschaft (Lebenszeit) Q81 / (Corona) (Fegert) Q82
- Zufriedenheit in Beziehung (Allgemein) Q83 / (Corona) (Fegert) Q84
- Psychiatrische oder Psychotherapeutische Behandlung (Lebenszeit) (Fegert) Q85
- Coronaerkrankung (Fegert) Q86
- Auswirkungen der Coronapandemie (Fegert) Q87-Q91
- Beurteilung von Bindungs- und Beziehungsstilen (Fegert) Q92
- Soziale Unterstützung (Fegert) Q93-Q95
- International Trauma Questionnaire (ITQ) (Fegert) Q96-Q101
- Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen/Gesundheitsprävention (Fegert) Q102-Q108

- Bewertung von Aussagen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen/Prävention (Fegert) Q109
- SSMI-SF (Self-Stigma of Mental Illness Scale - Short Form) (Fegert) Q110-Q111
- WHO-Five Well-Being Index Q112
- I-CAST-R (Fegert) Q113-Q142

Projekt:

**201201**

Sample -Nr.:

1	0	1
---	---	---

Point-Nr.:

--	--	--

AL-Nr.:

--	--	--

Interviewer-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--

Interview durchgeführt am:

--	--	--	--

Tag

Interviewbeginn:

--	--	--	--

Stunde Minute

Interviewende:

--	--	--	--

Stunde Minute

Die Befragungsperson hat die **Datenschutzerklärung erhalten**

und einer **freiwilligen Teilnahme** an der Befragung **zugestimmt**. ....

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

Fragebogen konnte nur übergeben werden (wurde von ZP alleine ausgefüllt) ....

**Zu Beginn geht es um einige statistische Merkmale zu Ihrer Person:**

S 1	Ihr Geschlecht::	männlich.....	<input type="checkbox"/>				
		weiblich.....	<input type="checkbox"/>				
		divers.....	<input type="checkbox"/>				
S 2	Wann sind Sie geboren?	Geburtsmonat (z.B. 09):	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
	Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt.	Geburtsjahr:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
S 3	Wohnen Sie zur Miete oder in Ihrem eigenen Wohneigentum?	zur Miete .....	<input type="checkbox"/>				
		im eigenen Wohneigentum .....	<input type="checkbox"/>				
S 4	Welchen Familienstand haben Sie?	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/ meiner Ehepartner/in zusammen	<input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage S 5</b>				
		Ich bin verheiratet und lebe von meinem/ meiner Ehepartner/in getrennt	<input type="checkbox"/>				
		Ich bin ledig .....	<input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage S 4a</b>				
		Ich bin geschieden .....	<input type="checkbox"/>				
		Ich bin verwitwet .....	<input type="checkbox"/>				
S 4a	Leben Sie in einer festen Partnerschaft?	ja .....	<input type="checkbox"/>				
		nein .....	<input type="checkbox"/>				
S 5	Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt – ich meine Personen, die hier schlafen und essen - Sie selbst mit eingeschlossen?	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Personen		
S 5a	Wie viele davon sind Kinder unter 16 Jahren? Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.	Kinder <u>unter 16 Jahren?</u>	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Anzahl				
S 6	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?	deutsch .....	<input type="checkbox"/>				
		andere, welche:_____	<input type="checkbox"/>				
S 7	Welcher Religion oder welcher Konfession gehören Sie an?	evangelisch .....	<input type="checkbox"/>				
		katholisch .....	<input type="checkbox"/>				
		muslimisch .....	<input type="checkbox"/>				
		andere (z. B. jüdisch, buddhistisch, hinduistisch)	<input type="checkbox"/>				
		keine Konfession .....	<input type="checkbox"/>				

S 8	<i>Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?</i>	ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage S 9</b>
		nein .....	<input type="checkbox"/>	
		weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	
		bin nicht wahlberechtigt .....	<input type="checkbox"/>	
		keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	
S 9 <i>Und welche Partei würden Sie dann wählen?</i>				
<i>INT.: Antwortstufen NICHT vorlesen! Nur eine Nennung!</i>				
CDU .....	<input type="checkbox"/>			
CSU .....	<input type="checkbox"/>			
SPD .....	<input type="checkbox"/>			
AfD .....	<input type="checkbox"/>			
FDP .....	<input type="checkbox"/>			
Die Linke .....	<input type="checkbox"/>			
Bündnis 90/Die Grünen .....	<input type="checkbox"/>			
Andere Partei .....	<input type="checkbox"/>			
Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>			
Wähle ungültig .....	<input type="checkbox"/>			
Keine Angabe.....	<input type="checkbox"/>			
S 10 <i>Welchen Schulabschluss haben Sie? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>				
<i>INT.: Liste S 10 vorlegen</i>				
Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss				
Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule)				
Ich habe Mittlere Reife/ Realschulabschluss				
Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse				
Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss)				
Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Hochschul-/ Universitäts- studium				
Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/ Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss)				
Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar?				
_____				
Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule				

S 11	<i>Was aus dieser Liste trifft auf Sie zu?</i>	Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/>
	<i>INT.: Liste S 11 vorlegen</i>	Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden	<input type="checkbox"/>
		Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden	<input type="checkbox"/>
		Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung	<input type="checkbox"/>
		Zur Zeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit	<input type="checkbox"/>
		Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorruhestand	<input type="checkbox"/>
		Nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/>
		In Berufsausbildung (einschließlich Fachschulen für gewerbliche Berufe)	<input type="checkbox"/>
		In Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule)	<input type="checkbox"/>
S 12	<i>Wie oft waren Sie arbeitslos, einschließlich jetziger Arbeitslosigkeit?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal	
S 13	<i>Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?</i>	Berufskreis-Nummer:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<i>INT.: Liste S 13 vorlegen</i>	noch nie berufstätig gewesen .....	<input type="checkbox"/>
S 14	<i>Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an. Wie hoch ist <b>Ihr eigenes</b> Einkommen? Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung?  Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.</i>	Einkommensgruppe Nr.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		kein persönliches Einkommen .....	<input type="checkbox"/>
	<i>INT.: Liste S 14 vorlegen</i>		
S 15	<i>Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom <b>gesamten</b> monatlichen Nettoeinkommen her einordnen? Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.</i>	Einkommensgruppe Nr.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<i>Tragen Sie bitte die entsprechende Nummer ein.</i>	
	<i>INT.: Liste S 15 vorlegen</i>		

**Wissenschaftler:innen unter der Leitung der Universität Leipzig möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung verschiedene wissenschaftliche/medizinische Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Lesen Sie dazu die Angaben im beigelegten Datenschutzblatt.**

**Da unterschiedliche Forschungseinrichtungen beteiligt sind, kann es sein, dass manche Fragen sich ähneln, wir bitten Sie dennoch den gesamten Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.**

#### **Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Bitte lesen Sie sich die jeweilige Frage einschließlich der Antwortmöglichkeiten vor der Beantwortung vollständig durch.
- Die Mehrzahl der Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten. Setzen Sie Ihr Kreuz einfach in die dafür vorgesehenen Kästchen.

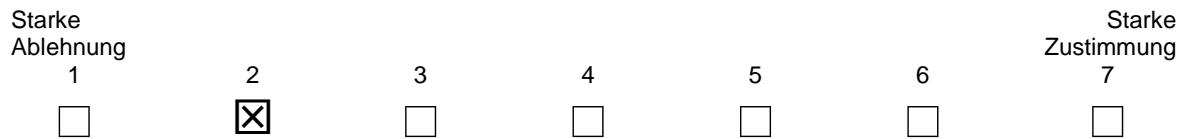
**Beispiel:**      Nein.....   
                      Ja.....

- Nach vielen Fragen finden Sie in Klammern weitere Bearbeitungshinweise.  
**Beispiel:** *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)*
- Falls Sie aus Versehen ein Kreuz an der falschen Stelle gesetzt haben, schwärzen Sie bitte das falsche Kästchen.

**Beispiel:**      Nein.....   
                      Ja.....

- Für die Beantwortung vieler Fragen finden sich im Fragebogen sogenannte Skalen. Mit diesen können Sie Ihre Antwort zwischen zwei inhaltlichen Positionen abstimmen, im Beispiel etwa zwischen „Starke Ablehnung“ oder „Starke Zustimmung“.

**Beispiel:**



- An einigen Stellen des Fragebogens bitten wir Sie, Ihre Antworten frei zu formulieren. Verwenden Sie in diesen Fällen die dafür vorgesehenen Linien.

**Beispiel:** *(Bitte notieren)*

---

- Sollte bei einer Frage einmal keine Antwortmöglichkeit für Sie zutreffen, lassen Sie diese leer.

1. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?	In Deutschland .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Mutter? ➔</b>	In einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Vater? ➔</b>	In Deutschland .....	<input type="checkbox"/>				
	In einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>				
2. Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?	Seit Ihrer Geburt ➔	<input type="checkbox"/>				
	Jahreszahl: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					<input type="checkbox"/>
3. Wo sind Sie überwiegend aufgewachsen bis zum 14. Lebensjahr?	Westdeutschland und Westberlin .....	<input type="checkbox"/>				
	Ostdeutschland und Ostberlin .....	<input type="checkbox"/>				
	In einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>				

	sehr schlecht	schlecht	weder gut noch schlecht	gut	sehr gut
4. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr unzufrie- den	unzufrie- den	weder noch	zu- frieden	sehr zufrie- den
5. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitszustand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gar nicht	kaum	mehr oder weniger	durch- aus	völlig
6. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr unzufrie- den	unzufrie- den	weder noch	zu- frieden	sehr zufrie- den
7. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Leistung bei Alltagsverrichtungen?	<input type="checkbox"/>				

	sehr unzufrie- den	unzufrie- den	weder noch	zu- frieden	sehr zufrie- den
8. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="checkbox"/>				

	sehr unzufrie- den	unzufrie- den	weder noch	zu- frieden	sehr zufrie- den
9. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="checkbox"/>				

	gar nicht	kaum	mehr oder weniger	durchaus	völlig
<b>10. Haben Sie genügend Geld zum Leben?</b>	<input type="checkbox"/>				
	sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
<b>11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnverhältnissen?</b>	<input type="checkbox"/>				

Im nächsten Abschnitt geht es um das Thema der Sexualität. Dies schließt sexuelle Empfindungen sowie Handlungen innerhalb und außerhalb fester Partnerschaften ein.

Die Menschen sind ja in ihren sexuellen Gewohnheiten sehr verschieden. Manche sind aktiver, manche weniger aktiv, und jeder hat in seinem Leben auch Zeiten, in denen in sexueller Hinsicht gar nichts passiert.

	ja	nein	keine Angabe		
<b>12. Wie ist das bei Ihnen: Sind Sie in den letzten 12 Monaten mit jemandem intim gewesen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	nie
<b>13. Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen sexuelles Verlangen gespürt?</b>	<input type="checkbox"/>				
	sehr hoch	hoch	mittelmäßig	niedrig	sehr niedrig/nicht vorhanden
<b>14. Wie würden Sie den Grad Ihres sexuellen Verlangens während der letzten 4 Wochen einschätzen?</b>	<input type="checkbox"/>				

**15. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beantworten Sie die Fragen 16 bis 18 nur, wenn Sie sich aktuell in einer Partnerschaft befinden.**

16. Seit wie vielen Jahren besteht Ihre Beziehung? Wenn Sie es nicht mehr genau wissen, so schätzen Sie es bitte. 

--	--

 Jahren

17. Wie alt ist Ihre Partnerin bzw. Ihr Partner? 

--	--

 Jahre

18. Bitte geben Sie an, wie häufig Folgendes in den vergangenen 12 Monaten im Rahmen Ihrer Partnerschaft vorgefallen ist.

Wie oft in den letzten 12 Monaten

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	1 Mal	2 Mal	3 bis 5 Mal	6 bis 10 Mal	11 bis 20 Mal	mehr als 20 Mal	nie	schon passiert, aber länger her
	<input type="checkbox"/>							
01 ...hat Ihr Partner Sie geschubst oder gestoßen?	<input type="checkbox"/>							
02 ...hat Ihr Partner Sie hart angefasst?	<input type="checkbox"/>							
03 ...hat Ihr Partner Sie gekratzt?	<input type="checkbox"/>							
04 ...hat Ihr Partner Sie mit der flachen Hand geschlagen?	<input type="checkbox"/>							
05 ...hat Ihr Partner einen Gegenstand, der jemanden verletzen könnte, nach Ihnen geworfen?	<input type="checkbox"/>							
06 ...hat Ihr Partner Sie gebissen?	<input type="checkbox"/>							
07 ...hat Ihr Partner Sie mit der Faust geschlagen?	<input type="checkbox"/>							
08 ...hat ihr Partner Sie gegen Ihren Willen gewaltsam zu sexuellen Handlungen gedrängt?	<input type="checkbox"/>							
09 ...haben Sie eine sexuelle Handlung ausgeführt, weil Sie Angst davor hatten, was Ihr Partner sonst hätte tun können?	<input type="checkbox"/>							

	ja	nein	
19. Haben Sie mind. ein minderjähriges Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein: weiter zu Frage 24

20. Wie alt ist ihr JÜNGSTES Kind? 

--	--

 Jahre

	männlich .....	<input type="checkbox"/>
21. Welches Geschlecht hat Ihr JÜNGSTES Kind?	weiblich .....	<input type="checkbox"/>
	divers .....	<input type="checkbox"/>

**Im Folgenden finden Sie eine Liste von Verhaltensweisen, die Eltern anwenden, um mit dem Fehlverhalten ihrer Kinder umzugehen. Z.B. wenn Kinder nicht gehorchen, aggressiv sind, Anweisungen nicht befolgen, Regeln brechen oder ihre Eltern ärgern.**

**22. Wie haben Sie in den vergangenen 12 Monaten auf Fehlverhalten Ihres JÜNGSTEN Kindes reagiert?**

Während der <b>letzten 12 Monate</b> , habe ich dies getan... <i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile mindestens ein Kreuz.)</i>	um eine Lektion zu erteilen	um zu bestrafen	weil ich frustriert war/ die Fassung verloren habe	ich habe dies niemals getan
01 Ich habe das Kind mit der bloßen Hand auf den Hintern gehauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich habe das Kind auf die Hand geschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich habe das Kind hart angefasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich habe das Kind mit einem harten Gegenstand, z.B. einem Stock oder einer Bürste geschlagen oder verhauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich habe mein Kind mit Worten sehr hart gemaßregelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Um etwas klar zu machen, habe ich schon einmal etwas, was meinem Kind wichtig ist, Schaden zugefügt (z.B. ein Lieblingsgegenstand oder ein Haustier des Kindes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Ich habe angedroht mein Kind ernsthaft zu verletzen, zu verlassen oder ähnliche Drohungen ausgesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Ich habe mein Kind mit Ausdrücken bezeichnet, die sehr verletzend sind (z.B. wertlos, dumm, Schlampe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Ich habe mein Kind in Gegenwart von anderen gehänselt, erniedrigt, angespuckt oder Ähnliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Bitte beurteilen Sie, wie sehr die folgenden Fragen auf Sie zutreffen.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	nicht vorhanden	leicht	mittelgradig	schwergradig
01 Haben Sie sich jemals so gefühlt, als ob Sie neben sich stehen oder sich selbst beobachten, so als ob Sie eine andere Person anschauen oder als ob Sie einen Film über sich sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Haben Sie sich jemals so gefühlt, als ob Ihr ganzer Körper oder Teile Ihres Körpers irgendwie losgelöst von Ihnen wären oder nicht zu Ihnen gehören würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Haben Sie sich jemals unwirklich gefühlt oder kamen sie sich selbst jemals fremd(artig) vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		nicht vorhanden	leicht	mittelgradig	schwergradig
04	Haben Sie jemals in den Spiegel geschaut und sich dabei von Ihrem eigenem Bild wie abgetrennt erlebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Haben Sie sich jemals gefühlt, als ob Sie in einem Traum wären oder den Eindruck gehabt, ganz losgelöst von Ihren Bewegungen zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, als ob Ihre Worte, Stimme, Bewegungen oder Ihr Verhalten irgendwie nicht von Ihnen ausgehen oder wie von Ihnen abgelöst geschehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Haben Sie jemals den Eindruck gehabt, als ob die Umwelt oder andere Personen Ihnen irgendwie unwirklich oder seltsam fremd vorkamen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Verlieren Sie Zeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Fragen 24 bis 37 für alle

24.	Wie oft haben Sie das Gefühl... (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie
01	...dass Ihnen die Gesellschaft anderer fehlt?	<input type="checkbox"/>				
02	...außen vor zu sein?	<input type="checkbox"/>				
03	...dass Sie sozial isoliert sind?	<input type="checkbox"/>				
25.	Wie häufig waren Sie in den letzten drei Monaten beim Arzt/Facharzt?			mal		

26.	Waren Sie wegen seelischer Probleme schon einmal in Behandlung?	ja	nein	keine Angabe
27.	Wenn ja, haben Sie auch eine Psychotherapie gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28.	War das...	...eine ambulante Psychotherapie?	<input type="checkbox"/>
		...ein psychosomatischer Krankenhausaufenthalt?	<input type="checkbox"/>
		...ein psychiatrischer Krankenaufenthalt?	<input type="checkbox"/>
		...eine tagesklinische Behandlung?	<input type="checkbox"/>

29.	In welchem Ausmaß half/hilft Ihnen die Behandlung bezüglich der Probleme, die Sie in die Behandlung führten?	Es wurde viel besser.....	<input type="checkbox"/>
		Es wurde etwas besser.....	<input type="checkbox"/>
		Es blieb nahezu unverändert.....	<input type="checkbox"/>
		Es wurde etwas schlimmer.....	<input type="checkbox"/>
		Es wurde viel schlimmer.....	<input type="checkbox"/>
		Keine Angabe	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	keine Angabe
01 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Wenn Diabetes ja, wird dieser mit Insulin behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie an, wie die folgende Aussage auf Sie zutrifft.

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
32. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen beeinträchtigt durch Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

34. Wie stark fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 7 Tage durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
01 Bauchschmerzen und Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
02 Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
03 Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken	<input type="checkbox"/>				
04 Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
05 Schmerzen im Brustbereich oder Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>				
06 Schwindel	<input type="checkbox"/>				
07 Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>				
08 Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>				

35. Im Folgenden geht es um Gedanken und Gefühle in Bezug auf körperliche Beschwerden und darum, wie Sie mit körperlichen Beschwerden umgehen.

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
01 Ich denke, dass meine körperlichen Beschwerden Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung sind.	<input type="checkbox"/>				
02 Ich mache mir große Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
03 Meine gesundheitlichen Sorgen behindern mich im Alltag.	<input type="checkbox"/>				

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
04	Ich bin von der Ernsthaftigkeit meiner körperlichen Beschwerden überzeugt.	<input type="checkbox"/>				
05	Meine körperlichen Beschwerden machen mir Angst.	<input type="checkbox"/>				
06	Meine körperlichen Beschwerden beschäftigen mich den größten Teil des Tages.	<input type="checkbox"/>				
07	Andere sagen mir, dass meine körperlichen Beschwerden nicht schlimm sind.	<input type="checkbox"/>				
08	Ich mache mir Sorgen, dass meine körperlichen Beschwerden niemals aufhören werden.	<input type="checkbox"/>				
09	Die Sorgen um meine Gesundheit rauben mir Energie.	<input type="checkbox"/>				
10	Ich denke, dass die Ärzte meine körperlichen Beschwerden nicht ernst nehmen.	<input type="checkbox"/>				
11	Ich mache mir Sorgen, auch in Zukunft durch meine körperlichen Beschwerden beeinträchtigt zu bleiben.	<input type="checkbox"/>				
12	Durch meine körperlichen Beschwerden kann ich mich schlecht auf andere Dinge konzentrieren.	<input type="checkbox"/>				
		trifft zu		trifft nicht zu		
<b>35.1</b>	Meine körperlichen Beschwerden begleiteten mich an den meisten Tagen der letzten sechs Monate.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

- 36.** Auf der folgenden Seite finden Sie eine Reihe von Aussagen, mit denen verschiedene Eigenschaften von Personen beschrieben werden. Bitte geben Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die im Allgemeinen auf Sie am besten zutrifft. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch im Erleben anders ist.

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
01	Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person.	<input type="checkbox"/>				
02	Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung.	<input type="checkbox"/>				
03	Wenn man andere zu nahe an sich heran lässt, kann das gefährlich werden.	<input type="checkbox"/>				
04	Ich kann anderen oft schwer verständlich machen.	<input type="checkbox"/>				
05	In mir herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass ich es gar nicht beschreiben könnte.	<input type="checkbox"/>				
06	Ich schätze manchmal falsch ein, wie mein Verhalten auf andere wirkt.	<input type="checkbox"/>				
07	Wenn andere viel über mich wissen, fühle ich mich oft irgendwie kontrolliert oder beobachtet.	<input type="checkbox"/>				
08	Meine Gefühle sind manchmal so intensiv, dass ich Angst bekomme.	<input type="checkbox"/>				
09	Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte.	<input type="checkbox"/>				
10	Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen.	<input type="checkbox"/>				
11	Ich habe kein gutes Selbstbewusstsein.	<input type="checkbox"/>				
12	Meine Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben.	<input type="checkbox"/>				

**37. Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen und geben Sie an, inwieweit Sie zustimmen oder ablehnen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die Ihrer Meinung und Erfahrung am ehesten entspricht.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	starke Ablehnung	Ablehnung	ein Ablehnung	wenig Ablehnung	noch Zustimmung	wenig Zustimmung	Zustimmung	weder noch Zustimmung	starke Zustimmung
01 Ich frage üblicherweise andere um Rat, wenn ich persönliche Probleme habe.	<input type="checkbox"/>								
02 Ich finde es leichter, Informationen zu vertrauen und aufzunehmen, wenn sie von jemandem stammen, der mich gut kennt.	<input type="checkbox"/>								
03 Ich bevorzuge, Dinge im Internet selbst herauszufinden, statt andere um Informationen zu bitten.	<input type="checkbox"/>								
04 Ich befolge normalerweise keinen Ratschlag, den ich von anderen bekomme, selbst wenn ich denke, dass der Rat wahrscheinlich gut ist.	<input type="checkbox"/>								
05 In der Vergangenheit habe ich falsch eingeschätzt, wem ich glauben kann, und bin deswegen ausgenutzt worden.	<input type="checkbox"/>								
06 Ich habe oft das Gefühl, dass andere nicht verstehen, was ich will und brauche.	<input type="checkbox"/>								
07 Ich werde oft für naiv gehalten, weil ich fast alles glaube, was andere mir erzählen.	<input type="checkbox"/>								
08 Wenn ich mit verschiedenen Menschen spreche, kann ich mich leicht von dem überzeugen lassen, was sie sagen, auch wenn dies etwas anders ist, als das was ich vorher geglaubt habe.	<input type="checkbox"/>								
09 Ein Gespräch mit Menschen, die mich schon lange kennen, kann mir helfen, neue Perspektiven über mich selbst zu entwickeln.	<input type="checkbox"/>								
10 Ich finde es sehr nützlich, aus dem zu lernen, was andere mir über ihre Erfahrungen erzählen.	<input type="checkbox"/>								
11 Wenn du dem, was andere dir erzählen, zu viel Glauben schenkst, bist du leichter verletzbar.	<input type="checkbox"/>								
12 Wenn mir jemand etwas erzählt, frage ich mich sofort, warum er mir das jetzt erzählt.	<input type="checkbox"/>								
13 Ich habe zu oft Ratschläge von den falschen Menschen angenommen.	<input type="checkbox"/>								
14 Verschiedene Leute haben mir gesagt, dass ich zu leicht von anderen beeinflussbar bin.	<input type="checkbox"/>								
15 Wenn ich nicht weiß, was ich tun soll, ist mein erster Impuls, jemanden zu fragen, dessen Meinung ich schätze.	<input type="checkbox"/>								

In jeder Partnerschaft gibt es Bereiche, in denen Übereinstimmung zwischen den Partnern besteht und Bereiche, in denen keine Übereinstimmung besteht.

**Bitte beantworten Sie die Frage 38 nur, wenn Sie sich aktuell in einer Partnerschaft befinden.**

- 38.** Kreuzen Sie bitte an, wie sehr Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin übereinstimmen bzw. welche Aussage für Sie am besten zutrifft.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	niemals	selten	manchmal	häufiger	fast immer	immer
01 Wie oft überlegen oder sprechen Sie von Trennung?	<input type="checkbox"/>					
02 Wie oft denken Sie, dass die Dinge zwischen Ihnen und Ihrem Partner im Allgemeinen gut laufen?	<input type="checkbox"/>					
03 Können Sie sich auf Ihren Partner verlassen, vertrauen Sie ihm?	<input type="checkbox"/>					

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	extrem unglücklich	ziemlich unglücklich	ein wenig unglücklich	glücklich	sehr glücklich	äußerst glücklich	perfekt
04 Kreuzen Sie bitte in der Zeile an, wie glücklich bzw. unglücklich Sie im Augenblick in Ihrer Partnerbeziehung sind.	<input type="checkbox"/>						

#### Fragen 39 bis 48 für alle

- 39.** Im Folgenden finden Sie eine Liste von Aussagen, die verschiedene Gefühle oder Verhaltensweisen beschreiben. Geben Sie für jede Aussage an, wie sehr diese für Ihre Gefühle und Verhaltensweisen in den letzten zwei Wochen zutrifft. Ihre Antwort sollte sich darauf beziehen, ob Sie das Gefühl oder das Verhalten erlebt haben oder nicht. Es geht nicht darum, wie häufig Sie es erlebt haben. Bitte geben Sie die Antwort an, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt voll und ganz
01 Ich fühle mich innerlich leer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich fühle mich in meinem eigenen Leben abwesend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich fühle mich unerfüllt, egal was ich mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich fühle mich, als ob ich zum Leben gezwungen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich fühle mich ganz allein auf der Welt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 40.** Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“. Bitte tragen Sie einen entsprechenden Wert ein:



schlechtester  
Gesundheitszustand

bester  
Gesundheitszustand

Bitte tragen Sie einen entsprechenden Wert ein:

--	--	--

	derzeit viel	derzeit etwas	derzeit etwa so	derzeit etwas	derzeit viel
	besser als vorher	besser als vorher	wie vorher	schlechter als vorher	schlechter als vorher

- Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand derzeit beschreiben?*
- 41.** *Nun geht es um Ihre allgemeine Lebenszufriedenheit. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?*

überhaupt nicht zufrieden	völlig zufrieden
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10	
<input type="checkbox"/>	

- Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, wie würden Sie Ihre derzeitige Lebensqualität beschreiben?*
- 42.** *Haben Sie selbst in den letzten 12 Monaten jemanden körperlich angegriffen (zum Beispiel geschlagen, geohrfeigt, an den Haaren gezogen, getreten, mit einer Waffe oder einem Gegenstand bedroht)?*
- 43.** *Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Person abgewertet, z. B. bezüglich Ihres Aussehens, Ihrer Art sich zu kleiden, Ihrer Denk-, Handlungs- oder Arbeitsweise oder einer Behinderung? Oder haben Sie eine Person beleidigt, beschimpft?*
- 44.** *Haben Sie ja ..... ja ..... nein .....*
- 45.** *Haben Sie ja ..... ja ..... nein .....*

- 46.** *Waren Sie oder sind Sie an einem der folgenden Leiden erkrankt?*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	ja	nein
01 Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**47. Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Ja	Nein
01	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Angststörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Burn-Out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Borderline-Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Andere Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Essstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Schizophrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Drogenabhängigkeit (z.B. Cannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja, um mehr als 50%	ja, um 25-50%	ja, um weniger als 25%	nein
<b>48. Ist das Einkommen In Ihrem Haushalt seit Beginn der Corona-Krise gesunken?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beantworten Sie die Fragen 49 bis 76 nur, wenn Sie Kinder haben, auch, wenn diese bereits erwachsen sind.**

**49. Wie alt sind Ihre Kinder?**

1. Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

2. Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

3. Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

4. Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

5. Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**50. Leben Sie mit dem Vater/der Mutter Ihres jüngsten Kindes in einer Beziehung?**

ja .....

**ja: nächste Frage überspringen**

nein .....

**51. Falls Sie nicht mit dem Vater/der Mutter Ihres jüngsten Kindes in einer Beziehung leben: Wie wächst/wuchs das Kind auf?**

Es lebt/lebte hauptsächlich beim Vater/der Mutter und hatte regelmäßig Kontakt mit mir

Es lebt/lebte hauptsächlich beim Vater/der Mutter und hatte keinen regelmäßigen Kontakt mit mir

Es lebt/lebte abwechselnd bei mir und dem Vater/der Mutter

Es lebt/lebte hauptsächlich bei mir und hatte regelmäßig Kontakt mit dem Vater/der Mutter

Es lebt/lebte hauptsächlich bei mir und hatte keinen Kontakt mit dem Vater/der Mutter

Als das Kind aufwuchs, lebte ich noch mit dem Vater/der Mutter des Kindes zusammen

Anderes (bitte definieren):.....

**52. Welche körperliche Bestrafung haben Sie in der Erziehung von Kindern jemals angewandt?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		ja	nein
01	Schlag mit der flachen Hand (z.B. auf das Gesäß/ Ohrfeige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Schlag mit der Faust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Kneifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Treten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Schläge mit Gegenständen (wie Gürtel, Bambusrohr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Andere körperliche Bestrafung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Ich habe noch nie eine körperliche Bestrafung in der Erziehung meiner Kinder angewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja, zugenom- men	nein, gleich- geblieben	nein, abgenom- men	nicht mehr zutreffend (z.B. Kind ist volljährig)
<b>53. Falls Sie eine Bestrafungsform in der letzten Frage angekreuzt haben und Ihr Kind noch minderjährig ist: Hat dieses Verhalten von Ihnen während der Corona-Pandemie zugenommen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**54. Welche Bestrafung haben Sie in der Erziehung von Kindern jemals angewandt?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		ja	nein
01	Anschreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Kind als dumm, nutzlos oder ähnliches bezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Kind ignorieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ins Zimmer einsperren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Kind alleine zu Hause lassen ohne zu sagen, wohin ich gehe und wann ich wiederkomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Eine Mahlzeit für das Kind ausfallen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Körperliche Gewalt (z.B. Ohrfeige) angedroht, aber dann nicht ausgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich habe keiner der oben genannten Bestrafungen in der Erziehung meiner Kinder angewandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja, zugenommen men	nein, gleichgeblieben	nein, abgenommen	nicht mehr zutreffend (z.B. Kind ist volljährig)
<b>55.</b> Falls Sie eine Bestrafungsform in der letzten Frage angekreuzt haben und Ihr Kind noch minderjährig ist: Hat dieses Verhalten von Ihnen während der Corona-Pandemie zugenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beantworten Sie die nun folgenden Fragen auch, wenn Ihr Kind/ Ihre Kinder schon erwachsen sind.**

**56. Auf einer Skala von 0 bis 10 – Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrer Beziehung zu Ihrem Kind/Ihren Kindern?**

überhaupt nicht zufrieden	völlig zufrieden									
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"/>

	derzeit viel besser als vorher	derzeit etwas besser als vorher	etwa so wie vorher	derzeit etwas schlechter als vorher	derzeit viel schlechter als vorher
<b>57.</b> Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, wie würden Sie die Beziehung zu Ihren Kindern (falls zutreffend) derzeit beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 58.** Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, die sich auf Ihre Elternschaft beziehen. Dabei geht es darum, wie sie sich als Elternteil im Umgang mit Ihrem Kind/Ihren Kindern erleben. Bitte markieren Sie zu jedem Punkt eine der Antworten: „stimmt überhaupt nicht“, „stimmt eher nicht“, „unentschieden“, „stimmt eher“ „stimmt genau“.

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	unent- schieden	stimmt eher	stimmt genau
01	Meine Elternschaft macht mich glücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Es gibt so gut wie nichts, was ich nicht für mein Kind/meine Kinder tun würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Um für mein Kind/meine Kinder zu sorgen, brauche ich manchmal mehr Zeit und Energie als ich habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich mache mir manchmal Sorgen, ob ich genug für mein Kind/meine Kinder tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich fühle mich meinem Kind/meinen Kindern nahe und emotional verbunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich genieße es, Zeit mit meinem Kind/meinen Kindern zu verbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Mein Kind/meine Kinder sind eine wichtige Quelle für mein emotionales Wohlbefinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Kinder zu haben lässt mich optimistischer in die Zukunft sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Mein Kind/meine Kinder verursachen viel Stress in meinem Alltagsleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Kinder zu haben schränkt mich in meiner Flexibilität und meinem Freizeitverhalten ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Kinder zu haben ist eine finanzielle Belastung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Es ist schwer den verschiedenen Verantwortlichkeiten für meine Kinder gerecht zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Das Verhalten meines Kindes/meiner Kinder ist häufig sehr belastend für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Wenn ich es heute nochmals entscheiden könnte, würde ich keine Kinder bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich fühle mich meiner Verantwortung als Elternteil nicht gewachsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Kinder zu haben bedeutet, wenig Möglichkeiten und Kontrolle über mein eigenes Leben zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich bin in meiner Elternrolle zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich genieße mein Kind/meine Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die folgenden Fragen ähneln den eben genannten, beziehen sich nun aber nicht auf Ihre Elternschaft im Allgemeinen, sondern nur auf die Zeit während der Corona-Pandemie. Bitte beziehen Sie sich bei den Antworten nur auf Ihre Elternschaft während der Pandemie und vergleichen Sie die Zeit mit der Zeit Ihrer Elternschaft vor Beginn der Pandemie.**

	glücklicher als vor der Pandemie	gleich glücklich/ unglücklich wie vor der Pandemie	weniger glücklich als vor der Pandemie
<b>59. Seit Beginn der Corona-Pandemie macht mich meine Elternschaft</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	genauso viel tun wie vor der Pandemie	genauso viel tun/ wenig tun wie vor der Pandemie	weniger tun als vor der Pandemie
<b>60. Seit Beginn der Corona-Pandemie würde ich für mein Kind</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	häufiger als vor der Pandemie	genauso häufig wie vor der Pandemie	seltener als vor der Pandemie
<b>61. Seit Beginn der Corona-Pandemie habe ich das Gefühl, mehr Zeit und Energie als ich habe zu brauchen, um für mein Kind/meine Kinder zu sorgen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zugenommen im Vergleich zu vor der Pandemie	sich nicht verändert im Vergleich zu vor der Pandemie	abgenommen im Vergleich zu vor der Pandemie
<b>62. Seit Beginn der Corona-Pandemie hat meine Sorge, genug für mein Kind/meine Kinder zu tun</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zugenommen im Vergleich zu vor der Pandemie	sich nicht verändert im Vergleich zu vor der Pandemie	abgenommen im Vergleich zu vor der Pandemie
<b>63. Seit Beginn der Corona-Pandemie hat das Gefühl der Verbundenheit zu meinem Kind/meinen Kindern</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zugenommen im Vergleich zu vor der Pandemie	sich nicht verändert im Vergleich zu vor der Pandemie	abgenommen im Vergleich zu vor der Pandemie
<b>64. Seit Beginn der Corona-Pandemie hat die Bedeutung meines Kindes/meiner Kinder für mein emotionales Wohlbefinden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	so optimistischer in die Zukunft blicken als vor der Pandemie	optimistisch/nicht optimistisch in die Zukunft blicken wie vor der Pandemie	weniger optimistisch in die Zukunft blicken als vor der Pandemie
<b>65. Seit Beginn der Corona-Pandemie lassen mich mein Kind/meine Kinder</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mehr Stress in meinem Alltagsleben als vor der Pandemie	genauso viel Stress in meinem Alltagsleben wie vor der Pandemie	weniger Stress in meinem Alltagsleben als vor der Pandemie
<b>66. Seit Beginn der Corona-Pandemie verursachen mein Kind/meine Kinder</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	mehr ein als vor der Pandemie	genauso viel/ wenig ein wie vor der Pandemie	weniger ein als vor der Pandemie
<b>67.</b> Seit Beginn der Corona-Pandemie schränkt mich Kinder zu haben in meiner Flexibilität und meinem Freizeitverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	es eine größere finanzielle Belastung, Kinder zu haben als vor der Pandemie	eine genauso große/kleine Belastung Kinder zu haben wie vor der Pandemie	es eine kleinere finanzielle Belastung, Kinder zu haben als vor der Pandemie
<b>68.</b> Seit Beginn der Corona-Pandemie ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zugenommen im Vergleich zu vor der Pandemie	sich nicht verändert im Vergleich zu vor der Pandemie	abgenommen im Vergleich zu vor der Pandemie
<b>69.</b> Seit Beginn der Corona-Pandemie hat die Schwierigkeit, den verschiedenen Verantwortlichkeiten für meine Kinder gerecht zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	häufiger oder stärker nicht gewachsen als vor der Pandemie	genauso gewachsen/nicht gewachsen wie vor der Pandemie	seltener oder weniger stark nicht gewachsen als vor der Pandemie
<b>70.</b> Seit Beginn der Corona-Pandemie fühle mich meiner Verantwortung als Elternteil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stärker zu als vor der Pandemie	genauso stark/wenig stark zu wie vor der Pandemie	weniger stark zu als vor der Pandemie
<b>71.</b> Seit Beginn der Corona-Pandemie stimme ich der Aussage „Wenn ich es heute nochmals entscheiden könnte, würde ich keine Kinder bekommen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zugenommen im Vergleich zu vor der Pandemie	sich nicht verändert im Vergleich zu vor der Pandemie	abgenommen im Vergleich zu vor der Pandemie
<b>72.</b> Seit Beginn der Corona-Pandemie hat die Bedeutung von Kindern auf die Einschränkung der Möglichkeiten und Kontrolle in meinem eigenen Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nicht zufriedener als vor der Pandemie	zufriedener/unzufrie- dener als vor der Pandemie	weniger zufrieden als vor der Pandemie
<b>73. Seit Beginn der Corona-Pandemie bin ich mit meiner Elternrolle</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mehr als vor der Pandemie	genauso sehr/wenig vor der Pandemie	weniger als vor der Pandemie
<b>74. Seit Beginn der Corona-Pandemie genieße ich die Zeit mit meinem Kind/meinen Kindern</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**75. Auf einer Skala von 0 bis 10, wie stark ist Ihr Kind/Ihre Kinder durch die Corona-Pandemie psychisch belastet?**

gar keine psychische Belastung											extrem starke psychische Belastung
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"/>	<input type="checkbox"/>

**76. Auf einer Skala von 0 bis 10, wie gut ist Ihr Kind/Ihre Kinder mit den Herausforderungen von „Home-Schooling“/Universität online/Ausbildung online zurechtgekommen?**

extrem schlecht											hervorragend
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

#### Frage 77 und 78 für alle

<b>77. Sind Sie in einem „systemrelevanten“ Job (z.B. Gesundheitswesen, Sicherheitsbehörde, Lebensmittelverkäufer*in etc.) tätig?</b>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>
	Ich bin aktuell nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/>

<b>78. Haben Sie während dem Beginn der Corona-Krise zwischenzeitlich im Home-Office gearbeitet?</b>	ja, mehr als 50% der Zeit seit Beginn der Corona Krise	ja, weniger als 50% der Zeit seit Beginn der Corona Krise	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beantworten Sie Fragen 79 und 80 nur, wenn Sie sich aktuell in einer Partnerschaft befinden.**

	ja	nein
<b>79. Ist Ihr Partner /Ihre Partnerin in einem „systemrelevanten“ (z.B. Gesundheitswesen, Sicherheitsbehörde, Lebensmittelverkäufer*in etc.) Job tätig?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>80.</b> Hat Ihr Partner/Ihre Partnerin während dem Beginn der Corona-Krise zwischenzeitlich im Home-Office gearbeitet?	ja, mehr als 50% der Zeit seit Beginn der Corona Krise	<input type="checkbox"/>
	ja, weniger als 50% der Zeit seit Beginn der Corona Krise	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>
	mein:e Partner:in ist aktuell nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/>

### Frage 81 für alle

**81. Haben Sie jemals in einer Partnerschaft Gewalt gegen sich erlebt?**

	ja	nein
01 Sexuelle Gewalt (z.B. Nötigung, ungewollte sexuelle Handlungen zu vollziehen oder gegen den Willen mit anzusehen (z.B. Pornos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Emotionale Gewalt (z.B. Abwertung/Beleidigung, Androhen von Gewalt, Bestimmen über den Partner/die Partnerin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Körperliche Gewalt (z.B. wütendes Wegschubsen, Ohrfeige, Schläge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beantworten Sie Fragen 82 bis 84 nur, wenn Sie sich aktuell in einer Partnerschaft befinden.**

	ja, zugenom- men	nein, gleichgeblie- ben	Nein, abgenom- men	keine Gewalt in der aktuellen Beziehung
<b>82. Falls Sie Gewalt in Ihrer aktuellen Partnerschaft erleben: Hat die Gewalt während der Corona-Pandemie zugenommen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**83. Auf einer Skala von 0 bis 10 – Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen festen Beziehung bzw. Partnerschaft?**

überhaupt nicht zufrieden											völlig zufrieden	
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"/>		

	derzeit viel besser als vorher	derzeit etwas besser als vorher	etwa so wie vorher	derzeit etwas schlechter als vorher	derzeit viel schlechter als vorher
<b>84. Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie, wie würden Sie Ihre feste Beziehung bzw. Partnerschaft derzeit beschreiben?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Frage 85 bis 89 für alle

- 85.** Waren Sie jemals in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?
- ja, und ich werde aktuell immer noch behandelt
- ja, aktuell bin ich aber in keiner Behandlung
- nein .....
- 86.** Waren oder sind Sie am Corona-Virus erkrankt?
- ja, mit keinen bis leichten Symptomen (keine medizinische Versorgung notwendig)
- ja, mit mäßigen Symptomen (ambulante medizinische Versorgung, z.B. Vorstellung bei einem Hausarzt notwendig).
- ja, mit schweren Symptomen, die eine Krankenhausaufenthalt notwendig gemacht haben
- nein .....

**87.** Auf einer Skala von 0 bis 10, wie gut haben Sie die Herausforderungen der Corona-Pandemie insgesamt bewältigt?

extrem schlecht		hervorragend								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

**88.** Auf einer Skala von 0 bis 10, wie stark haben Sie sich durch die Herausforderungen der Corona-Pandemie psychisch belastet gefühlt?

gar keine psychische Belastung		extrem starke psychische Belastung								
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"/>

**89.** Auf einer Skala 0 bis 10, wie stark hat sich die Corona-Pandemie negativ auf Ihre Karriere/Arbeit ausgewirkt?

gar nicht		extrem stark								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

**Bitte beantworten Sie Frage 90 bis 91 nur, wenn Sie aktuell mit Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin zusammenleben.**

- 90.** Hat sich die Aufteilung von Haushalt/Kinderbetreuung/ Pflege von Angehörigen („Care-Arbeit“) zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin während der Corona-Pandemie verändert? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.
- ja, ich habe mehr der „Care-Arbeit“ übernommen
- nein, die Aufteilung ist gleichgeblieben (hat z.B. bei beiden Partner\*innen gleich stark zugewonnen)
- ja, mein Partner/meine Partnerin hat mehr der „Care-Arbeit“ übernommen.

- 91.** Auf einer Skala von 0 bis 10, wie zufrieden waren Sie während der Corona-Pandemie mit der Aufteilung von Haushalt/ Kinderbetreuung/ Pflege von Angehörigen („Care-Arbeit“) zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?

gar nicht											extrem stark
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

**Ab hier weiter für alle**

- 92.** Bitte beurteilen Sie jeden der folgenden vier Beziehungsstile unten in diesem Abschnitt nach dem Ausmaß, wie stark er für Sie zutrifft.

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)		gar nicht zutreffend	→ mittel		→ sehr stark zutreffend			
		1	2	3	4	5	6	7
01	Mir fällt es leicht, anderen gefühlsmäßig nahe zu kommen. Ich fühle mich wohl dabei, wenn ich mich auf andere verlassen kann, und wenn sich andere auf mich verlassen. Ich mache mir keine Sorgen über das Alleinsein, oder darüber, dass andere mich nicht akzeptieren könnten..	<input type="checkbox"/>						
02	Ich fühle mich wohl ohne enge gefühlsmäßige Beziehungen. Es ist sehr wichtig für mich, mich unabhängig und selbstständig zu fühlen, und ich bevorzuge es, nicht von anderen abhängig zu sein, oder dass andere von mir abhängig sind.	<input type="checkbox"/>						
03	Ich möchte anderen gefühlsmäßig sehr nahe sein, aber ich bemerke oft, dass sich andere gegen so viel Nähe sträuben, wie ich sie mir wünschen würde. Ohne enge Beziehungen fühle ich mich unwohl, aber manchmal beunruhigt es mich, dass mich andere nicht so schätzen, wie ich sie.	<input type="checkbox"/>						
04	Ich fühle mich unwohl dabei, anderen nahe zu kommen. Ich möchte gefühlsmäßig nahe Beziehungen, aber ich finde es schwierig, anderen vollständig zu vertrauen oder von ihnen abhängig zu sein. Ich fürchte mich davor, verletzt zu werden, wenn ich es mir erlaube, anderen zu nahe zu kommen.	<input type="checkbox"/>						
		niemand	1-2	3-5	mehr als 5			
93.	Wie viele Menschen stehen Ihnen so nah, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn sie ernsthafte persönliche Probleme haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	kein Interesse	ein wenig Interesse	weiß nicht	einiges Interesse	viel Interesse
<b>94.</b> Wie viel Interesse zeigen andere Menschen für Sie und das was Sie tun?	<input type="checkbox"/>				
	sehr schwierig	schwierig	möglich	einfach	sehr einfach
<b>95.</b> Wie einfach ist es von ihren Nachbarn praktische Hilfe zu bekommen, wenn Sie diese brauchen?	<input type="checkbox"/>				

Im Folgenden sind Probleme und Beschwerden aufgelistet, die bei Menschen als Folgen von traumatischen und belastenden Lebenserfahrungen auftreten. Bitte wählen Sie die Erfahrung aus, die am meisten belastet und beantworten Sie die Fragen auf diese Erfahrung hin. Dies könnte z.B. ein schwerer Unfall, ein Terroranschlag, eine Naturkatastrophe, körperliche oder emotionale Gewalt, sexuelle Gewalt oder unangenehme sexuelle Erfahrung (z.B. angefasst gegen Ihren Willen), Kriegserlebnisse, plötzlicher oder gewaltsamer Tod einer nahestehenden Person oder eine lebensbedrohliche Erkrankung oder Operation sein.

**96. Belastende Lebenserfahrung:** .....

.....

.....

<b>97. Wann fand dieses Erlebnis statt?</b> (bitte eine der Möglichkeiten ankreuzen)	vor weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/>
	vor 6 bis 12 Monaten	<input type="checkbox"/>
	vor 1 bis 5 Jahren	<input type="checkbox"/>
	vor 5 bis 10 Jahren	<input type="checkbox"/>
	vor 10 bis 20 Jahren	<input type="checkbox"/>
	vor mehr als 20 Jahren	<input type="checkbox"/>

**98. Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und kreuzen dann die Zahl auf der rechten Seite an, die angibt, wie sehr Sie dieses Problem im letzten Monat belastet hat.**

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	gar nicht	ein bisschen	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
01	Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten.	<input type="checkbox"/>				
02	Intensive Bilder oder Erinnerungen haben, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Erlebnis jetzt und hier gerade noch einmal stattfindet.	<input type="checkbox"/>				
03	Vermeiden, dass etwas von Innen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen).	<input type="checkbox"/>				
04	Vermeiden, dass etwas von außen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen).	<input type="checkbox"/>				
05	Extrem wachsam sein, aufmerksam oder „auf der Hut“ sein.	<input type="checkbox"/>				
06	Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein.	<input type="checkbox"/>				

**99. Haben sich die oben genannten Probleme im letzten Monat...**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		gar nicht	ein bisschen	mittel-mäßig	ziemlich	sehr stark
07	...auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt?	<input type="checkbox"/>				
08	...auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	<input type="checkbox"/>				
09	...auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>				

**100. Hier stehen Probleme oder Symptome, die bei Menschen auftreten können, die irgendwann einmal belastende oder traumatische Erlebnisse hatten. Die Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit anderen Menschen verhalten. Bitte geben Sie an, wie sehr jede der Aussagen auf Sie zutrifft.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		gar nicht	ein bisschen	mittel-mäßig	ziemlich	sehr stark
01	Wenn ich aufgereggt bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige..	<input type="checkbox"/>				
02	Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub.	<input type="checkbox"/>				
03	Ich fühle mich als Versager.	<input type="checkbox"/>				
04	Ich fühle mich wertlos.	<input type="checkbox"/>				
05	Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>				
06	Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben.	<input type="checkbox"/>				

**101. Haben die oben genannten Probleme aus den Bereichen Gefühle, Einstellungen zu sich selbst und zu Beziehungen im letzten Monat...**

		gar nicht	ein bisschen	mittel-mäßig	ziemlich	sehr stark
01	...Bedenken oder Sorgen bezüglich Ihrer Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihren sozialen Kontakten erzeugt?	<input type="checkbox"/>				
02	...sich auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	<input type="checkbox"/>				
03	...sich auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>				

Jeder Krankenversicherte hat ein Recht auf bestimmte kostenlose Vorsorgeuntersuchungen. Vorsorgeuntersuchungen konzentrieren sich auf Krankheiten, die gut zu behandeln sind, wenn sie früh erkannt werden. Hierzu zählen die häufigsten Todesursachen, nämlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tumore.

(Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an.)	ja, regelmäßig	ja, habe ich schonmal gemacht, aber nicht regelmäßig	nein	diese Leistung steht mir noch nicht zu
<b>102.</b> Nehmen Sie die Ihnen zustehenden Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebs wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>103.</b> Nehmen Sie die Ihnen zustehenden Gesundheits-Check-Ups (ab 35 Jahren, alle drei Jahre, Ganzkörperuntersuchung mit Blutdruckmessung, Blutproben zur Ermittlung der Blutzucker- und Cholesterinwerte, Urinuntersuchung) wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>104.</b> Nehmen Sie die Ihnen zustehenden Zahnvorsorgeuntersuchungen (einmal je Kalenderhalbjahr) wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>105.</b> Haben Sie die U-Untersuchungen (Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern) mit Ihren Kindern wahrgenommen?	ja, regelmäßig	ja, habe ich schon mal gemacht, aber nicht regelmäßig	nein	ich hatte nie Kinder
<b>106.</b> Würden Sie regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung psychischer Probleme wahrnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>107.</b> Bitte geben Sie an, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie während der Corona-Pandemie oder während den Lockdown-Maßnahmen mind. einmal ausfallen haben lassen.	ausgefallen	wahrgenommen	diese Leistung steht mir noch nicht zu/ Ich habe keine Kinder	
01 Früherkennung von Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02 Gesundheits-Check-Up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03 Zahnvorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04 U-Untersuchungen für Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>108. Haben Sie wegen der Corona-Pandemie oder den Lockdown-Maßnahmen geplante Arzt- oder Therapeutenbesuche abgesagt?</b>	ja .....	<input type="checkbox"/>
	nein .....	<input type="checkbox"/>

**109. Nachfolgend finden Sie einige Aussagen zu Gesundheitsproblemen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Wie bewerten Sie folgende Aussagen?**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	stimme ganz und gar nicht zu	stimme weniger zu	teils/teils zu	stimme ziemlich zu	stimme voll und ganz zu
01 Ich würde psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, wenn merke, dass ich psychische Probleme entwickle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich würde medizinische/ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, wenn merke, dass ich körperliche/somatische Probleme entwickle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich würde mein Kind psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandeln lassen, wenn ich merke, dass es psychische Probleme entwickelt. (Wenn Sie keine Kinder haben beantworten Sie hier dennoch „aus dem Bauch“ heraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich würde mein Kind ärztlich/medizinisch behandeln lassen, wenn ich merke, dass es eine körperliche/somatische Erkrankung entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Wenn Sie merken, dass Sie psychische Beschwerden entwickeln, würden Sie dann Ihrer Familie oder Freunden davon erzählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Wenn Sie merken, dass Sie körperliche/somatische Beschwerden entwickeln, würden Sie dann Ihrer Familie oder Freunden davon erzählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Wenn ich eine psychische Erkrankung entwickle, würde ich mich dafür schämen (z.B. Depression, Angststörung, Schizophrenie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Wenn ich eine körperliche Erkrankung entwickle, würde ich mich dafür schämen (z.B. Blinddarm, Zuckerkrankheit, Allergie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Ich würde mich schämen, wenn mein Kind wegen der Entwicklung psychischer Beschwerden psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen würde (z.B. Depression, Angststörung, ADHS). (Wenn Sie keine Kinder haben beantworten Sie hier dennoch „aus dem Bauch“ heraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich würde mich schämen, wenn mein Kind wegen der Entwicklung körperlicher/somatischer Beschwerden ärztliche/medizinische Hilfe in Anspruch nehmen würde (z.B. Blinddarm, Zuckerkrankheit, Allergie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Es gibt viele Einstellungen zu Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit solchen Einstellungen. Zunächst geht es uns darum: Was denken die meisten anderen Leute über Menschen mit psychischen Erkrankungen? Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie auf der angegebenen Skala Ihre Antwort ankreuzen. Wichtig: es geht darum, was Ihrer Meinung nach die meisten anderen Leute denken, ganz egal, ob Sie der gleichen Meinung sind oder nicht.**

<b>110. Ich denke, die Öffentlichkeit glaubt...</b> <i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		1- ich stimme überhaupt nicht zu	2	3	4	5- ich stimme voll und ganz zu
01	die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schuld an ihren Problemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt würden wir gerne wissen, wie Sie selbst jetzt über diese Einstellungen denken.

<b>111. Ich denke...</b> <i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		1- ich stimme überhaupt nicht zu	2	3	4	5- ich stimme voll und ganz zu
01	die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schuld an ihren Problemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.**

**112. In den letzten zwei Wochen...**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
01 ... war ich froh und guter Laune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 ... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 ... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 ... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 ... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wir würden Ihnen gerne Fragen über Ihre Kindheit bis zum Alter von 18 Jahren, stellen. In den Fragen geht es um Gewalt und andere verletzende Erfahrungen, die Kinder und junge Menschen machen können. Alles was Sie hier angeben, wird vertraulich behandelt. Bitte schreiben Sie nicht Ihren Namen auf den Fragebogen. Niemand aus Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld wird von den Angaben, die Sie machen, erfahren. Und es wird auch keiner Behörde gemeldet. Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch wenn Sie denken, dass diese nicht auf Sie zutreffen.**

**113. Wer lebt im gleichen Haushalt?**

(Kreuzen Sie alle zutreffenden an)

- Mutter.....   
 Vater.....   
 Partner/in der Mutter.....   
 Partner/in des Vaters.....   
 Großmutter.....   
 Großvater.....   
 Bruder/Brüder (Anzahl \_\_\_\_\_).....   
 Schwester/n (Anzahl \_\_\_\_\_).....   
 eigene/r Partner/in.....   
 eigene/s Kind(er) (Anzahl \_\_\_\_\_).....   
 Andere (bitte spezifizieren): \_\_\_\_\_

**114. Wo lebten Sie die MEISTE Zeit als Sie aufwuchsen?**

(bitte wählen Sie nur eine Option)

- in einem Dorf .....   
 In einer Kleinstadt .....   
 In einer Großstadt.....   
 Anderes (bitte spezifizieren): \_\_\_\_\_

**115. Gab es im letzten Jahr eine Zeit...**

	Ja	Nein
01 ...in der Ihr Haushalt nicht die vollständige Gas-, Öl- oder Stromrechnung bezahlte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 ... in der Ihrem Haushalt der Strom oder das Telefon abgestellt wurde, weil die Rechnungen nicht bezahlt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Manchmal geben Eltern oder andere verantwortliche Erwachsene Kindern nicht all die Fürsorge oder Aufmerksamkeit, die das Kind braucht. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen 116 bis 142 bezogen auf den Zeitraum vor Ihrem 18. Geburtstag.**

<b>116. Haben sich Ihre Eltern oder andere verantwortliche Erwachsene nicht um Sie gekümmert, als Sie krank oder verletzt waren, obwohl sie die Möglichkeit dazu hatten?</b>	ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 117</b>
	nein .....	<input type="checkbox"/>	
	Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 117</b>

**02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)**

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03 Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>04 Welche Personen haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)</b>	Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
	Andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
	Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
	jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
	Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
	Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
	Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
	Andere (bitte spezifizieren): _____	<input type="checkbox"/>

	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05 Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

117. Haben Sie jemals von Ihren Eltern oder anderen verantwortlichen Erwachsenen nicht genügend zu essen oder zu trinken bekommen, obwohl sie die finanziellen Möglichkeiten dazu hatten?	ja .....	<input type="checkbox"/>	
	nein .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 118
	Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 118

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J
--------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03 Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04 Welche Personen haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)	Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
	andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
	Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
	jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
	Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
	Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
	Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte spezifizieren):		

	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05 Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

118. Mussten Sie schmutzige, zerrissene oder für das Wetter unangebrachte Kleidung tragen, trotz vorhandener finanzieller Möglichkeiten?	ja .....	<input type="checkbox"/>	
	nein .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 119
	Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 119

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J
--------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03 Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04 Welche Personen haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)	Eltern oder Elternteil .....  andere erwachsene Verwandte  Geschwister .....  jemand anderes in meinem Zuhause  Lehrer/in .....  Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten  Nachbar/in .....  Andere (bitte spezifizieren):  _____	<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"/>
---	--	--

	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05 Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

119. Haben Sie sich jemals wehgetan oder sich verletzt, weil kein Erwachsener auf Sie aufgepasst hat?	ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 120</b>
	nein .....	<input type="checkbox"/>	
	ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 120</b>

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J
--------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03 Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04 Welche Personen haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)	Eltern oder Elternteil .....  andere erwachsene Verwandte  Geschwister .....  jemand anderes in meinem Zuhause  Lehrer/in .....  Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten  Nachbar/in.....  Andere (bitte spezifizieren):  _____	<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"/>
---	---	--

	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05 Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

120. Haben Ihre Eltern oder andere verantwortliche Erwachsene nicht dafür gesorgt, dass Sie an einem sicheren Ort gelebt haben, trotz ausreichender finanzieller Mittel?	ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 121
	nein .....	<input type="checkbox"/>	
	Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 121

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J
--------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03 Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04 Welche Personen haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)	Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
	andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
	Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
	jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
	Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
	Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
	Nachbar/in.....	<input type="checkbox"/>
	Andere (bitte spezifizieren): _____	<input type="checkbox"/>

	sehr schwer	schwer	ein wenig	über-haupt nicht
05 Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	eine sehr große Rolle	eine große Rolle	eine gewisse Rolle	eine kleine Rolle	keine Rolle	trifft nicht zu
121. Wie sehr spielten fehlende finanzielle Mittel eine Rolle dabei, dass Sie nicht ausreichend medizinisch, mit Nahrung oder Kleidung versorgt oder angemessen beaufsichtigt wurden?	<input type="checkbox"/>					

<b>122.</b> Viele Kinder bekommen in ihrem Leben nicht die benötigte physische oder emotionale Fürsorge. Wie denken Sie im Nachhinein über Ihre Kindheit?	Mir wurde von meinen Eltern immer die benötigte Fürsorge gegeben.	<input type="checkbox"/>
	Wenn ich von meinen Eltern nicht die benötigte Fürsorge bekam, war das nachvollziehbar/vertretbar, weil wir arm waren.	<input type="checkbox"/>
	Wenn ich von meinen Eltern nicht die benötigte Fürsorge bekam, war das NICHT nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>

**Wir haben ein paar Fragen zu Gewalt oder verletzenden Erfahrungen, die Kinder und junge Menschen machen können. Bitte denken Sie an den Zeitraum vor Ihrem 18. Geburtstag.**

<b>123.</b> Als Sie aufwuchsen (vor Ihrem 18. Geburtstag), hat irgendjemand Sie jemals <u>sehr fest geschlagen</u> ?	ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 124</b>
	nein .....	<input type="checkbox"/>	
	ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 124</b>

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J
--------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

zu oft, um es zu zählen      zwischen 10 bis 50 mal      weniger als 10 mal      keine Angabe

<b>03</b> Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>04</b> Welche Personen haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)	Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 125</b>
	andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>	
	Geschwister .....	<input type="checkbox"/>	
	jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>	
	Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>	
	Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>	
	Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>	
Andere (bitte spezifizieren):		<hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/>

<b>05</b> Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>124.</b> Vor Ihrem 18. Geburtstag, hat Sie jemals irgendjemand <u>sehr stark getreten</u> ?	ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 125</b>
	nein .....	<input type="checkbox"/>	
	Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J
--------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03 Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04 Welche Personen haben das getan? Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte spezifizieren): _____ _____	<input type="checkbox"/>

sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05 Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

125. Vor Ihrem 18. Geburtstag, hat Sie jemals irgendjemand mit einem Gegenstand wie einem Stock, einer Peitsche oder einem Gürtel geschlagen?	ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 126</b>
	nein .....	<input type="checkbox"/>	
	Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J
--------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03 Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04 Welche Personen haben das getan? Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
(Mehrfachauswahl möglich)	<input type="checkbox"/>
andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte spezifizieren): _____ _____	<input type="checkbox"/>

	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05 Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

126. Vor Ihrem 18. Geburtstag, hat Sie jemand <u>sehr stark</u> geschüttelt?	ja .....	<input type="checkbox"/>	
	nein .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 127
	Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 127

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J
Geburt																	

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03 Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04 Welche Personen haben das getan? Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
(Mehrfachauswahl möglich)	<input type="checkbox"/>
andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte spezifizieren): _____ _____	<input type="checkbox"/>

	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05 <i>Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

127. Vor Ihrem 18. Geburtstag, hat Sie jemand mit einem Messer oder einem scharfen Gegenstand verletzt?	ja .....	<input type="checkbox"/>	
	nein .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 128</b>
	Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 128</b>

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

<i>Geburt</i>	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J		

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03 Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04 Welche Personen haben das getan? Eltern oder Elternteil .....

(Mehrfachauswahl möglich)

andere erwachsene Verwandte

Geschwister .....

jemand anderes in meinem Zuhause

Lehrer/in .....

Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten

Nachbar/in .....

Andere (bitte spezifizieren):  
\_\_\_\_\_

	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05 <i>Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**128. Viele Kinder haben Gewalt, wie etwa durch Schlagen oder Prügeln erlebt. Das ist Ihnen vielleicht auch passiert. Wie denken Sie Nachhinein über Ihre Kindheit**

Ich wurde nie absichtlich durch jemanden verletzt

Wenn ich geschlagen oder geprügelt wurde, sollte ich diszipliniert werden und es war angemessen und geretfertigt

Wenn ich geschlagen oder geprügelt wurde, sollte ich diszipliniert werden und es war NICHT angemessen und geretfertigt

Wenn ich geschlagen oder geprügelt wurde, sollte ich NICHT diszipliniert werden und es war NICHT geretfertigt

**Manchmal passieren Dinge, die Kinder sehr beängstigen oder beunruhigen. Manche Ereignisse führen dazu, dass sich Kinder peinlich berührt, beschämt oder ungeliebt fühlen. Bitte beantworten Sie jede dieser Fragen zu Ereignissen, die Ihnen vor Ihrem 18. Geburtstag passiert sein könnten.**

<b>129. Hat Sie jemand vor Ihrem 18. Geburtstag ja ..... beleidigt und kritisiert, sodass Sie das Gefühl hatten, dass Sie böse, dumm oder wertlos sind?</b>	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 130</b>
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Ich kann mich nicht erinnern	→ weiter mit <b>Frage 130</b>

*02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)*

<input type="checkbox"/>																		
Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe

04 Welche Personen haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)	Eltern oder Elternteil	<input type="checkbox"/>
	andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
	Geschwister	<input type="checkbox"/>
	jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
	Lehrer/in	<input type="checkbox"/>
	Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
	Nachbar/in	<input type="checkbox"/>
	Andere (bitte spezifizieren): _____ _____	<input type="checkbox"/>

	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht

<b>130. Hat jemand vor Ihrem 18. Geburtstag gesagt, dass Sie nicht geliebt werden oder Sie es nicht verdient haben, geliebt zu werden?</b>	ja .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 131</b>
	nein .....	<input type="checkbox"/>	
	Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 131</b>

*02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)*

<input type="checkbox"/>																		
Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe

04	Welche Personen haben das getan? Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
	(Mehrfachauswahl möglich)	<input type="checkbox"/>
	andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
	Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
	jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
	Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
	Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
	Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
	Andere (bitte spezifizieren): _____ _____	<input type="checkbox"/>

05	Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

131.	Hat jemand vor Ihrem 18. Geburtstag gesagt, dass er oder sie sich wünschte, Sie wären nie geboren worden oder tot?	ja .....	<input type="checkbox"/>	
		nein .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 132
		Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 132

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J
--------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

03	Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04	Welche Personen haben das getan? Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
	(Mehrfachauswahl möglich)	<input type="checkbox"/>
	andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
	Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
	jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
	Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
	Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
	Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
	Andere (bitte spezifizieren): _____ _____	<input type="checkbox"/>

05	Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

132. Wurde Ihnen vor Ihrem 18. Geburtstag gedroht, dass Sie körperlich schwer verletzt oder getötet werden?	ja .....	<input type="checkbox"/>	
	nein .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 133
	Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 133

01 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J	

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03 Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04 Welche Personen haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)	Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
	andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
	Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
	jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
	Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
	Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
	Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte spezifizieren):		<hr/> <hr/>
		<input type="checkbox"/>

	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05 Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

133. Hat jemand vor Ihrem 18. Geburtstag damit gedroht, Sie zu verlassen oder aus dem Haus zu werfen	ja .....	<input type="checkbox"/>	
	nein .....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 134
	Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage 134

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03 Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04	Welche Personen haben das getan? Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
	(Mehrfachauswahl möglich)	<input type="checkbox"/>
	andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
	Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
	jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
	Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
	Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
	Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
	Andere (bitte spezifizieren): _____ _____	<input type="checkbox"/>

	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05 Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

134.	Viele Kinder werden irgendwann im Laufe ihres Lebens beleidigt oder bedroht. Das ist Ihnen vielleicht auch passiert. Wie denken Sie Nachhinein über Ihre Kindheit?	Ich wurde nie von jemandem beleidigt oder bedroht. <input type="checkbox"/>
		Wenn ich beleidigt oder bedroht wurde, sollte ich diszipliniert werden und es war angemessen und gerechtfertigt. <input type="checkbox"/>
		Wenn ich beleidigt oder bedroht wurde, sollte ich diszipliniert werden, aber es war NICHT angemessen und gerechtfertigt. <input type="checkbox"/>
		Wenn ich beleidigt oder bedroht wurde, sollte ich NICHT diszipliniert werden und es war NICHT angemessen und gerechtfertigt. <input type="checkbox"/>

Die nächsten Fragen beziehen sich auf sexuelle Erfahrungen, die Kinder und junge Menschen manchmal machen. Bitte beachten Sie, dass sich alle Fragen nur auf sexuelle Handlungen beziehen, die vor Ihrem 18. Geburtstag stattgefunden haben.

135.	Hat Sie jemand vor Ihrem 18. Geburtstag dazu gebracht, seine/ihre Geschlechtsteile anzusehen oder hat Ihre angesehen, auch wenn Sie das nicht wollten?	ja .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>→ weiter mit Frage 136</b>
		nein .....	<input type="checkbox"/>	
		Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <b>→ weiter mit Frage 136</b>

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

<input type="checkbox"/>																			
Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J	

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03 Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04	Welche Personen haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)	Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
		andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
		Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
		jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
		Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
		Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
		Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
		Andere (bitte spezifizieren): _____ _____	<input type="checkbox"/>

		sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05	Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136. Hat jemand vor Ihrem 18. Geburtstag ein Video oder Fotos von Ihnen gemacht, auf denen Sie sexuelle Dinge tun?		ja .....	<input type="checkbox"/>		
		nein .....	<input type="checkbox"/>		
		Ich kann mich nicht erinnern	<input type="checkbox"/>		
					→ weiter mit Frage 137
					→ weiter mit Frage 137

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J

		zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03	Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04	Welche Personen haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)	Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
		andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
		Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
		jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
		Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
		Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
		Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
		Andere (bitte spezifizieren): _____ _____	<input type="checkbox"/>

		sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05	Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>137.</b> Hat Sie jemand vor Ihrem 18. Geburtstag ja ..... <input type="checkbox"/>	in einer sexuellen Weise an Ihren Geschlechtsteilen berührt, obwohl Sie dies nein ..... <input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 138</b>
dazu gebracht, seine oder ihre Geschlechtsteile zu berühren, auch wenn Sie das nicht wollten? Ich kann mich nicht erinnern <input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 138</b>	

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J
----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

<b>03</b> Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	zu oft, um es zu zählen <input type="checkbox"/>	zwischen 10 bis 50 mal <input type="checkbox"/>	weniger als 10 mal <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>04</b> Welche Personen haben das getan? Eltern oder Elternteil <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere erwachsene Verwandte <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jemand anderes in meinem Zuhause <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrer/in <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbar/in <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte spezifizieren): _____ _____	<input type="checkbox"/>

<b>05</b> Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?	sehr schwer <input type="checkbox"/>	schwer <input type="checkbox"/>	ein wenig <input type="checkbox"/>	über-haupt nicht <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>138.</b> Hat Sie jemand vor Ihrem 18. Geburtstag verletzt, indem diese Person mit Ihnen auf sexuelle Weise gesprochen oder sexuelle Dinge über Sie geschrieben hat, obwohl Sie dies nicht wollten?	ja ..... <input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage 139</b>
nein ..... <input type="checkbox"/>	Ich kann mich nicht erinnern <input type="checkbox"/>	
		→ weiter mit <b>Frage 139</b>

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J
----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

<b>03</b> Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?	zu oft, um es zu zählen <input type="checkbox"/>	zwischen 10 bis 50 mal <input type="checkbox"/>	weniger als 10 mal <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04	Welche Personen haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)	Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
		andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
		Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
		jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
		Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
		Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
		Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
		Andere (bitte spezifizieren): _____ _____	<input type="checkbox"/>

	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05	Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
139. Hatten Sie jemals vor Ihrem 18. Geburtstag Sex mit jemandem, obwohl Sie das nicht wollten?				
ja .....				<input type="checkbox"/>
nein .....				<input type="checkbox"/>
Ich kann mich nicht erinnern				<input type="checkbox"/>
				→ weiter mit Frage 140
				→ weiter mit Frage 140

02 Falls ja, in welchem Alter ist Ihnen das passiert? (Bitte markieren Sie auf der unteren Linie jedes Alter, in dem das passiert ist.)

Geburt	1J	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18J

	zu oft, um es zu zählen	zwischen 10 bis 50 mal	weniger als 10 mal	keine Angabe
03	Falls ja, wie oft ist Ihnen das in Ihrem Leben passiert?			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

04	Welche Personen haben das getan? (Mehrfachauswahl möglich)	Eltern oder Elternteil .....	<input type="checkbox"/>
		andere erwachsene Verwandte	<input type="checkbox"/>
		Geschwister .....	<input type="checkbox"/>
		jemand anderes in meinem Zuhause	<input type="checkbox"/>
		Lehrer/in .....	<input type="checkbox"/>
		Ausbilder/in, Vorgesetzte/r, jemand, mit dem Sie arbeiten	<input type="checkbox"/>
		Nachbar/in .....	<input type="checkbox"/>
		Andere (bitte spezifizieren): _____ _____	<input type="checkbox"/>

	sehr schwer	schwer	ein wenig	überhaupt nicht
05	Wie sehr hat Ihnen das Erlebnis geschadet?			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

<b>Haben Sie vor Ihrem 18. Geburtstag unerwünschte sexuelle Erfahrungen gemacht?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> → Ende des Fragebogens
<b>140. Haben Sie schon jemandem von diesen ungewollten sexuellen Erlebnissen erzählt?</b>	ja ..... <input type="checkbox"/> nein ..... <input type="checkbox"/>	→ Ende des Fragebogens
<b>01 Falls ja, wem haben Sie davon erzählt? (Mehrfachauswahl möglich)</b>	Eltern oder Elternteil ..... <input type="checkbox"/> anderen erwachsenen Verwandten ..... <input type="checkbox"/> Geschwistern ..... <input type="checkbox"/> Jemand anderem zu Hause ..... <input type="checkbox"/> Freunden oder Gleichaltrigen, die Sie kennen ..... <input type="checkbox"/> Lehrer/in ..... <input type="checkbox"/> Vorgesetzter/Vorgesetztem, Ausbilder/in, jemand mit dem Sie arbeiten ..... <input type="checkbox"/> Nachbar/in ..... <input type="checkbox"/> Fremden ..... <input type="checkbox"/> Ehepartner ..... <input type="checkbox"/> Einem Arzt/medizinischer Fachkraft ..... <input type="checkbox"/> Hilfsangeboten wie übers Telefon oder Internet ..... <input type="checkbox"/> Polizei ..... <input type="checkbox"/> Einem/Einer Therapeut(in)/Sozialarbeiter(in) ..... <input type="checkbox"/> Einem/ einer Vertreter/in einer religiösen Glaubensgemeinschaft ..... <input type="checkbox"/> Anderen (bitte spezifizieren) ..... <input type="checkbox"/>	
<b>141. Wie viel Zeit verging, bis Sie jemandem zum ersten Mal von der unerwünschten sexuellen Handlung oder den unerwünschten Handlungen erzählt haben? (Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.)</b>	ein Tag ..... <input type="checkbox"/> ein paar Tage ..... <input type="checkbox"/> ein paar Wochen ..... <input type="checkbox"/> ein paar Monate ..... <input type="checkbox"/> ein oder zwei Jahre ..... <input type="checkbox"/> Drei oder mehr Jahre später ..... <input type="checkbox"/>	
<b>142. Als Sie es jemandem zum ersten Mal gesagt haben, wie hat diese Person reagiert? (Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.)</b>	Sie glaubte mir und unterstützte mich ..... <input type="checkbox"/> Sie glaubte mir, aber handelte nicht ..... <input type="checkbox"/> Sie gab mir die Schuld dafür ..... <input type="checkbox"/> Sie glaubte mir überhaupt nicht ..... <input type="checkbox"/>	

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

## REP 33

**Koordination:** Prof. E. Brähler/ Prof. Dr. M. Zenger (Prof. Dr. U. Stangier, Prof. Dr. Muschalla, Prof. Dr. B. Strauß, Prof. Dr. M. de Zwaan, Prof. Dr. A. Kersting, Prof. Dr. H. Gündel, Prof. Dr. K. Müller-Vahl)

**Untersuchungszeitraum:** August - Dezember 2021 (2509 Probanden, 16-95 Jahre)

Beteiligte Mitarbeiter:	Kooperationspartner:
Dipl.-Math. G. Schmutzner	Prof. Dr. U. Stangier (Universität Frankfurt) Dr. Ritter (Universität Frankfurt) Prof. Dr. H. Siggelkow (Uniklinik Göttingen) Prof. Dr. B. Muschalla (TU Braunschweig) Prof. Dr. M. Morfeld (Hochschule Magdeburg-Stendal) Prof. Dr. M. Hautzinger (Universität Tübingen) Dr. Salheiser (Universität Jena) Prof. Dr. B. Strauß (Universität Jena) Prof. Dr. M. de Zwaan (Medizinische Hochschule Hannover) Prof. Dr. E. Brähler (Universitätsklinik Mainz) Prof. Dr. A. Kersting (Universität Leipzig) Prof. Dr. K. Müller-Vahl (Medizinische Hochschule Hannover) Prof. Dr. H. Gündel (Universitätsklinikum Ulm)

### Eingesetzte Untersuchungsverfahren:

- Soziodemographie (Alle) S1 - S15
- Migration (Brähler) A1-A3
- ADS (Hautzinger) B01(1-20)
- SF-36 (Morfeld) B02-B12
- Wohlwollen (Stangier) C01 (1-18)
- BFI-10 (Stangier) C02(1-10)
- SCS (Stangier) C03 (1-2)
- POVI (Stangier) C04(1-2)
- Transgender-Kongruenz-Skala (Ritter) D01(1-12)
- HP-28 + Ergänzung (Siggelkow) E01-E04
- Lebensprobleme (Muschalla) F01-F12
- Psychische Erkrankung (Muschalla) F13-F15
- Klimawandel (Salheiser) G01-G02(1-3)
- Resilienz (Strauß) H01(1-13)
- Vermeidung + Angst (Strauß) H02-H03
- FSFS Frauen (Strauß) H04 (1-8)
- FSFS Männer (Strauß) H05 (1-8)
- Einstellung zur Gesellschaft (Strauß) H06 (1-8)
- Gesundheitszustand (Strauß) H07
- Trockene Augen (de Zwaan) I01-I06
- MFI-20 (de Zwaan) I07 (1-20)
- Corona (de Zwaan) I08
- Altersbilder (Brähler) J01(1-18)
- Marginalisierung ab 61 Jahre (Brähler) J02(1-5)
- F-Sozu ab 61 Jahre (Brähler) J03(1-6)
- Soziale Teilhabe ab 61 Jahre (Brähler) J04(1-9)
- Einsamkeit ab 61 Jahre (Brähler) J05(1-3)

- Anerkennung ab 61 Jahre (Brähler) J06(1-9)
- Verlust einer nahestehenden Person (Kersting) K01-K11
- Trauerstörung (Kersting) K12(1-22)-K13
- Tourette (Müller-Vahl) L01-L36
- Work Role Functioning Questionnaire (Gündel) M01(1-5)

Projekt:

**210601**

Sample -Nr.:

1	0	4
---	---	---

Point-Nr.:

--	--	--

AL-Nr.:

--	--	--

Interviewer-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--

Interview durchgeführt am:

--	--	--	--

Tag

Interviewbeginn:

--	--	--	--

Stunde      Minute

Interviewende:

--	--	--	--

Stunde      Minute

Die Befragungsperson hat die **Datenschutzerklärung erhalten**  
und einer **freiwilligen Teilnahme** an der Befragung **zugestimmt**. ....

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

Fragebogen konnte nur übergeben werden (wurde von ZP alleine ausgefüllt) ....

**Zu Beginn geht es um einige statistische Merkmale zu Ihrer Person:**

S 1	Ihr Geschlecht:	männlich .....	<input type="checkbox"/>				
		weiblich .....	<input type="checkbox"/>				
		divers .....	<input type="checkbox"/>				
S 2	Wann sind Sie geboren?	Geburtsmonat (z.B. 09):	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
	Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt.	Geburtsjahr:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
S 3	Wohnen Sie zur Miete oder in Ihrem eigenen Wohneigentum?	Zur Miete.....	<input type="checkbox"/>				
		Im eigenen Wohneigentum .....	<input type="checkbox"/>				
S 4	Welchen Familienstand haben Sie?	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/ meiner Ehepartner/in zusammen	<input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage S 5</b>				
		Ich bin verheiratet und lebe von meinem/ meiner Ehepartner/in getrennt	<input type="checkbox"/>				
		Ich bin ledig.....	<input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage S 4a</b>				
		Ich bin geschieden.....	<input type="checkbox"/>				
		Ich bin verwitwet .....	<input type="checkbox"/>				
S 4a	Leben Sie in einer festen Partnerschaft?	Ja.....	<input type="checkbox"/>				
		Nein.....	<input type="checkbox"/>				
S 5	Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt – ich meine Personen, die hier schlafen und essen - Sie selbst mit eingeschlossen?	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Personen		
S 5a	Wie viele davon sind Kinder unter 16 Jahren?	Kinder <u>unter 16 Jahren?</u>	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Anzahl				
	Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.						
S 6	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?	Deutsch	<input type="checkbox"/>				
		Andere, welche: _____	<input type="checkbox"/>				
S 7	Welcher Religionsgemeinschaft oder Konfession gehören Sie an?	Evangelisch.....	<input type="checkbox"/>				
		Katholisch .....	<input type="checkbox"/>				
		Muslimisch.....	<input type="checkbox"/>				
		Andere (z. B. jüdisch, buddhistisch, hinduistisch)...	<input type="checkbox"/>				
		Keine Konfession.....	<input type="checkbox"/>				

S 8	<i>Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?</i>	Ja	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage S 9</b>
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage S 10</b>
		Bin nicht wahlberechtigt	<input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe	<input type="checkbox"/>	
S 9	<i>Und welche Partei würden Sie dann wählen?</i>	CDU .....	<input type="checkbox"/>	
		CSU .....	<input type="checkbox"/>	
		SPD .....	<input type="checkbox"/>	
		AfD .....	<input type="checkbox"/>	
		FDP .....	<input type="checkbox"/>	
		Die Linke .....	<input type="checkbox"/>	
		Bündnis 90/Die Grünen .....	<input type="checkbox"/>	
		Andere Partei .....	<input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/>	
		Wähle ungültig .....	<input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe .....	<input type="checkbox"/>	
S 10	<i>Welchen Schulabschluss haben Sie? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>	Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule)	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe Mittlere Reife/ Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss)	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Hochschul-/ Universitäts- studium	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/ Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss)	<input type="checkbox"/>	
		Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar?	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
		Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule	<input type="checkbox"/>	

S 11	<i>Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?</i>	Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/>
	<i>INT.: Liste S 11 vorlegen</i>	Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden	<input type="checkbox"/>
		Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden	<input type="checkbox"/>
		Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung	<input type="checkbox"/>
		Zur Zeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit	<input type="checkbox"/>
		Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorruhestand	<input type="checkbox"/>
		Nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/>
		In Berufsausbildung (einschließlich Fachschulen für gewerbliche Berufe)	<input type="checkbox"/>
		In Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule)	<input type="checkbox"/>
S 12	<i>Wie oft waren Sie arbeitslos, einschließlich jetziger Arbeitslosigkeit?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal	
S 13	<i>Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?</i>	Berufskreis-Nummer:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<i>INT.: Liste S 13 vorlegen</i>	noch nie berufstätig gewesen	<input type="checkbox"/>
S 14	<i>Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an. Wie hoch ist <b>Ihr eigenes</b> Einkommen? Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung?  Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.</i>	Einkommensgruppe Nr.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		kein persönliches Einkommen	<input type="checkbox"/>
	<i>INT.: Liste S 14 vorlegen</i>		
S 15	<i>Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom <b>gesamten</b> monatlichen Nettoeinkommen her einordnen? Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.</i>	Einkommensgruppe Nr.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<i>Tragen Sie bitte die entsprechende Nummer ein.</i>	
	<i>INT.: Liste S 15 vorlegen</i>		

**Wissenschaftler:innen unter der Leitung der Universität Leipzig möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung verschiedene wissenschaftliche/medizinische Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Lesen Sie dazu die Angaben im beigelegten Datenschutzblatt.**

**Da unterschiedliche Forschungseinrichtungen beteiligt sind, kann es sein, dass manche Fragen sich ähneln, wir bitten Sie dennoch den gesamten Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.**

#### **Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Bitte lesen Sie sich die jeweilige Frage einschließlich der Antwortmöglichkeiten vor der Beantwortung vollständig durch.
- Die Mehrzahl der Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten. Setzen Sie Ihr Kreuz einfach in die dafür vorgesehenen Kästchen.

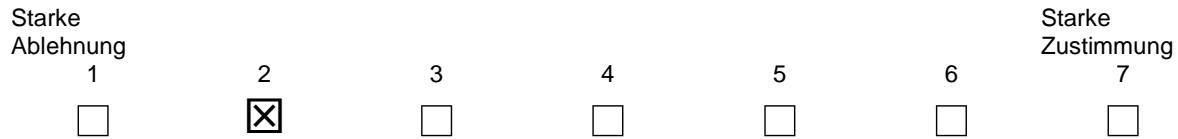
**Beispiel:**      Nein                          
.....  
Ja      
.....

- Nach vielen Fragen finden Sie in Klammern weitere Bearbeitungshinweise.  
**Beispiel:** *(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)*
- Falls Sie aus Versehen ein Kreuz an der falschen Stelle gesetzt haben, schwärzen Sie bitte das falsche Kästchen.

**Beispiel:**      Nein                          
.....  
Ja      
.....

- Für die Beantwortung vieler Fragen finden sich im Fragebogen sogenannte Skalen. Mit diesen können Sie Ihre Antwort zwischen zwei inhaltlichen Positionen abstimmen, im Beispiel etwa zwischen „Starke Ablehnung“ oder „Starke Zustimmung“.

**Beispiel:**



- An einigen Stellen des Fragebogens bitten wir Sie, Ihre Antworten frei zu formulieren. Verwenden Sie in diesen Fällen die dafür vorgesehenen Linien.

**Beispiel:** *(Bitte notieren)*

---

- Sollte bei einer Frage einmal keine Antwortmöglichkeit für Sie zutreffen, lassen Sie diese leer.

A01. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?							
01	Mutter?	In Deutschland .....	<input type="checkbox"/>				
		In einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>				
02	Vater?	In Deutschland .....	<input type="checkbox"/>				
		In einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>				
A02.	Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?	Seit Ihrer Geburt ➔	<input type="checkbox"/>				
		Jahreszahl:	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
A03.	Wo sind Sie überwiegend aufgewachsen bis zum 14. Lebensjahr?	Westdeutschland und Westberlin .....	<input type="checkbox"/>				
		Ostdeutschland und Ostberlin .....	<input type="checkbox"/>				
		In einem anderen Land .....	<input type="checkbox"/>				

B01. Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht/entsprochen hat.

Während der letzten Woche...		Selten (weniger als 1 Tag)	Manchmal (1 bis 2 Tage lang)	Öfters (3 bis 4 Tage lang)	Meistens (5 bis 7 Tage lang)
01	...haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	...hatte ich kaum Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	...konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	...kam ich mir genauso gut vor wie andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	...hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	...war ich deprimiert/niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	...war alles anstrengend für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	...dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	...dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	...hatte ich Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	...habe ich schlecht geschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	...war ich fröhlich gestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	...habe ich weniger als sonst geredet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	...fühlte ich mich einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Fortsetzung von Frage B01) Während der letzten Woche...		Selten (weniger als 1 Tag)	Manchmal (1 bis 2 Tage lang)	Öfters (3 bis 4 Tage lang)	Meistens (5 bis 7 Tage lang)
15	...waren die Leute unfreundlich zu mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	...habe ich das Leben genossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	...musste ich weinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	...war ich traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	...hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	...konnte ich mich zu nichts aufraffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**In den folgenden Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Fragebogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.**

	Ausge- zeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
B02. <i>Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einem Jahr	Derzeitig etwas schlechter	Derzeitig viel schlechter
B03. <i>Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B04. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?**

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
01	anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Einkaufstaschen heben und tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Fortsetzung von Frage B04)		Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
08	mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B05. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

01	Ich konnte nicht <u>so lange</u> wie üblich tätig sein.	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
02	Ich habe <u>weniger geschafft</u> als ich wollte.	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
03	Ich konnte <u>nur bestimmte Dinge</u> tun.	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
04	Ich hatte <u>Schwierigkeiten</u> bei der Ausführung.	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>

B06. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

01	Ich konnte nicht <u>so lange</u> wie üblich tätig sein.	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
02	Ich habe <u>weniger geschafft</u> als ich wollte.	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>
03	Ich konnte nicht so <u>sorgfältig</u> wie üblich arbeiten.	Ja.....	<input type="checkbox"/>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
B07. Wie sehr haben Ihre <b>körperliche Gesundheit oder seelische Probleme</b> in den <u>vergangenen 4 Wochen</u> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>				

	Keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
B08. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den <u>vergangenen 4 Wochen</u> ?	<input type="checkbox"/>					

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
B09. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den <u>vergangenen 4 Wochen</u> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="checkbox"/>				

B10. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
01 ...voller Schwung?	<input type="checkbox"/>					
02 ...sehr nervös?	<input type="checkbox"/>					
03 ...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>					
04 ...ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>					
05 ...voller Energie?	<input type="checkbox"/>					
06 ...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>					
07 ...erschöpft?	<input type="checkbox"/>					
08 ...glücklich?	<input type="checkbox"/>					
09 ...müde?	<input type="checkbox"/>					

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
B11. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <u>vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>				

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
B12. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?					
01 Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C01. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, die sich auf Ihre Beziehung zu anderen Menschen, die Beziehung anderer Menschen zu Ihnen, und Ihr Verhältnis zu sich selbst beziehen. Dabei geht es um eine allgemeine positive Grundeinstellung bezüglich des Wohlergehens von anderen Menschen oder von Ihnen selbst. Bitte schätzen Sie ein, wie sehr die Feststellungen in Ihrem gegenwärtigen Leben zutreffen.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder noch	Eher zutreffend	Trifft vollkommen zu
01 Andere bringen mir Respekt und Wertschätzung entgegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Anderen Menschen sind meine Bedürfnisse wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich trage dazu bei, dass ich meine besonderen Fähigkeiten oder Persönlichkeit entwickeln kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Andere tragen dazu bei, dass ich meine besonderen Fähigkeiten und Persönlichkeit entwickeln kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Andere wünschen mir, dass ich meine Ziele im Leben erreiche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Mir ist wichtig, dass andere Menschen glücklich werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Meine Bedürfnisse sind für mein Handeln wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Ich trage dazu bei, dass andere ihre besonderen Fähigkeiten und Persönlichkeit entwickeln können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Ich bringe mir selbst Respekt und Wertschätzung entgegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Anderen Menschen ist wichtig, dass ich glücklich werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Mir ist wichtig, dass ich glücklich werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ich wünsche anderen, dass sie ihre Ziele im Leben erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ich bringe anderen Menschen Respekt und Wertschätzung entgegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Ich versuche mich so anzunehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ich achte darauf, dass ich gesund bleibe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Andere bieten mir Schutz, wenn sie sehen, dass ich bedroht bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Die Bedürfnisse anderer Menschen sind für mein Handeln wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Ich versuche anderen zu helfen, wenn sie es brauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C02. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder noch	Eher zutreffend	Trifft vollkommen zu
01 Ich bin eher zurückhaltend, reserviert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich bin bequem, neige zur Faulheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Ich neige dazu, andere zu kritisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Ich erledige Aufgaben gründlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Ich werde leicht nervös und unsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin fantasievoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ich typischerweise mit mir selbst in schwierigen Zeiten umgehe:

C03. Kreuzen Sie bitte bei den nachfolgenden Aussagen jeweils an, wie oft Sie sich in der beschriebenen Art und Weise verhalten.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Sehr selten	Selten	Gelegentlich	Oft	Sehr oft
01 Ich versuche mit mir selbst liebevoll umzugehen, wenn es mir emotional schlecht geht.	<input type="checkbox"/>				
02 Ich versuche verständnisvoll und geduldig gegenüber jenen Zügen meiner Persönlichkeit zu sein, die ich nicht mag.	<input type="checkbox"/>				

C04. Im Folgenden werden Ziele, Erwartungen oder Wünsche von Personen beschrieben. Geben Sie an, in welchem Maße die Person jeweils Ihnen ähnlich ist. Wenn Sie weiblichen Geschlechts sind, beziehen Sie sich auf eine (imaginäre) weibliche Person, bei Männern auf eine männliche Person. Bitte versuchen Sie spontan und ohne lange zu überlegen, Ihren ersten Eindruck einzuschätzen.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Gleicht mir sehr	Gleicht mir	Gleicht mir etwas	Gleicht mir wenig	Gleicht mir nicht	Gleicht mir ganz und gar nicht
01 Es ist ihm/ihr wichtig, den Menschen in seiner/ihrer Umgebung zu helfen. Er/sie möchte sich um ihr Wohlergehen sorgen.	<input type="checkbox"/>					
02 Ihm/ihr ist es wichtig, gegenüber seinen/ihren Freunden treu zu sein. Er/sie möchte für die Menschen da sein, die ihm/ihr nahe stehen.	<input type="checkbox"/>					

D01. **Geschlechtsidentität** ist definiert als subjektiv erlebte Wahrnehmung des eigenen Geschlechts; sie steht nicht unbedingt zwangsläufig in Zusammenhang mit Ihrem zugewiesenen Geschlecht bei der Geburt. Bitte geben Sie für die folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihre Erfahrung in den vergangenen 2 Wochen am besten beschreibt.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme ein wenig zu	Stimme weder zu noch lehne ich ab	Stimme eher zu	Stimme vollkommen zu
01 Mein äußeres Erscheinungsbild spiegelt meine Geschlechtsidentität wider.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich erlebe ein Gefühl von Einheit zwischen meiner Geschlechtsidentität und meinem Körper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Mein körperliches Erscheinungsbild drückt meine Geschlechtsidentität angemessen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Im Allgemeinen fühle ich mich wohl damit, wie andere meine Geschlechtsidentität wahrnehmen, wenn sie mich ansehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Mein physischer Körper repräsentiert meine Geschlechtsidentität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Die Art, wie mein Körper gegenwärtig aussieht, spiegelt nicht meine Geschlechtsidentität wider.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Ich bin glücklich mit der Art, wie mein Aussehen meine Geschlechtsidentität zum Ausdruck bringt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Ich denke nicht, dass mein Erscheinungsbild meine Geschlechtsidentität widerspiegelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Ich denke, dass mein Geist und mein Körper im Einklang miteinander stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich bin stolz auf meine Geschlechtsidentität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ich bin glücklich, dass ich die Geschlechtsidentität habe, die ich habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ich habe meine Geschlechtsidentität akzeptiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dieser Fragebogen enthält verschiedene Fragen zu Symptomen und Beschwerden, die auftreten können. Bitte überlegen Sie bei jeder Frage, welche Antwort auf Sie am besten zutrifft und machen Sie ein Kreuz im entsprechenden Feld. Beantworten Sie bitte jede Frage.

E01. Wie sehr litten Sie in den letzten vier Wochen unter...?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Gar nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark
01 ...Taubheit oder Kribbeln in bestimmten Körperteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 ...Gedächtnisschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 ...Kreuz- und Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Fortsetzung von Frage E01)		Gar nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark
04	...Muskelzittern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	...Herzklopfen oder Herzrasen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	...Gelenk- oder Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	...Selbstvorwürfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	...Übelkeit oder Magenverstimmungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	...innerer Anspannung und Unruhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	...Bauchschmerzen oder Bauchkrämpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	...Hitzewallungen oder Kälteschauern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	...Muskelschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	...sorgenvollen Gedanken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	...Nacken- oder Schulterschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	...Schwermut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	...Schwächegefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	...Schwindelgefühlen oder dem Gefühl in Ohnmacht zu fallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	...Entscheidungsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	...Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	...Muskelkrämpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E02. Wie oft haben Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen beeinträchtigt gefühlt durch...?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
01	...weniger Interesse und Freude an Ihren Tätigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	...Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Im nächsten Abschnitt stellen wir Ihnen einige Fragen zur Lebensqualität. Die Antwort "gar nicht" bedeutet bei diesen Fragen, dass Sie in Ihrem Wohlbefinden stark eingeschränkt sind. Die Antwort "sehr" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Sie wenige oder kaum Einschränkungen bezüglich Ihres Wohlbefindens haben.**

E03. *Inwiefern...*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Gar nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
01	...fühlten Sie sich in den letzten vier Wochen energiegeladen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	...fühlten Sie sich in den letzten vier Wochen körperlich fit und vital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	...hatten Sie die letzten vier Wochen Freude an Sexualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	...waren Sie in den letzten vier Wochen ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	...waren Sie in den letzten vier Wochen glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	...fühlten Sie sich in den letzten vier Wochen gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte geben Sie an, wie oft Sie während der vergangenen 2 Wochen, in den nachfolgend aufgeführten Bereichen des täglichen Lebens eingeschränkt waren.**

E04. *Einschränkung in...*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Sehr oft
01	Schule/Studium/Beruf	<input type="checkbox"/>				
02	Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>				
03	Schlaf	<input type="checkbox"/>				
04	Sport/körperliche Betätigung	<input type="checkbox"/>				
05	Freizeitgestaltung/Soziale Beziehungen	<input type="checkbox"/>				

**Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, wie Sie im Allgemeinen mit Lebensproblemen umgehen. Bitte nehmen Sie für Ihre Einschätzung das zur Grundlage, wie Sie in letzter Zeit tatsächlich mit Problemen umgegangen sind (und nicht, wie Sie sich wünschen, wie Sie damit umgehen wollten oder sollten).**

F01. *Bevor ich auf ein Problem reagiere, ist es mir wichtig, erst einmal zu verstehen, worin das Problem besteht.*

Stimmt überhaupt nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Stimmt genau
	<input type="checkbox"/>											

F02. *Was gut oder schlecht ist, hängt wesentlich von den Rahmenbedingungen ab.*

Stimmt überhaupt nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Stimmt genau
	<input type="checkbox"/>											

F03. Nach meiner Meinung soll jeder auf seine Art glücklich werden.

Stimmt überhaupt nicht											Stimmt genau
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

F04. Für mich ist es interessant sich zu überlegen, was andere zu einem Thema denken.

Stimmt überhaupt nicht											Stimmt genau
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

F05. Ich versuche immer mitzufühlen, wie mein Gegenüber sich fühlt.

Stimmt überhaupt nicht											Stimmt genau
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

F06. Wenn man zufrieden ist mit dem, was man hat, dann geht es einem besser, als wenn man dem nachweint, was man nicht hat.

Stimmt überhaupt nicht											Stimmt genau
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

F07. Ich versuche mich nach Möglichkeit nicht so wichtig zu nehmen.

Stimmt überhaupt nicht											Stimmt genau
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

F08. Ich kann nicht erwarten, dass andere mich mögen, wenn ich mich nicht entsprechend benehme.

Stimmt überhaupt nicht											Stimmt genau
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

F09. Ich kann nicht verlangen, immer nur gute Stimmung zu sein.

Stimmt überhaupt nicht											Stimmt genau
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

F10. Ich versuche mich nach Möglichkeit nicht aufzuregen, denn man hat ja nichts davon, wenn man sich selbst aufregt.

Stimmt überhaupt nicht											Stimmt genau
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

F11. Ich gehöre zu den Menschen, die sagen: „Es kommt, wie es kommt.“

Stimmt überhaupt nicht											Stimmt genau
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"/>	<input type="checkbox"/>

F12. Ich sehe Krisen immer auch als Chance für die Zukunft.

Stimmt überhaupt nicht											Stimmt genau
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"/>	<input type="checkbox"/>

Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. Ein Viertel der Allgemeinbevölkerung leidet an irgendeiner psychischen Erkrankung. Leiden oder litten Sie an gesundheitlichen Problemen, die nicht rein körperlicher Natur sind (z.B. ausgeprägte Ängste, langandauernde Stimmungsprobleme, Schwierigkeiten in der Gefühlsregulation, mehrfache zwischenmenschliche Probleme)? UND bringen Ihnen diese Beschwerden regelmäßig Beeinträchtigungen in der Lebensführung?

Ja.....

Nein.....

F13. Natur sind (z.B. ausgeprägte Ängste, langandauernde Stimmungsprobleme, Schwierigkeiten in der Gefühlsregulation, mehrfache zwischenmenschliche Probleme)? UND bringen Ihnen diese Beschwerden regelmäßig Beeinträchtigungen in der Lebensführung?

Ja.....

F14. Waren Sie schon einmal wegen einer psychischen Erkrankung (z.B. ausgeprägte und beeinträchtigende Ängste, Stimmungsprobleme, zwischenmenschliche Probleme) in Behandlung oder haben Ärzte oder Angehörige Sie aufgefordert, sich in Behandlung zu begeben?

Ja.....

Nein.....

F15. Leiden Sie an einer chronischen körperlichen Erkrankung oder Behinderung, wegen der Sie in medizinischer Behandlung sind und die Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung mit sich bringt?

Ja.....

Nein.....

	Aus- reichend	Gehen nicht weit genug	Über- trieben	Völlig sinnlos	Weiß nicht	Keine Angabe
G01. Was denken Sie: Sind die Maßnahmen zur Bekämpfung des Klimawandels ausreichend, gehen sie nicht weit genug, sind sie übertrieben oder sind sie völlig sinnlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G02. Was denken Sie über die folgenden Aussagen? Würden Sie ihnen zustimmen oder lehnen Sie sie ab?

	Stimme voll und ganz zu	Stimme überwiegend zu	Teils-teils	Lehne überwiegend ab	Lehne völlig ab	Weiß nicht	Keine Angabe
01 Die Auswirkungen des Klimawandels werden übertrieben dargestellt.	<input type="checkbox"/>						
02 Um den Klimawandel wirksam zu bekämpfen, ist eine grundsätzliche Reform unseres Wirtschafts- und Sozialsystems notwendig.	<input type="checkbox"/>						
03 Die Beschränkungen in der Corona-Pandemie sind nur ein Probelauf für die geplanten staatlichen Zwangsmaßnahmen infolge der Klimapolitik.	<input type="checkbox"/>						

H01. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte geben Sie an, wie sehr die Aussagen im **Allgemeinen** auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)	Stimme nicht zu	↔	Stimme völlig zu
01 Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich mag mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Ich bin entschlossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Ich nehme die Dinge, wie sie kommen..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie sich in emotional bedeutsamen Partnerschaften fühlen. Von Interesse ist dabei vor allem, wie Sie im Allgemeinen Partnerschaften erleben oder erlebt haben.**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Stimme nicht zu								Stimme völlig zu
H02. Ich ziehe es vor, meinem Partner/meiner Partnerin nicht nahe zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H03. Ich habe Angst, die Liebe meines Partners/meiner Partnerin zu verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Bitte beantworten Sie die Frage H04 nur, wenn Sie sich dem weiblichen Geschlecht zugehörig fühlen.**

H04. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf verschiedene Funktionsbereiche menschlicher Sexualität. Bitte nehmen Sie zu jeder Aussage Stellung, indem sie ein Kästchen ankreuzen, um darzustellen, wie sehr sie der Aussage für sich zustimmen.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Stimme überhaupt nicht zu								Stimme voll und ganz zu
01 Ich habe wenig Lust auf sexuelle Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02 Ich habe eine Abneigung gegen sexuelle Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03 Ich habe Probleme sexuell erregt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04 Bei der sexuellen Erregung werde ich nicht feucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05 Ich komme nicht zum sexuellen Höhepunkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06 Ich spüre Schmerzen beim Geschlechtsverkehr in der Genitalregion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07 Die Intensität meines sexuellen Erlebens ist gemindert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08 Ich bin mit meiner sexuellen Aktivität zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Bitte beantworten Sie die Frage H05 nur, wenn Sie sich dem männlichen Geschlecht zugehörig fühlen.**

H05. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf verschiedene Funktionsbereiche menschlicher Sexualität. Bitte nehmen Sie zu jeder Aussage Stellung, indem sie eine Zahl ankreuzen, um darzustellen, wie sehr sie der Aussage für sich zustimmen.

(Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)		<span style="position: absolute; left: 0; top: 0; font-size: small;">Stimme überhaupt nicht zu</span> <span style="position: absolute; left: 50%; top: 0; width: 100%; height: 100%; background: #cccccc; opacity: 0.1;"></span> <span style="position: absolute; left: 100%; top: 0; font-size: small;">Stimme voll und ganz zu</span>						
01	Ich habe wenig Lust auf sexuelle Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich habe eine Abneigung gegen sexuelle Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich habe Probleme, eine Erektion zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich habe Probleme, die Erektion aufrecht zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich komme nicht zum sexuellen Höhepunkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich habe einen zu frühen Samenerguss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Die Intensität meines sexuellen Erlebens ist gemindert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich bin mit meiner sexuellen Aktivität zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ab hier wieder für Alle.**

H06. (Bitte machen Sie in <u>jeder Zeile</u> ein Kreuz.)		Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
01	Ich habe das Gefühl, dass ich Teil unserer Gesellschaft bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich habe Einfluss darauf, wie sich unsere Gesellschaft entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich habe das Gefühl, mit meinen Belangen und Problemen von der Politik ernst genommen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich leiste einen wertvollen Beitrag zu unserer Gesellschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich fühle mich mit der Region, in der ich lebe, verbunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich fühle mich im sozialen Umfeld außerhalb meiner Familie gut eingebunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Ich habe einen hohen Selbstwert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich fühle mich im Allgemeinen entspannt und ausgeglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- H07. Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu über eine Linie den untenstehenden schwarzen Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.



- I01. Wie oft leiden Sie an Symptomen trockener Augen?

	(bitte ankreuzen)	Nie	Manchmal	Häufig	Ständig
01	Trockenheit, sandiges oder kratziges Gefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Schmerzen oder Reizungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Brennen oder Tränenfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Augenermüdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- I02. Wie schwerwiegend sind die Symptome und wie beeinflussen sie Ihr tägliches Leben?

	(bitte ankreuzen)	Keine Beschwerden (nicht gut aber nicht unangenehm)	Erträglich (nicht gut aber nicht unangenehm)	Unangenehm (lästig aber beeinträchtigt meinen Alltag nicht)	Störend (lästig und beeinträchtigt meinen Alltag)	Unerträglich (ich kann meine täglichen Aufgaben nicht erfüllen)
01	Trockenheit, sandiges oder kratziges Gefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Schmerzen oder Reizungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Brennen oder Tränenfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Augenermüdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nie	Manchmal	Häufig	Täglich
I03.	Nehmen Sie Augentropfen für das trockene Auge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	Nein
I04.	Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen für eine andere Erkrankung (z.B. Glaukom/ grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I05.	Hat ein Arzt jemals ein trockenes Auge diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I06.	Sind Sie schon einmal an den Augen operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I07. <i>In der letzten Woche:</i> <i>(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)</i>		Ja, das trifft zu	Nein, das trifft nicht zu	
01	Ich fühle mich leistungsfähig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Körperlich fühle ich mich in der Lage, nur wenig zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich fühle mich sehr aktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich habe Lust, alle möglichen schönen Dinge zu unternehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich fühle mich müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich denke, dass ich an einem Tag viel erledige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Wenn ich etwas tue, kann ich mich gut darauf konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Körperlich traue ich mir viel zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich fürchte mich davor, Dinge erledigen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich denke, dass ich an einem Tag sehr wenig tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich kann mich gut konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich fühle mich ausgeruht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Es kostet mich große Anstrengungen, mich auf Dinge zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Körperlich fühle ich mich in einer schlechten Verfassung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich habe eine Menge Pläne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich ermüde sehr schnell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich schaffe es, nur wenig zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich fühle mich nicht danach auch nur irgendetwas zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Meine Gedanken schweifen sehr leicht ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Körperlich fühle ich mich in einer ausgezeichneten Verfassung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I08.	<i>Sind oder waren Sie selbst am Corona Virus „COVID 19“ erkrankt?</i>	Ja, ich wurde positiv auf COVID 19 getestet Vielleicht... ich hatte/habe Symptome, es wurde aber kein Test durchgeführt..... Vermutlich nein... ich hatte keine Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J01. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so, wie es auf Sie persönlich zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie keine Frage ausgelassen haben.

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu
01	Jüngere können vom Rat Älterer in persönlichen Fragen profitieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ältere Menschen sind häufig deprimiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Die meisten älteren Menschen fühlen sich einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Mit zunehmendem Alter ist der Mensch immer weniger in der Lage, selbständig Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Im hohen Alter sind viele Menschen verkalkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ältere Menschen können heute viele politische Entwicklungen nicht mehr verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Viele ältere Menschen haben den Anschluss an die heutige Zeit verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ältere Menschen kosten den Staat zu viel Geld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Die zunehmende Anzahl älterer Menschen bringt der Gesellschaft viele Belastungen und nur wenig Nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Der wachsende Anteil Älterer wird irgendwann dazu führen, dass wir wirtschaftlich nicht mehr konkurrenzfähig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Wir haben heute zu viele alte Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Der Staat sollte lieber mehr Geld für jüngere Menschen ausgeben als für ältere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Wenn medizinische Leistungen nur für eine begrenzte Anzahl von Menschen erbracht werden können, sollte man zunächst an die Jüngeren und dann an die Älteren denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ältere Menschen haben zahlreiche Lebenserfahrungen gesammelt. Aus diesem Grund sollte sich unsere Gesellschaft an den Werten Älterer orientieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Wenn es die jetzige ältere Generation nicht mehr gibt, geraten viele schöne Bräuche in Vergessenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Es sind die älteren Menschen, die die Wurzeln unserer Kultur lebendig halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ältere Menschen sollten häufiger um Rat gefragt werden, wenn es um politische Entscheidungen geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Jüngere könnten vom Rat Älterer in beruflichen Fragen profitieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beantworten Sie die Fragen J02 bis J06 nur, wenn Sie 60 Jahre oder älter sind.**

J02. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? Sie können Ihre Antwort abstimmen zwischen 1 = „Stimme ganz und gar nicht zu“ und 6 = „Stimme voll und ganz zu“.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)		Stimme ganz und gar nicht zu	Stimme voll und ganz zu
01	Leute wie ich werden in der Gesellschaft immer weniger beachtet.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
02	Die Meinungen und Interessen von Leuten wie mir werden in der Gesellschaft zu wenig berücksichtigt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
03	Leute wie ich werden in der Gesellschaft nicht wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
04	Probleme von Leuten wie mir werden in der Gesellschaft zu wenig beachtet.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
05	Leute wie ich finden in der Gesellschaft zu wenig Anerkennung.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

J03. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Zustimmung am besten entspricht. Wenn in den folgenden Aussagen allgemein von "Menschen" oder "Freunden/Angehörigen" die Rede ist, dann sind die Menschen gemeint, die Ihnen wichtig sind.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)		Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu	Trifft genau zu
01	Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
02	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
03	Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
04	Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
05	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/ Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
06	Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

J04. Im Folgenden geht es um Ihre Einstellung zu unserer Gesellschaft und Ihrem Wohlbefinden.

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)	Nicht zustimmen	Eher nicht zustimmen	Eher zustimmen	Zustimmen
01	Ich habe das Gefühl, dass ich Teil unserer Gesellschaft bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich habe Einfluss darauf, wie sich unsere Gesellschaft entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich habe das Gefühl, mit meinen Belangen und Problemen von der Politik ernst genommen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich leiste einen wertvollen Beitrag zu unserer Gesellschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich fühle mich mit der Region, in der ich lebe, verbunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich fühle mich im sozialen Umfeld außerhalb meiner Familie gut eingebunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Ich fühle mich körperlich gesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich fühle mich im Allgemeinen entspannt und ausgeglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich habe einen hohen Selbstwert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J05. Wie oft haben Sie das Gefühl ...

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
01	... „dass Ihnen die Gesellschaft anderer fehlt?“	<input type="checkbox"/>				
02	... „außen vor zu sein?“	<input type="checkbox"/>				
03	... „dass Sie sozial isoliert sind?“	<input type="checkbox"/>				

J06. Sie finden im Folgenden eine Reihe von Aussagen. Bitte bewerten Sie, ob diese für Sie zutreffen!

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Teils/Teils	Trifft etwas zu	Trifft voll und ganz zu
01	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern befreundete Menschen bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wenn ich einmal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Im Umgang mit Behörden und Ämtern fühle ich mich oft ausgeliefert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Manchmal fühle ich mich wie ein Mensch 2. Klasse behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Manchmal habe ich den Eindruck, meine Rechte bestehen nur auf dem Papier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Meine Tätigkeit wird von meinen Kollegen oder Mitmenschen wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich habe das Gefühl einen wichtigen Beitrag zur Gesellschaft zu leisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich gebe viel, bekomme aber von anderen Menschen auch viel zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ab hier wieder für Alle.**

K01.	<i>Ist in Ihrem Leben eine Ihnen nahestehende Person (beispielsweise ein/e Verwandte, ein/e Partner/in oder ein/e Freund/in) verstorben?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage K02</b>
		Nein.....	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage L01</b>
K02.	<i>Wie viele nahestehende Personen haben Sie verloren?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl

**Wenn mehr als eine Ihnen nahestehende Person verstorben ist, beziehen Sie die folgenden Fragen bitte auf diejenige Person, deren Verlust Sie am meisten und schwersten getroffen hat.**

K03.	<i>Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt des Verlustes?</i>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   Jahre
K04.	<i>Wie lange liegt der Verlust zurück? (Bitte in Monaten angeben)</i>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> Monate
K05.	<i>Welches Geschlecht hatte die verstorbene Person?</i>	Männlich..... <input type="checkbox"/> Weiblich..... <input type="checkbox"/>

K06. <i>In welcher Beziehung stand die verstorbene Person zu Ihnen?</i>	Partner/Partnerin..... <input type="checkbox"/> Eigenes Kind..... <input type="checkbox"/> Eigenes ungeborenes Kind..... <input type="checkbox"/> Elternteil..... <input type="checkbox"/> Geschwister..... <input type="checkbox"/> Großelternteil..... <input type="checkbox"/> Schwiegermutter/-vater..... <input type="checkbox"/> Sonstige Verwandte..... <input type="checkbox"/> Guter Freund/Freundin..... <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte angeben) <hr/>
K07. <i>Wie alt war die Ihnen nahestehende Person?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
K08. <i>Auf welche Weise ist die Person verstorben? Was war die Todesursache?</i>	Plötzlicher Tod aufgrund einer medizinischen Ursache (z.B. Herzversagen, kurze Krankheit).... <input type="checkbox"/> COVID-19 (ggf. zusätzlich ankreuzen)..... <input type="checkbox"/> Tod nach einer längeren Krankheit (bitte angeben): <hr/> Unfall..... <input type="checkbox"/> Suizid..... <input type="checkbox"/> Gewaltverbrechen..... <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): <hr/>
K09. <i>Falls die Ihnen nahestehende Person nach einer längeren Krankheit verstorben ist, haben Sie die Person vor ihrem Tod gepflegt?</i>	Ja..... <input type="checkbox"/> Nein..... <input type="checkbox"/>
K10. <i>Falls Sie die verstorbene Person gepflegt haben, über welchen Zeitraum haben Sie dies getan? (bitte in Monaten angeben)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> Monate
K11. <i>Schätzen Sie verglichen mit der Beziehung zu anderen Menschen in Ihrem Umfeld ein: Wie nah standen Sie der verstorbenen Person?</i>	Überhaupt nicht nah..... <input type="checkbox"/> Ein wenig nah..... <input type="checkbox"/> Eher nah..... <input type="checkbox"/> Nah..... <input type="checkbox"/> Sehr nah..... <input type="checkbox"/>

K12. Im Folgenden finden Sie verschiedene Trauerreaktionen. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie diese Reaktionen im letzten Monat in Bezug auf den Tod Ihrer nahestehenden Person hatten (bitte jeweils nur eine Antwort pro Frage ankreuzen).

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
01 Ich hatte wiederkehrende Gedanken an die verstorbene Person und es kamen mir immer wieder Bilder der verstorbenen Person in den Sinn.	<input type="checkbox"/>				
02 Ich hatte intensive Gefühle von emotionalem Schmerz, Traurigkeit oder Momente, in denen ich mich von meiner Trauer überwältigt fühlte.	<input type="checkbox"/>				
03 Ich hatte Sehnsucht oder starkes Verlangen nach der verstorbenen Person.	<input type="checkbox"/>				
04 Ich war ratlos bezüglich meiner Rolle im Leben, oder als wüsste ich nicht mehr, wer ich bin.	<input type="checkbox"/>				
05 Es fiel mir schwer, den Verlust zu akzeptieren.	<input type="checkbox"/>				
06 Ich habe Plätze, Dinge oder Gedanken vermieden, die mich an ihren/seinen Tod erinnern.	<input type="checkbox"/>				
07 Es fiel mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen.	<input type="checkbox"/>				
08 Ich war verbittert oder wütend über den Verlust.	<input type="checkbox"/>				
09 Es fiel mir schwer, mein Leben weiterzuführen (z.B. Freunde zu finden, Interessen zu verfolgen).	<input type="checkbox"/>				
10 Ich war wie betäubt durch den Verlust.	<input type="checkbox"/>				
11 Mir kam das Leben ohne die verstorbene Person unerfüllt, leer oder bedeutungslos vor.	<input type="checkbox"/>				
12 Ich war bezüglich des Verlusts fassungslos oder schockiert.	<input type="checkbox"/>				
13 Ich habe deutliche Einschränkung in meinen Fähigkeiten im sozialen, beruflichen oder in einem anderen Umfeld aufgrund ihres/seines Todes bemerkt.	<input type="checkbox"/>				
14 Ich hatte wiederkehrende Gedanken an die Umstände ihres/seines Todes und es kamen mir immer wieder Bilder der Todesumstände in den Sinn.	<input type="checkbox"/>				
15 Es fiel mir schwer, mich an schöne Momente mit der verstorbenen Person zu erinnern.	<input type="checkbox"/>				
16 Ich hatte negative Gedanken in Bezug auf die verstorbene Person oder den Tod (z.B. Selbstvorwürfe).	<input type="checkbox"/>				
17 Ich verspürte den Wunsch tot zu sein, um bei der verstorbenen Person sein zu können.	<input type="checkbox"/>				
18 Ich fühlte mich einsam oder von anderen Menschen entfremdet.	<input type="checkbox"/>				
19 Es fühlte sich unwirklich an, dass er / sie tot ist.	<input type="checkbox"/>				
20 Ich machte anderen heftige Vorwürfe für seinen / ihren Tod.	<input type="checkbox"/>				
21 Es fühlte sich an, als wäre ein Teil von mir mit ihm / ihr gestorben.	<input type="checkbox"/>				
22 Es fiel mir schwer, positive Gefühle zu empfinden.	<input type="checkbox"/>				

<p>K13. <i>Haben Sie die oben beschriebenen Gefühle (die, von denen Sie angegeben haben, dass sie bei Ihnen auftreten) seit mindestens 6 Monaten?</i></p>	<p>Ja..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein..... <input type="checkbox"/></p>
---	---

**Ab hier wieder für Alle.**

<p>L01. <i>Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen für sich und für die Familienmitglieder, mit denen Sie auch über sehr persönliche gesundheitliche Themen sprechen würden.</i></p> <p><i>Bitte geben Sie an, für welche Familienmitglieder Sie die nachfolgenden Fragen (L03, L14, L26 und ggf. jeweils die Nachfragen) mit beantworten:</i></p>	<p>Falls Ja: Anzahl der Personen</p> <p>Partner/in..... <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kinder (eigene und ggf. Stiefkinder) <input type="checkbox"/></p> <p>Eltern..... <input type="checkbox"/></p> <p>Geschwister (inkl. Stief- und Halbgeschwister) <input type="checkbox"/></p> <p>Enkelkinder..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nichten/Neffen... <input type="checkbox"/></p>
<p>L02. Insgesamt werden die Fragen (Befragte/r eingeschlossen) für folgende Anzahl von Personen beantwortet</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Personen</p>
<p>L03. <i>Sind bei Ihnen oder einem der o.g. Familienmitglieder seit 2019 <u>akut</u> – also quasi „über Nacht“ - Bewegungen (etwa Zuckungen an Armen und Rumpf) oder Lautäußerungen (etwa Geräusche, Ausrufen von Wörtern oder Sätzen) aufgetreten, die in dieser Form zuvor nie bestanden?</i></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage L04</b></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage L14</b></p>
<p>L04. <i>Wer ist Betroffen?</i>  <i>(Mehrfachnennung möglich)</i></p>	<p>Ich..... <input type="checkbox"/></p> <p>Partner/in..... <input type="checkbox"/></p> <p>Kind..... <input type="checkbox"/></p> <p>Enkelkind..... <input type="checkbox"/></p> <p>Geschwister..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nichte/Neffe..... <input type="checkbox"/></p> <p>Eltern..... <input type="checkbox"/></p>

**Bei mehreren betroffenen Personen beantworten Sie die Fragen L05-L13 nur für die jüngste Person.**

L05.	<i>Wie alt war der/ die Betroffene beim Beginn der Symptome?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	
		Männlich      Weiblich      Divers	
L06.	<i>Ist der/ die Betroffene...</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
L07.	<i>Wann sind diese Symptome erstmals aufgetreten. Bitte geben Sie den Beginn so genau wie möglich an:</i>	Jahr: ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat: ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Tag: ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
L08.	<i>Welche Symptome bestehen bzw. bestanden? (Mehrfachnennungen möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Bewegungen, z.B. Zuckungen an Armen oder Rumpf..... <input type="checkbox"/> Obszöne Bewegungen und Gesten, z.B. Mittelfingerzeichen <input type="checkbox"/> Lautäußerungen, z.B. Schreie..... <input type="checkbox"/> Ausrufen von Wörtern wie „Bombe“ oder „Pommes“..... <input type="checkbox"/> Ausrufen von Schimpfwörtern und Beleidigungen wie „Fuck you“..... <input type="checkbox"/> Werfen von Gegenständen/Lebensmitteln..... <input type="checkbox"/> Andere und zwar: _____	
L09.	<i>Wurde eine Diagnose gestellt?</i>	Ja und zwar: ..... <input type="checkbox"/> Ja, aber nicht bekannt..... <input type="checkbox"/> Nein..... <input type="checkbox"/>	→ weiter mit L10
L10.	<i>Durch wen wurde diese Diagnose gestellt?</i>	<input type="checkbox"/> Psychiater/in oder Neurolog/in..... <input type="checkbox"/> Psycholog/innen oder Psychotherapeut/in..... <input type="checkbox"/> Andere/r Arzt/Ärztin (z.B. Hausarzt/-ärztin, Kinderarzt/ ärztin) <input type="checkbox"/> Internet (eigene Recherche)..... <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in..... <input type="checkbox"/> Sonstige..... 	→ weiter mit L11

		Nicht bekannt
L11.	<i>Welche Diagnose vermutet der/die Betroffene</i>	Diagnose: _____ <input type="checkbox"/>
L12.	<i>Erfolgt/e eine Behandlung</i>	Ja ..... <input type="checkbox"/> Nein..... <input type="checkbox"/> Nicht bekannt..... <input type="checkbox"/>
L13.	<i>Haben sich die Symptome seit Beginn verändert?</i>	Insgesamt Verbesserung..... <input type="checkbox"/> Insgesamt Verschlechterung..... <input type="checkbox"/> Ausprägung schwankend..... <input type="checkbox"/> Die Symptome sind vollständig zurückgegangen <input type="checkbox"/> Nein, keine Veränderung..... <input type="checkbox"/>
L14.	<i>Sind bei Ihnen oder einem der o.g. Familienmitglieder seit Februar 2019 akut – also quasi „über Nacht“ - andere körperliche Beschwerden aufgetreten (wie Schwindel, Lähmungen, Zittern, Anfälle mit Umkippen oder Bewusstlosigkeit), für die <u>keine</u> körperliche, sondern eine <u>psychische</u> Ursache vermutet oder festgestellt wurde?</i>	Ja <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">→ weiter mit Frage L15</span> Nein <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">→ weiter mit Frage L25</span>
L15.	<i>Wer ist Betroffen?</i>  (Mehrfachnennung möglich)	Ich..... <input type="checkbox"/> Partner/in..... <input type="checkbox"/> Kind..... <input type="checkbox"/> Enkelkind..... <input type="checkbox"/> Geschwister..... <input type="checkbox"/> Nichte/Neffe..... <input type="checkbox"/> Eltern..... <input type="checkbox"/>

**Bei mehreren betroffenen Personen beantworten Sie die Fragen L16-L24 nur für die jüngste Person.**

L16.	<i>Wie alt war der/die Betroffene beim Beginn der Symptome ?</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
L17.	<i>Ist der/ die Betroffene...?</i>	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers

L18.	<i>Welche Symptome bestehen bzw. bestanden? (Mehrfachnennung möglich)</i>	Schwindel..... Lähmung..... Zittern..... Anfälle..... Andere und zwar .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
L19.	<i>Wann sind diese Symptome erstmals aufgetreten. Bitte geben Sie den Beginn so genau wie möglich an:</i>	Jahr:.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
		Monat:.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
		Tag:.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
L20.	<i>Wurde eine Diagnose gestellt?</i>	Ja und zwar: _____ Ja, aber nicht bekannt..... Nein.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
			→ weiter mit <b>Frage L21</b>				
L21.	<i>Durch wen wurde diese Diagnose gestellt?</i>	Psychiater/in oder Neurolog/in..... Psycholog/innen oder Psychotherapeut/in..... Andere/r Arzt/Ärztin (z.B. Hausarzt/-ärztin, Kinderarzt/-ärztin)..... Internet (eigene Recherche)..... Heilpraktiker/in..... Sonstige.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
			Nicht bekannt				
L22.	<i>Welche Diagnose vermutet der/die Betroffene?</i>	Diagnose: _____	<input type="checkbox"/>				
L23.	<i>Erfolgt/e eine Behandlung?</i>	Ja ..... Nein..... Nicht bekannt.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
L24.	<i>Haben sich die Symptome seit Beginn verändert?</i>	Insgesamt Verbesserung..... Insgesamt Verschlechterung..... Ausprägung schwankend..... Die Symptome sind vollständig zurückgegangen Nein, keine Veränderung.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

L25. Kennen Sie den YouTube Kanal „Gewitter im Kopf“ mit Jan Zimmermann?	Ja	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage L26
	Nein	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage M01

L26. Bestehen bei Ihnen oder einem der o.g. Familienmitglieder Symptome, die den Symptomen von Jan Zimmermann ähneln?	Ja	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage L27
	Nein	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage M01

L27. Wer ist Betroffen? <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	Ich..... <input type="checkbox"/>
	Partner/in..... <input type="checkbox"/>
	Kind..... <input type="checkbox"/>
	Enkelkind..... <input type="checkbox"/>
	Geschwister..... <input type="checkbox"/>
	Nichte/Neffe..... <input type="checkbox"/>
	Eltern..... <input type="checkbox"/>

Bei mehreren betroffenen Personen beantworten Sie die Fragen L28-L36 nur für die jüngste Person.

L28. Wie alt war der/die Betroffene beim Beginn der Symptome?	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>	Jahre
---	--	-------

	Männlich	Weiblich	Divers
L29. Ist der/ die Betroffene...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L30. Welche Symptome bestehen bzw. bestanden? <i>(Mehrfachnennung möglich)</i>	Leichte Zuckungen/Bewegungen etwa im Gesicht und am Kopf (blinzeln, grimassieren)..... <input type="checkbox"/>
	Komplexe Zuckungen/Bewegungen etwa mit rudernden Armbewegungen und Rumpfverdrehen..... <input type="checkbox"/>
	Lautäußerungen wie Räuspern und Schniefen..... <input type="checkbox"/>
	Ausrufen von Wörtern..... <input type="checkbox"/>
	Ausrufen von Schimpfwörtern..... <input type="checkbox"/>
	Ausrufen von Beleidigungen..... <input type="checkbox"/>
	Herunterwerfen von Gegenständen oder Lebensmitteln..... <input type="checkbox"/>
	Stoßen/Schubsen anderer Personen..... <input type="checkbox"/>
	Andere und zwar: _____ <input type="checkbox"/>

L31. <i>Wann sind diese Symptome erstmals aufgetreten. Bitte geben Sie den Beginn so genau wie möglich an:</i>	Jahr:.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Monat:.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	Tag:.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	
L32. <i>Wurde eine Diagnose gestellt?</i>	Ja und zwar: _____	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage L33</b>
	Ja, aber nicht bekannt.....	<input type="checkbox"/>	
	Nein.....	<input type="checkbox"/>	
L33. <i>Durch wen wurde diese Diagnose gestellt?</i>	Psychiater/in oder Neurolog/in.....	<input type="checkbox"/>	
	Psycholog/innen oder Psychotherapeut/in.....	<input type="checkbox"/>	
	Andere/r Arzt/Ärztin (z.B. Hausarzt/-ärztin, Kinderarzt/-ärztin).....	<input type="checkbox"/>	
	Internet (eigene Recherche).....	<input type="checkbox"/>	
	Heilpraktiker/in.....	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige.....	<input type="checkbox"/>	
			Nicht bekannt
L34. <i>Welche Diagnose vermutet der/die Betroffene?</i>	Diagnose:_____	<input type="checkbox"/>	
L35. <i>Erfolgt/e eine Behandlung?</i>	Ja .....	<input type="checkbox"/>	
	Nein.....	<input type="checkbox"/>	
	Nicht bekannt.....	<input type="checkbox"/>	
L36. <i>Haben sich die Symptome seit Beginn verändert?</i>	Insgesamt Verbesserung.....	<input type="checkbox"/>	
	Insgesamt Verschlechterung.....	<input type="checkbox"/>	
	Ausprägung schwankend.....	<input type="checkbox"/>	
	Die Symptome sind vollständig zurückgegangen.....	<input type="checkbox"/>	
	Nein, keine Veränderung.....	<input type="checkbox"/>	

**Ab hier wieder für Alle.**

M01. Inwieweit hat Ihnen in den letzten 4 Wochen Ihre körperliche oder seelische Gesundheit Schwierigkeiten bei der Durchführung der Arbeit bereitet?

Es fiel mir schwer, ...	ganze Zeit (100%)	Großteil der Zeit	Hälfte der Zeit (50%)	geringen Teil der Zeit	gar nicht (0%)	trifft auf meine Arbeit nicht zu
01 sofort nach Ankunft an meinem Arbeitsplatz meine Arbeit zu beginnen.	<input type="checkbox"/>					
02 die Arbeit fehlerfrei zu erledigen.	<input type="checkbox"/>					
03 während der Arbeit immer wieder die gleichen Bewegungen zu machen.	<input type="checkbox"/>					
04 mich auf meine Arbeit zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>					
05 mehrere Aufgaben gleichzeitig zu erledigen.	<input type="checkbox"/>					

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Umfrage!**

**REP 34****Koordination:** Prof. E. Brähler**Untersuchungszeitraum:** 2022 (...Probanden, ...Jahre)

<b>Beteiligte Mitarbeiter:</b> Dipl.-Math. G. Schmutzner	<b>Kooperationspartner:</b> Prof. O. Decker (Universität Leipzig) Prof. Dr. B. Muschalla (TU Braunschweig) Prof. G. Pickel (Universität Leipzig) Prof. Dr. J. Fegert (Universität Ulm) Prof. Dr. G. Heuft (Universitätsklinikum Münster) Dr. J. Kiess (Universität Leipzig) Prof. Dr. A. Hilbert (Universitätsklinikum Leipzig)
---	--

**Eingesetzte Untersuchungsverfahren:**

- Soziodemographie (Alle) S1 - S15
- Migration (Brähler) S16-S18
- EDQ-8/ BMI (Hilbert) A01(01-08)-A06
- Psychische Erkrankungen (Muschalla) B01
- Beeinträchtigungen (Muschalla) B02
- Arbeitsunfähigkeit (Muschalla) B03
- Alltagsaktivitäten (Muschalla) B04(01-12)
- Lebenszufriedenheit (Muschalla) B05(01-17)
- Werte (Muschalla) B06(01-10)
- Arbeitsplatz (Muschalla) B07(01-08)
- Gewerkschaft (Brähler/ Decker) C01
- politische Deprivation (Brähler/ Decker) C02(01/02)
- wirtschaftliche Lage (Brähler/ Decker) C03; C04
- Demokratie (Brähler/ Decker) C05;C06(01/02)
- Corona (Brähler/ Decker) C07(01-06)
- Antifeminismus (Brähler/ Decker) C08(01-08)
- Gewaltbereitschaft (Brähler/ Decker) C09(01/02)
- Links-Rechts-Orientierung (Brähler/ Decker) C10
- Rechtsextreme Einstellung (Brähler/ Decker) C11(01-18)
- Verschwörungstheorie (Brähler/ Decker) C12(01-05)
- Epistemisches Vertrauen (aus R32) (Brähler/ Decker) C13(01-04)
- Moderne Gesundheitssorgen (Brähler/ Decker) C14(01-04)
- Proteste/Corona (Brähler/ Decker) C15(01/02)
- Klimawandel (Brähler/ Decker) C16(01-03)
- Ambiguität (Brähler/ Decker) C17(01/02)
- Maskulinität (Brähler/ Decker) C18(01-04)
- Körperleben (Brähler/ Decker) C19(01-06)
- Autoritarismus (aus R30) (Brähler/ Decker) C20(01-09)
- Aberglauben (aus R30) (Brähler/ Decker) C21(01-04)
- Muslimfeindschaft/Antiziganismus (aus R30) (Brähler/ Decker) C22(01-05)
- Antisemitismus (aus R30) (Brähler/ Decker) C23(01-06)
- Gesundheitsprävention (Ulm) D01-D02
- Gesundheitsverhalten (Ulm) D03(01-14)-D010
- Impfeinstellung (Ulm) D11-D18
- Wissen&Einstellung zu psychischen Erkrankungen (Ulm) D19-D23
- Inanspruchnahme (Ulm) D24-D28
- Ausfall von Gesundheitsprävention (Ulm) D29(01-04)
- Nachholen von Gesundheitsprävention (Ulm) D30
- Inanspruchnahme Psyche vs. Soma (Ulm) D31(01-10)-D37 (01-05)

- Amsterdam Misophonia Scale - Revised (Ulm) F01-F03 (01-10)
- Sexuelle Übergriffe, Maßnahmen und Hilfe(Ulm) G01-G12
- Kontrollüberzeugungen IE4 (Ulm) G13 (1-4)
- Selbstwirksamkeit ASKU (Ulm) G13 (5-7)
- Brief Resilience Scale (Ulm) G13 (8-13)
- PHQ4 (Ulm) G14(01-04)
- Körperstrafen (Ulm) H01-H04
- Emotionale Strafen (Ulm) H05-H17
- ACE (aus R29) (Ulm) H18(01-10)
- Demoralisierungsskala (DSII) (Heuft) I01(01-16)
- Vertrauen (Pickel) J01
- Gerechte Teilhabe (Pickel) J02
- Politische Mitbestimmung (Pickel) J03
- Einschätzung Islam (Pickel) J04
- Einstellung zu Gruppen (Pickel) J05
- Religion (Pickel) J06-J07
- Einstellung zu religiösen Gruppen und Extremen, Diskriminierung (Pickel) J08-J20
- Konflikte (Kiess) K01(01-12)
- Schichteinstufung (Kiess) K02
- Wohlfahrtsstaat (Kiess) K03 (01-04)



40926

Projekt:

**211201**

Sample -Nr.:

1	0	6
---	---	---

Point-Nr.:

--	--	--

AL-Nr.:

--	--	--

Interviewer-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--

Interview durchgeführt am:

--	--	--	--

Tag Monat

Interviewbeginn:

--	--	--	--

Stunde Minute

Interviewende:

--	--	--	--

Stunde Minute

Die Befragungsperson hat die **Datenschutzerklärung erhalten**  
und einer **freiwilligen Teilnahme** an der Befragung **zugestimmt**. ....

Die ordnungsgemäße Durchführung des Interviews bei der angegebenen Adresse bestätigt:

Unterschrift des Interviewers: \_\_\_\_\_

Fragebogen konnte nur übergeben werden (wurde von ZP alleine ausgefüllt) .....



40926

**Zu Beginn geht es um einige statistische Merkmale zu Ihrer Person:**

S 1	<i>Ihr Geschlecht:</i>	männlich .....	<input type="checkbox"/>				
		weiblich .....	<input type="checkbox"/>				
		divers .....	<input type="checkbox"/>				
S 2	<i>Wann sind Sie geboren?</i>	<b>Geburtsmonat (z.B. 09):</b>	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
	<i>Nennen Sie mir bitte nur Monat und Jahr Ihrer Geburt.</i>	<b>Geburtsjahr:</b>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
S 4	<i>Welchen Familienstand haben Sie?</i>	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/ meiner Ehepartner/in zusammen	<input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage S 5</b>				
		Ich bin verheiratet und lebe von meinem/ meiner Ehepartner/in getrennt	<input type="checkbox"/>				
		Ich bin ledig.....	<input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage S 4a</b>				
		Ich bin geschieden.....	<input type="checkbox"/>				
		Ich bin verwitwet .....	<input type="checkbox"/>				
S 4a	<i>Leben Sie in einer festen Partnerschaft?</i>	Ja.....	<input type="checkbox"/>				
		Nein.....	<input type="checkbox"/>				
S 5	<i>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt – ich meine Personen, die hier schlafen und essen - Sie selbst mit eingeschlossen?</i>	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Personen		
S 5a	<i>Wie viele davon sind Kinder unter 16 Jahren?</i>	Kinder <u>unter 16 Jahren?</u>	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> Anzahl				
	Jeweils Anzahl der Personen bzw. „0“ eintragen.						
S 6	<i>Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?</i>	Deutsch	<input type="checkbox"/>				
		Andere, welche: _____	<input type="checkbox"/>				
S 7	<i>Welcher Religionsgemeinschaft oder Konfession gehören Sie an?</i>	Evangelisch.....	<input type="checkbox"/>				
		Katholisch .....	<input type="checkbox"/>				
		Muslimisch.....	<input type="checkbox"/>				
		Andere (z. B. jüdisch, buddhistisch, hinduistisch)...	<input type="checkbox"/>				
		Keine Konfession.....	<input type="checkbox"/>				



S 8	<i>Wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahl wäre, würden Sie dann zur Wahl gehen?</i>	Ja <input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage S 9</b>
		Nein <input type="checkbox"/>	→ weiter mit <b>Frage S 10</b>
		Weiß nicht <input type="checkbox"/>	
		Bin nicht wahlberechtigt <input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe <input type="checkbox"/>	
S 9	<i>Und welche Partei würden Sie dann wählen?</i>	CDU ..... <input type="checkbox"/>	
		CSU ..... <input type="checkbox"/>	
		SPD ..... <input type="checkbox"/>	
		AfD ..... <input type="checkbox"/>	
		FDP ..... <input type="checkbox"/>	
		Die Linke ..... <input type="checkbox"/>	
		Bündnis 90/Die Grünen ..... <input type="checkbox"/>	
		Andere Partei ..... <input type="checkbox"/>	
		Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/>	
		Wähle ungültig ..... <input type="checkbox"/>	
		Keine Angabe ..... <input type="checkbox"/>	
S 10	<i>Welchen Schulabschluss haben Sie? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</i>	Ich bin von der Schule abgegangen ohne Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/>	
		Ich habe den Haupt-/Volksschulabschluss (oder frühere 8-klassige Schule) <input type="checkbox"/>	
		Ich habe Mittlere Reife/ Realabschluss <input type="checkbox"/>	
		Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse <input type="checkbox"/>	
		Ich habe den Fachschulabschluss (ohne Anerkennung als Fachhochschulabschluss) <input type="checkbox"/>	
		Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS) ohne abgeschlossenes Hochschul-/ Universitäts- studium <input type="checkbox"/>	
		Ich habe ein abgeschlossenes Universitäts-/ Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (bzw. Fachschulabschluss mit Anerkennung als Fachhochschulabschluss) <input type="checkbox"/>	
		Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar? _____ <input type="checkbox"/>	
		Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule <input type="checkbox"/>	

S 11	<i>Was auf dieser Liste trifft auf Sie zu?</i>	Vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 11 vorlegen</i>	Teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden	<input type="checkbox"/>
		Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden	<input type="checkbox"/>
		Bundesfreiwilligendienst, in Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung	<input type="checkbox"/>
		Zur Zeit arbeitslos/in 0-Kurzarbeit	<input type="checkbox"/>
		Rentner(in)/Pensionär(in), im Vorruhestand	<input type="checkbox"/>
		Nicht berufstätig: z.B. Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/>
		In Berufsausbildung (einschließlich Fachschulen für gewerbliche Berufe)	<input type="checkbox"/>
		In Schulausbildung (einschließlich Universität, Hochschule)	<input type="checkbox"/>
S 12	<i>Wie oft waren Sie arbeitslos, einschließlich jetziger Arbeitslosigkeit?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mal
S 13	<i>Zu welchem Berufskreis gehört der Beruf, den Sie selbst ausüben bzw. zuletzt ausgeübt haben?</i>	Berufskreis-Nummer:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 13 vorlegen</i>	noch nie berufstätig gewesen	<input type="checkbox"/>
S 14	<i>Sehen Sie sich bitte einmal diese Liste mit Einkommensgruppen an. Wie hoch ist Ihr eigenes Einkommen? Ich meine, was haben Sie monatlich netto nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung? Sie brauchen mir nur die betreffende Nummer zu nennen.</i>	Einkommensgruppe Nr.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 14 vorlegen</i>	kein persönliches Einkommen	<input type="checkbox"/>
S 15	<i>Und in welche Gruppe würden Sie Ihren Haushalt vom gesamten monatlichen Nettoeinkommen her einordnen? Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.</i>	Einkommensgruppe Nr.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<u>INT.:</u> <i>Liste S 15 vorlegen</i>	Tragen Sie bitte die entsprechende Nummer ein.	

**Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unter der Leitung der Universität Leipzig möchten mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchung verschiedene wissenschaftliche/medizinische Erkenntnisse überprüfen. Es geht dabei um Sie persönlich, Ihr Verhalten, Ihre Befindlichkeiten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Lesen Sie dazu die Angaben im beigelegten Datenschutzblatt.**

**Da unterschiedliche Forschungseinrichtungen beteiligt sind, kann es sein, dass manche Fragen sich ähneln, wir bitten Sie dennoch den gesamten Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.**

**Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

- Bitte lesen Sie sich die jeweilige Frage einschließlich der Antwortmöglichkeiten vor der Beantwortung vollständig durch.
- Die Mehrzahl der Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten. Setzen Sie Ihr Kreuz einfach in die dafür vorgesehenen Kästchen.

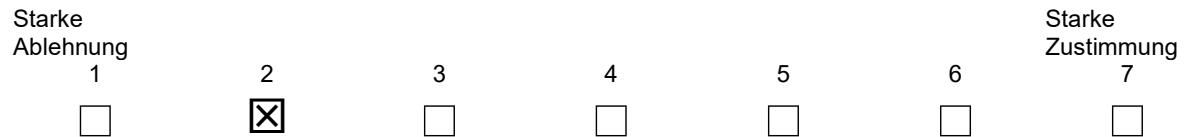
**Beispiel:**      Nein.....   
                      Ja.....

- Nach vielen Fragen finden Sie in Klammern weitere Bearbeitungshinweise.  
**Beispiel:** *(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)*
- Falls Sie aus Versehen ein Kreuz an der falschen Stelle gesetzt haben, schwärzen Sie bitte das falsche Kästchen.

**Beispiel:**      Nein.....   
                      Ja.....

- Für die Beantwortung vieler Fragen finden sich im Fragebogen sogenannte Skalen. Mit diesen können Sie Ihre Antwort zwischen zwei inhaltlichen Positionen abstimmen, im Beispiel etwa zwischen „Starke Ablehnung“ oder „Starke Zustimmung“.

**Beispiel:**



- An einigen Stellen des Fragebogens bitten wir Sie, Ihre Antworten frei zu formulieren. Verwenden Sie in diesen Fällen die dafür vorgesehenen Linien.

**Beispiel:** *(Bitte notieren)*

---

- Sollte bei einer Frage einmal keine Antwortmöglichkeit für Sie zutreffen, lassen Sie diese leer.



40926

S16 *In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?*

01 Mutter?

In Deutschland .....

In einem anderen Land .....

02 Vater?

In Deutschland .....

In einem anderen Land .....

S17 *Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?*

Seit Ihrer Geburt →

Jahreszahl:

--	--	--	--

S18 *Wo sind Sie überwiegend aufgewachsen bis zum 14. Lebensjahr?*

Westdeutschland oder Westberlin .....

Ostdeutschland oder Ostberlin .....

In einem anderen Land .....

A01. *Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage). Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an.*

An wie vielen der letzten 28 Tage...

	kein Tag	1–5 Tage	6–12 Tage	13–15 Tage	16–22 Tage	23–27 Tage	jeden Tag
--	----------	----------	-----------	------------	------------	------------	-----------

01 Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="checkbox"/>						
02 Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="checkbox"/>						
03 Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="checkbox"/>						
04 Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="checkbox"/>						
05 Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="checkbox"/>						



40926

		niemals	in seltenen Fällen	in weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
Während der letzten vier Wochen (28 Tage)...								
06	in wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während der letzten vier Wochen (28 Tage)...		überhaupt nicht	leicht	mäßig	deutlich			
07	Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A02.	Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage eine Nahrungsmenge gegessen, die andere Menschen als <u>ungewöhnlich groß</u> ansehen würden (unter ähnlichen Umständen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal						
A03.	In wie vielen dieser Situationen, in denen Sie zu viel gegessen haben, hatten Sie das Gefühl, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben (während des Essens)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal						
A04.	Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Erbrechen selbst herbeigeführt, Abführmittel eingenommen oder in einer „getriebenen“ oder „zwanghaften“ Weise Sport getrieben, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal						
A05.	Wie groß sind Sie? (Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm						
A06.	Wie viel wiegen Sie derzeit? (Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg						



40926

Ja Nein

<i>Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. Ein Viertel der Allgemeinbevölkerung leidet unter irgendeiner psychischen Erkrankung.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B01. <i>Leiden oder litten Sie an mehrwöchig andauernden gesundheitlichen Problemen, die nicht rein körperlicher Natur sind (z.B. ausgeprägte Ängste, langandauernde Stimmungsprobleme, Schwierigkeiten in der Gefühlsregulation, mehrfache zwischenmenschliche Probleme)?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B02. <i>Bringen Ihnen diese Beschwerden regelmäßig Beeinträchtigungen in der Lebensführung (z.B. Probleme in der Familie, mit der Arbeit, Freizeit oder mit dem Geld)?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<i>Wie viele Wochen waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig („krankgeschrieben“)? (Falls nicht, bitte „0“ angeben)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Wochen</b>
---	---	---------------

B04. *Im Folgenden finden Sie eine Liste mit Alltagsaktivitäten. Die Frage ist, welche Aktivitäten Sie ausüben.*

	Das mache ich nie.	Das mache ich, wenn es sich ergibt.	Das mache ich häufig.	Das mache ich bewusst regelmäßig, damit es mir besser geht.
01 Soziale Begegnungen (Bekannte, Freunde oder Familie treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Fernsehen, Internet und Co. (Netflix, DVD, Youtube usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Entspannung und Stille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Kochen und Ernährung (bewusst essen, genießen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ausflüge, Reisen und Unternehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Musik hören und machen (CD, MP3, Instrument spielen, Singen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Hobbies (Spiele, Basteln, Handarbeiten, Sammeln usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Wellness und Selbstpflege (Sauna, Baden, Mani- und Pediküre, Friseurbesuch usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Lesen und Literatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Sport und Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Naturerlebnisse (Waldspaziergang, Sonnenaufgang beobachten usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Kultur genießen (Theater, Kino, Museen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

- B05. Im Folgenden finden Sie eine Auflistung wichtiger Lebensbereiche. Bitte geben Sie durch ein Kreuz an, wie Sie diesen Lebensbereich derzeit erleben beziehungsweise welche Gefühle sie haben, wenn Sie an diesen Lebensbereich denken. Bitte lassen Sie keine Zeile aus!

		sehr negativ	negativ	leicht negativ	leicht positiv	positiv	sehr positiv
01	Partnerschaft / Ehe	<input type="checkbox"/>					
02	Sexualität	<input type="checkbox"/>					
03	Kinder	<input type="checkbox"/>					
04	Eltern	<input type="checkbox"/>					
05	Freunde	<input type="checkbox"/>					
06	Nachbarn / Mitmenschen	<input type="checkbox"/>					
07	Kollegen	<input type="checkbox"/>					
08	Arbeit	<input type="checkbox"/>					
09	Freizeit	<input type="checkbox"/>					
10	Gesundheit	<input type="checkbox"/>					
11	Finanzen	<input type="checkbox"/>					
12	Wohnung	<input type="checkbox"/>					
13	Umwelt	<input type="checkbox"/>					
14	Heimat	<input type="checkbox"/>					
15	Politik	<input type="checkbox"/>					
16	Zukunft	<input type="checkbox"/>					
17	Lebensbilanz	<input type="checkbox"/>					



40926

B06. Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, wie wichtig diese Werte für Sie persönlich sind.

Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Werte?	über-haupt nicht wichtig	nicht wichtig	eher nicht wichtig	eher wichtig	wichtig	sehr wichtig
01 Sozialer Status und Prestige, Kontrolle oder Dominanz über Leute und Ressourcen.	<input type="checkbox"/>					
02 Persönlicher Erfolg durch die Demonstration von Kompetenz gemäß sozialer Maßstäbe.	<input type="checkbox"/>					
03 Vergnügen und sinnliche Belohnung des Selbst.	<input type="checkbox"/>					
04 Aufregendes Leben, Reiz des Neuen und Herausforderungen im Leben.	<input type="checkbox"/>					
05 Eigenständiges Denken und Verhalten, Kreieren und Erkunden.	<input type="checkbox"/>					
06 Verständnis, Wertschätzung, Toleranz und Schutz des Wohles aller Menschen und der Natur.	<input type="checkbox"/>					
07 Erhaltung und Verbesserung des Wohlergehens der Menschen, mit denen man regelmäßigen Kontakt hat.	<input type="checkbox"/>					
08 Respekt, Verpflichtung und Akzeptanz von Bräuchen und Meinungen, die die Tradition oder Religion vorschreibt.	<input type="checkbox"/>					
09 Zügelung von Verhalten oder Neigungen, die Andere verärgern oder schaden könnten und die soziale Erwartungen und Normen verletzen.	<input type="checkbox"/>					
10 Schutz, Harmonie und Stabilität der Gesellschaft, von Beziehungen und des Selbst.	<input type="checkbox"/>					



40926

B07. Wenn Sie heute an Ihrem Arbeitsplatz (oder einem ähnlichen) wären, wie stark würden Sie folgenden Aussagen zustimmen?

	0 = trifft gar nicht zu	1	2	3	4 = trifft voll zu
01 Wenn ich bei der Arbeit unsicher oder nervös werde, kann ich mich selbst beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich kann es tolerieren, dass ich mich bei der Arbeit nicht immer wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich kann mit meinen Kollegen und Vorgesetzten sachbezogen zusammenarbeiten, auch mit solchen die ich nicht persönlich mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Wenn bei der Arbeit ein Konflikt entsteht, spreche ich diesen an oder helfe aktiv bei der Problemlösung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Wenn ich Probleme mit Arbeitsaufgaben oder -abläufen habe, besorge ich mir Informationen und frage den dafür Zuständigen um Rat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Wenn ich viel Arbeit habe, sage ich mir, dass ich es schon schaffen werde und fange erst einmal mit einem Arbeitsvorgang an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Wenn ich durch gesundheitliche Probleme bei der Arbeit beeinträchtigt bin, sorge ich dafür, dies dem Vorgesetzten so mitzuteilen, dass er Verständnis dafür gewinnen kann und wir gemeinsam eine Lösung suchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Bei der Vorstellung, an diesem Arbeitsplatz einen kompletten Arbeitstag durchzustehen zu müssen, bekomme ich Panikgefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie selbst oder eine andere Person in Ihrem Haushalt Mitglied einer C01. Gewerkschaft?	Ja, selbst.....	<input type="checkbox"/>
	Ja, nur andere.....	<input type="checkbox"/>
	Ja, selbst und andere.....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>

C02. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01 Leute wie ich haben sowieso keinen Einfluss darauf, was die Regierung tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich halte es für sinnlos, mich politisch zu engagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C03. Wie beurteilen Sie ganz allgemein die heutige wirtschaftliche Lage in Deutschland? Ist sie ...	sehr gut.....	<input type="checkbox"/>
	gut.....	<input type="checkbox"/>
	teils gut / teils schlecht.....	<input type="checkbox"/>
	schlecht.....	<input type="checkbox"/>
	sehr schlecht.....	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht.....	<input type="checkbox"/>



40926

C04. Und Ihre eigene wirtschaftliche Lage heute? Ist sie ...	sehr gut.....	<input type="checkbox"/>
	gut.....	<input type="checkbox"/>
	teils gut / teils schlecht.....	<input type="checkbox"/>
	schlecht.....	<input type="checkbox"/>
	sehr schlecht.....	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht.....	<input type="checkbox"/>

C05. In der folgenden Frage geht es nicht um tatsächlich bestehende Demokratien, sondern um die Idee der Demokratie.

Was würden Sie, im Vergleich zu anderen Staats-Ideen, zu der Idee der Demokratie sagen?	sehr dafür.....	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie dazu bitte die folgende Skala.	ziemlich dafür.....	<input type="checkbox"/>
Sind Sie ...	etwas dafür.....	<input type="checkbox"/>
	etwas dagegen.....	<input type="checkbox"/>
	ziemlich dagegen.....	<input type="checkbox"/>
	sehr dagegen.....	<input type="checkbox"/>

C06. Nun geht es um die Demokratie in der Bundesrepublik:  
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was für Sie zutrifft!

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Ich bin damit ...			
	sehr unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	sehr zufrieden
01 Was würden Sie allgemein zur Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland, also zu unserem ganzen politischen System sagen, so wie es in der Verfassung festgelegt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Und was würden Sie allgemein zur Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland, also zu unserem ganzen politischen System sagen, so wie es tatsächlich funktioniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C07. Mit Blick auf die Corona-Politik gibt es unterschiedliche Ansichten. Wie denken Sie zu den folgenden Aussagen?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	stimme über-haupt nicht zu	stimme nicht zu	teils/ teils	stimme zu	stimme voll und ganz zu
01 Ungeimpfte werden wie Juden im Dritten Reich behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Die Corona-Maßnahmen sind mit dem Faschismus vergleichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Wer sich nicht gegen Corona impfen lässt, muss sich über harte Strafen nicht wundern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Die Auswirkung der Corona-Pandemie wird meine eigene finanzielle Lage verschlechtern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Ich persönlich bin durch die Corona-Pandemie stark belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Die Einschränkungen der Grundrechte in Folge der Corona-Pandemie machen mir Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

C08. Zu den folgenden Aussagen gibt es unterschiedliche Meinungen. Wie denken Sie dazu?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
01	Frauen, die sich gegen eine Familie und Kinder entscheiden, empfinde ich als egoistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Frauen machen sich in der Politik häufig lächerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Frauen, die mit ihren Forderungen zu weit gehen, müssen sich nicht wundern, wenn sie wieder in die Schranken gewiesen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Frauen übertreiben ihre Schilderungen über sexualisierte Gewalt häufig, um Vorteile aus der Situation zu schlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Durch den Feminismus werden die gesellschaftliche Harmonie und Ordnung gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Die Frauen sollen sich wieder mehr auf die Rolle der Ehefrau und Mutter besinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Für eine Frau sollte es wichtiger sein, ihrem Mann bei seiner Karriere zu helfen, als selbst Karriere zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Eine Frau, die sich mehr um ihren Beruf als um ihre Kinder kümmert, sollte kein schlechtes Gewissen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C09. In wieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Sagen Sie uns bitte jeweils, ob Sie der Meinung überhaupt nicht oder voll und ganz zustimmen.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	stimmt	stimmt voll und ganz
01	Ich bin in bestimmten Situationen durchaus bereit, auch körperliche Gewalt anzuwenden, um meine Interessen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Selber würde ich nie Gewalt anwenden. Aber es ist schon gut, dass es Leute gibt, die mal ihre Fäuste sprechen lassen, wenn's anders nicht mehr weitergeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C10. Viele Leute verwenden die Begriffe „links“ und „rechts“, wenn es darum geht, unterschiedliche politische Einstellungen zu kennzeichnen. Wir haben hier einen Maßstab, der von links nach rechts verläuft.

Wenn Sie an Ihre eigenen politischen Ansichten denken, wo würden Sie diese Ansichten auf der folgenden Skala einstufen?

links	<input type="checkbox"/>	rechts								
-------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------



C11. Kreuzen Sie bitte bei den folgenden Aussagen an, inwieweit Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	lehne völlig ab	lehne über- wiegend ab	stimme teils zu, teils nicht zu	stimme über- wiegend zu	stimme voll und ganz zu
01 Im nationalen Interesse ist unter bestimmten Umständen eine Diktatur die bessere Staatsform.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ohne Judenvernichtung würde man Hitler heute als großen Staatsmann ansehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Was Deutschland jetzt braucht, ist eine einzige starke Partei, die die Volksgemeinschaft insgesamt verkörpert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Wir sollten einen Führer haben, der Deutschland zum Wohle aller mit starker Hand regiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Wie in der Natur sollte sich in der Gesellschaft immer der Stärkere durchsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Die Ausländer kommen nur hierher, um unseren Sozialstaat auszunutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Auch heute noch ist der Einfluss der Juden zu groß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Wir sollten endlich wieder Mut zu einem starken Nationalgefühl haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Eigentlich sind die Deutschen anderen Völkern von Natur aus überlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Wenn Arbeitsplätze knapp werden, sollte man die Ausländer wieder in ihre Heimat zurückschicken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Die Verbrechen des Nationalsozialismus sind in der Geschichtsschreibung weit übertrieben worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Was unser Land heute braucht, ist ein hartes und energisches Durchsetzen deutscher Interessen gegenüber dem Ausland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Die Juden arbeiten mehr als andere Menschen mit üblen Tricks, um das zu erreichen, was sie wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Das oberste Ziel der deutschen Politik sollte es sein, Deutschland die Macht und Geltung zu verschaffen, die ihm zusteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Es gibt wertvolles und unwertes Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Die Bundesrepublik ist durch die vielen Ausländer in einem gefährlichen Maß überfremdet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Die Juden haben einfach etwas Besonderes und Eigentümliches an sich und passen nicht so recht zu uns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Der Nationalsozialismus hatte auch seine guten Seiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



C12. *Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen!*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimme überhaupt nicht zu							stimme voll und ganz zu
01	Die meisten Menschen erkennen nicht, in welchem Ausmaß unser Leben durch Verschwörungen bestimmt wird, die im Geheimen ausgeheckt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Es gibt geheime Organisationen, die großen Einfluss auf politische Entscheidungen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Politiker und andere Führungspersönlichkeiten sind nur Marionetten der dahinterstehenden Mächte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Die tatsächlichen Hintergründe der Corona-Erkrankung werden nie ans Licht der Öffentlichkeit kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Die Corona-Krise wurde so groß geredet, damit einige wenige von ihr profitieren können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C13. *Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen und geben Sie an, inwieweit Sie zustimmen oder ablehnen.*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		starke Ablehnung	Ablehnung	ein wenig Ablehnung	weder Ablehnung noch Zustimmung	ein wenig Zustimmung	Zustimmung	starke Zustimmung
01	Ein Gespräch mit Menschen, die mich schon lange kennen, kann mir helfen, neue Perspektiven über mich selbst zu entwickeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich find es sehr nützlich, aus dem zu lernen, was andere mir über ihre Erfahrungen erzählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich habe zu oft Ratschläge von den falschen Menschen angenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Verschiedene Leute haben mir gesagt, dass ich zu leicht von anderen beeinflussbar bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

C14. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie um ihre persönliche Gesundheit aufgrund der folgenden Bereiche besorgt sind:

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	gar nicht besorgt	etwas besorgt	ziemlich besorgt	sehr besorgt	extrem besorgt
01 Radio- oder Mobilfunktürme	<input type="checkbox"/>				
02 Umweltverschmutzung	<input type="checkbox"/>				
03 Schadstoffe im Essen	<input type="checkbox"/>				
04 Giftige Chemikalien in Haushaltsmitteln	<input type="checkbox"/>				

C15. (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	überhaupt nicht	← → vollkommen
01 Ich befürworte die Proteste gegen die Coronamaßnahmen der Bundesregierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich könnte mir vorstellen, selbst an Protesten gegen die Coronamaßnahmen teilzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C16. Was denken Sie über die folgenden Aussagen? Würden Sie ihnen zustimmen oder lehnen Sie sie ab?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	stimme voll und ganz zu	stimme überwiegend zu	teils/teils	lehne überwiegend ab	lehne völlig ab	weiß nicht	keine Angabe
01 Die Auswirkungen des Klimawandels werden übertrieben dargestellt.	<input type="checkbox"/>						
02 Der Klimawandel hat mit dem Verhalten des Menschen nichts zu tun.	<input type="checkbox"/>						
03 Die Beschränkungen in der Corona-Pandemie sind nur ein Probelauf für die geplanten staatlichen Zwangsmaßnahmen infolge der Klimapolitik.	<input type="checkbox"/>						

C17. (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	überhaupt nicht	weitgehend nicht	weder noch	stimmt weitgehend	stimmt genau
01 Ich beschäftige mich nur mit Aufgaben, die lösbar sind	<input type="checkbox"/>				
02 Ich lasse die Dinge gerne auf mich zukommen.	<input type="checkbox"/>				

C18. (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	überhaupt nicht	weitgehend nicht	weder noch	stimmt weitgehend	stimmt genau
01 Ein Mann sollte dazu bereit sein, seine Frau und seine Kinder mit Gewalt zu verteidigen.	<input type="checkbox"/>				
02 Ein Mann sollte dazu bereit sein, sich gegen Beleidigungen mit Gewalt zu wehren.	<input type="checkbox"/>				
03 Wenn es darauf ankommt hat ein Mann immer noch die Verantwortung als Ernährer seiner Familie.	<input type="checkbox"/>				
04 Männer haben einen rationaleren Blick auf die Dinge als Frauen.	<input type="checkbox"/>				



40926

Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie Ihren Körper empfinden. Kreuzen Sie das Ausmaß Ihrer Zustimmung für die folgenden Aussagen an.

C19.	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	stimme überhaupt nicht zu	stimme ein bisschen zu	stimme teilweise zu	stimme zu	stimme absolut zu
01	Wenn mich etwas beunruhigt, greift es stark auf meinen Körper über.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich zwinge mich oft dazu, ruhig zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich bin mit meinen Geschlechtsmerkmalen zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich fühle mich in meinem Körper zuhause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich betrachte mich oft und gern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich weiß, dass andere mich gerne betrachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C20. Inwieweit stimmen Sie den einzelnen Aussagen zu:

	(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	stimme ganz und gar nicht zu	stimme wenig zu	stimme etwas zu	stimme ziemlich zu	stimme voll und ganz zu
01	Gegen Außenseiter und Nichtstuer sollte in der Gesellschaft mit aller Härte vorgegangen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Unruhestifter sollten deutlich zu spüren bekommen, dass sie in der Gesellschaft unerwünscht sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Gesellschaftliche Regeln sollten ohne Mitleid durchgesetzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Wir brauchen starke Führungspersonen damit wir in der Gesellschaft sicher leben können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Menschen sollten wichtige Entscheidungen in der Gesellschaft Führungspersonen überlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Wir sollten dankbar sein für führende Köpfe, die uns genau sagen, was wir tun können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Traditionen sollten unbedingt gepflegt und aufrechterhalten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Bewährte Verhaltensweisen sollten nicht in Frage gestellt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Es ist immer das Beste, Dinge in der üblichen Art und Weise zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

C21. Wie ist Ihre Meinung zu den folgenden Aussagen?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	Stimmt nicht		Stimmt	
	stimmt sicher nicht	stimmt wahrscheinlich nicht	stimmt wahrscheinlich	stimmt sicher
01 Glücksbringer bringen manchmal tatsächlich Glück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Es gibt Wahrsager, die die Zukunft wirklich voraussehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Manche Wunderheiler verfügen tatsächlich über übernatürliche Heilkräfte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Das Sternzeichen bzw. das Geburtshoroskop eines Menschen hat einen Einfluss auf den Verlauf seines Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C22. Wie beurteilen Sie die folgenden Meinungen, die man immer wieder hört.  
Sagen Sie uns bitte jeweils, ob Sie der Meinung zustimmen...

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	stimme ganz und gar nicht zu	stimme wenig zu	stimme ziemlich zu	stimme voll und ganz zu
	stimme ganz und gar nicht zu	stimme wenig zu	stimme ziemlich zu	stimme voll und ganz zu
01 Durch die vielen Muslime hier fühle ich mich manchmal wie ein Fremder im eigenen Land.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Muslimen sollte die Zuwanderung nach Deutschland untersagt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Sinti und Roma sollten aus den Innenstädten entfernt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich hätte Probleme damit, wenn sich Sinti und Roma in meiner Umgebung aufhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Sinti und Roma neigen zu Kriminalität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C23. Kreuzen Sie bitte bei den folgenden Aussagen an, inwieweit Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	lehne völlig ab	lehne überwiegend ab	stimme teils zu, teils nicht zu	stimme überwiegend zu	stimme voll und ganz zu
	lehne völlig ab	lehne überwiegend ab	stimme teils zu, teils nicht zu	stimme überwiegend zu	stimme voll und ganz zu
01 Es macht mich wütend, dass die Vertreibung der Deutschen und die Bombardierung deutscher Städte immer als kleinere Verbrechen angesehen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Reparationsforderungen an Deutschland nützen oft gar nicht mehr den Opfern, sondern einer Holocaust-Industrie von findigen Anwälten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Wir sollten uns lieber gegenwärtigen Problemen widmen als Ereignissen, die mehr als 70 Jahre vergangen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Israels Politik in Palästina ist genauso schlimm wie die Politik der Nazis im zweiten Weltkrieg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Durch die israelische Politik werden mir die Juden immer unsympathischer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Auch andere Nationen mögen ihre Schattenseiten haben, aber die Verbrechen Israels wiegen am schwersten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

<i>Wie schätzen Sie Ihr Körpergewicht vor der Pandemie im Vergleich zu jetzt ein?</i>	Vor der Corona Pandemie habe ich mehr gewogen..... <input type="checkbox"/>
D01.	Vor der Corona Pandemie habe ich genauso viel gewogen wie jetzt auch..... <input type="checkbox"/>
	Vor der Corona Pandemie habe ich weniger gewogen..... <input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
<i>Falls Sie angegeben haben, dass sich Ihr Gewicht während der Corona-Pandemie verändert hat: Denken Sie Ihre Gewichtsveränderung ist ganz D02. überwiegend auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie im alltäglichen Leben (z.B. Lockdown, soziale Distanzierung, Home-Office, geschlossene Einrichtungen, weniger Freizeitangebote, etc.) zurückzuführen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D03. Bei vielen Menschen hat sich der Alltag durch die Pandemie grundlegend geändert und damit auch Routinen und Verhaltensweisen, die man vor der Corona-Pandemie pflegte (z.B. jeden Morgen auf die Arbeit mit dem Fahrrad fahren, Mittagessen mit den Kolleg\*innen, etc.). Denken Sie an die Zeit vor der Pandemie: Welche der folgenden Verhaltensweisen haben Sie während der Corona-Pandemie geändert? Und wenn ja, in welcher Intensität?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		viel öfter als vor der Pan- demie	öfter als vor der Pan- demie	genauso oft wie vor der Pan- demie	seltener als vor der Pan- demie	viel seltener als vor der Pan- demie	habe ich schon vor der Pandemie nicht gemacht
01	Regelmäßig selbst kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nach Ernährungsplänen kochen zum Ziel der ausgewogenen Ernährung (damit sind keine Diätpläne gemeint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Mahlzeiten zu festgelegten Tageszeiten verzehren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Snacking (z.B. Chips, Popcorn, Süßigkeiten, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Mehr als drei Mahlzeiten am Tag verzehren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Mahlzeiten auslassen (z.B. aus Stress, Zeitmangel, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Alleine essen (z.B. aufgrund von Kontaktbeschränkungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Essen aus Frust/Langeweile/Traurigkeit/Stress/Unzufriedenheit/etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Verzehr von Fast Food/Fertiggerichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Kochen mit gesunden Zutaten (frisches Gemüse & Obst, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Medienkonsum während der Freizeit (Smartphone, Tablet, PC, TV, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Körperliche Betätigung/Sport/Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Verzehr von alkoholischen Getränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

	Ja	Nein
D04. Denken Sie, dass diese Veränderungen in Ihren Verhaltensweisen während der Pandemie zur Veränderung Ihres Gewichts beigetragen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	< 1 h	1-2 h	2-3 h	3-4 h	> 4 h
D05. Wie viele Stunden <u>am Tag</u> nutzen Sie derzeit in Ihrer Freizeit Medien wie Smartphones, Tablets, PCs, TVs, etc.?	<input type="checkbox"/>				
D06. Wie viele Stunden <u>am Tag</u> haben Sie vor der Corona-Pandemie diese Medien in Ihrer Freizeit genutzt?	<input type="checkbox"/>				
D07. Wie viel Zeit verbringen Sie derzeit <u>pro Woche</u> mit körperlicher Bewegung oder Sport?	<input type="checkbox"/>				
D08. Wie viel Zeit haben Sie vor der Corona-Pandemie mit körperlicher Bewegung oder Sport <u>pro Woche</u> verbracht?	<input type="checkbox"/>				

#### Wenn Sie bei Frage D03 angegeben haben, dass Sie Alkohol verzehren:

	nur gelegentlich	nur am Wochenende	ein Mal pro Woche	mehrmais pro Woche	täglich
D09. Wie häufig verzehren Sie derzeit alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/>				
D10. Wie häufig haben Sie vor der Corona-Pandemie alkoholische Getränke verzehrt?	<input type="checkbox"/>				

#### Wieder an alle

D11. Hatten Sie bereits Covid-19, d.h. waren Sie schon Corona positiv?	Ja	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage D12
	Nein	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage D13
D12. Wie schwerwiegend waren Ihre Symptome?	Keine bis leichten Symptome (keine medizinische Versorgung notwendig).....	<input type="checkbox"/>	
	Mäßige Symptome (ambulante medizinische Versorgung, z.B. Vorstellung bei einem Hausarzt notwendig).....	<input type="checkbox"/>	
	Schwere Symptome, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig gemacht haben .....	<input type="checkbox"/>	
D13. Haben Sie sich bereits gegen das Coronavirus impfen lassen?	Ja	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage D14
	Nein	<input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage D16



40926

D14. Gelten Sie als vollständig geimpft?	Ja ..... <input type="checkbox"/> Nein ..... <input type="checkbox"/>	
<b>Falls Sie bereits Anspruch auf die Corona-Auffrischungsimpfung (Booster-Impfung) haben (Die STIKO empfiehlt die Auffrischungsimpfung i.d.R. im Abstand von drei Monaten nach der zweiten Impfung): Haben Sie das Angebot zur Booster-Impfung schon wahrgenommen?</b>	Ja ..... <input type="checkbox"/> Nein ..... <input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage D18
Warum haben Sie sich bisher noch nicht gegen das Coronavirus impfen lassen?  (Mehrfachantworten möglich)	Die Impfstoffe sind zu wenig erforscht..... <input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor Nebenwirkungen..... <input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor Langzeit-/ Spätfolgen..... <input type="checkbox"/> Es ist aufwändig für mich, die Coronaimpfung zu bekommen..... <input type="checkbox"/> Wenn alle gegen COVID-19 geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen zu lassen..... <input type="checkbox"/> Impfungen gegen COVID-19 sind überflüssig, da COVID-19 keine große Bedrohung darstellt..... <input type="checkbox"/> Ich hatte schon immer eine kritische Einstellung zum Thema Impfungen..... <input type="checkbox"/> Ich habe kein Vertrauen in die staatlich organisierte Impfaktion und stehe dem Vorhaben allgemein skeptisch gegenüber..... <input type="checkbox"/>	
D16.	Auf jeden Fall ..... <input type="checkbox"/> eher ja..... <input type="checkbox"/> ich bin noch unentschlossen ..... <input type="checkbox"/> eher nein ..... <input type="checkbox"/> auf keinen Fall..... <input type="checkbox"/>	
D17. Möchten Sie sich noch impfen lassen?		
Wenn Sie sich bereits gegen das Coronavirus haben impfen lassen, wer oder was hat Sie dazu überzeugt?  Falls Sie sich noch nicht gegen das Coronavirus haben impfen lassen, wer oder was könnte Sie überzeugen dies zu tun?  (Mehrfachantworten möglich)	Hausärztin / Hausarzt..... <input type="checkbox"/> Betriebsärztin / Betriebsarzt..... <input type="checkbox"/> Andere Fachärztin / anderer Facharzt..... <input type="checkbox"/> Die Berichterstattung in den öffentlich-rechtlichen Medien (Fernsehen, Radio)..... <input type="checkbox"/> Die Berichterstattung in den privaten Medien (Fernsehen, Radio)..... <input type="checkbox"/> Tages- Wochenzeitungen..... <input type="checkbox"/> Die Informationsseiten des Robert Koch Instituts (RKI), der Ständigen Impfkommission (STIKO), der Gesundheitsbehörden oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)..... <input type="checkbox"/> Andere Internetseiten..... <input type="checkbox"/> Inhalte in sozialen Netzwerken (Facebook, Twitter, WhatsApp, Telegram, You Tube etc.).... <input type="checkbox"/> Familienmitglieder oder Freund / Freundin..... <input type="checkbox"/> Arbeitskollegin / Arbeitskollege..... <input type="checkbox"/> Aufklärungs- / Werbeaktion..... <input type="checkbox"/> Nichts davon..... <input type="checkbox"/>	
D18.		



40926

	<p><i>Wenn Sie an einer psychischen Erkrankung leiden oder sich Sorgen um Ihre psychische Gesundheit machen würden, an wen würden Sie sich wenden oder was würden Sie tun um Hilfe zu erhalten?</i></p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>	Familie..... <input type="checkbox"/> Freunde /Freundinnen..... <input type="checkbox"/> Beratungsstelle..... <input type="checkbox"/> Hausärztin/ Hausarzt..... <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/-in .. <input type="checkbox"/> Psychiater/-in ..... <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/-in..... <input type="checkbox"/> Infotelefon der Krankenkasse..... <input type="checkbox"/> Pfarrer /-in oder Geistliche /-r..... <input type="checkbox"/> Internet: Foren..... <input type="checkbox"/> Internet: Informations-Webseiten..... <input type="checkbox"/> Internet: Online-Beratungsangebote..... <input type="checkbox"/> Anderes..... <input type="checkbox"/> Ich würde mir keine Hilfe holen..... <input type="checkbox"/>
D19.	<p><i>Wenn Ihr Kind an einer psychischen Erkrankung leiden würde oder Sie sich Sorgen um seine psychische Gesundheit machen würden, an wen würden Sie sich wenden, oder was würden Sie tun, um Hilfe für Ihr Kind zu erhalten? (Wenn Sie keine Kinder haben, beantworten Sie hier bitte dennoch „aus dem Bauch“ heraus).</i></p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>	Familie..... <input type="checkbox"/> Freunde /Freundinnen..... <input type="checkbox"/> Beratungsstelle..... <input type="checkbox"/> Hausärztin / Hausarzt..... <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut /-in.... <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater /-in ..... <input type="checkbox"/> Schulpsychologe/-in / Schulsozialarbeiter/-n..... <input type="checkbox"/> Heilpraktiker /-in..... <input type="checkbox"/> Infotelefon der Krankenkasse..... <input type="checkbox"/> Pfarrer /-in oder Geistliche /-r..... <input type="checkbox"/> Internet: Foren..... <input type="checkbox"/> Internet: Informations-Webseiten..... <input type="checkbox"/> Internet: Online-Beratungsangebote..... <input type="checkbox"/> Anderes..... <input type="checkbox"/> Ich würde mir keine Hilfe holen..... <input type="checkbox"/>
D20.		



40926

*Bei körperlichen Erkrankungen haben Sie vielleicht eine Idee, wie diese behandelt werden können: zum Beispiel durch sich Schonen, Medikamente, Operationen, Physiotherapie, gesunde Ernährung oder Sport.*

*Was glauben Sie, wie psychische Erkrankungen behandelt werden?*

*(Mehrfachantworten möglich)*

D21.

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Medikamenteneinnahme.....                  | <input type="checkbox"/> |
| Selbsthilfegruppe.....                     | <input type="checkbox"/> |
| Entspannungsverfahren.....                 | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapie.....                        | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung beim Heilpraktiker.....         | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung beim Hausarzt.....              | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung beim Psychiater.....            | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung im Krankenhaus.....             | <input type="checkbox"/> |
| Weniger Stress.....                        | <input type="checkbox"/> |
| Akupunktur.....                            | <input type="checkbox"/> |
| Naturheilmittel.....                       | <input type="checkbox"/> |
| Meditation .....                           | <input type="checkbox"/> |
| Yoga.....                                  | <input type="checkbox"/> |
| Sich ablenken.....                         | <input type="checkbox"/> |
| Mit anderen über das Problem sprechen..... | <input type="checkbox"/> |
| Sich zusammenreißen.....                   | <input type="checkbox"/> |
| Anderes.....                               | <input type="checkbox"/> |

D22. Durch was kann Ihrer Meinung nach, eine psychische Erkrankung verursacht werden?

	ganz sicher keine Ursache	wahr-scheinlich keine Ursache	ich weiß es nicht / unentschlossen	wahr-scheinlich eine Ursache	ganz sicher eine Ursache
01 Körperliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Erbfaktoren, Gene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Unfall / Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Fehlfunktion im Gehirn / Gehirnstoffwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Alter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Belastende Kindheitserlebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Geschlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Mangelnde Disziplin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Persönliche Schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Unglückliche oder schwierige Kindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Stresssituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Belastende Lebensumstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

D23. Inwieweit treffen die folgenden Behauptungen Ihrer Meinung nach auf Personen mit psychischen Erkrankungen zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils / teils zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
01 Sie werden nie mehr in der Lage sein, allein wichtige Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Sie können selbst dafür sorgen, dass sich ihr Zustand verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Sie können nach einer Behandlung wieder ein normales Leben führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Unter Behandlung wird sich der Zustand der Personen deutlich bessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeder Krankenversicherte hat ein Recht auf bestimmte kostenlose Vorsorgeuntersuchungen. Vorsorgeuntersuchungen konzentrieren sich auf Krankheiten, die gut zu behandeln sind, wenn sie früh erkannt werden. Hierzu zählen die häufigsten Todesursachen, nämlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tumore.

D24. Nehmen Sie die Ihnen zustehenden Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebs wahr?	Ja, regelmäßig.....	<input type="checkbox"/>
	Ja, habe ich schon mal gemacht, aber nicht regelmäßig.....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>
	Diese Leistung steht mir noch nicht zu.....	<input type="checkbox"/>
D25. Nehmen Sie die Ihnen zustehenden Gesundheits-Check-Ups (ab 35 Jahren, alle drei Jahre, Ganzkörperuntersuchung mit Blutdruckmessung, Blutproben zur Ermittlung der Blutzucker- und Cholesterinwerte, Urinuntersuchung) wahr?	Ja, regelmäßig.....	<input type="checkbox"/>
	Ja, habe ich schon mal gemacht, aber nicht regelmäßig.....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>
	Diese Leistung steht mir noch nicht zu.....	<input type="checkbox"/>
D26. Nehmen Sie die Ihnen zustehenden Zahnvorsorgeuntersuchungen (einmal je Kalenderhalbjahr) wahr?	Ja, regelmäßig.....	<input type="checkbox"/>
	Ja, habe ich schon mal gemacht, aber nicht regelmäßig.....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>



40926

	Ja, regelmäßig..... <input type="checkbox"/>
D27.	Ja, habe ich schon mal gemacht, aber nicht regelmäßig..... <input type="checkbox"/>
	Nein..... <input type="checkbox"/>
	Mein Kind / meine Kinder sind älter als 15 Jahre..... <input type="checkbox"/>
	ich habe keine Kinder..... <input type="checkbox"/>
D28.	Würden Sie regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung psychischer Probleme wahrnehmen?
	Ja..... <input type="checkbox"/>
	Nein .. <input type="checkbox"/>

D29. Bitte geben Sie an, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie während der Corona-Pandemie oder während den Lockdown-Maßnahmen mind. einmal haben ausfallen lassen.

	ausgefallen	wahrgenommen	diese Leistung steht mir noch nicht zu / ich habe keine Kinder unter 15 Jahren
01	Früherkennung von Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Gesundheits-Check-Up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Zahnvorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	U-Untersuchungen für Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D30.	Falls Sie bei Frage D29 angegeben haben, dass Sie eine der genannten Vorsorgeuntersuchungen während der Corona-Pandemie oder während den Lockdown-Maßnahmen haben ausfallen lassen - haben Sie diese bereits nachgeholt?	Ja..... <input type="checkbox"/>
	Nein..... <input type="checkbox"/>	
	Nein, aber der Nachholtermin steht schon fest.. <input type="checkbox"/>	
	Ich habe keine Vorsorgeuntersuchung ausfallen lassen..... <input type="checkbox"/>	



40926

D31. Nachfolgend finden Sie einige Aussagen zu Gesundheitsproblemen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Wie bewerten Sie folgende Aussagen?

	stimme ganz und gar nicht zu	stimme weniger zu	teils / teils zu	stimme ziemlich zu	stimme voll und ganz zu
01 Ich würde psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, wenn ich merke, dass ich psychische Probleme entwickle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich würde medizinisch/ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, wenn ich merke, dass ich körperliche/somatische Probleme entwickle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich würde mein Kind psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandeln lassen, wenn ich merke, dass es psychische Probleme entwickelt. (Wenn Sie keine Kinder haben beantworten Sie hier dennoch „aus dem Bauch“ heraus).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich würde mein Kind medizinisch/ärztlich behandeln lassen, wenn ich merke, dass es eine körperliche /somatische Erkrankung entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Wenn Sie merken, dass Sie psychische Beschwerden entwickeln, würden Sie dann Ihrer Familie oder Freunden davon erzählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Wenn Sie merken, dass Sie körperliche/somatische Beschwerden entwickeln, würden Sie dann Ihrer Familie oder Freunden davon erzählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Wenn ich eine psychische Erkrankung entwickle, würde ich mich dafür schämen (z.B. Depression, Angststörung, Schizophrenie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Wenn ich eine körperliche Erkrankung entwickle, würde ich mich dafür schämen (z.B. Blinddarm, Zuckerkrankheit, Allergie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Ich würde mich schämen, wenn mein Kind wegen der Entwicklung psychischer Beschwerden psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen würde (z.B. Depression, Angststörung, ADHS). (Wenn Sie keine Kinder haben beantworten Sie hier dennoch „aus dem Bauch“ heraus).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich würde mich schämen, wenn mein Kind wegen der Entwicklung körperlicher/somatischer Beschwerden medizinische/ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen würde (z.B. Blinddarm, Zuckerkrankheit, Allergie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

Was würde es Ihnen erleichtern, sich Hilfe bei psychischen Problemen zu holen?

Hilfe für Sich selbst:

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

sehr stark    stark    mäßig    wenig    gar nicht

01	Hilfsangebot am/ in der Nähe zum Wohnort	<input type="checkbox"/>				
02	Zeitnahe Verfügbarkeit eines Hilfeangebots	<input type="checkbox"/>				
03	Online-Verfügbarkeit des Hilfeangebots	<input type="checkbox"/>				
04	Wissen darüber, wer und was mich dort erwartet	<input type="checkbox"/>				
05	Wissen zum Thema psychische Gesundheit	<input type="checkbox"/>				
06	Sonstiges:					

Was würde es Ihnen erleichtern, Ihrem Kind Hilfe bei psychischen Problemen zu holen?"

D33. (Wenn Sie keine Kinder haben, beantworten Sie hier bitte dennoch „aus dem Bauch“ heraus)

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

sehr stark    stark    mäßig    wenig    gar nicht

01	Hilfsangebot am/ in der Nähe zum Wohnort	<input type="checkbox"/>				
02	Zeitnahe Verfügbarkeit eines Hilfeangebots	<input type="checkbox"/>				
03	Online-Verfügbarkeit des Hilfeangebots	<input type="checkbox"/>				
04	Wissen darüber, wer und was uns dort erwartet	<input type="checkbox"/>				
05	Wissen zum Thema psychische Gesundheit	<input type="checkbox"/>				
06	Sonstiges:					



40926

*Welche Aspekte oder Sorgen würden es Ihnen **erschweren**, sich aufgrund eines psychischen Problems in Behandlung zu begeben?*

- D34. *Bezogen auf eine Behandlung für Sie selbst:*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	sehr stark	stark	mäßig	wenig	gar nicht
01 Sorge, dass es zukünftig Probleme geben könnte (z. B. beruflich oder beim Abschluss von Versicherungen), wenn ich wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung war	<input type="checkbox"/>				
02 Unsicherheit, ob geholfen werden kann	<input type="checkbox"/>				
03 Sorge, nicht ernst genommen zu werden	<input type="checkbox"/>				
04 Unsicherheit, ob das Problem behandelt werden muss und eine Erkrankung darstellt	<input type="checkbox"/>				
05 Sorge, dass mein soziales Umfeld davon erfahren könnte und daraus möglicherweise negative Konsequenzen für mich folgen	<input type="checkbox"/>				
06 Unsicherheit, welche die richtige Anlaufstelle ist	<input type="checkbox"/>				
07 Bedenken hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit des behandelnden Personals	<input type="checkbox"/>				
08 Sonstiges:					

*Welche Aspekte oder Sorgen würden es Ihnen **erschweren**, Ihr Kind aufgrund eines psychischen Problems in Behandlung zu geben?*

- D35. (Wenn Sie keine Kinder haben, beantworten Sie hier bitte dennoch „aus dem Bauch“ heraus)

*Bezogen auf eine Behandlung für Ihr Kind:*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	sehr stark	stark	mäßig	wenig	gar nicht
01 Sorge, dass es zukünftig Probleme für mein Kind geben könnte (z. B. schulisch, beruflich oder beim Abschluss von Versicherungen), wenn es wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung war	<input type="checkbox"/>				
02 Unsicherheit, ob geholfen werden kann	<input type="checkbox"/>				
03 Sorge, nicht ernst genommen zu werden	<input type="checkbox"/>				
04 Unsicherheit, ob das Problem behandelt werden muss und eine Erkrankung darstellt	<input type="checkbox"/>				
05 Sorge, dass unser soziales Umfeld davon erfahren könnte und daraus möglicherweise negative Konsequenzen für mein Kind oder die Familie folgen	<input type="checkbox"/>				
06 Unsicherheit, welche die richtige Anlaufstelle ist	<input type="checkbox"/>				
07 Bedenken hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit des behandelnden Personals	<input type="checkbox"/>				
08 Sonstiges:					



40926

D36. Es gibt viele Einstellungen zu Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit solchen Einstellungen. Zunächst geht es uns darum: Was denken die meisten anderen Leute über Menschen mit psychischen Erkrankungen? Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie auf der angegebenen Skala Ihre Antwort ankreuzen. Wichtig: es geht darum, was Ihrer Meinung nach die meisten anderen Leute denken, ganz egal, ob Sie der gleichen Meinung sind oder nicht.

**Ich denke, die Öffentlichkeit glaubt...**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Ich stimme überhaupt nicht zu	Ich stimme voll und ganz zu
--	-------------------------------	-----------------------------

- |    |   |  |
|----|---|--|
| 01 | die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind Schuld an ihren Problemen.         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 02 | die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 03 | die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 04 | die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 05 | die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

D37. **Ich denke...**

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	Ich stimme überhaupt nicht zu	Ich stimme voll und ganz zu
--	-------------------------------	-----------------------------

- |    |   |  |
|----|---|--|
| 01 | die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 02 | die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 03 | die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 04 | Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 05 | die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind Schuld an ihren Problemen.         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

*Im Vergleich zu anderen bin ich empfindlich gegenüber:*

(Mehrfachantworten möglich)

F01.

Essgeräuschen (z.B. Kauen, Schmatzen, Schlürfen, Schlucken) .....	<input type="checkbox"/>
Nasalen Geräuschen (z.B. Schniefen, Einatmen, Ausatmen) .....	<input type="checkbox"/>
Halsgeräuschen (z.B. Halskratzen, Räuspern)..	<input type="checkbox"/>
Bestimmten Lauten (z.B. K-Laute) .....	<input type="checkbox"/>
Wiederholtem Klackern (z.B. mit Nägeln auf dem Tisch, das Klicken von Stiften) .....	<input type="checkbox"/>
Rascheln (z.B. Papier, Plastik) .....	<input type="checkbox"/>
Umgebungsgeräuschen (z.B. Ticken einer Uhr oder summende Geräte) .....	<input type="checkbox"/>
Keine besondere Sensibilität .....	<input type="checkbox"/>



40926

F02. Welche Gefühle ruft das Hören dieser Geräusche bei Ihnen hervor  (Mehrfachantworten möglich)	Irritation / Gereiztheit ..... <input type="checkbox"/>
	Ärger / Wut ..... <input type="checkbox"/>
	Ekel ..... <input type="checkbox"/>
	Andere: _____ <input type="checkbox"/>

F03. Blicken Sie auf die letzten 3 Tage zurück und denken Sie bei „Geräusche“ an die für Sie am störendsten Misophoniegeräusche (siehe Liste oben) und bei „Gefühlen“ an Ihr typisches Gefühl nach dem Hören Ihres Misophoniegeräuschs. Wählen Sie stets die am ehesten zutreffende Antwort.

	0 Stunden	< 1 Stunde	1-3 Stunden	3-8 Stunden	>8 Stunden
01 Wie viel Zeit pro Tag verbringen Sie mit (Gedanken über die) den Geräusche(n)?	<input type="checkbox"/>				

	gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
02 In welchem Ausmaß fokussieren Sie sich auf die Geräusche?	<input type="checkbox"/>				
03 In welchem Ausmaß fühlen Sie sich durch das Hören der Geräusche beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>				
04 Wie ausgeprägt ist Ihr Gefühl der Gereiztheit/ Aggression beim Hören der Geräusche?	<input type="checkbox"/>				
05 In welchem Ausmaß fühlen Sie sich durch die Geräusche machtlos?	<input type="checkbox"/>				
06 In welchem Ausmaß leiden Sie unter den Geräuschen?	<input type="checkbox"/>				
07 In welchem Ausmaß leiden Sie darunter, die Geräusche zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>				
08 In welchem Ausmaß schränken die Geräusche Ihr tägliches Leben ein (Arbeit, Haushalt)?	<input type="checkbox"/>				
09 In welchem Ausmaß vermeiden Sie bestimmte Orte oder Situationen wegen der Geräusche?	<input type="checkbox"/>				

	immer	gewöhnlich (75%)	manchmal ja, manchmal nein (50%)	selten (25%)	nie
10 In welchem Ausmaß können Sie Ihre Aufmerksamkeit ablenken, wenn Sie die Geräusche hören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

**Bitte beantworten Sie zunächst die ersten zwei Fragen, bevor Sie den darauffolgenden Einleitungstext zu diesem Fragenblock lesen.**

<p><i>Mir wurde in meiner Kindheit (d.h. bevor ich 18 Jahre alt geworden bin) folgendes angetan</i>   <i>(Mehrfachantworten möglich)</i></p> <p>G01.</p>	<p>Ich wurde von einem Erwachsenen auf eine Art und Weise am Körper berührt, die mir unangenehm war.....   <input type="checkbox"/></p> <p>Mir wurde von einem Erwachsenen etwas, d.h. ein Körperteil oder ein Gegenstand, in Vagina, After oder Mund gesteckt.....   <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe von einem Erwachsenen sexualisierte Verhaltensweisen erfahren, ohne dass dieser mich berührt hat.....   <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe von einem Erwachsenen sexualisierte Verhaltensweisen erfahren und dabei waren digitale Medien (z. B. Verwendung von Handy, Kamera, Computer) involviert.....   <input type="checkbox"/></p> <p>Nichts davon.....   <input type="checkbox"/></p>	<p>→ weiter mit <b>Frage G02</b></p>
<p>G02.</p> <p><i>Wenn Sie mindestens ein Kreuz bei der vorherigen Frage gemacht haben, mit welchem Begriff würden Sie Ihre Erfahrung beschreiben? Wie benennen Sie diese Erfahrung für sich? (Bitte nur eine Bezeichnung angeben, d.h. etwa ein bis drei Worte, keine genaue Beschreibung!)</i></p>	<hr/> <hr/> <hr/>	

**Die ersten zwei Fragen wurden absichtlich so gestellt, dass sie keine Bezeichnung des Erlebten vorgeben. Wir möchten herausfinden, wie Menschen, die in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt erfahren haben, diese Erfahrung selbst benennen. Sexuelle bzw. sexualisierte Handlungen, die gegen den Willen der Betroffenen erfolgen und denen sie aufgrund körperlicher, seelischer und geistiger bzw. sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können, werden in der Forschung als „sexualisierte Gewalt im Kindesalter“ oder „sexueller Kindesmissbrauch“ bezeichnet. Sexueller Kindesmissbrauch beginnt bei obszönen Äußerungen, sexualisierten Sprüchen oder Blicken gegenüber einem Kind, dem Zeigen von pornografischen Darstellungen, reicht über sexualisierte Berührungen bis hin zum Missbrauch mit Penetration, d.h. dem Eindringen in eine Körperöffnung.**

<p>G03.</p> <p><i>Haben Sie schon einmal vermutet, dass ein Kind oder Jugendlicher (17 Jahre oder jünger) aus Ihrem Umfeld (Verwandte, Kinder von Freund*innen/ Bekannten/ Kolleg*innen, Nachbarskinder, Freund*innen Ihrer Kinder, Kinder und Jugendliche, mit denen Sie beruflich zu tun haben, ...) sexuell belästigt oder missbraucht wurde?</i></p>	<p>Ja, ich habe das in meinem privaten Kontext vermutet.....   <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, ich habe das in meinem beruflichen Kontext vermutet.....   <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, ich habe das in beiden Kontexten bereits vermutet.....   <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, den Eindruck habe ich nicht und hatte ich noch nie   <input type="checkbox"/></p>	<p>→ weiter mit <b>Frage G04</b></p>
		<p>→ weiter mit <b>Frage G08</b></p>



40926

<p><i>Welche gewichtigen Anhaltspunkte, z. B. Ereignisse, Hinweise oder Auffälligkeiten, haben zum Verdacht geführt?</i></p> <p>(<i>Mehrfachantwort möglich</i>)</p> <p>G04.</p>		<p>Äußerungen des mutmaßlich betroffenen Kindes bzw. des/der Jugendlichen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Beobachtungen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Erscheinungsbild des*r Betroffenen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Verhalten des*r Betroffenen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Erscheinungsbild der Erziehungsperson..... <input type="checkbox"/></p> <p>Verhalten der Erziehungsperson..... <input type="checkbox"/></p> <p>Familiäre Situation des*r Betroffenen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges..... <input type="checkbox"/></p>
<p><i>Haben Sie selbst Schritte unternommen, um in dem Fall möglichen sexuellen Missbrauchs zu intervenieren?</i></p> <p>G05.</p>		<p>Ja <input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage G06</b></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> → weiter mit <b>Frage G07</b></p>
<p><i>Wenn ja, welche?</i></p> <p>(<i>Mehrfachantwort möglich</i>)</p> <p>G06.</p>		<p>Medizinische Beratung..... <input type="checkbox"/></p> <p>Psychologische Beratung..... <input type="checkbox"/></p> <p>Besprechungen im Team (als Fachkraft)..... <input type="checkbox"/></p> <p>Gespräche mit der*dem vermutlich betroffenen Kind/Jugendlichen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Gespräche mit der*dem Beschuldigten..... <input type="checkbox"/></p> <p>Gespräche mit Verwandten/Bekannten..... <input type="checkbox"/></p> <p>Informieren der Polizei..... <input type="checkbox"/></p> <p>Informieren des Jugendamts..... <input type="checkbox"/></p> <p>Fachberatungsstelle..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges..... <input type="checkbox"/></p>
<p><i>Wenn nein, warum nicht?</i></p> <p>(<i>Mehrfachantwort möglich</i>)</p> <p>G07.</p>		<p>Ich wusste nicht, was ich tun soll/kann..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich dachte, dass das sicherlich nicht wirklich stimmt..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich hatte keine Zeit..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe es noch vor..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich dachte, ich wäre nicht zuständig..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges..... <input type="checkbox"/></p>



## Wieder an ALLE

G08.	<i>Können Sie sich vorstellen, dass es in Ihrem privaten oder beruflichen Umfeld erwachsene oder minderjährige Betroffene von sexuellem Kindesmissbrauch/sexueller Gewalt im Kindesalter gibt?</i>	Ja, sicherlich in beidem ..... <input type="checkbox"/> Ja, eher im beruflichen Kontext..... <input type="checkbox"/> Ja, eher im privaten Kontext..... <input type="checkbox"/> Nein, ich denke eher nicht ..... <input type="checkbox"/>
G09.	<i>Können Sie sich vorstellen, dass Sie eine Person kennen, die bei Kindern bereits Grenzen überschritten hat, d.h. diese sexuell belästigt oder missbraucht hat?</i>	Ja, ich weiß von jemandem..... <input type="checkbox"/> Ja, da gibt es sicherlich jemanden, aber ich weiß nichts davon..... <input type="checkbox"/> Ich denke, eher nicht..... <input type="checkbox"/> Nein, auf keinen Fall. Das glaube ich nicht ..... <input type="checkbox"/>
G10.	<i>Haben Sie schon mal vom „Hilfe-Telefon Sexueller Missbrauch“ gehört</i>	Ja, ich habe davon gehört..... <input type="checkbox"/> Ja, ich habe es bereits genutzt..... <input type="checkbox"/> Nein, ich habe noch nie davon gehört..... <input type="checkbox"/>

**Es gibt Menschen, die berichten, in ihrer Kindheit Gewalt von mehreren Täter\*innen, die sehr zielgerichtet vorgegangen sind und untereinander sehr gut organisiert waren, erfahren zu haben. Die Gewalt wurde wiederholt verübt und zielt auf eine langfristige Abhängigkeit der Betroffenen ab, zum Beispiel im Rahmen von organisierter Kriminalität, Handel mit sog. Kinder- oder Gewaltpornografie oder Zwangspornografie. Diese extreme Form des Kindesmissbrauchs wird häufig „organisierte Gewalt“ oder „organisierte sexualisierte Gewalt“ genannt. Wenn (scheinbar) ideologische oder religiöse Rechtfertigungen für diese Gewalt genutzt wurden, wird die Gewaltform rituelle Gewalt oder rituelle sexualisierte Gewalt genannt.**

G11.	<i>Haben Sie in Ihrer Kindheit Gewalt erfahren, bei der ...</i>  (Mehrfachantworten möglich)	... systematisch schwere sexualisierte Gewalt, evtl. in Verbindung mit körperlicher und psychischer Gewalt, angewandt wurde? <input type="checkbox"/>  ... mehrere Täter*innen oder Täter*innen-Netzwerke zusammengearbeitet haben? <input type="checkbox"/>  ... kommerzielle Ausbeutung, z. B. Zwangspornografie, Handel mit sog. Kinder- oder Gewaltpornografie, getätigt wurde? <input type="checkbox"/>  ... eine Ideologie zur Begründung oder Rechtfertigung der Gewalt verwendet wurde? <input type="checkbox"/>  Nichts davon <input type="checkbox"/>  Keine Angabe <input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage G12
G12.	<i>Haben Sie versucht, aus den Gewaltstrukturen auszusteigen?</i>	Ich bin im Ausstiegsprozess..... <input type="checkbox"/> Ich bin ausgestiegen..... <input type="checkbox"/> Nein, ich befindet mich noch in den Gewaltstrukturen.. <input type="checkbox"/>	→ weiter mit Frage G13



40926

*Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.*

G13.

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft ziemlich zu	trifft voll zu
01	Ich habe mein Leben selbst in der Hand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Wenn ich mich anstrengte, werde ich auch Erfolg haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Egal ob privat oder im Beruf: Mein Leben wird zum großen Teil von anderen bestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Meine Pläne werden oft vom Schicksal durchkreuzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Es fällt mir schwer, stressige Situationen durchzustehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Es fällt mir schwer zur Normalität zurückzukehren, wenn etwas Schlimmes passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne größere Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich brauche tendenziell lange, um über Rückschläge in meinem Leben hinwegzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?*

*(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)*

		überhaupt nicht	an einigen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
01	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<p>H01. <i>Welche körperliche Bestrafung haben Sie in Ihrer Erziehung selbst erlebt?</i></p> <p>(Mehrfachnennung möglich)</p>	<p>Kneifen.....<input type="checkbox"/></p> <p>Klaps auf den Hintern.....<input type="checkbox"/></p> <p>Leichte Ohrfeige.....<input type="checkbox"/></p> <p>Schallende Ohrfeige.....<input type="checkbox"/></p> <p>Tracht Prügel mit Blutung.....<input type="checkbox"/></p> <p>Schläge mit Gegenständen (wie Gürtel, Bambusrohr)....<input type="checkbox"/></p> <p>Treten.....<input type="checkbox"/></p> <p>Würgen.....<input type="checkbox"/></p> <p>Andere körperliche Bestrafung.....<input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe keine Körperstrafen in meiner Erziehung erlebt <input type="checkbox"/></p>
<p>H02. <i>Welche körperliche Bestrafung halten Sie in der Erziehung von Kindern für angebracht?</i></p> <p>(Mehrfachnennung möglich)</p>	<p>Kneifen.....<input type="checkbox"/></p> <p>Klaps auf den Hintern.....<input type="checkbox"/></p> <p>Leichte Ohrfeige.....<input type="checkbox"/></p> <p>Schallende Ohrfeige.....<input type="checkbox"/></p> <p>Tracht Prügel mit Blutung.....<input type="checkbox"/></p> <p>Schläge mit Gegenständen (wie Gürtel, Bambusrohr)....<input type="checkbox"/></p> <p>Treten.....<input type="checkbox"/></p> <p>Würgen.....<input type="checkbox"/></p> <p>Andere körperliche Bestrafung.....<input type="checkbox"/></p> <p>Ich lehne körperliche Bestrafung als Erziehungsmethode ab .....</p>
<p>H03. <i>Welche körperliche Bestrafung haben Sie in der Erziehung von Kindern jemals angewandt?</i></p> <p>(Mehrfachnennung möglich)</p>	<p>Kneifen.....<input type="checkbox"/></p> <p>Klaps auf den Hintern.....<input type="checkbox"/></p> <p>Leichte Ohrfeige.....<input type="checkbox"/></p> <p>Schallende Ohrfeige.....<input type="checkbox"/></p> <p>Tracht Prügel mit Blutung.....<input type="checkbox"/></p> <p>Schläge mit Gegenständen (wie Gürtel, Bambusrohr)....<input type="checkbox"/></p> <p>Treten.....<input type="checkbox"/></p> <p>Würgen.....<input type="checkbox"/></p> <p>Andere körperliche Bestrafung.....<input type="checkbox"/></p> <p>Ich habe in meiner Erziehung keine Körperstrafen angewandt .....</p> <p>Ich habe niemals Kinder erzogen.....<input type="checkbox"/></p>

**Falls Sie eine Bestrafungsform in der letzten Frage (H03) angekreuzt haben und Ihr Kind noch minderjährig ist:**

<p>H04. <i>Hat dieses Verhalten von Ihnen während der Corona-Pandemie zugenommen?</i></p>	<p>ja, zugenommen.....<input type="checkbox"/></p> <p>nein, gleichgeblieben.....<input type="checkbox"/></p> <p>nein, abgenommen.....<input type="checkbox"/></p> <p>nicht mehr zutreffend (z.B. Kind ist volljährig).....<input type="checkbox"/></p>
---	--

**Ab hier für alle**

<p>H05. <i>Welche emotionale Bestrafung haben Sie in Ihrer Erziehung selbst erlebt?</i>  <i>(Mehrfachnennung möglich)</i></p>	Anschreien.....	<input type="checkbox"/>
	Schuldzuweisungen und Bloßstellungen.....	<input type="checkbox"/>
	Kleingeredet oder herabgesetzt worden sein.....	<input type="checkbox"/>
	Verletzende oder Beleidigende Aussagen („dumm“, „faul“ oder „nutzlos“).....	<input type="checkbox"/>
	Einschüchterung oder Drohungen (z.B. Androhung körperlicher Gewalt, aber nicht ausgeführt).....	<input type="checkbox"/>
	Ins Zimmer eingesperrt worden sein.....	<input type="checkbox"/>
	Mahlzeit ausfallen gelassen.....	<input type="checkbox"/>
	Alleine zu Hause gelassen worden, ohne dass gesagt wurde, wohin die Eltern gegangen sind oder wann sie wiederkommen.....	<input type="checkbox"/>
	Entzug von Aufmerksamkeit und Liebe.....	<input type="checkbox"/>
	Isolation von der Familie oder Freunden.....	<input type="checkbox"/>
	Nicht mehr mit dem Kind sprechen/ Kommunikationsverweigerung.....	<input type="checkbox"/>
	Andere emotionale Bestrafung.....	<input type="checkbox"/>
	Ich habe keine emotionalen Strafen in meiner Erziehung erlebt .....	<input type="checkbox"/>
<p>H06. <i>Welche emotionale Bestrafung halten Sie in der Erziehung von Kindern für angebracht?</i>  <i>(Mehrfachnennung möglich)</i></p>	Anschreien.....	<input type="checkbox"/>
	Schuldzuweisungen oder Bloßstellungen.....	<input type="checkbox"/>
	Kleinreden oder herabsetzen.....	<input type="checkbox"/>
	Verletzende oder Beleidigende Aussagen („dumm“, „faul“ oder „nutzlos“).....	<input type="checkbox"/>
	Einschüchterung oder Drohungen (z.B. Androhung körperlicher Gewalt, aber nicht ausgeführt).....	<input type="checkbox"/>
	Ins Zimmer einsperren.....	<input type="checkbox"/>
	Mahlzeit ausfallen lassen.....	<input type="checkbox"/>
	Alleine zu Hause lassen, ohne zu sagen wohin man geht oder wann man wiederkommt.....	<input type="checkbox"/>
	Entzug von Aufmerksamkeit und Liebe.....	<input type="checkbox"/>
	Isolation von der Familie oder Freunden.....	<input type="checkbox"/>
	Nicht mehr mit dem Kind sprechen/ Kommunikationsverweigerung.....	<input type="checkbox"/>
	Andere emotionale Bestrafung.....	<input type="checkbox"/>
	Ich lehne emotionale Bestrafung als Erziehungsmethode ab.....	<input type="checkbox"/>



40926

<p>H07. <i>Welche emotionale Bestrafung Haben Sie in der Erziehung von Kindern jemals angewandt?</i>   <i>(Mehrfachnennung möglich)</i></p>	Anschreien.....	<input type="checkbox"/>
	Schuldzuweisungen und Bloßstellungen.....	<input type="checkbox"/>
	Kleingeredet oder herabgesetzt worden sein.....	<input type="checkbox"/>
	Verletzende oder Beleidigende Aussagen („dumm“, „faul“ oder „nutzlos“).....	<input type="checkbox"/>
	Einschüchterung oder Drohungen (z.B. Androhung körperlicher Gewalt, aber nicht ausgeführt).	<input type="checkbox"/>
	Ins Zimmer eingesperrt worden sein.....	<input type="checkbox"/>
	Mahlzeit ausfallen gelassen.....	<input type="checkbox"/>
	Alleine zu Hause gelassen worden, ohne dass gesagt wurde, wohin die Eltern gegangen sind oder wann sie wiederkommen.....	<input type="checkbox"/>
	Entzug von Aufmerksamkeit und Liebe.....	<input type="checkbox"/>
	Isolation von der Familie oder Freunden.....	<input type="checkbox"/>
	Nicht mehr mit dem Kind sprechen/ Kommunikationsverweigerung.....	<input type="checkbox"/>
	Andere emotionale Bestrafung.....	<input type="checkbox"/>
<p>Ich habe in meiner Erziehung keine emotionalen Strafen angewandt.....</p>		<input type="checkbox"/>
<p>Ich habe niemals Kinder erzogen.....</p>		<input type="checkbox"/>

**Falls Sie eine Bestrafungsform in der letzten Frage (H07) angekreuzt haben und Ihr Kind noch minderjährig ist:**

<p>H08. <i>Hat dieses Verhalten von Ihnen während der Corona-Pandemie zugenommen?</i></p>	ja, zugenommen.....	<input type="checkbox"/>
	nein, gleichgeblieben.....	<input type="checkbox"/>
	nein, abgenommen.....	<input type="checkbox"/>
	nicht mehr zutreffend (z.B. Kind ist volljährig)....	<input type="checkbox"/>

**Ab hier für alle**

H09. *Auf einer Skala von 0 bis 10 – Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrer Beziehung zu Ihrem Kind/Ihren Kindern?*

überhaupt nicht zufrieden											völlig zufrieden
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"/>	<input type="checkbox"/>

H10. *Nun geht es um Ihre allgemeine Lebenszufriedenheit. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?*

überhaupt nicht zufrieden											völlig zufrieden
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"/>	<input type="checkbox"/>



40926

- H11. Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“. Bitte tragen Sie einen entsprechenden Wert ein:

schlechtester  
Gesundheitszustandbester  
Gesundheitszustand

Bitte tragen Sie einen entsprechenden Wert ein:

--	--	--

- H12. Auf einer Skala von 0 bis 10 – Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen festen Beziehung bzw. Partnerschaft?

überhaupt nicht zufrieden											völlig zufrieden
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"/>	<input type="checkbox"/>

- H13. Auf einer Skala von 0 bis 10, wie stark ist Ihr Kind/Ihre Kinder durch die Corona-Pandemie psychisch belastet?

gar keine psychische Belastung											extrem starke psychische Belastung
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"/>	<input type="checkbox"/>

Verglichen mit der Zeit vor der Corona-Pandemie,...	derzeit viel besser als vorher	derzeit etwas besser als vorher	etwa so wie vorher	derzeit etwas schlechter als vorher	derzeit viel schlechter als vorher
H14. ...wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand derzeit beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H15. ... wie würden Sie Ihre derzeitige Lebensqualität beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H16. ... wie würden Sie Ihre feste Beziehung bzw. Partnerschaft derzeit beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H17. ...wie würden Sie die Beziehung zu Ihren Kindern (falls zutreffend) derzeit beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen vor dem 18. Geburtstag:**

- H18. *Die folgenden Fragen befassen sich mit einigen Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, so ehrlich wie möglich zu antworten.*

**Vor Ihrem 18. Geburtstag:**

		Ja	Nein
01	Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie <b>oft oder sehr oft</b> ... ... beschimpft, beleidigt, erniedrigt oder gedemütigt? <b>oder</b> ... so gehandelt, dass Sie Angst hatten, Sie könnten körperlich verletzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie <b>oft oder sehr oft</b> ... ... gestoßen, gepackt, geschlagen oder etwas nach Ihnen geworfen? <b>oder</b> ... Sie <b>jemals</b> so stark geschlagen, dass Sie Spuren davon aufwiesen oder verletzt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Hat ein Erwachsener oder eine Person, die mindestens 5 Jahre älter war Sie <b>jemals</b> ... ... auf sexuelle Art und Weise angefasst oder gestreichelt oder Sie veranlasst deren Körper in sexueller Art und Weise zu berühren? <b>oder</b> ... oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr versucht mit Ihnen zu haben oder tatsächlich gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Haben Sie <b>oft oder sehr oft</b> empfunden, dass... ... niemand in Ihrer Familie Sie liebte oder dachte, Sie seien wichtig oder etwas Besonderes? <b>oder</b> ... Ihre Familienangehörigen nicht aufeinander aufpassten, sich einander nicht nahe fühlten oder sich gegenseitig nicht unterstützten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Haben Sie <b>oft oder sehr oft</b> empfunden, dass... ... Sie nicht genug zu essen hatten, Sie schmutzige Kleidung tragen mussten und niemanden hatten, der Sie beschützte? <b>oder</b> ... Ihre Eltern zu betrunken oder "high" waren, um sich um Sie zu kümmern oder Sie zum Arzt zu bringen, wenn Sie es benötigten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Verloren Sie <b>jemals</b> ein biologisches Elternteil durch Scheidung, dadurch, dass es Sie verlassen hat oder aus anderen Gründen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Wurde Ihre Mutter oder Stiefmutter... ... <b>oft oder sehr oft</b> gestoßen, gepackt, geschlagen oder wurde etwas nach ihr geworfen? <b>oder</b> ... <b>manchmal, oft oder sehr oft</b> getreten, gebissen, mit der Faust oder mit einem harten Gegenstand geschlagen? <b>oder</b> ... <b>jemals</b> über mindestens einige Minuten wiederholt geschlagen oder mit einer Pistole oder einem Messer bedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Haben Sie mit jemandem zusammengelebt, der Alkoholprobleme hatte, alkoholabhängig war oder Drogen konsumierte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	War ein Mitglied Ihres Haushalts depressiv oder psychisch krank oder hat ein Mitglied Ihres Haushalts einen Selbstmordversuch unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	War ein Mitglied Ihres Haushalts im Gefängnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

101. Es folgen 16 Aussagen zu Ihrem Befinden. Bitte wählen Sie für jede der Aussagen aus, wie sehr diese beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben.

	nie	manchmal	oft
01 Ich kann anderen nur wenig Wertvolles bieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Mein Leben erscheint mir sinnlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Die Rolle, die ich in meinem Leben eingenommen hatte, habe ich verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ich kann meine Gefühle nicht mehr kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Niemand kann mir helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Ich fühle mich hilflos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Ich bin hoffnungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Ich bin reizbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Ich komme mit meinem Leben nicht gut zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich bereue vieles in meinem Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ich fühle mich schnell verletzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Es belastet mich, was derzeit mit mir passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Ich fühle mich wertlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Ich würde lieber nicht leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ich fühle mich einsam oder alleingelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Ich fühle mich in meiner derzeitigen Situation gefangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J01. Inwieweit vertrauen Sie folgenden Institutionen oder Personengruppen?	vertraue sehr	vertraue eher	vertraue eher nicht	vertraue überhaupt nicht
01 Gerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Bundestag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Bundesregierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Politische Parteien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Wissenschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J02. Im Vergleich dazu, wie andere hier in Deutschland leben: Glauben Sie, dass Sie	Ihren gerechten Anteil erhalten, mehr als Ihren gerechten Anteil, etwas weniger oder sehr viel weniger?
---	--



40926

- J03. Nachstehend einige Aussagen zu Politik und Gesellschaft. Bitte geben Sie für jede Aussage an, inwieweit Sie dieser zustimmen:

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
01	Nach den Wahlen hören sich die gewählten Vertreter die Wünsche ihrer Wähler an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nach den Wahlen erklären die gewählten Vertreter den Wählern ihre politischen Entscheidungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nach den Wahlen berücksichtigen die gewählten Vertreter die Wünsche der Bürger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Die Demokratie ist das politische System, das am besten zu unserer Gesellschaft passt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Im Umgang mit der deutschen Polizei können sich Menschen wie ich darauf verlassen, dass ihre Rechte gewahrt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	In Deutschland können sich Menschen wie ich auf die Gleichbehandlung vor dem Gericht verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- J04. Wie beurteilen Sie die folgenden Meinungen, die man immer wieder hört. Sagen Sie uns bitte jeweils, ob Sie der Meinung zustimmen...

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
		1	2	3	4
01	Der Islam ist in allen seinen Ausprägungen frauenfeindlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Der Islam ist eine rückständige Religion, unfähig sich an die Gegenwart anzupassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Islam und Christentum teilen die gleichen ethischen Prinzipien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Die hier lebenden Muslime gehören zu Deutschland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Muslime bleiben lieber unter sich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Muslime setzen sich für unsere offene Gesellschaft ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Ich glaube, dass die meisten muslimischen Jugendlichen islamistischen Terror gut finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Muslime planen den Westen Schritt für Schritt zu islamisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Auch wenn manche Frauen das Kopftuch freiwillig tragen, sollte man nicht außer Acht lassen, dass das Kopftuch für manche Frauen auch Zwang bedeutet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Es ist ein Skandal, dass in einigen Ländern die Nichteinhaltung der religiösen Regeln des Islam irdische Strafen nach sich zieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Eigentlich streben die Muslime danach die Scharia in Deutschland einzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

- J05. Wie beurteilen Sie die folgenden Meinungen, die man immer wieder hört.  
Sagen Sie uns bitte jeweils, ob Sie der Meinung zustimmen...

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
01	Politiker und Parteien thematisieren die systematische Benachteiligung von Sinti und Roma unzureichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Sinti und Roma sind nicht so zivilisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Transsexualität ist etwas völlig normales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich finde es ekelhaft, wenn Homosexuelle sich in der Öffentlichkeit küssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Es gibt eine natürliche Hierarchie zwischen schwarzen und weißen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Die heutige Gleichstellungspolitik, z.B. mit ihren Gendersternchen, geht eindeutig zu weit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- J06. Wie religiös schätzen Sie sich auf einer Skala von 0-10 ein, wobei... 0 „gar nicht religiös“ und 10 „sehr religiös“ bedeutet? Mit den Werten dazwischen können Sie abstimmen.

gar nicht religiös	sehr religiös									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

- J07. Es gibt verschiedene Religionen (z.B. Christentum, Islam, Judentum, Buddhismus, Hinduismus) und Arten an Gott oder etwas Göttliches zu glauben. Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zu Religionen für Sie persönlich zutreffen oder nicht zutreffen.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
01	Es gibt nur eine wahre Religion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Die Regeln meiner Religion (der Bibel/des Korans/der Thora) sind mir wichtiger als die deutschen Gesetze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Die Heilige Schrift meiner Religion ist wortwörtlich zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Christen sollten die Rückkehr zu einer religiös geprägten Gesellschaftsordnung anstreben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Nur das Christentum ist in der Lage, die Probleme unserer Zeit zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Sexualität ist aus meiner Sicht nur in der Ehe wirklich legitim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Meine Religion gibt mir vor Mitgliedern anderer Religionen zu misstrauen und sie abzulehnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

J08. Für wie bedrohlich halten Sie folgende soziale Gruppen

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

		überhaupt nicht bedrohlich	eher nicht bedrohlich	eher bedrohlich	sehr bedrohlich
		1	2	3	4
01	Christen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Muslime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Juden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Islamkritische Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Rechtsextreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Linksextreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J09. Bitte bewerten Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu jeder Aussage.

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

		stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
01	Die verschiedenen Lebensweisen und die zunehmende Vielfalt in Deutschland bereichern uns.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Solange es die Freiheit Anderer nicht verletzt, kann jeder so leben, wie er will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nur solange Deutschlands Traditionen bewahrt bleiben, können wir Minderheiten erlauben, so zu leben, wie sie möchten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Sofern sich Ausländer und Minderheiten an unsere Gesetze halten, kommt es nicht darauf an, welche Religion sie haben oder wie sie leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J10. Wie wenig oder stark werden Ihrer Meinung nach in Deutschland lebende Jüdinnen und Juden durch die folgenden Gruppen im Alltag bedroht?

		sehr stark bedroht	stark bedroht	wenig bedroht	nicht bedroht
01	Rechte Gruppierungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Linke Gruppierungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Muslime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Christen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J11. Hatten Sie schon einmal den Eindruck, dass Sie in irgendeiner Weise diskriminiert wurden?

<b>Auf Grund...</b> (Falls keine der Kategorien zutrifft, und Sie hatten doch Diskriminierungserfahrungen, bitte tragen Sie Ihre Erfahrungen unter „sonstige Gründe“ ein)  (Mehrfachnennung möglich)	....Ihres Geschlechts..... <input type="checkbox"/> ....Ihrer Herkunft..... <input type="checkbox"/> ....Ihrer sexuellen Orientierung.. <input type="checkbox"/> → weiter mit Frage J12 ....Ihrer Religion..... <input type="checkbox"/> sonstige Gründe: <hr/> nein..... <input type="checkbox"/> → weiter mit Frage J14
---	--



40926

## J12. Von wem oder wo wurden Sie diskriminiert? (Mehrfachantworten möglich)

	Ja	Nein
01 In Umgang mit einer öffentlichen Behörde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Von meinem Arbeitgeber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Von einer Person, die meiner Meinung nach zum rechtsextremen Spektrum gehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Von einer Person, die meiner Meinung nach Muslim war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Von einer Person, die meiner Meinung nach zum linksextremen Spektrum gehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Konnte ich nicht einordnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Von:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## J13. Was haben Sie dann getan? (Mehrfachantworten möglich)

	Ja	Nein
01 Habe mich an einen Beauftragten gewandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Habe diejenigen, die mich diskriminiert haben angezeigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Habe mich gegen diejenigen, die mich diskriminiert haben, mit Gewalt zur Wehr gesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Habe ein Gespräch mit der Person gesucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Habe meinen Wohnort oder meine Lebensweise verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Habe mich stärker in meinen Freundeskreis zurückgezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Habe seitdem versucht, solche Situationen zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Habe nichts getan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## J14. Wie angenehm oder unangenehm wäre es Ihnen, wenn ein [...] in ihre Familie einheiraten würde?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	sehr unangenehm	eher unangenehm	eher nicht unangenehm	gar nicht unangenehm
01 Ein Muslim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ein Jude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ein Christ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Ein Mensch mit islamkritischen Ansichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



40926

J15. Wie stehen Sie zu folgenden Verhaltensweisen?

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
01	Ich habe Verständnis für Gruppen, die sich für die Interessen von <u>Muslimen</u> einsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich habe Verständnis für Gruppen, die sich für die Interessen von <u>islamkritischen Menschen</u> einsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich würde an einer Demonstration für Interessen von <u>islamkritischen Menschen</u> teilnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich würde an einer Demonstration für Interessen von <u>Muslimen</u> teilnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich würde an einer Demonstration für die Interessen von <u>islamkritischen Menschen</u> teilnehmen, auch dann, wenn sie gegen das Gesetz verstößt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich würde an einer Demonstration für die Interessen von <u>Muslimen</u> teilnehmen, auch dann, wenn sie gegen das Gesetz verstößt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Ich habe Verständnis für Gruppen, die sich für die Interessen von <u>Muslimen</u> einsetzen, auch wenn sie dabei manchmal auf Gewalt zurückgreifen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich habe Verständnis für Gruppen, die sich für die Interessen von <u>islamkritischen Menschen</u> einsetzen, auch wenn sie dabei manchmal auf Gewalt zurückgreifen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich würde die Polizei oder Sicherheitskräfte angreifen, wenn ich sähe, dass sie Mitglieder meiner Gruppe schlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J16. Im Folgenden finden Sie einige Feststellungen darüber, wie eine gesellschaftliche Gruppe (z.B. eine politische Initiative oder Partei, eine Gewerkschaft, Religionsgemeinschaft oder auch eine Sportgruppe) funktionieren sollte. Geben Sie bitte an, wieweit Sie diesen Feststellungen zustimmen oder sie eher ablehnen würden.

		stimmt überhaupt nicht	stimmt voll und ganz
01	Ein Gruppenmitglied sollte sich immer an die Regeln der jeweiligen Gruppe halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ein Mitglied, das die Regeln seiner Gruppe verletzt, sollte immer zur Rechenschaft gezogen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Wenn ein Gruppenmitglied die Entscheidungen des Gruppenleiters nicht richtig findet, sollte es seinen Anordnungen nicht folgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



J17.

	trifft voll und ganz zu	trifft überhaupt nicht zu
--	-------------------------	---------------------------

01	Ich wäre bereit, mein Leben für eine gute Sache zu geben, die mir extrem am Herzen liegt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02	Ich würde eine gute Sache, der ich mich wirklich verpflichtet fühle, auch dann verteidigen, wenn mich geliebte Menschen dafür ablehnen würden.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03	Gewalt ist notwendig, um einen gesellschaftlichen Wandel herbeizuführen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04	Ich mache mir Sorgen, Opfer islamistischer Gewalt zu werden.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05	Ich identifiziere mich mit den Menschen, die dem Islam in Deutschland kritisch gegenüberstehen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06	Die überwiegende Mehrheit der islamkritischen Menschen ist der Meinung, dass wir Konflikten mit Muslimen nicht aus dem Weg gehen sollten.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
07	Die islamkritischen Menschen haben gemeinsame Ziele.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08	Ich halte es für wahrscheinlich, dass die islamkritischen Menschen ihre gemeinsamen Ziele auch erreichen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
09	Die islamkritischen Menschen engagieren sich gemeinsam für ihre Ziele.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

J18. Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	starke Zustimmung	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	lehne ich ab
01 Ich habe Kontrolle über mein Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Ich bin frei, mein Leben so zu leben, wie ich es will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Ich kann Einfluss darauf nehmen, wie die Dinge im Land laufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Was mir an Gutem und Schlechtem im Leben widerfährt, kann auf mein eigenes Handeln zurückgeführt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Die Gleichwertigkeit aller Gruppen ist ein wichtiges Ideal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Unterlegene Gruppen sollten dort bleiben, wo sie hingehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Alles in allem, kann man den meisten Menschen vertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



J19.	starke Zustimmung	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	lehne ich ab
01 Muslime gehören zu meinem Freundeskreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Bei der Arbeit komme ich mit Muslimen in Kontakt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Von Muslimen erfahre ich eigentlich nur etwas in den Medien oder von Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J20. <i>Welchen Eindruck vom Islam erhalten Sie in den Medien?</i>	Einen sehr positiven	einen eher positiven	einen eher nicht so positiven	einen sehr negativen.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K01. *Es wird oft gesagt, dass es Interessengegensätze zwischen verschiedenen Gruppen in Deutschland gibt. Was denken Sie, wie stark sind die Gegensätze zwischen folgenden Gruppen jeweils ausgeprägt.*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	sehr schwach	eher schwach	teils/ teils	eher stark	sehr stark
01 zwischen politisch links und politisch rechts stehenden Leuten	<input type="checkbox"/>				
02 zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern	<input type="checkbox"/>				
03 zwischen Leuten mit einfacher Schulbildung und Akademikern	<input type="checkbox"/>				
04 zwischen Leuten mit und Leuten ohne Kinder	<input type="checkbox"/>				
05 zwischen Jungen und Alten	<input type="checkbox"/>				
06 zwischen Armen und Reichen	<input type="checkbox"/>				
07 zwischen Ostdeutschen und Westdeutschen	<input type="checkbox"/>				
08 zwischen Politikern und den einfachen Bürgern	<input type="checkbox"/>				
09 zwischen Kapitalisten und Arbeiterklasse	<input type="checkbox"/>				
10 zwischen Nichtdeutschen und Deutschen	<input type="checkbox"/>				
11 zwischen Männern und Frauen	<input type="checkbox"/>				
12 zwischen religiösen Menschen und nicht religiösen Menschen	<input type="checkbox"/>				



40926

K02. <i>Es wird heute viel über die verschiedenen Bevölkerungsschichten gesprochen. Welcher Schicht rechnen Sie sich selbst eher zu:</i>	Unterschicht..... <input type="checkbox"/>
	Arbeiterschicht..... <input type="checkbox"/>
	Untere Mittelschicht..... <input type="checkbox"/>
	Mittelschicht..... <input type="checkbox"/>
	Obere Mittelschicht..... <input type="checkbox"/>
	Oberschicht..... <input type="checkbox"/>

K03. *Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen über Staat und Wirtschaft in Deutschland zu*

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)	stimme voll und ganz zu	stimme überwiegend zu	teils/ teils	lehne überwiegend ab	lehne voll und ganz ab
01 Es hilft nicht viel, mit anderen gewerkschaftlich für eine Sache zu kämpfen.	<input type="checkbox"/>				
02 Es kommt letzten Endes allen zugute, wenn die Unternehmen gute Gewinne machen.	<input type="checkbox"/>				
03 Der Staat muss die Freiheiten der Unternehmen einschränken, um für das Gemeinwohl zu sorgen.	<input type="checkbox"/>				
04 Die wirtschaftlichen Gewinne werden heute in Deutschland im Großen und Ganzen gerecht verteilt.	<input type="checkbox"/>				

***Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Umfrage!***