



**Fragebogen zur Gesundheit und zum Wohlbefinden
von Menschen zwischen 60 und 84 Jahren**

Bitte schreiben Sie den Namen Ihres Landes in die untenstehende Zeile:

Land: ___Germany___

Fall-Nummer:

Landes-ID		Personen-ID		
4	9			

Interview-Datum: / / (TT/MM/JJ)

Interviewer ID: _____

AUSWAHLVERFAHREN (Bitte kreuzen Sie eine Alternative an)

	Ja ▼	Nein ▼
Einwohnermelderegister	<input checked="" type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere Verzeichnisse	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Random-Route	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Anderes, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

ART DES AUSFÜLLENS (Bitte kreuzen Sie eine Alternative an)

	Ja ▼	Nein ▼
Selbst ausgefüllt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Vom Interviewer ausgefüllt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

GEBRAUCHSANWEISUNG für diesen Fragebogen

Die meisten der Fragen auf den folgenden Seiten können einfach durch Ankreuzen der darunter oder daneben stehenden Kästchen beantwortet werden.*

Bitte kreuzen Sie ein Kästchen (1) an:			
Richtig	<input checked="" type="checkbox"/>	oder	<input checked="" type="checkbox"/>
Falsch	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere der Antwortmöglichkeiten an.

Bitte bearbeiten Sie eine Frage nach der anderen. Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn dies ausdrücklich in den Intervieweranweisungen verlangt wird. Unterbrechen Sie das Interview bitte sofort, wenn der oder die Befragte müde wird oder außer Fassung gerät.

<i>Beispiel:</i>	
Haben Sie Kinder?	
Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₂
Gehen Sie zu Frage ...	
<i>Wenn Sie bei dieser Frage "Ja" ankreuzen, gehen Sie weiter zur nächsten Frage</i>	<i>Wenn Sie bei dieser Frage "Nein" ankreuzen, folgen Sie den gegebenen Anweisungen.</i>

Wenn der oder die Befragte nicht bereit ist, auf einzelne Fragen eine Antwort zu geben, bitte füllen Sie die Felder nicht aus, sondern lassen diese frei.

BITTE BEGINNEN SIE DIE BEFRAGUNG MIT FRAGE 1 AUF DER NÄCHSTEN SEITE

UND TEILEN SIE DEM/DER BEFRAGTEN MIT, DASS ALLE ANGABEN VERTRAULICH BEHANDELT WERDEN.

*Die Anmerkungen für Sie als Interviewer sind *kursiv* gedruckt.

TEIL I

OBLIGATORISCHER TEIL

Persönlicher Hintergrund

Auf den folgenden Seiten werden Fragen zu Ihrem persönlichen Hintergrund gestellt.

1. Was ist Ihr Geburtsjahr _____ (Jahr) oder Ihr Alter? _____ (Jahre)

2. Was ist Ihr Geschlecht? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Weiblich	<input type="checkbox"/>	1
Männlich	<input type="checkbox"/>	2

3. Könnten Sie mir bitte Ihre Größe nennen (cm)? ____ 4. Könnten Sie mir bitte Ihr Gewicht nennen (kg)? ____

5. Was ist Ihr Familienstand (Bitte kreuzen Sie alle für Sie zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.)

Ledig	<input type="checkbox"/>	1
Verheiratet/ PartnerIn	<input type="checkbox"/>	2
Geschieden/ getrennt	<input type="checkbox"/>	3
Verwitwet	<input type="checkbox"/>	4

6. Wo sind Sie geboren? (Bitte alle Fragen ausfüllen.)

a) Bitte teilen Sie mir Ihren Geburtsort mit _____

b) Bitte teilen Sie mir Ihr Geburtsland mit _____

c) Welche Sprache wird am häufigsten bei Ihnen zu Hause gesprochen? _____

d) Was ist Ihre derzeitige Nationalität? _____

7. Mit wem leben Sie zusammen? (Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere Antwortmöglichkeiten an.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Allein lebend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Meinem Ehemann/meiner Ehefrau/PartnerIn/MitbewohnerIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Meiner Tochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Meinem Sohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Meinem Bruder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Meiner Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Meinem/n Enkelkind/ern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Mit bezahltem Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Andere Person, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Gesamtanzahl der Menschen, die in Ihrem Haushalt wohnen, einschließlich bezahlten Personals und Ihnen selbst? _____

9. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss, den Sie erreicht haben? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Kann weder lesen noch schreiben	<input type="checkbox"/>
Ohne Abschluss	<input type="checkbox"/>
Niedriger als Grundschule	<input type="checkbox"/>
Grundschule/ ähnliches	<input type="checkbox"/>
Volksschule/ Mittelschule/ Realschule/ Gymnasium	<input type="checkbox"/>
Universität/ähnliches	<input type="checkbox"/>
Anderes, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>

10. Was ist/war Ihre hauptsächliche Berufstätigkeit? Bitte angeben _____

(Bitte nach Berufsangabe fragen, dann, falls möglich, in der untenstehenden Liste eine Antwortmöglichkeit ankreuzen.)

Manager und höhere Beamte (z.B. Generaldirektoren, leitende Angestellte)	<input type="checkbox"/>
Akademiker (z.B. Wissenschafts- und Ingenieurberufe, Gesundheitspersonal, Lehrpersonal)	<input type="checkbox"/>
Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe (z.B. wissenschaftliche und technische Fachkräfte)	<input type="checkbox"/>
Bürokräfte, kaufmännische Angestellte	<input type="checkbox"/>
Dienstleistungsberufe (z.B. Verkaufs- und Kundendienstpersonal, Pflegeberufe)	<input type="checkbox"/>
Fachkräfte in der Land- und Forstwirtschaft und Fischerei	<input type="checkbox"/>
Handwerks- und verwandte Berufe	<input type="checkbox"/>
Anlagen- und Maschinenbediener sowie Montierer	<input type="checkbox"/>
Ungelernte Berufe (z.B. Reinigungs- und Hilfskräfte, Bergarbeiter)	<input type="checkbox"/>
Hausfrau/ Hausmann	<input type="checkbox"/>
Berufssoldaten	<input type="checkbox"/>

11. Gehen Sie derzeit noch einer bezahlten Tätigkeit nach? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Ja

Nein

Gehen Sie zu Frage 15

12. Falls Sie derzeit noch arbeiten (bezahlte Arbeit), wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie außer Haus?

(Bitte runden Sie die Stundenzahl auf oder ab. Für weniger als eine Stunde geben Sie bitte eine „1“ an.)

_____ Stunden

13. Falls Sie derzeit noch arbeiten, waren Sie im vergangenen Jahr krank geschrieben? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Ja

Nein

14. Falls Sie derzeit noch arbeiten, waren Sie im vergangenen Jahr arbeitslos? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Ja

Nein

15. Falls Sie im Ruhestand sind, seit wie lange? Seit _____ Jahren

16. Wie lange waren Sie in Ihrem Leben insgesamt arbeitslos? (Kriegszeit ausgeschlossen)

(Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Nie

12 Monate oder weniger

Mehr als 12 Monate

17. Wie viele Stunden etwa arbeiten Sie in Ihrem Haushalt (unbezahlte Arbeit, z.B. Putzen, Gartenarbeit) pro Woche? (Bitte runden Sie die Stundenzahl auf oder ab. Für weniger als eine Stunde geben Sie bitte eine „1“ an.)
 _____ Stunden

18. Können Sie uns bitte Ihre derzeitige hauptsächliche finanzielle Einkunftsquelle nennen? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Arbeit	<input type="checkbox"/>	1
Frührente	<input type="checkbox"/>	2
Behindertenrente	<input type="checkbox"/>	3
Altersrente	<input type="checkbox"/>	4
Krankengeld	<input type="checkbox"/>	5
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	6
Sozialhilfe/andere Sozialzuschüsse	<input type="checkbox"/>	7
Finanzielle Unterstützung durch die Kinder	<input type="checkbox"/>	8
Finanzielle Unterstützung durch Verwandte	<input type="checkbox"/>	9
Finanzielle Unterstützung durch ehemalige/n LebenspartnerIn	<input type="checkbox"/>	10
Witwen-/Witwerrente	<input type="checkbox"/>	11
Keine finanzielle Unterstützung	<input type="checkbox"/>	12
Andere, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	13

19. Wie häufig machen Sie sich Sorgen über Ihre täglichen Ausgaben? (z.B. Einkauf von Lebensmitteln) (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Nie	<input type="checkbox"/>	1
Manchmal	<input type="checkbox"/>	2
Oft	<input type="checkbox"/>	3
Immer	<input type="checkbox"/>	4

20. Wo leben Sie? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Eigenes Haus	Eigene Wohnung	Gemietetes Haus	Mietwohnung	Betreutes Wohnen	Anderes, bitte angeben,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

Lebensstilfaktoren

RAUCHEN

21. Rauchen Sie Zigaretten? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₂ Gehen Sie zu Frage 25
--	---

22. Wie oft rauchen Sie Zigaretten? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

1x im Monat oder seltener	2-4x im Monat	2-3x pro Woche	4x oder häufiger pro Woche
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

23. Wie viele Zigaretten rauchen Sie an einem typischen Rauchttag? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

1-2	3-5	6-9	10-20	Mehr als 20
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

24. Wie oft rauchen Sie zu einem Anlass 10-20/ mehr als 20 Zigaretten? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Nie	Seltener als 1x im Monat	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

25. Falls Sie derzeit nicht rauchen, haben Sie früher geraucht? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Ja	Nein
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

ALKOHOLGENUSS

Könnten Sie uns bitte mitteilen, ob Sie Alkohol trinken, wie z.B. hin und wieder ein Glas Rotwein? (Beschreiben Sie die Bedeutung von „Alkohol“ anhand von gebräuchlichen Getränken, wie Bier, Wein, Schnaps, etc.; z.B. ein Glas Bier/ Wein mit 33 cl.)

26. Trinken Sie Alkohol? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nein <input type="checkbox"/> ₂	Gehen Sie zu Frage 30
--	--	------------------------------

27. Wie oft trinken Sie ein alkoholhaltiges Getränk, wie z.B. Bier, Schnaps, Wein? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

1x im Monat oder seltener	2-4 x im Monat	2-3 x pro Woche	4 x oder häufiger pro Woche
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

28. Wie viele Getränke, wie z.B. Bier, Schnaps, Wein, trinken Sie an einem Tag, wenn Sie Alkohol trinken? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

1 oder 2	3 oder 4	5 oder 6	7, 8, oder 9	10 oder mehr
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

29. Wie oft trinken Sie sechs oder mehr dieser alkoholhaltigen Getränke zu einer Gelegenheit? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Nie	Seltener als 1x pro Monat	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

30. Falls Sie heute keinen Alkohol mehr trinken, haben Sie jemals getrunken?

(Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Ja	Nein
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

31. Wie oft essen Sie ... (Bitte kreuzen Sie pro Zeile eine Antwortmöglichkeit an.)

	Monatlich			Wöchentlich			Täglich
	Nie ▼ ₁	< 1 bis 1 mal ▼ ₂	2 bis 4 mal ▼ ₃	1 mal ▼ ₄	2 bis 3 mal ▼ ₅	4 bis 6 mal ▼ ₆	▼ ₇
a) ...Obst oder Beeren?	<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
b) ...Gemüse oder Salat?	<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
c) ...Fleisch?	<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
d) ...Fisch?	<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
e) ...Milchprodukte?	<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
f) ...Getreideprodukte (z.B. Brot)?	<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. Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeiten ein, und wie oft? (Bitte kreuzen Sie pro Zeile eine Antwortmöglichkeit an.)

	Monatlich			Wöchentlich			Täglich
	Nie ▼ ₁	< 1 bis 1 mal ▼ ₂	2 bis 4 mal ▼ ₃	1 mal ▼ ₄	2 bis 3 mal ▼ ₅	4 bis 6 mal ▼ ₆	▼ ₇
a) Zuhause	<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
b) An anderen Orten, bitte angeben _____	<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

33. Wer hilft Ihnen dabei Ihre Mahlzeiten zuzubereiten, bzw. wer bereitet Ihre Mahlzeiten zu, und wie oft? (Bitte kreuzen Sie pro Zeile eine der Antwortmöglichkeiten an.)

	Monatlich			Wöchentlich			Täglich
	Nie ▼ ₁	< 1 bis 1 mal ▼ ₂	2 bis 4 mal ▼ ₃	1 mal ▼ ₄	2 bis 3 mal ▼ ₅	4 bis 6 mal ▼ ₆	▼ ₇
a) Ich selbst	<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
b) Ehemann/ Ehefrau/ LebenspartnerIn/MitbewohnerIn	<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
c) Tochter	<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
d) Sohn	<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
e) Schwiegertochter	<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
f) Schwiegersohn	<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
g) Bruder	<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
h) Schwester	<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
j) Betreuungspersonal, bitte angeben _____	<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
k) Andere Person, bitte angeben _____	<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
l) Das Essen wird mir gebracht (z.B. Essen auf Rädern)	<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

SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

34. Bitte bewerten Sie jede der folgenden Fragen auf der 7-Punkte-Skala (1=stimmt überhaupt nicht, 7=sehr zutreffend).

		Stimmt überhaupt nicht ▼ ₁	Stimmt nicht ▼ ₂	Eher nicht ▼ ₃	Weder zutreffend noch unzutref- fend ▼ ₄	Etwas zutreffend ▼ ₅	zutreffend ▼ ₆	Sehr zutreffend ▼ ₇
a)	Es gibt eine bestimmte Person, die da ist, wenn ich sie brauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Es gibt eine bestimmte Person, mit der ich meine Freuden und Sorgen teilen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Meine Familie versucht wirklich, mir zu helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Ich erhalte die seelische Hilfe, die ich benötige, durch meine Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Ich habe eine bestimmte Person, die mich tröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	Meine Freunde versuchen mir wirklich zu helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	Ich kann mich auf meine Freunde verlassen, wenn ich Probleme habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	Ich kann mit meiner Familie über meine Probleme reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)	Ich habe Freunde, mit denen ich meine Freuden und Sorgen teilen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k)	Es gibt eine Person in meinem Leben, die sich darum sorgt, wie es mir geht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l)	Meine Familie hilft mir dabei, Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m)	Ich kann mit meinen Freunden über meine Probleme reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INANSPRUCHNAHME VON MEDIZINISCHER VERSORGUNG UND BETREUUNG

35. Unten finden Sie eine Liste von Fragen zu medizinischen Versorgungsdiensten, die Sie im vergangenen Jahr in Anspruch genommen haben könnten. Hatten Sie Kontakt zu medizinischen Versorgungsdiensten? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Ja ₁

Nein ₂

Gehen Sie zu Frage 37

36. Welche medizinischen Versorgungsdienste nehmen Sie in Anspruch und wie oft? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit pro Zeile an.)

	Nie ▼ ₁	Monatlich		Wöchentlich			Täglich
		< 1 bis 1 mal ▼ ₂	2 bis 4 mal ▼ ₃	1 mal ▼ ₄	2 bis 3 mal ▼ ₅	4 bis 6 mal ▼ ₆	▼ ₇
a) Allgemeinmediziner/Hausarzt	<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
b) Facharzt	<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
c) Krankenschwester	<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
d) Seelsorger	<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
e) Psychologe	<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
f) Sozialarbeiter	<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
g) Andere allgemeinmedizinische Versorgungsleistung	<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
h) Tagesstätte	<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
j) Zahnarzt	<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
k) Augenarzt	<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
l) Krankenhaus (stationär)	<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
m) Krankenhaus (ambulant)	<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
n) Anderes, bitte angeben	<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

37. Hätten Sie schon einmal einen bestimmten medizinischen Versorgungsdienst (z.B. einen Facharzt) benötigt, aber haben ihn nicht in Anspruch genommen? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Ja ₁

Nein, ich habe keinen benötigt und falls doch, habe ich ihn in Anspruch genommen ₂

Gehen Sie zu Frage 39

38. Aus welchen Gründen haben Sie den medizinischen Versorgungsdienst nicht in Anspruch genommen? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit pro Zeile an.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Die Probleme verschwanden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Die Warteliste war zu lang	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Die Versorgungsdienste waren schwer zu kontaktieren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Die Versorgungsdienste waren nicht verfügbar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Ich habe nicht schnell genug einen Termin bekommen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Ich habe mit anderen Versorgungsdiensten schlechte Erfahrungen gemacht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Ich hatte finanzielle Probleme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Ich hatte keine Zeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
j) Ich wusste nicht, an wen ich mich wenden soll	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
k) Andere Gründe, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

39. Wie oft sorgen Sie sich aufgrund der Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge? (z.B. für Rezepte für Medikation) (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Nie	<input type="checkbox"/>	□ ₁
Manchmal	<input type="checkbox"/>	□ ₂
Oft	<input type="checkbox"/>	□ ₃
Immer	<input type="checkbox"/>	□ ₄

40. Falls Sie mit medizinischen Versorgungsdiensten im Krankenhaus, beim Hausarzt oder in der privaten medizinischen Behandlung oder ähnlichem im vergangenen Jahr in Kontakt waren bzw. diese in Anspruch genommen haben, wie zufriedenstellend waren deren Dienste? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

	Überhaupt nicht zufriedenstellend	Wenig zufriedenstellend	Mäßig zufriedenstellend	Zufriedenstellend	Sehr zufriedenstellend
	□ ₁	□ ₂	□ ₃	□ ₄	□ ₅

KRANKHEITEN

41. Unten finden Sie eine Liste mit verschiedenen Krankheiten. Leiden Sie an ...? (Bitte eine Antwortmöglichkeit zu jeder Frage ankreuzen.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂	Früher ja, aber nicht jetzt ▼ ₃
a) Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Augenkrankheiten (z.B. Katarakte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kardiovaskulären Krankheiten (z.B. hohem Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Leberkrankheiten (z.B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Magen-Darmkrankheiten (z.B. Magengeschwür)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Lungenkrankheiten (z.B. chronisch-obstruktives Lungenleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Krebs, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Andere Krankheiten, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Wie sehr leiden Sie an jeder der oben genannten Krankheiten, an denen Sie angegeben haben, derzeit zu leiden? (Bitte eine Antwortmöglichkeit zu jeder Frage ankreuzen.)

	Gar nicht ▼ ₁	Ein wenig ▼ ₂	Ziemlich ▼ ₃	Beträchtlich ▼ ₄	Sehr stark ▼ ₅
a) Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Augenkrankheiten (z.B. Katarakte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kardiovaskulären Krankheiten (z.B. hohem Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Leberkrankheiten (z.B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Magen-Darmkrankheiten (z.B. Magengeschwür)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Lungenkrankheiten (z.B. chronisch-obstruktives Lungenleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Krebs, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Andere Krankheiten, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GEBRAUCH VON MEDIKAMENTEN

43. Unten finden Sie eine Liste mit Medikamenten. Falls Sie welche verwenden, wie oft? (Bitte markieren Sie pro Zeile eine der Alternativen.)

	Nein ▼ ₁	Nach Notwendigkeit ▼ ₂	Regelmäßig ▼ ₃	Täglich ▼ ₄
a) Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Schlafmittel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Medikamente gegen Depressionen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Medikamente gegen Angstzustände	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Medikamente gegen Psychosen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Medikamente gegen Allergien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Medikamente gegen Asthma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h) Medikamente für das Herz	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j) Medikamente gegen Diabetes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
k) Andere Medikamente, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
l) Natur- und Pflanzenmedizin (z.B. Homöopathie)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

44. Wer hilft Ihnen bei der Medikation? (Bitte markieren Sie eine Alternative pro Frage.)

	Nein ▼ ₁	Nach Notwendigkeit ▼ ₂	Regelmäßig ▼ ₃	Täglich ▼ ₄
a) Ich tue es selbst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Mein/e Ehemann/Ehefrau/PartnerIn/Mitbewohner/in	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Meine Tochter/mein Sohn	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Andere Verwandte, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Pflegepersonal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Andere Personen, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

45. Haben Sie jemals Medikamente und gesundheitliche Versorgungsmittel, die Ihnen der Arzt verschrieben hat, nicht gekauft? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

Ja ₁

Nein ₂

Gehen Sie zu Frage 47

46. Aus welchen Gründen haben Sie die verschriebenen Medikamente und gesundheitlichen Versorgungsmittel nicht gekauft? (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit pro Frage an.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Die Probleme verschwanden wieder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Angst vor Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Schlechte Erfahrungen mit anderen Medikamenten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Finanzielle Probleme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Ich hatte keine Zeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Andere Gründe, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

PHYSISCHE GESUNDHEIT / LEBENSQUALITÄT / DEPRESSION / ANGST

PHYSISCHE GESUNDHEIT

Gießener Beschwerdebogen (GBB-24)

47. Nachfolgend ist eine größere Anzahl von körperlichen Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie derzeit leiden und wie sehr Sie daran leiden. (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit zwischen „1“ und „5“ pro Reihe an.)

	Nicht ▼ ₁	Kaum ▼ ₂	Einiger- Maßen ▼ ₃	Erheblich ▼ ₄	Stark ▼ ₅
a) Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Herzklopfen, -jagen oder -stolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Druck- oder Völlegefühl im Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Rasche Erschöpfbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Gefühl der Benommenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Schweregefühl oder Benommenheit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) Anfallsweise Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x) Druckgefühl im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y) Anfallsweise Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEBENSQUALITÄT

World Health Organisation Quality of Life - Old (WHOQOL-OLD)

48. Die folgenden Fragen behandeln Ihre Einschätzung Ihrer Lebensqualität. (Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit pro Reihe an.)

	Überhaupt nicht ▼ ₁	Ein wenig ▼ ₂	Mittelmäßig ▼ ₃	Ziemlich ▼ ₄	Sehr ▼ ₅
a) Wie sehr beeinflussen Beeinträchtigungen Ihrer Sinnesfunktionen (z.B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten) Ihr tägliches Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wie sehr beeinträchtigt das Nachlassen von z.B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten Ihre Fähigkeit, an Aktivitäten teilzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Wie viel Freiraum haben Sie, um Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) In welchem Umfang können Sie Ihre Zukunft beeinflussen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Glauben Sie, dass die Menschen in Ihrer Umgebung Ihre Unabhängigkeit respektieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Wie sehr machen Sie sich darüber Sorgen, wie Sie sterben werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Wie sehr fürchten Sie sich davor, keinen Einfluss darauf zu haben, wie Sie sterben werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Haben Sie Angst vor dem Sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Wie sehr fürchten Sie sich davor, dass Ihr Tod von Schmerzen begleitet sein könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, wie vollständig Sie **während der vergangenen zwei Wochen** in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun, zum Beispiel so oft aus dem Haus gehen können, wie Sie wollen.

	Überhaupt nicht ▼ ₁	Eher nicht ▼ ₂	Halbwegs ▼ ₃	Über- wiegend ▼ ₄	Völlig ▼ ₅
k) Inwieweit sind Ihre Möglichkeiten sich mit Anderen zu unterhalten durch Probleme mit Ihren Sinnesfunktionen (z.B. Hören, Sehen) eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) In welchem Umfang sind Sie in der Lage, die Dinge zu tun, die Sie gern tun wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Inwieweit sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, weiterhin im Leben etwas zu erreichen, zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Haben Sie das Gefühl, dass Sie im Leben die Anerkennung bekamen, die Sie verdient haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Haben Sie im Allgemeinen genug zu tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich **während der vergangenen zwei Wochen** hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben. Zum Beispiel hinsichtlich Ihrer Teilnahme am Gemeindeleben oder hinsichtlich dessen, was Sie im Verlauf Ihres Lebens erreicht haben.

	Sehr un- zufrieden ▼ ₁	Un- zufrieden ▼ ₂	Weder zufrieden noch unzufrieden ▼ ₃	Zufrieden ▼ ₄	Sehr zufrieden ▼ ₅
p) Wie zufrieden sind Sie mit dem, was Sie im Leben erreicht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Sie Ihre Zeit nutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Maß an Aktivität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, an öffentlichen Aktivitäten teilnehmen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr unglücklich ▼ ₁	Relativ unglücklich ▼ ₂	Weder glücklich noch unglücklich ▼ ₃	Relativ glücklich ▼ ₄	Sehr glücklich ▼ ₅
t) Wie glücklich sind Sie bei dem Gedanken an Dinge, die Sie noch erwarten können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr schlecht ▼ ₁	Schlecht ▼ ₂	Mittelmäßig ▼ ₃	Gut ▼ ₄	Sehr gut ▼ ₅
u) Wie beurteilen Sie Ihre Sinnesfunktionen (z.B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf alle **innigen Beziehungen**, die Sie haben. Bitte beantworten Sie diese Fragen in Bezug auf eine/n Ihnen nahe stehende/n Partner/in oder eine andere Ihnen nahe stehende Person, mit der Sie mehr als mit jeder anderen Person in Ihrem Leben Vertrautheit teilen.

	Überhaupt nicht ▼ ₁	Ein wenig ▼ ₂	Mittelmäßig ▼ ₃	Ziemlich ▼ ₄	Sehr ▼ ₅
v) Inwieweit erfahren Sie in Ihrem Leben ein Gefühl von Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) Inwieweit erfahren Sie Liebe in Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht ▼ ₁	Eher nicht ▼ ₂	Halbwegs ▼ ₃	Über- wiegend ▼ ₄	Völlig ▼ ₅
x) Inwieweit haben Sie die Möglichkeit, anderen Menschen Ihre Liebe zu geben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y) Inwieweit haben Sie die Möglichkeit, die Liebe anderer Menschen zu erfahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPRESSION / ANGST

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - Deutsche Version

49. Unten finden Sie eine Liste von Aussagen über Ihre Gefühle. (Bitte kreuzen Sie je eine Antwortmöglichkeit an.)

a)	Ich fühle mich angespannt oder überreizt.	Meistens <input type="checkbox"/> ₃	Oft <input type="checkbox"/> ₂	Von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> ₁	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₀
b)	Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.	Ganz genau so <input type="checkbox"/> ₀	Nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> ₁	Nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> ₂	Kaum oder gar nicht <input type="checkbox"/> ₃
c)	Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.	Ja, sehr stark <input type="checkbox"/> ₃	Ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> ₂	Etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> ₁	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₀
d)	Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.	Ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> ₀	Nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> ₁	Inzwischen viel weniger <input type="checkbox"/> ₂	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₃
e)	Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.	Einen Großteil der Zeit <input type="checkbox"/> ₃	Verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> ₂	Von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft <input type="checkbox"/> ₁	Nur gelegentlich/nie <input type="checkbox"/> ₀
f)	Ich fühle mich glücklich.	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₃	Selten <input type="checkbox"/> ₂	Manchmal <input type="checkbox"/> ₁	Meistens <input type="checkbox"/> ₀
g)	Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.	Ja, natürlich <input type="checkbox"/> ₀	Gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> ₁	Nicht oft <input type="checkbox"/> ₂	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₃
h)	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.	Fast immer <input type="checkbox"/> ₃	Sehr oft <input type="checkbox"/> ₂	Manchmal <input type="checkbox"/> ₁	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₀
j)	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₀	Gelegentlich <input type="checkbox"/> ₁	Manchmal <input type="checkbox"/> ₂	Sehr oft <input type="checkbox"/> ₃
k)	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.	Ja, stimmt genau <input type="checkbox"/> ₃	Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="checkbox"/> ₂	Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum <input type="checkbox"/> ₁	Ich kümmere mich so viel darum wie immer <input type="checkbox"/> ₀
l)	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.	Ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> ₃	Ziemlich <input type="checkbox"/> ₂	Nicht sehr <input type="checkbox"/> ₁	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₀
m)	Ich blicke mit Freude in die Zukunft.	Ja, sehr <input type="checkbox"/> ₀	Eher weniger als früher <input type="checkbox"/> ₁	Viel weniger als früher <input type="checkbox"/> ₂	Kaum bis gar nicht <input type="checkbox"/> ₃
n)	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.	Ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> ₃	Ziemlich oft <input type="checkbox"/> ₂	Nicht sehr oft <input type="checkbox"/> ₁	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₀
o)	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.	Oft <input type="checkbox"/> ₀	Manchmal <input type="checkbox"/> ₁	Eher selten <input type="checkbox"/> ₂	Sehr selten <input type="checkbox"/> ₃

GEWALT / MISSBRAUCH / VERNACHLÄSSIGUNG

PSYCHISCHE GEWALT

50. Unten finden Sie eine Liste von Geschehnissen, die mit psychischer Gewalt zu tun haben, denen Sie vielleicht ausgesetzt waren. Wie oft waren Sie jedem dieser Geschehnisse im vergangenen Jahr ausgesetzt? (Falls die Person diesen Ereignissen nicht im vergangenen Jahr ausgesetzt war, aber es früher vorkam, kreuzen Sie „7“ an. Falls diese Ereignisse nie vorkamen, markieren Sie „8“.) **Jemand hat ...**

WIE OFT?

1 = Einmal im vergangenen Jahr
 2 = Zweimal im vergangenen Jahr
 3 = 3-5 mal im vergangenen Jahr
 4 = 6-10 mal im vergangenen Jahr

5 = 11-20 mal im vergangenen Jahr
 6 = Mehr als 20 mal im vergangenen Jahr
 7 = Nicht im vergangenen Jahr, aber zuvor passiert
 8 = Das ist nie passiert

	Einmal im vergan- genen Jahr ▼ ₁	Zweimal im vergan- genen Jahr ▼ ₂	3-5 mal im vergan- genen Jahr ▼ ₃	6-10 mal im vergan- genen Jahr ▼ ₄	11-20 mal im vergan- genen Jahr ▼ ₅	Mehr als 20 mal im vergan- genen Jahr ▼ ₆	Nicht im vergan- genen Jahr, aber zuvor ▼ ₇	Das ist nie passiert ▼ ₈
a) ... Sie beleidigt oder verflucht.	<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) ... Sie bedroht (z.B. Sie in ein Heim zu stecken, Dinge zu zerstören, die Ihnen wichtig 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"/>
c) ... herabgesetzt, was Sie 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"/>
d) ... Sie ausgeschlossen oder wiederholt ignoriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... Ihnen angedroht, Tiere oder Menschen zu verletzen, die ihnen wichtig sind (z.B. Haustiere, Verwandte).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... verhindert, dass Sie mit Menschen in Kontakt kamen, die Ihnen wichtig 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"/>
g) ... Sie angeschrien oder angebrüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ... etwas getan, um Sie zu ärgern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ... Sie fett, hässlich genannt oder Sie mit anderen Ausdrücken beschimpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ... etwas zerstört, das Ihnen gehört hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ... bedroht, Sie zu schlagen oder mit etwas zu bewerfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls alle Antwortmöglichkeiten in Frage 50 mit "Das ist nie passiert" beantwortet wurden, gehen Sie bitte zu Frage 55.

51. Wer hat diese Dinge getan? Bitte geben Sie auch an, ob diese Person mit Ihnen zusammen lebt und wie alt diese Person ist. (Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere der Personen an, wie oft sie diese Dinge taten, ob sie mit der befragten Person zusammen leben, und ihr jeweiliges Alter.)

	Einmal im vergangenen Jahr	Zweimal im vergangenen Jahr	3-5 mal im vergangenen Jahr	6-10 mal im vergangenen Jahr	11-20 mal im vergangenen Jahr	Mehr als 20mal im vergangenen Jahr	Nicht im vergangenen Jahr, aber zuvor	Das ist nie passiert	Leben Sie mit dieser Person zusammen?		Wenn Missbrauch vorliegt, wie alt war diese Person?
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈	Ja ▼ ₈₁	Nein ▼ ₈₂	
	Spalte 1								Spalte 2		Spalte 3
a) Ehemann/Ehefrau/ PartnerIn/MitbewohnerIn	<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) Tochter	<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"/>	_____
c) Sohn	<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"/>	_____
d) Schwiegertochter	<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"/>	_____
e) Schwiegersohn	<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"/>	_____
f) Schwester	<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"/>	_____
g) Bruder	<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"/>	_____
h) Enkelin	<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"/>	_____
i) Enkel	<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"/>	_____
k) Andere Verwandte, bitte angeben	<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"/>	_____
l) Anderer Verwandter, bitte angeben	<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"/>	_____
m) Freundin	<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"/>	_____
n) Freund	<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"/>	_____
o) Bekannte	<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"/>	_____
p) Bekannter	<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"/>	_____
q) Nachbarin	<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"/>	_____
r) Nachbar	<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"/>	_____
s) Andere weibliche Person(en), bitte angeben	<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"/>	_____
t) Andere männliche Person(en), bitte angeben	<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"/>	_____

52. Wo fanden diese Vorfälle statt? Unten finden Sie eine Liste, wo diese Dinge, die Sie erfahren haben, möglicherweise stattgefunden haben. (Bitte kreuzen Sie einen oder mehrere Orte an, wo diese Dinge passiert sein könnten.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Bei mir zuhause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Im Haus einer anderen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Im Betreuten Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) In öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) In einem Restaurant, einer Kneipe oder einem Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) In einem Geschäft (z.B. wo ich meine Lebensmittel einkaufe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Andere Orte, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Wie haben Sie auf diese Vorfälle reagiert? Weiter unten finden Sie eine Liste von Reaktionen, wie Sie vielleicht auf die erlebten Vorfälle reagiert haben könnten. (Bitte kreuzen Sie eine Reaktion an, mehrere Reaktionen oder keine Reaktion.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Verbal, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Körperlich, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Emotional (z.B. mit Wut, Ärger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Den Vorfall einer anderen Person berichtet, bitte angeben, wem _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Andere Reaktion, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Keine Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Waren Sie von diesen Vorfällen berührt? Weiter unten befindet sich eine Liste von Erfahrungen/ Gefühlen, die Sie möglicherweise gehabt haben nach dem Erleben dieser Vorfälle. (Bitte kreuzen an, wie berührt die Person war.)

	Überhaupt nicht ▼ ₁	Ein wenig ▼ ₂	Mäßig ▼ ₃	Beträchtlich ▼ ₄
a) Ich fühlte mich von meiner Familien oder meinen Freunden abgeschnitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich war wütend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich hatte Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich war ärgerlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich schämte mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Andere Gefühle, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHYSISCHE GEWALT

55. Wie oft erlebten Sie diese Vorfälle von physischer Gewalt im vergangenen Jahr? (Bitte kreuzen Sie an, wie oft die/der Befragte im vergangenen Jahr mit diesen Vorfällen konfrontiert war.) Jemand hat...

	Einmal im vergan- genen Jahr ▼ ₁	Zweimal im vergan- genen Jahr ▼ ₂	3-5 mal im vergan- genen Jahr ▼ ₃	6-10 mal im vergan- genen Jahr ▼ ₄	11-20 mal im vergan- genen Jahr ▼ ₅	Mehr als 20 mal im vergan- genen Jahr ▼ ₆	Nicht im vergan- genen Jahr, aber zuvor ▼ ₇	Das ist nie passiert ▼ ₈
a) ... Sie mit der Hand geschlagen.	<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) ... Sie fest gepackt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... Sie getreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... Sie gestoßen oder geschubst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... Sie mit Absicht verbrannt oder verbrüht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... Sie gewürgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ... etwas nach Ihnen geworfen, das Sie verletzt hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ... Ihren Arm verdreht oder an Ihren Haaren gezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ... ein Messer, eine Pistole oder eine andere Waffe gegen Sie eingesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ... Sie geboxt oder geschlagen mit etwas, das Sie verletzen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ... Sie gegen eine Wand, Tür oder ein Möbelstück geworfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ... Sie zusammengeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) ... Sie gefesselt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) ... Sie auf eine andere Weise mit Gewalt festgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) ... Sie in Ihrem Zimmer eingesperrt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) ... Ihnen Drogen oder zuviel Medizin verabreicht, um Sie zu kontrollieren/ Sie fügsam zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) ... Sie mit einem Messer, einer Pistole oder anderen Waffe bedroht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls alle Antwortmöglichkeiten in Frage 55 mit "Das ist nie passiert" beantwortet wurden, gehen Sie zu Frage 60.

56. Wer hat diese Dinge getan? (Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere der Personen an, wie oft sie diese Dinge taten, ob sie mit der befragten Person zusammen leben, und ihr Alter.)

	Einmal im vergangenen Jahr	Zwei- mal im vergangenen Jahr	3-5 mal im vergangenen Jahr	6-10 mal im vergangenen Jahr	11-20 mal im vergangenen Jahr	Mehr als 20 mal im vergangenen Jahr	Nicht im vergan- genen Jahr, aber zuvor	Das ist nie pas- siert	Leben Sie mit dieser Person zusam- men?		Wenn Miss- brauch vorliegt, wie alt war diese Person?
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈	Ja ▼ ₈₁	Nein ▼ ₈₂	▼
	Spalte 1								Spalte 2		Spalte 3
a) Ehemann/Ehefrau/ PartnerIn/Mitbe- wohnerIn	<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) Tochter	<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"/>
c) Sohn	<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"/>
d) Schwiegertochter	<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"/>
e) Schwiegersohn	<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"/>
f) Schwester	<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"/>
g) Bruder	<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"/>
h) Enkelin	<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"/>
j) Enkel	<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"/>
k) Andere Verwandte, bitte angeben	<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"/>
l) Anderer Verwand- ter, bitte angeben	<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"/>
m) Freundin	<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"/>
n) Freund	<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"/>
o) Bekannte	<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"/>
p) Bekannter	<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"/>
q) Nachbarin	<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"/>
r) Nachbar	<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"/>
s) Andere weibliche Person(en), bitte angeben	<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"/>
t) Andere männliche Person(en), bitte angeben	<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"/>

57. Wo fanden diese Vorfälle statt? (Bitte kreuzen Sie einen oder mehrere Orte an, wo diese Dinge passiert sein könnten.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Bei mir zuhause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Im Haus einer anderen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Im Betreuten Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) In öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) In einem Restaurant, einer Kneipe oder einem Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) In einem Geschäft (z.B. wo ich meine Lebensmittel einkaufe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Andere Orte, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Wie haben Sie auf diese Vorfälle reagiert? Weiter unten finden Sie eine Liste von Reaktionen, wie Sie vielleicht auf die erlebten Vorfälle reagiert haben könnten. (Bitte kreuzen Sie eine Reaktion an, mehrere Reaktionen oder keine Reaktion.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Verbal, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Körperlich, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Emotional (z.B. mit Wut, Ärger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Den Vorfall einer anderen Person berichtet, bitte angeben, wem _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Andere Reaktion, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Keine Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Waren Sie von diesen Vorfällen berührt? Weiter unten befindet sich eine Liste von Erfahrungen/ Gefühlen, die Sie möglicherweise gehabt haben nach dem Erleben dieser Vorfälle. (Bitte kreuzen an, wie berührt die Person war.)

	Überhaupt nicht ▼ ₁	Ein wenig ▼ ₂	Mäßig ▼ ₃	Beträchtlich ▼ ₄
a) Ich fühlte mich von meiner Familien oder meinen Freunden abgeschnitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich war wütend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich hatte Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich war ärgerlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich schämte mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Andere Gefühle, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHYSISCHE VERLETZUNG

60. Wie oft erlebten Sie diese Dinge im vergangenen Jahr? (Bitte kreuzen Sie an, wie oft die/der Befragte im vergangenen Jahr mit diesen Vorfällen konfrontiert war.)

	Einmal im vergan- gen Jahr ▼ ₁	Zweimal im vergan- gen Jahr ▼ ₂	3-5 mal im vergan- gen Jahr ▼ ₃	6-10 mal im vergan- gen Jahr ▼ ₄	11-20 mal im vergan- gen Jahr ▼ ₅	Mehr als 20 mal im vergan- gen Jahr ▼ ₆	Nicht im vergan- gen Jahr, aber zuvor ▼ ₇	Das ist nie passiert ▼ ₈
a) Sie hatten aufgrund eines Schlages etc. eine Verstauchung, Prellung oder einen kleinen Schnitt.	<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) Sie wurden durch einen Schlag auf den Kopf bewusstlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sie mussten aufgrund eines Schlages etc. einen Arzt aufsuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sie hätten aufgrund eines Schlages etc. einen Arzt aufsuchen müssen, haben dies aber nicht getan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sie erlitten einen Knochenbruch aufgrund eines Schlages etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sie haben einen körperlichen Schmerz von diesem Schlag etc. empfunden, der auch am nächsten Tag noch zu spüren war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Andere Verletzung, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls alle Antwortmöglichkeiten in Frage 60 mit "Das ist nie passiert" beantwortet wurden, gehen Sie zu Frage 65.

61. Wer hat diese Dinge getan? (Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere der Personen an, wie oft sie diese Dinge taten, ob sie mit der befragten Person zusammen leben, und ihr Alter.)

	Einmal im vergan- genen Jahr	Zwei mal im vergan- genen Jahr	3-5 mal im vergan- genen Jahr	6-10 mal im vergan- genen Jahr	11-20 mal im vergan- genen Jahr	Mehr als 20 mal im vergan- genen Jahr	Nicht im vergan- genen Jahr, aber zuvor	Das ist nie pas- siert	Leben Sie mit dieser Person zusam- men?		Wenn Miss- brauch vorliegt, wie alt war diese Person?
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈	Ja ▼ ₈₁	Nein ▼ ₈₂	▼
	Spalte 1								Spalte 2		Spalte 3
a) Ehemann/Ehefrau/ PartnerIn/Mitbe- wohnerIn	<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) Tochter	<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"/>
c) Sohn	<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"/>
d) Schwiegertochter	<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"/>
e) Schwiegersohn	<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"/>
f) Schwester	<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"/>
g) Bruder	<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"/>
h) Enkelin	<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"/>
j) Enkel	<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"/>
k) Andere Verwandte, bitte angeben	<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"/>
l) Anderer Verwand- ter, bitte angeben	<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"/>
m) Freundin	<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"/>
n) Freund	<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"/>
o) Bekannte	<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"/>
p) Bekannter	<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"/>
q) Nachbarin	<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"/>
r) Nachbar	<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"/>
s) Andere weibliche Person(en), bitte angeben	<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"/>
t) Andere männliche Person(en), bitte angeben	<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"/>

62. Wo fanden diese Vorfälle statt? (Bitte kreuzen Sie einen oder mehrere Orte an, wo diese Dinge passiert sein könnten.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Bei mir zuhause	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Im Haus einer anderen Person	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Im Betreuten Wohnen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Auf der Straße	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) In öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) In einem Restaurant, einer Kneipe oder einem Café	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) In einem Geschäft (z.B. wo ich meine Lebensmittel einkaufe)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Andere Orte, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

63. Wie haben Sie auf diese Vorfälle reagiert? Weiter unten finden Sie eine Liste von Reaktionen, wie Sie vielleicht auf die erlebten Vorfälle reagiert haben könnten. (Bitte kreuzen Sie eine Reaktion an, mehrere Reaktionen oder keine Reaktion.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Verbal, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Körperlich, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Emotional (z.B. mit Wut, Ärger)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Den Vorfall einer anderen Person berichtet, bitte angeben, wem _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Weggelaufen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Andere Reaktion, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Keine Reaktion	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

64. Waren Sie von diesen Vorfällen berührt? Weiter unten befindet sich eine Liste von Erfahrungen/ Gefühlen, die Sie möglicherweise gehabt haben nach dem Erleben dieser Vorfälle. (Bitte kreuzen an, wie berührt die Person war.)

	Überhaupt nicht ▼ ₁	Ein wenig ▼ ₂	Mäßig ▼ ₃	Beträchtlich ▼ ₄
a) Ich fühlte mich von meiner Familien oder meinen Freunden abgeschnitten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Ich war wütend	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Ich hatte Angst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Ich war ärgerlich	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Ich schämte mich	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Andere Gefühle, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

FINANZIELLER MISSBRAUCH

65. Wie oft erlebten Sie diese Dinge im vergangenen Jahr? (Bitte kreuzen Sie an, wie oft die/der Befragte im vergangenen Jahr mit jedem dieser Vorfälle konfrontiert war.) **Jemand hat...**

	Einmal im vergan- nen Jahr	Zweimal im vergan- nen Jahr	3-5 mal im vergan- nen Jahr	6-10 mal im vergan- nen Jahr	11-20 mal im vergan- nen Jahr	Mehr als 20 mal im vergan- nen Jahr	Nicht im vergan- nen Jahr, aber zuvor	Das ist nie passiert
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈
a) ... Sie gezwungen, ihm/ihnen Ihr Geld, Ihren Besitz oder Ihr Eigentum zu übereignen	<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) ... versucht, Sie gegen Ihren Willen dazu zu bringen, der Person Ihr Geld, Ihren Besitz oder Ihr Eigentum zu übereignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... versucht, Sie um Geld, Besitz oder Eigentum zu betrügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... versucht, Sie gegen Ihren Willen zu entmündigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... versucht, Ihnen Geld, Besitz oder Eigentum zu stehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... Ihr Geld, Ihren Besitz oder Eigentum von Ihnen gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ... Sie um Geld, Besitz oder Eigentum betrogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ... Sie gegen Ihren Willen entmündigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ... etwas anderes getan, um Ihnen Ihr Geld, Ihren Besitz oder Ihr Eigentum zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls alle Antwortmöglichkeiten in Frage 65 mit "Das ist nie passiert" beantwortet wurden, gehen Sie zu Frage 70.

66. Wer hat diese Dinge getan? (Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere der Personen an, wie oft sie diese Dinge taten, ob sie mit der befragten Person zusammen leben, und ihr Alter.)

	Einmal im vergan- genen Jahr	Zwei mal im vergan- genen Jahr	3-5 mal im vergan- genen Jahr	6-10 mal im vergan- genen Jahr	11-20 mal im vergan- genen Jahr	Mehr als 20 mal im vergan- genen Jahr	Nicht im vergan- genen Jahr, aber zuvor	Das ist nie pas- siert	Leben Sie mit dieser Person zusam- men?		Wenn Miss- brauch vorliegt, wie alt war diese Person?
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈	Ja ▼ ₈₁	Nein ▼ ₈₂	▼
	Spalte 1								Spalte 2		Spalte 3
a) Ehemann/Ehefrau/ PartnerIn/Mitbe- wohnerIn	<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) Tochter	<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"/>
c) Sohn	<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"/>
d) Schwiegertochter	<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"/>
e) Schwiegersohn	<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"/>
f) Schwester	<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"/>
g) Bruder	<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"/>
h) Enkelin	<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"/>
j) Enkel	<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"/>
k) Andere Verwandte, bitte angeben	<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"/>
l) Anderer Verwand- ter, bitte angeben	<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"/>
m) Freundin	<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"/>
n) Freund	<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"/>
o) Bekannte	<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"/>
p) Bekannter	<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"/>
q) Nachbarin	<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"/>
r) Nachbar	<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"/>
s) Andere weibliche Person(en), bitte angeben	<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"/>
t) Andere männliche Person(en), bitte angeben	<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"/>

67. Wo fanden diese Vorfälle statt? (Bitte kreuzen Sie einen oder mehrere Orte an, wo diese Dinge passiert sein könnten.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Bei mir zuhause	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Im Haus einer anderen Person	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Im Betreuten Wohnen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Auf der Straße	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Andere Orte, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

68. Wie haben Sie auf diese Vorfälle reagiert? Weiter unten finden Sie eine Liste von Reaktionen, wie Sie vielleicht auf die erlebten Vorfälle reagiert haben könnten. (Bitte kreuzen Sie eine Reaktion an, mehrere Reaktionen oder keine Reaktion.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Ignoriert, was passiert ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Die Person/en darauf angesprochen, sie zur Rede gestellt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Emotional (z.B. mit Ärger oder Wut)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Den Vorfall/die Vorfälle einer anderen Person berichtet, bitte angeben, wem _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Andere Reaktion, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Keine Reaktion	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

69. Waren Sie von diesen Vorfällen berührt? Weiter unten befindet sich eine Liste von Erfahrungen/ Gefühlen, die Sie möglicherweise gehabt haben nach dem Erleben dieser Vorfälle. (Bitte kreuzen an, wie berührt die Person war.)

	Überhaupt nicht ▼ ₁	Ein wenig ▼ ₂	Mäßig ▼ ₃	Beträchtlich ▼ ₄
a) Ich fühlte mich von meiner Familien und meinen Freunden abgeschnitten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Ich war wütend	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Ich hatte Angst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Ich war ärgerlich	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Ich schämte mich	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Es verursachte finanzielle Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Andere Gefühle, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

SEXUELLE GEWALT

70. Wie oft erlebten Sie diese Dinge im vergangenen Jahr? (Bitte kreuzen Sie an, wie oft die/der Befragte im vergangenen Jahr mit diesen Vorfällen konfrontiert war.) Jemand hat...

	Einmal im vergan- nen Jahr	Zweimal im vergan- nen Jahr	3-5 mal im vergan- nen Jahr	6-10 mal im vergan- nen Jahr	11-20 mal im vergan- nen Jahr	Mehr als 20 mal im vergan- nen Jahr	Nicht im vergan- nen Jahr, aber zuvor	Das ist nie passiert
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈
a) ... Sie verbal sexuell belästigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie gegen Ihren Willen durch Berührung sexuell belästigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... versucht, Sie gegen Ihren Willen durch Berührung sexuell zu belästigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... Sie gezwungen, sich gegen Ihren Willen porno- grafisches Material anzusehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... versucht, Sie gegen Ihren Willen zu zwingen, sich pornografisches Material anzusehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... hatte gegen Ihren Willen Geschlechts- verkehr mit Ihnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ... versucht, Sie gegen Ihren Willen zum Geschlechts- verkehr zu zwingen Anderes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) von sexueller Belästigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls alle Antwortmöglichkeiten in Frage 70 mit "Das ist nie passiert" beantwortet wurden, gehen Sie zu Frage 75.

71. Wer hat diese Dinge getan? (Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere der Personen an, wie oft sie diese Dinge taten, ob sie mit der befragten Person zusammen leben, und ihr Alter.)

	Einmal im vergan- genen Jahr	Zwei mal im vergan- genen Jahr	3-5 mal im vergan- genen Jahr	6-10 mal im vergan- genen Jahr	11-20 mal im vergan- genen Jahr	Mehr als 20 mal im vergan- genen Jahr	Nicht im vergan- genen Jahr, aber zuvor	Das ist nie pas- siert	Leben Sie mit dieser Person zusam- men?		Wenn Miss- brauch vorliegt, wie alt war diese Person?
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈	Ja ▼ ₈₁	Nein ▼ ₈₂	▼
Spalte 1									Spalte 2		Spalte 3
a) Ehemann/Ehefrau/ PartnerIn/Mitbe- wohnerIn	<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) Tochter	<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"/>	_____
c) Sohn	<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"/>	_____
d) Schwiegertochter	<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"/>	_____
e) Schwiegersohn	<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"/>	_____
f) Schwester	<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"/>	_____
g) Bruder	<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"/>	_____
h) Enkelin	<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"/>	_____
j) Enkel	<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"/>	_____
k) Andere Verwandte, bitte angeben	<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"/>	_____
l) Anderer Verwand- ter, bitte angeben	<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"/>	_____
m) Freundin	<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"/>	_____
n) Freund	<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"/>	_____
o) Bekannte	<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"/>	_____
p) Bekannter	<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"/>	_____
q) Nachbarin	<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"/>	_____
r) Nachbar	<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"/>	_____
s) Andere weibliche Person(en), bitte angeben	<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"/>	_____
t) Andere männliche Person(en), bitte angeben	<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"/>	_____

72. Wo fanden diese Vorfälle statt? Unten finden Sie eine Liste, wo diese Dinge, die Sie erfahren haben, möglicherweise stattgefunden haben? (Bitte kreuzen Sie einen oder mehrere Orte an, wo diese Dinge passiert sein könnten.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Bei mir zuhause	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Im Haus einer anderen Person	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Im Betreuten Wohnen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Auf der Straße	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) In öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) In einem Restaurant, einer Kneipe oder einem Café	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) In einem Geschäft (z.B. wo ich meine Lebensmittel einkaufe)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Andere Orte, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

73. Wie haben Sie auf diese Vorfälle reagiert? Weiter unten finden Sie eine Liste von Reaktionen, wie Sie vielleicht auf die erlebten Vorfälle reagiert haben könnten. (Bitte kreuzen Sie eine Reaktion an, mehrere Reaktionen oder keine Reaktion.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Verbal, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Körperlich, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Emotional (z.B. mit Wut, Ärger)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Den Vorfall einer anderen Person berichtet, bitte angeben, wem _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Weggelaufen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Andere Reaktion, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Keine Reaktion	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

74. Waren Sie von diesen Vorfällen (sexuelle Gewalt) berührt? Weiter unten befindet sich eine Liste von Erfahrungen/ Gefühlen, die Sie möglicherweise gehabt haben nach dem Erleben dieser Vorfälle. (Bitte kreuzen an, wie berührt die Person war.)

	Überhaupt nicht ▼ ₁	Ein wenig ▼ ₂	Mäßig ▼ ₃	Beträchtlich ▼ ₄
a) Ich fühlte mich von meiner Familien oder meinen Freunden abgeschnitten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Ich war wütend	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Ich hatte Angst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Ich war ärgerlich	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Ich schämte mich	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Andere Gefühle, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

VERNACHLÄSSIGUNG

75. Unten finden Sie eine Liste mit Aktivitäten, bei denen Sie vielleicht Hilfe gebraucht haben. Bitte geben Sie an, ob Sie Hilfe gebraucht und erhalten, oder gebraucht, aber nicht erhalten haben oder ob Sie keine Hilfe benötigt haben?

	Ja, Hilfe wurde benötigt und erhalten ▼ ₁	Ja, Hilfe wurde benötigt, aber nicht erhalten ▼ ₂	Keine Hilfe benötigt ▼ ₃
a) Einkaufen von Lebensmitteln, Kleidung oder anderen Dingen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) Essenszubereitung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) Erledigen der täglichen Hausarbeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) Reisen oder Transport	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) Schlafen gehen, morgens aufstehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f) Waschen oder Baden (einschließlich in die und aus der Badewanne oder Dusche zu steigen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
g) Anziehen und Ausziehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
h) Essen, eingeschlossen der Zerkleinerung von Essen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
j) Auf die Toilette gehen und sie benutzen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
k) Hilfe mit der richtigen Dosierung und pünktlichen Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
l) Eine andere täglich wiederkehrende Aktivität, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
m) Andere Aktivität im Haushalt (z.B. Gartenarbeit)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
n) Allgemeine Mobilität im Haus/ Heim	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Falls keine der oben genannten Antwortmöglichkeiten in Frage 75 mit "Ja, Hilfe wurde benötigt und erhalten" gewählt wurden, gehen Sie bitte zu Frage 77. Falls keine der Antwortmöglichkeiten in Frage 75 mit "Ja, Hilfe wurde benötigt, aber nicht erhalten" gewählt wurden, überspringen Sie bitte die Fragen 77-81. Falls alle Antwortmöglichkeiten in Frage 75 mit "Keine Hilfe benötigt" beantwortet wurden, gehen Sie bitte zu Frage 82.

76. Wer hat Ihnen geholfen? Denken Sie an Aktivitäten, bei denen Sie Hilfe gebraucht und erhalten haben, wer hat Ihnen geholfen? (Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere Alternativen an.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Ehemann/Ehefrau/PartnerIn/MitbewohnerIn	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Tochter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Sohn	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Schwiegertochter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Schwiegersohn	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Schwester	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Bruder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Enkelin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
j) Enkel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
k) Andere Verwandte, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
l) Anderer Verwandter, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
m) Freundin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

n) Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Bekannter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Nachbarin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Nachbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Andere weibliche Person(en), bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Andere männliche Person(en), bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Wer hat Ihnen nicht geholfen? Denken Sie an die Aktivitäten, bei denen Sie Hilfe gebraucht hätten. Wer hat sich geweigert, Ihnen zu helfen und wie oft im vergangenen Jahr? (Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere Alternativen an.)

	Einmal im vergangenen Jahr	Zwei mal im vergangenen Jahr	3-5 mal im vergangenen Jahr	6-10 mal im vergangenen Jahr	11-20 mal im vergangenen Jahr	Mehr als 20 mal im vergangenen Jahr	Nicht im vergangenen Jahr, aber zuvor	Das ist nie passiert	Leben Sie mit dieser Person zusammen?		Wenn Missbrauch vorliegt, wie alt war diese Person?
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈	Ja ▼ ₈₁	Nein ▼ ₈₂	▼
	Spalte 1								Spalte 2		Spalte 3
a) Ehemann/Ehefrau/ PartnerIn/MitbewohnerIn	<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) Tochter	<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"/>	_____
c) Sohn	<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"/>	_____
d) Schwiegertochter	<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"/>	_____
e) Schwiegersohn	<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"/>	_____
f) Schwester	<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"/>	_____
g) Bruder	<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"/>	_____
h) Enkelin	<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"/>	_____
i) Enkel	<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"/>	_____
k) Andere Verwandte, bitte angeben	<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"/>	_____
l) Anderer Verwandter, bitte angeben	<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"/>	_____
m) Freundin	<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"/>	_____
n) Freund	<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"/>	_____
o) Bekannte	<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"/>	_____
p) Bekannter	<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"/>	_____
q) Nachbarin	<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"/>	_____
r) Nachbar	<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"/>	_____
s) Andere weibliche Person(en), bitte angeben	<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"/>	_____
t) Andere männliche Person(en), bitte angeben	<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"/>	_____

78. Wo fanden diese Vorfälle statt? (Bitte kreuzen Sie einen oder mehrere Orte an, wo diese Dinge passiert sein könnten.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Bei mir zuhause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Im Haus einer anderen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Im Betreuten Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Andere Orte, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79. Warum wurde Ihnen nicht geholfen? Unten finden Sie eine Liste mit Gründen, weshalb Ihnen die Hilfe verweigert wurde. (Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere Gründe an.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Helfende Person (z.B. Verwandter) auf der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Helfende Person (z.B. Verwandter) im Krankheitsfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Helfende Person (z.B. Verwandter) im Urlaub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Helfende Person (z.B. Verwandter) vergessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Helfende Person (z.B. Verwandter) beschäftigt/ nicht verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ich habe nicht um Hilfe gebeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ich weiß den Grund nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Anderer Grund, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Wie haben Sie auf diese Vorfälle reagiert? Weiter unten finden Sie eine Liste von Reaktionen, die Sie möglicherweise gezeigt haben, als Sie Hilfe gebraucht hätten und Ihnen nicht geholfen wurde. (Bitte kreuzen Sie eine oder mehrere der Reaktionen an.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Körperlich, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Emotional (z.B. mit Wut, Ärger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Andere Reaktion, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Keine Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Waren Sie von diesen Vorfällen berührt? Weiter unten befindet sich eine Liste von Erfahrungen/ Gefühlen, die Sie möglicherweise gehabt haben nach dem Erleben dieser Vorfälle. (Bitte kreuzen an, wie berührt die Person war.)

	Überhaupt nicht ▼ ₁	Ein wenig ▼ ₂	Mäßig ▼ ₃	Beträchtlich ▼ ₄
a) Ich fühlte mich von Familie und Freunden abgeschnitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich war wütend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich hatte Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich war ärgerlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich habe mich geschämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ich fühlte mich unbehaglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ich war hungrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Andere Gefühle, bitte angeben _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FREIZEITAKTIVITÄTEN

82. Wie häufig beschäftigen Sie sich mit diesen Freizeitaktivitäten? (Bitte kreuzen Sie pro Zeile eine Antwortmöglichkeit an.)

	Nie ▼ ₁	Monatlich		Wöchentlich		Täglich ▼ ₇	
		< 1 bis 1 mal ▼ ₂	2 bis 4 mal ▼ ₃	1 mal ▼ ₄	< 1 bis 1 mal ▼ ₅		2 bis 4 mal ▼ ₆
a) Nähen, Stricken, Gartenarbeit, Sammeln von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Musikhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Die Familie oder einzelne Familienmitglieder treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Auf die Enkelkinder aufpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Soziale Aktivitäten (z.B. Freunde treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Religiöse Aktivitäten (z.B. in Kirchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Aktivitäten außerhalb des Hauses (z.B. ins Kino oder Theater gehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Bewegung (z.B. Spazieren, Wandern, Schwimmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Künstlerische und musische Aktivitäten (z.B. Malen, ein Instrument spielen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Reisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Anderes Hobby, bitte angeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELIGION

83. Würden Sie sich selbst als religiös beschreiben?

	Überhaupt nicht religiös ▼ ₁	Etwas religiös ▼ ₂	Mäßig religiös ▼ ₃	Sehr religiös ▼ ₄
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie sich selbst nicht als religiös betrachten, gehen Sie bitte zu Frage 85.

84. Falls Sie sich selbst als religiös betrachten: Zu welcher Religion gehören Sie oder fühlen Sie sich zugehörig? (Bitte wählen Sie eine Antwortmöglichkeit aus der Liste unten.)

Evangelisch	<input type="checkbox"/>
Katholisch	<input type="checkbox"/>
Orthodox	<input type="checkbox"/>
Jüdisch	<input type="checkbox"/>
Muslimisch	<input type="checkbox"/>
Anderer (bitte angeben): _____	<input type="checkbox"/>

85. Haben Sie Anmerkungen zu den Fragen oder möchten Sie uns etwas mitteilen?

II

OPTIONALER TEIL DES FRAGEBOGENS

86. Wie hoch würden Sie Ihr monatliches Gesamteinkommen einschätzen, das Sie aus Pensionen, Löhnen, selbstständigem Einkommen oder Altersrenten erhalten, abzüglich von Steuer- und Sozialabgaben?

< 1000	<input type="checkbox"/> ₁
1001 - 1500	<input type="checkbox"/> ₂
1501 - 2000	<input type="checkbox"/> ₃
2001 - 2500	<input type="checkbox"/> ₄
2501 - 3000	<input type="checkbox"/> ₅
> 3000	<input type="checkbox"/> ₆
Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/> ₇
Ich möchte darüber keine Angaben machen	<input type="checkbox"/> ₈

87. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Unterkunft. (Bitte kreuzen Sie alle für Sie zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.) Hat Ihre Unterkunft...

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) ... ein eigenes Bad oder Dusche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) ... eine eigene Toilette	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) ... eine Heizung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) ... einen Balkon, eine Terrasse oder einen Garten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

88. Weiterhin bzgl. Ihrer Unterkunft, würden Sie sagen, dass sie... (Bitte kreuzen Sie alle für Sie zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) ... nicht groß genug ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) ... im Verhältnis zu meinen täglichen Ausgaben zu teuer ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) ... nicht hell genug ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) ... unzureichende Heizung hat	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

89. Und nun zur Gegend, die unmittelbar an Ihre Unterkunft anschließt, würden Sie sagen, dass... (Bitte kreuzen Sie alle für Sie zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) ... es dort eine ausreichende Versorgung z.B. mit Apotheken, medizinischer Versorgung, Lebensmittelgeschäften, in angemessener Entfernung gibt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) ... dort genügend Anschlüsse an öffentliche Verkehrsmittel bestehen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Sie dort mit Umweltverschmutzung, Lärm und anderen Umweltproblemen konfrontiert sind	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) ... Sie dort an Vandalismus oder Kriminalität leiden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

KRITISCHE LEBENSEREIGNISSE

Stressful Life Events Screening Questionnaire

90. Die unten aufgelisteten Begriffe nehmen Bezug auf Ereignisse, die möglicherweise zu irgendeinem Zeitpunkt in Ihrem Leben stattgefunden haben, einschließlich in der frühen Kindheit.

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Hatten Sie schon einmal eine lebensbedrohliche Krankheit?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Waren Sie schon einmal in einen lebensbedrohlichen Unfall verwickelt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Wurde in einem Raubüberfall jemals körperliche oder Waffengewalt gegen Sie angewandt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Ist ein enges Familienmitglied, Lebenspartner oder ein Ihnen sehr nahe stehender Freund durch einen Unfall, z.B. durch einen Mord oder einen Selbstmord ums Leben gekommen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Wurden Sie jemals von einer Person (Elternteil, anderes Familienmitglied, Partner, Fremder oder jemand anderem) mit körperlicher Gewalt zu sexuellen Handlungen gezwungen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Wurden Sie in Ihrer Kindheit durch ein Elternteil, eine Betreuungsperson oder eine andere Person wiederholt geschlagen, angegriffen oder wurde Ihnen auf eine andere Weise geschadet?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Wurden Sie als Erwachsene/r jemals durch einen Lebenspartner, eine Verabredung, ein Familienmitglied, einen Fremden oder jemand anderes zusammen geschlagen, geschlagen oder auf eine andere Weise körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Wurden Sie durch ein Elternteil, Lebenspartner oder Familienmitglied wiederholt verspottet, gedemütigt, ignoriert oder wurde Ihnen vermittelt, dass Sie schlecht sind?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
i) Wurden sie, ausgenommen der schon beschriebenen Erfahrungen, jemals mit einer Waffe bedroht , wie ein Messer oder eine Pistole?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
k) Waren Sie jemals gegenwärtig, als eine andere Person umgebracht, ernsthaft verletzt oder sexuell/ körperlich angegriffen wurde?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
l) Waren Sie jemals in einer anderen Situation, in der Sie ernsthaft verletzt wurden oder Ihr Leben in Gefahr war (z.B. Militäreinsatz oder Leben im Kriegsgebiet/Flucht)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
m) Waren Sie zusätzlich jemals in einer anderen Situation, die außerordentlich Furcht erregend oder erschreckend war oder in der Sie sich sehr hilflos gefühlt haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

Posttraumatic Symptom Scale (PTSS-10)

91. Unten finden Sie eine Liste mit Angaben zu gewöhnlichen/möglichen Reaktionen auf ernsthafte Ereignisse (z.B. Tod einer geliebten Person, Gewalterfahrung, Unfälle, etc.). Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Gefühle oder Reaktionen darauf während der vergangenen Woche. (Bitte beantworten Sie jeden Punkt.)

	Ja ▼ ₁	Nein ▼ ₂
a) Ich hatte Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Ich hatte Alpträume.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Ich war in gedrückter Stimmung (fühlte mich niedergeschlagen).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Ich reagierte übertrieben auf plötzliche Geräusche oder unerwartete Bewegungen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Ich neigte dazu, mich vor anderen Menschen zurückzuziehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Ich reagierte gereizt (leicht reizbar oder wütend).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Ich hatte Stimmungsschwankungen (Pendeln zwischen Traurigkeit und Fröhlichkeit).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Ich hatte ein schlechtes Gewissen, machte mir Selbstvorwürfe, hatte Schuldgefühle.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
i) Ich hatte Angst, wenn ich dem Ort nahe kam, an dem meine Erlebnisse stattgefunden hatten oder mich etwas daran erinnerte.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
k) Mein Körper war angespannt (ich hatte Muskelverspannungen).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

92. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Vielen Dank, es war sehr schön, mit Ihnen zu reden!

DANKE!

