



Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit
von Frauen in Deutschland

I N F O R M A T I O N E N
zur Durchführung der Interviews
in der Hauptstudie

Bonn, im Januar 2003

Liebe Interviewerin,

mit diesen Unterlagen erhalten Sie das Befragungsmaterial für die Studie **„Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“**. Die Befragung führen wir in Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Frauenforschungszentrum (IFF) der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durch.

Ziel dieser Studie ist es, Gewalterfahrungen von Frauen in Deutschland, ihre Ursachen und Folgen zu erfassen, um daraus Strategien für bessere Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten entwickeln zu können.

Insgesamt werden 10.000 Frauen, die deutsch sprechen, im Alter von 16 bis 85 Jahren befragt. Basis der Studie ist eine Einwohnermeldestichprobe in 250 Gemeinden.

Das Interview besteht aus zwei Teilen: einem mündlichen Interview und einem schriftlichen Selbstausfüller, der in Ihrem Beisein von der Zielperson direkt im Anschluss an das mündliche Interview ausgefüllt werden soll.

Auf den folgenden Seiten haben wir für Sie einige wichtige Informationen zum Interview sowie die wichtigsten und studienspezifischen Standards der Interviewtechnik aufgeführt. Bitte machen Sie sich mit diesen Regeln vor Ihrem ersten Gespräch vertraut.

Sollten Sie noch Fragen haben oder sollten bei den Interviews ganz unerwartet Probleme auftauchen, stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Wir möchten uns an dieser Stelle ganz herzlich für Ihre Mitarbeit bedanken und wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Befragung!

Christine Fredebeul
Einsatzleiterin

(0228 / 3822 - 432)

Dr. Angela Prussog-Wagner
Projektleiterin

(0228 / 3822 - 420)

Inhaltsverzeichnis

1	Kontrolle vor dem Interview	1
2	Stichprobe und Kontaktprotokoll	2
2.1	Kontaktprotokoll und Verweigererfragebogen	2
3	Die Erhebungsinstrumente	4
3.1	Mündlicher Fragebogen mit Listenheft	6
3.1.1	Listenheft	6
3.1.2	Filter	7
3.1.3	Interviewerfragen	8
3.2	Gelber schriftlicher Fragebogen („Selbstauffüller“)	8
3.3	Informationsbroschüren und IFF-Karte	9
4	Das Interview	10
4.1	Allgemeine Hinweise zur Gesprächsführung und die Rolle der Interviewerin	10
4.2	Spezielle Hinweise zur Gesprächsführung für die Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“	12
4.3	Die Interviewsituation	13
5	Allgemeine technische Hinweise	16
6	Antworten auf häufig gestellte Fragen - Tipps im Umgang mit den Zielpersonen und mit der Interviewsituation	17
7	Anhang	27
	Anschreiben und Datenschutzblatt	
	Kontaktprotokoll und Ausfallfragebogen	
	Panelblatt	
	IFF-Karte	

1 Kontrolle vor dem Interview

Bitte überprüfen sie grundsätzlich vor jedem Interviewtermin, ob Sie das Material vollständig erhalten haben.

Sie erhalten für jedes Interview:

- ✓ 1 Mündlichen Fragebogen
- ✓ 1 Schriftlichen Fragebogen (gelb)
- ✓ 1 Kontaktprotokoll (blau) mit Ausfallfragebogen (grün)
- ✓ 1 Panelblatt (rosa)

und zum Verteilen nach Abschluss des Interviews:

- ✓ 1 Telefonkarte
- ✓ 1 IFF-Karte für die Telefon-Hotline
- ✓ 1 Infoblatt oder Broschüre zu Hilfemöglichkeiten in der Gemeinde

Sie erhalten für die gesamte Befragungszeit:

- ✓ Listenheft
- ✓ Abrechnungsformulare
- ✓ Interviewerausweis
- ✓ Ankündigungskarten
- ✓ Rückumschläge
- ✓ Informationsbroschüren für die ZP über Hilfsangebote / Beratungsangebote für Frauen in der jeweiligen Region

2 Stichprobe und Kontaktprotokoll

Die Befragung findet in 250 repräsentativ ausgewählten Gemeinden statt. Die Zielpersonen werden vorab durch ein Anschreiben und Datenschutzblatt über die Studie informiert (siehe Anhang). Insgesamt sollen 10.000 Interviews durchgeführt werden, d. h. pro Gemeinde etwa durchschnittlich 40 Interviews.

2.1 Kontaktprotokoll und Ausfallfragebogen

Kontaktprotokoll:

Für jede Zielperson erhalten Sie ein **Kontaktprotokoll** (siehe Anhang) mit aufgedrucktem Namen, Adresse und laufender Nummer (Lfd.).

Bitte protokollieren Sie jeden Kontakt - sowohl telefonisch wie persönlich - und unabhängig davon, ob dieser mit der Zielperson selbst oder einer anderen Person stattgefunden hat.

Jedes Kontaktprotokoll muss von Ihnen ausführlich und korrekt ausgefüllt werden. Die auf der Rückseite des Kontaktprotokolls detailliert aufgeschlüsselten BearbeitungsCodes sollen es Ihnen erleichtern, für jegliche Kontaktsituation einen eindeutigen Code zu vergeben. Zu jedem durchgeführten und zu jedem nicht durchgeführten Interview muss ein nachvollziehbar ausgefülltes Kontaktprotokoll vorliegen.

Ausfallfragebogen:

In den Fällen, in denen es aus unterschiedlichen Gründen nicht zu einem Interview gekommen ist, müssen Sie den grünen **Ausfallfragebogen** einsetzen, denn wir möchten wissen, welcher Personenkreis nicht bereit ist, an der Untersuchung teilzunehmen. Auch bei der Beantwortung dieser Zusatzfragen müssen Sie besondere Sorgfalt walten lassen.

Laufende Nummer:

Die **Kennzeichnung der Erhebungsunterlagen** mit laufender Nummer ist besonders wichtig. Nur durch diese Information können wir überprüfen, ob alle Befragungsteile einer Zielperson bei uns vorliegen. Weisen Sie die Zielperson bei Nachfragen freundlich darauf hin, dass die laufende Nummer lediglich die Befragungsteile kenntlich macht.

Bitte übertragen Sie die laufende Nummer (Lfd.) des Kontaktprotokolls immer.....

- ✓ auf den mündlichen Fragebogen
- ✓ auf den gelben schriftlichen Fragebogen (drop off)
- ✓ auf das rosa Panelblatt
- ✓ ggf. auf den grünen Ausfallfragebogen

3 Die Erhebungsinstrumente

Das Interview besteht aus zwei Teilen:

einem mündlichen Fragebogen und einem gelben schriftlichen Selbstausfüller für die Zielperson.

Der schriftliche Selbstausfüller soll am Ende des mündlichen Interviews im Beisein der Interviewerin ausgefüllt werden.

Im folgenden sind die einzelnen Themenbereiche der beiden Befragungsteile im Überblick aufgeführt.

Mündlicher Fragebogen

Zufriedenheit verschiedene Lebenssituationen

Soziodemographie (I) Kinder, Herkunftsfamilie, Geschwister

Selbsteinschätzung eigenes Leben, Beziehung zu anderen Menschen

Ängste und Bedrohungsgefühle verschiedene Alltagssituationen

Sexuelle Belästigung Häufigkeit in verschiedenen Lebensbereichen

Soziodemographie (II) Herkunft, Religion

Ausbildung / Berufsleben

Psychische Gewalt Häufigkeit in verschiedenen Lebensbereichen

Gesundheit aktuelle Beschwerden, Alkohol/Tabak/Drogenkonsum

Körperliche Gewalt Häufigkeit, Täterabfrage, Verletzungsfolgen,
Nachfragen zur schlimmsten Situation (Einschalten von Polizei / Gericht)

Sexuelle Gewalt Häufigkeit, Täterabfrage, Verletzungsfolgen,
Nachfragen zur schlimmsten Situation (Einschalten von Polizei / Gericht)

Fragen zur Inanspruchnahme von **Hilfsangeboten / Hilfeeinrichtungen**

Soziodemographie (III) Haushaltszusammensetzung, Einkommen,
Familienstand

Aktuelle Partnerschaft / frühere Partnerschaften

Panelbereitschaft

Interviewerinnenfragen

Schriftlicher Fragebogen

Allgemeine Fragen zur aktuellen Partnerschaft

Körperliche / Sexuelle Gewalt in aktueller Partnerschaft / früheren Partnerschaften

Nachfragen zur **letzten Partnerschaft** mit Gewalterfahrungen

Belästigung durch frühere / zurückgewiesene Partner (Stalking)

Gewalterfahrung in Kindheit

Umgang mit eigenen Kindern

3.1 Mündlicher Fragebogen mit Listenheft

Der Fragebogen ist auf den ersten Blick sehr umfangreich. Allerdings enthält er große Filtersprünge, die nur auf einige der Zielpersonen zutreffen.

Für uns ist sehr wichtig, dass Sie sich genau an alle Anweisungen halten. Bitte lesen Sie die Fragen sowie, wenn gefordert, die Antwortvorgaben vollständig und langsam vor. Lassen Sie den Zielpersonen Zeit, die Listen in Ruhe zu lesen.

3.1.1 Listenheft

Das Listenheft wird der Zielperson zu Beginn des Interviews übergeben und am Ende wieder mitgenommen, da Sie es für mehrere Interviews verwenden sollen.

Die in diesem Heft enthaltenen Listen sind **in der Reihenfolge der Fragen sortiert und mit der entsprechenden Fragennummer versehen.**

- Weisen Sie die Zielperson darauf hin, welche Liste aufzuschlagen ist.
- Überzeugen Sie sich, ob jeweils die richtige Liste vorliegt.
- Achten Sie darauf, dass die Listen auch wirklich benutzt werden.
- Lassen Sie die Zielperson anhand der Vorgaben ihre Entscheidung selbst treffen, im Zweifelsfall gilt immer die Angabe der Zielperson.
- Falls eine Antwort der Zielperson gar nicht in den Vorgaben der Listen einzuordnen ist, dann notieren Sie diese bitte wortwörtlich im Fragebogen. Von dieser Möglichkeit sollten Sie jedoch nur in Ausnahmefällen Gebrauch machen

3.1.2 Filter

Filter sind vergleichbar mit Weichenstellungen im Zugverkehr. Durch die Angabe der nächsten Zielfragenummer werden Sie auf die für die Zielperson jeweils zutreffende nächste Frage gelenkt. **Die Einhaltung der Filterwege ist besonders wichtig.** Der Fragebogen erscheint auf den ersten Blick sehr umfangreich, jedoch werden nicht alle Fragen jeder Zielperson gestellt.

Filterhinweise finden Sie im mündlichen Interviewteil in der **rechten Randspalte**. Setzen Sie das Interview je nach Antwort bei der rechts angegebenen Fragenummer fort. Soweit keine Nummer angegeben ist, gehen Sie zur nächstfolgenden Frage.

BEISPIEL:

104	Haben Sie eigene Kinder? Denken Sie bitte auch an Stief-, Pflege- bzw. und Adoptivkinder Kinder, die bereits verstorben sind.	Ja, Anzahl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	105
		Nein, keine Kinder <input type="checkbox"/>	106
		verweigert <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/>	
105	Nun möchten wir Ihnen einige Fragen zu diesen Kindern stellen. Beginnen wir mit dem ältesten Kind: ® Bitte die Fragen A bis D für jedes Kind nacheinander abfragen! A Nennen Sie mir bitte den Vornamen ... B Welches Geschlecht ... C Ist dieses Kind ... D Lebt ... bei Ihnen im Haushalt?		
106	Wenn Sie jetzt an Ihre eigene Kindheit zurückdenken: Sind Sie in dieser Zeit ganz oder überwiegend bei Ihren beiden leiblichen Eltern aufgewachsen, also sowohl bei Ihrer leiblichen Mutter als auch bei Ihrem leiblichen Vater? 		

3.1.3 Interviewerfragen

Wie in allen unseren Interviews finden Sie im mündlichen Fragebogen nach dem Fragenkatalog für die Zielperson eine Reihe von Fragen, die Sie als Interviewerin selbst ausfüllen sollen.

Tun Sie dies bitte nach dem Interview, ohne dass die Befragte das Ausfüllen bzw. ihre Angaben beobachten kann.

Bitte füllen Sie die Fragen an den Interviewer sorgfältig aus, da Ihre Einschätzung des Interviewablaufs und Ihre Anmerkungen zur Zielperson für uns sehr wichtige Informationen darstellen.

3.2 Gelber schriftlicher Fragebogen („Selbstaussfüller“)

An das mündliche Interview schließt der schriftliche Fragebogen an. Die Zielperson soll direkt im Anschluss in Ihrem Beisein allein und in aller Ruhe die Fragen des schriftlichen Fragebogens beantworten.

Falls eine Zielperson dies verweigert oder das Ausfüllen abbricht, bitte die genauen Verweigerungsgründe bzw. Abbruchgründe unter der Frage XVII, Seite 96 des mündlichen Fragebogens notieren.

In dem schriftlichen Fragebogen werden vor allem Gewalterfahrungen in Partnerschaften und in der Familie erfasst. Wir hoffen, über diese Methodik besser solche Gewalterfahrungen aufdecken zu können, die die Zielpersonen nicht direkt gegenüber Dritten äußern wollen. Der Befragten gegenüber wird nur gesagt, dass es in dem nun folgenden Fragebogen noch einmal kurz um das Thema Familie und Partnerschaft geht.

Bitte beachten Sie Folgendes:

1. Während die Zielperson den schriftlichen Fragebogen bearbeitet, können Sie die Zielperson gegebenenfalls unterstützen, aber nur wenn diese Nachfragen hat und Sie um Unterstützung bittet.
2. Halten Sie sich ansonsten zurück, beobachten Sie die Zielperson nicht und geben Sie ihr das Gefühl, dass sie den Fragebogen ohne Zeitdruck und in Ruhe ausfüllen kann.
3. Sie selbst sollten, während die Zielperson den schriftlichen Fragebogen beantwortet, die Interviewerfragen im mündlichen Fragebogen beantworten. Bitte notieren Sie auch in dieser Phase alles, was Ihnen auffällt, etwa wenn die Zielperson sich zu dem Fragebogen äußert u.ä..
4. Falls die Zielperson fragt, warum ähnliche Fragen noch einmal auftauchen, erläutern Sie ihr bitte, dass wir die Erfahrung gemacht haben, dass es leichter ist, sich über bestimmte Situationen in der Partnerschaft und in der Familie in einem schriftlichen Fragebogen zu äußern als in einem mündlichen Interview.
5. Wenn der Fragebogen bearbeitet ist, soll die Befragte ihn in einen Umschlag stecken und diesen an Sie übergeben. Sie selbst sehen den Fragebogen dann bitte nicht mehr durch.
6. Normalerweise soll der ausgefüllte Fragebogen der Interviewerin mitgegeben werden. Nur in Ausnahmefällen ist es möglich, dass er von Ihnen zu einem späteren Zeitpunkt abgeholt werden kann. Versickt werden sollte der Fragebogen jedoch nicht.

3.3 Informationsbroschüren und IFF-Karte

Jede Interviewerin erhält von uns eine Auswahl an Informationsbroschüren, die über Hilfeeinrichtungen für Frauen in der jeweiligen Region informieren, sowie die IFF-Karte mit der Telefonnummer für die Hotline.

Die Befragten sollten nach dem Interview gefragt werden, ob Interesse für sie selbst oder auch für Bekannte an einem solchen Informationspaket besteht.

Bei Bedarf sind die Informationsbroschüre und die IFF-Karte an die Befragte auszuhändigen.

4 Das Interview

4.1 Allgemeine Hinweise zur Gesprächsführung und die Rolle der Interviewerin

Ihre Aufgabe als Interviewerin ist es, Informationen und Meinungen der Befragten einzuholen. Das Interview ist eine Sozialbeziehung und erfordert Höflichkeit, Takt, Aufmerksamkeit und sorgfältiges Zuhören.

Für das Interviewgespräch sind bestimmte spezielle Verhaltensweisen erforderlich:

- **Neutralität** - Es ist absolut erforderlich, dass Tatsachen und Meinungen der Befragten ihre eigenen sind. Die Interviewerin muss alles vermeiden, was die Antwort der Befragten inhaltlich beeinflussen könnte.
- **Vertraulichkeit** - Es ist absolut erforderlich, dass die Befragte das Gefühl hat, dass sie frei, offen und ohne Angst oder Kontrolle durch Dritte sprechen kann. Die Interviewerin muss der Befragten klar machen, dass jede Information vertraulich behandelt wird. Es muss außerdem gewährleistet sein, dass das Interview mit der Befragten alleine und in Ruhe durchgeführt werden kann.
- **Umgang mit dem Erhebungsinstrument** - Die Fragen wurden sorgfältig überlegt und müssen in der vorgesehenen Form vorgelesen werden. Schon der Wechsel eines Wortes kann die Bedeutung der Frage beeinflussen. Falls jede Interviewerin ein anderes Wort benutzen würde, hätten wir gleichermaßen verschiedene Fragen und die Antworten wären nicht mehr vergleichbar.

Lesen Sie die Fragen vor ...

- **exakt wie vorgeschrieben.** Ändern oder verbessern Sie die Formulierungen nicht eigenständig.
- **in der vorgesehenen Reihenfolge.** Stellen Sie alle Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge und beachten Sie die im Fragebogen vorhandenen Durchführungshinweise.
- **im Ton einer Unterhaltung.** Die Fragen sollten im Ton einer ruhigen und sachlichen Unterhaltung vorgelesen werden.
- **in ihrem vollen Umfang.** Lesen Sie die Fragentexte vollständig vor! Nebensätze und zusätzliche Erläuterungen sind wichtig für das Verständnis der Fragen.

Bitte beachten Sie bei der Durchführung des Interviews folgende Regeln:

- **Wird eine Frage von der Zielperson nicht verstanden, so darf sie von Ihnen keinesfalls inhaltlich erklärt werden.** Lesen Sie die Frage noch einmal vor. Wenn auch dies nicht hilft, versuchen Sie herauszubekommen, was die Verständnisschwierigkeiten verursacht. Machen Sie sich eine kurze Notiz im Fragebogen und/oder auf einem Notizblatt.
- **Zeigen Sie stets Interesse** für die Meinungen der Zielperson, ohne Ihre eigene Meinung zu äußern. Sie müssen zuhören können.
- **Bevormunden Sie die Zielperson nicht.** Lesen Sie gegebenenfalls die Frage noch einmal vor.
- **Überreden Sie die Zielperson nicht zu Antworten.** Im Zweifelsfall kann auch die Angabe "weiß nicht" eine akzeptable, manchmal auch die einzig richtige Antwort sein. Bleiben Sie ein neutraler Gesprächspartner. Die Kategorie „weiß nicht“ sollte auf keinen Fall angeboten werden, um das Interview zu beschleunigen. Lassen Sie der Zielperson Zeit zum Überlegen.
- **Drängen und hetzen Sie die Zielperson nicht, unterbrechen Sie sie nicht und schneiden Sie ihr nicht das Wort ab.**
- **Geben Sie der Zielperson nie das Gefühl, unzureichende oder falsche Antworten zu geben.**
- **Gehen Sie sachkundig und geduldig auf alle Rückfragen der Zielperson ein.**
- **Falls eine Zielperson eine bestimmte Frage ablehnt, versuchen Sie auch hier den Grund für die Ablehnung herauszubekommen und ihn zu dokumentieren.** Fahren Sie anschließend mit dem Interview fort.
- **Lesen Sie sich die Intervieweranweisungen sorgfältig durch, aber lesen Sie sie nicht vor.** Sie enthalten wichtige Hinweise für den Umgang mit einzelnen Fragen, die Ihnen helfen können, die Zielperson aber verwirren würden.
- **Nun noch eine Bitte zu eigentlich Selbstverständlichem: Lassen Sie der Zielperson ausreichend Zeit beim Lesen der Listen.**

4.2 Spezielle Hinweise zur Gesprächsführung für die Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“

Einige Fragen im mündlichen Teil des Interviews befassen sich mit verschiedenen Gewalterfahrungen der befragten Frauen. Für uns ist es sehr wichtig, hier möglichst ehrliche Antworten zu erhalten und zugleich die betroffenen Befragten nicht übermäßig mit Erinnerungen an erlebte Gewalterfahrungen zu belasten.

Beachten Sie deshalb bitte folgende Anweisungen:

- Versuchen Sie, im Interview ein Klima des Vertrauens und zugleich der sachlichen Distanz herzustellen. Das macht es für Befragte leichter, über schwierige Themen zu berichten.
- Manchmal fällt es Frauen schwer, über eigene Gewalterfahrungen zu berichten. Bohren Sie bei sensiblen Fragen und wenn Sie merken, dass die Befragte an bestimmten Stellen zu stark durch Erinnerungen an Gewalterfahrungen belastet ist und nicht antworten will, nicht weiter nach, sondern gehen Sie über zur nächsten Frage.
- Manchmal fällt es auch Interviewerinnen schwer, sensible Fragen zu Gewalt auszusprechen. Für den Erfolg der Studie ist es wichtig, dass gerade die Fragen zu Gewalt ohne Angst oder Vorbehalte von der Interviewerin angesprochen werden können. Üben oder überprüfen Sie deshalb bitte vor dem Interview, ob Sie die Fragen zu Gewalt sachlich, neutral und ohne innere Vorbehalte aussprechen können und ob Sie offen sind, Informationen über mögliche Gewalterfahrungen von Befragten vorurteilsfrei aufzunehmen.

Die überwiegende Zahl der Zielpersonen wird das Interview ohne Probleme durchführen können. Allerdings könnten auf die eine oder andere Frage im Fragebogen gelegentlich emotionale Reaktionen auftreten. Dies könnte geschehen, wenn sich die Zielperson gerade in einer krisenhaften Situation befindet oder wenn das Interview möglicherweise schmerzhaftere Erinnerungen bei der Befragten wachruft.

Wenn eine Zielperson in Tränen ausbricht, ist es in Ordnung, behutsam mit dem Interviewgespräch fortzufahren. Das gilt auch, wenn eine Zielperson Leiden zum Ausdruck bringt. Die Interviewerin fährt langsam fort, reicht etwa ein Taschentuch und führt nach einem Moment der Besinnung das Interview weiter.

Falls nötig, kann man die Zielperson auch fragen, ob eine kurze Unterbrechung des Interviewgesprächs gewünscht wird, bevor es weitergehen kann oder ob das Interview zu einem späteren Zeitpunkt fortgeführt werden sollte.

Befindet man sich in einer solchen Situation, dann muss die Fortführung des Interviewgesprächs für die Zielperson keineswegs eine unangenehme Erfahrung sein. Tatsächlich kann es für viele Befragte in einer solchen Situation durchaus positiv sein, etwas über ihre schlechten Erfahrungen mitzuteilen. Oft haben Befragte vorher noch nicht die Gelegenheit gehabt, über solche Erfahrungen zu sprechen. Diese Einschätzung der Situation beruht auf Erfahrungen. In der Vergangenheit waren bei vergleichbaren Studien solche "schwierigen" Zielpersonen bei einem erneuten Kontakt stets bereit, an einer Wiederholungsbefragung teilzunehmen. Dies zeigt, dass das erste Interview für die Befragten eine durchaus positive Erfahrung gewesen ist – sonst würden sie nicht wieder teilnahmebereit sein.

Gelegentlich können während des Interviews Ereignisse auftreten, die Sie als Interviewerin über die Zielperson ernsthaft besorgt machen kann. Sollte die Belastung für die Zielperson zu hoch werden und sollte die Zielperson das Interview ganz abbrechen wollen, geben Sie ihr das Gefühl, dass das auch völlig in Ordnung ist und danken Sie ihr für die Mitarbeit an der Studie.

Sie können in einem solchen Fall mit der Befragten besprechen, ob es jemanden in ihrem persönlichen Umfeld gibt, an den sie sich wenden kann. Bei Bedarf können Sie eine Informationsbroschüre über Hilfemöglichkeiten vor Ort sowie die IFF-Karte mit der Telefonnummer des IFF übergeben, an die sich die Befragte dann bei Nachfragen und Hilfebedarf selber wenden kann.

Wichtig:

Drängen Sie aber der Befragten auf keinen Fall Ihre Hilfe auf und schlüpfen Sie nicht in die Rolle der HelferIn! Auch aus Datenschutzgründen ist Ihnen dies nicht erlaubt!

4.3 Die Interviewsituation

Ablenkend und auf die Aussagen verzerrend wirkt die Anwesenheit anderer Personen aus dem Haushalt. Achten Sie bitte darauf, dass Sie sich mit der Zielperson allein und in ruhiger Atmosphäre unterhalten können. Die Anwesenheit anderer Personen während des Interviews ist zu vermeiden und es sollte auch darauf geachtet werden, dass andere Personen im Haushalt nicht - etwa bei geöffneten Zimmertüren - mithören können (einzige Ausnahme sind Säuglinge oder Kleinkinder bis ca. 4 Jahre). Wenn dies nicht möglich ist, kann und soll das Interview in Einzelfällen auch an einem „neutralen“ Ort durchgeführt werden oder machen Sie einen neuen Termin mit der Befragten aus.

- Falls Sie während des Interviews durch das Hereinkommen einer anderen Person gestört werden, unterbrechen Sie bitte das Interview, bis Sie wieder ungestört sind.
- Falls eine dritte Person wissen will, um welches Thema es in dem Interview geht, nennen Sie bitte nur den allgemeinen Studientitel. Es handelt sich hier um eine Befragung zur „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“.
- Falls die dritte Person nicht bereit ist, sich wieder aus dem Zimmer zu entfernen, mithören will oder extrem kontrollierend ist, dann brechen Sie bitte das Interview an dieser Stelle ab. Versuchen Sie den Abbruch möglichst „weich“ zu gestalten, indem Sie zu einer allgemeinen Frage am Ende des Interviews übergehen (z.B. Frage 907 und 908, Haushaltszusammensetzung) und schließen Sie mit diesen Fragen das Interview vorläufig ab. Sollten Sie zum Zeitpunkt der Störung bereits weiter hinten im Interview sein, dann gehen Sie direkt zur Panelfrage (Frage 945) über und bedanken sich bei der Befragten für die Teilnahme. Rufen Sie dann die Zielperson zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal an und klären Sie ab, ob eine Fortführung des Interviews in ungestörter Atmosphäre möglich ist.
- Bitte weisen Sie die Zielperson bereits bei der Kontaktaufnahme bzw. Terminvereinbarung darauf hin, dass das Interview ungestört und in Ruhe durchgeführt werden muss. Sagen Sie der Zielperson bitte, dass Sie - falls jemand hereinkommen sollte – das Interview kurz unterbrechen werden, bis Sie wieder ungestört sind.

Achten Sie darauf, dass Sie Ihrer Interviewpartnerin **gegenüber sitzen**. Ein Einblick in den Fragebogen lenkt die Zielperson nur ab. Die Zielperson sollte sich völlig auf die von Ihnen vorgelesenen Fragen konzentrieren können.

- Ermutigen Sie die Zielperson, zügig zu antworten. Lassen Sie ihr aber gerade bei den Fragen zu Gewalt und zu früheren Erfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen ausreichend Zeit, sich an bestimmte Ereignisse zu erinnern.
- Es ist wichtig, dass die Zielperson zu jeder gestellten Frage eine Antwort gibt – auch dann, wenn sie das Gefühl hat, dass die Frage für sie persönlich nicht sehr sinnvoll oder wenig passend erscheint.
- Wird eine Antwortvorgabe von der Zielperson nicht verstanden, helfen Sie bitte nicht mit Ihrer persönlichen Erklärung der Frage. Die Befragten sollen die Items so beantworten, wie sie sie verstehen. Schlägt die Zielperson eine Deutung vor, so sagen Sie bitte: „Ja, beantworten Sie die Frage bitte so, wie Sie sie verstehen.“ Es gibt keine richtige oder falsche Antworten.

Wichtig:

Falls das Interview aus zeitlichen oder anderen Gründen unterbrochen werden muss, versuchen Sie unbedingt, es zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen!

5 Allgemeine technische Hinweise

Bitte lassen Sie keine Frage aus, es sei denn, dies wird durch die Filterführung verlangt. Kennzeichnen Sie alle Fragen, die die Zielperson nicht beantworten kann oder will, nach dem folgenden Muster für **fehlende Angaben**:

- weiß nicht / kann ich nicht sagen / usw.

Die Zielperson sollte sich - soweit möglich - für eine der angegebenen Antwortmöglichkeiten entscheiden. Wenn dies nicht möglich ist, bitte entsprechend **vermerken**. Falls „weiß nicht“ als Antwortkategorie zum Ankreuzen vorgesehen ist, bitte ankreuzen. Falls diese Antwortkategorie nicht vorgesehen ist, tragen Sie bitte ggf. „weiß nicht“ als Text in den Fragebogen ein.

- Verweigert

Bewusste Ablehnung der Zielperson, auf die Frage überhaupt zu antworten. **Bitte vermerken Sie genau, falls die Zielperson keine Angaben machen will.** Falls diese Antwortkategorie nicht zum Ankreuzen vorgesehen ist, tragen Sie bitte ggf. „verweigert“ als Text in den Fragebogen ein.

- k. A. = keine Angabe

Keine Angabe **darf nicht vorkommen!** Falls Antworten fehlen, weil Sie eine Frage vergessen haben zu stellen, bitte nachträglich notieren, z.B. "Frage vergessen" / "übersprungen".

Sollte eine Zielperson einmal eine Antwort geben, die Sie nicht zuordnen können, dann notieren Sie bitte die Antwort WÖRTLICH im Fragebogen!

6 Antworten auf häufig gestellte Nachfragen - Tipps im Umgang mit den Zielpersonen und mit der Interviewsituation

Auf den folgenden Seiten haben wir einige Tipps zusammengestellt, die Ihnen die Kontaktaufnahme und den Zugang zu den Zielpersonen erleichtern sollen. Voraussetzung ist aber, dass Sie sich mit den Inhalten der Befragung und dem Material sehr gut vertraut gemacht haben.

DER ERSTE KONTAKT

Die Aufmerksamkeit der Zielperson gewinnen

Beim ersten Kontakt ist es sehr wichtig, die Aufmerksamkeit der Zielperson zu wecken. Ablehnungen treten dann häufiger auf, wenn Zielpersonen nicht genau wissen, was die Interviewerin eigentlich will.

Jede Zielperson hat im Vorfeld ein persönliches Anschreiben und eine Datenschutzerklärung erhalten. Mit diesen Unterlagen ist der Besuch der Interviewerin schon gut vorbereitet. Es ist ein hilfreicher Einstieg in das Gespräch mit der Zielperson, wenn man sie zunächst danach fragt, ob sie das Anschreiben auch erhalten hat.

Sie stellen sich der Zielperson persönlich vor und erläutern die Absicht und die Wichtigkeit des Forschungsprojektes.

Einführung und Vorbereitung

Gleich zu Beginn des Kontaktes sollten Sie folgende Aspekte deutlich vermitteln:

- Sie sind eine für diese Studie geschulte Interviewerin und können sich auch entsprechend ausweisen (seien Sie dabei freundlich, aber nicht übereifrig).
- Sie kommen von einem renommierten Institut in wichtigem Auftrag.
- Die Teilnahme der Zielperson am Interview ist für den Erfolg dieses Projektes von hoher Bedeutung.
- Die Erhebung ist wichtig und lohnend aus Gründen, die wie folgt erläutert werden können (s.u.).
- Es ist wichtig, dass das Interview **ungestört und ohne Anwesenheit Dritter** stattfinden kann. Einzige Ausnahme sind Säuglinge oder Kleinkinder unter 4 Jahre. Es sollte vorher mit der Zielperson abgeklärt werden, ob/wann/wie dies möglich ist.
- Damit die Antworten nicht durch andere Personen beeinflusst werden, sagen Sie der Zielperson bitte, dass Sie - falls jemand hereinkommt – das Interview kurz unterbrechen werden, bis Sie wieder ungestört sind.

Verwendung der Daten	<p>Je überzeugender Sie die Wichtigkeit der Studie darlegen, um so eher stellt sich die Kooperationsbereitschaft der Zielperson ein. Einige Hilfestellungen dazu sind im folgenden aufgelistet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Studie befasst sich mit der Lebenssituation, der Sicherheit und der Gesundheit von Frauen in Deutschland. • Die Ergebnisse der Studie tragen zu einer besseren Einschätzung der Situation von Frauen in Deutschland bei und sollen auch international vergleichbar sein. • Die Ergebnisse dienen auch dazu, festzustellen, ob und in welchen Lebensbereichen Frauen in Deutschland mehr Unterstützung brauchen.
-----------------------------	---

UMGANG MIT NICHT TEILNAHMEBEREITEN ZIELPERSONEN

Kontakt mit nicht teilnahmebreiten Zielpersonen	<p>In Vorbereitung auf einen nächsten Kontakt mit einer schwer motivierbaren Zielperson sollten Sie sich zunächst die Kontaktprotokoll-Notizen vorhergehender Kontakte mit dieser Zielperson in Erinnerung rufen. Sie sollten sich möglichst gut informiert zurechtlegen, was man beim nächsten Kontakt mit dieser Zielperson sagen will. Falls die Zielperson nicht zu Hause ist, bewahren Sie ihre entsprechenden Notizen einfach bis zum nächsten Kontakt mit dieser Zielperson auf.</p>
Unspezifische Ablehnungen	<p>Falls eine Zielperson nicht an der Studie teilnehmen möchte und dafür auch keine spezifischen Gründe nennt (etwa mit der Äußerung "Ich habe kein Interesse"), sollten Sie ein spezifisches Thema herausgreifen (zum Beispiel die Wichtigkeit des Forschungsvorhabens) und <i>darüber</i> mit der Zielperson sprechen. Auf diese Art erfahren Sie in aller Regel am besten, welche Gründe der Zielperson zur ihrer ablehnenden Haltung führen. Und auf diese spezifischen Gründe können Sie dann näher eingehen.</p>
Das Recht zu Fragen	<p>Grundsätzlich gilt, dass Sie ebenso das Recht haben, nach Informationen zu fragen, wie die Zielperson das Recht hat, keine Antworten zu geben. In vielen Fällen ist das Angebot eines Interviewgespräches jedoch durchaus eine willkommene Abwechslung im Tagesablauf der Zielperson. Das Interview ist für die Befragte eine Gelegenheit, Informationen zu vermitteln und Gedanken über etwas auszudrücken, über das sie vorher noch nie gefragt wurde.</p>

ARGUMENTATIONSHILFEN FÜR SCHWERMOTIVIERBARE ZIELPERSONEN

Falls die Zielperson vorher noch nicht selbst kontaktiert wurde, aber eine andere Person im Haushalt der Zielperson

Aus dem Kontaktprotokoll, das für jede Zielperson geführt wird, geht hervor, ob im Rahmen der vorliegenden Studie bereits Kontakt zum Haushalt der Zielperson bestanden hat. Dieser Kontakt kann auch mit anderen Haushaltmitgliedern zustande gekommen sein, also mit Kontaktpersonen, die nicht die Zielperson selbst sind.

Bereiten Sie sich auf den neuen Kontakt mit der Zielperson durch Lektüre der Notizen zu vorhergehenden Kontakten in dem entsprechenden Haushalt vor.

Gab es vorher noch keinen Kontakt mit der Zielperson selbst, dann sollte man bei einem erneuten Kontakt so wenig wie möglich auf frühere Kontakte mit anderen Haushaltsmitgliedern hinweisen.

Geben Sie zu verstehen, dass man bisher noch gar nicht richtig ins Gespräch gekommen sei. Unterstreichen Sie, dass nun ein günstigerer Zeitpunkt für das Gespräch gekommen sei. Erläutern Sie das Vorhaben der Studie ohne Unsicherheit und ohne Hinweis auf frühere, fehlgeschlagene Kontakte in diesem Haushalt.

Falls die Zielperson bereits selbst kontaktiert wurde

• Gehen Sie auf die Zielperson ein

Falls die Zielperson bereits selbst vorher kontaktiert wurde, ist es notwendig, bei einem erneuten Kontaktgespräch auf das Anliegen der Zielperson einzugehen. Stellen Sie sich und die Studie vor, machen Sie deutlich, dass Sie nichts verkaufen wollen und dass alle Angaben – entsprechend der Datenschutzerklärung – nach den strengstens eingehaltenen Regeln des Datenschutzes und vertraulich erhoben werden.

• Diskutieren Sie zielorientiert

Gehen Sie auf die Zielperson ein – aber lassen Sie keine abschweifende Diskussion zu. Machen Sie deutlich, dass Sie das Anliegen der Zielperson ernstnehmen. Aber Sie wollen die Zustimmung der Zielperson erlangen. Sie können zum Beispiel sagen: „Ja – heute werden viele Menschen über viele Dinge befragt, zum Beispiel in der Marktforschung. Aber dies hier ist nicht so eine übliche Studie aus der Marktforschung.“

• Stellen Sie das Positive heraus

Wenn Sie die Anliegen der Zielperson erkennbar aufgenommen haben gehen Sie rasch über zu den positiven Aspekten einer Teilnahme an dieser Studie. Unterstreichen Sie folgendes:

- Die Studie ist interessant (auch für die Zielperson selbst).
- Die Studie ist wichtig.
- Die meisten Teilnehmerinnen machen gute Erfahrungen mit dem Interview.

	<ul style="list-style-type: none">- Die Zeit geht während des interessanten Gespräches schnell vorüber.- Die Studie hilft, die Situation von Frauen in Deutschland weiter zu verbessern.
Besondere Mühe darauf verwenden, Personen in schwierigen Lebenssituationen zu erreichen	Verwenden Sie bitte besondere Mühe darauf, auch Personen in schwierigen sozialen Situationen zu erreichen und zur Mitarbeit zu motivieren. Dies betrifft insbesondere auch Personen, die sozial isoliert sind oder unter besonderer Kontrolle etwa durch Ehepartner oder andere Haushaltsmitglieder stehen. Versuchen Sie hier gegebenenfalls, das Interview an einem anderen Ort durchzuführen. Bitte notieren Sie unbedingt für uns, falls das Interview aus Gründen hoher Kontrolle durch andere Haushaltsmitglieder nicht stattfinden kann, da dies ein sehr wichtiger Hinweis für unsere Auswertung ist.
Warum kann man nicht einfach jemand anderen befragen	Es ist für die Untersuchung sehr wichtig, dass die ausgewählte Zielperson befragt wird. Es kann <i>nicht</i> einfach jemand anderes als die ausgewählte Zielperson befragt werden. Für diese Studie wurde eine <u>Personenstichprobe</u> gezogen. Das heißt, die Zielperson wurde zufällig ausgewählt und repräsentiert – zusammen mit anderen Personen – ihre Gemeinde. Die Zielperson darf deshalb keinesfalls ausgetauscht werden, denn sonst entstünde kein repräsentatives Bild.

BEISPIELE für den Kontakt mit schwer motivierbaren Zielpersonen, um sie dennoch für ein Interview zu gewinnen

<p>Beispiele für die Kontaktaufnahme</p>	<p><i>Ich setze mich mit Ihnen in Verbindung, um mich für irgendwelche Missverständnisse zu entschuldigen.</i></p> <p><i>Ich weiß, dass wir Sie bereits schon einmal kontaktiert haben. Dies ist aber eine wichtige Studie und ich brauche Ihre Unterstützung.</i></p> <p><i>Ich nehme aus zwei Gründen zu Ihnen Kontakt auf: Erstens, weil Sie für unsere Studie sehr wichtig sind und wir auf die Teilnahme aller zufällig ausgewählten Zielpersonen angewiesen sind. Und zweitens, weil ich Ihnen für alle Fragen, die Sie zur Studie haben, gerne zur Verfügung stehe.</i></p> <p><i>Ich weiß, dass Sie bereits gesagt haben, dass Sie kein Interesse haben, aber ich würde Ihnen gerne noch mehr über diese Studie erzählen. Ihre Ansichten und Ihre Meinung ist für uns sehr wichtig.</i></p> <p><i>Ich war schon mal da, habe Sie aber leider zum falschen Zeitpunkt angetroffen.</i></p> <p><i>Ich möchte mich entschuldigen, dass ich Sie erneut kontaktiere, aber wenn es nicht wichtig wäre, würde ich Sie nicht weiter belästigen.</i></p>
<p>Ich bin zu beschäftigt/ Ich habe keine Zeit</p>	<p><i>Ich kann verstehen, dass Sie sehr beschäftigt sind, aber es ist sehr wichtig, dass auch gerade sehr beschäftigte Personen wie Sie an der Studie teilnehmen, um alle Meinungen in dieser Studie abzubilden. Ich möchte das Interview zu einem für Sie passenden Termin machen. Wann würde es Ihnen passen?</i></p> <p><i>Ich kann Sie verstehen. Anderen Personen ging es auch so wie Ihnen. Sie haben dann aber festgestellt, dass das Interview nicht sehr lange dauert und dass es eine interessante Studie ist..</i></p> <p><i>Wir wissen, dass Ihre Zeit kostbar ist. Ich würde das Interview zu einer für Sie passenden Zeit durchführen. Wann würde es Ihnen passen?</i></p> <p><i>Wenn wir das Interview nur mit Personen führen würden, die nicht so beschäftigt sind wie Sie, wären unsere Ergebnisse nicht repräsentativ für die Frauen in der Bundesrepublik.</i></p>
<p>Ich nehme grundsätzlich nicht an Befragungen teil.</p>	<p><i>Dies ist eine überaus wichtige Studie, die es erstmals ermöglicht, ein weltweites Bild der Lebenssituation und Gesundheit von Frauen zu Beginn des 21. Jahrhunderts zu zeichnen.</i></p> <p><i>Jede Angabe, die Sie im Interview machen, ist streng vertraulich und wird ausschließlich mit anderen Antworten zusammengefasst ausgewertet (Verweis auf Datenschutzblatt).</i></p> <p><i>Ihre Angaben und Ihre Adresse werden getrennt voneinander aufbewahrt. Nach Abschluss der Studie wird ihre Adresse dann vernichtet.</i></p>

<p>Woher weiß ich, dass Sie überhaupt von infas kommen?</p>	<p><i>Ich kann Ihren Vorbehalt verstehen. Wenn Sie unsicher sind, wer ich bin und ob ich überhaupt von infas komme, können Sie sich mit Frau Christine Fredebeul oder Frau Angela Prussog-Wagner telefonisch in Verbindung setzen. (Weisen Sie auch auf das Anschreiben hin.)</i></p> <p><i>Ich beantworte Ihnen gerne jede Frage, die Sie zur Studie haben.</i></p> <p><i>Sie müssen keine Frage beantworten, die Sie nicht beantworten möchten; aber jede Information, die Sie geben, ist für uns sehr hilfreich.</i></p>
<p>Ich habe kein Interesse</p>	<p><i>Sie sind für unsere Studie wichtig, und wir sind auf Ihre Unterstützung angewiesen. Wir sind überzeugt, dass diese Studie wichtig ist, weil wir den Stand der Lebensqualität, Sicherheit und Gesundheit weltweit und bei uns zu Beginn des neuen Jahrhunderts herausfinden wollen. Dabei wollen wir nicht mit Experten reden, sondern mit zufällig ausgewählten Personen wie Ihnen.</i></p>
<p>Warum gerade ich?</p>	<p><i>Sie wurden durch ein wissenschaftliches Zufallsverfahren ausgewählt, stellvertretend für andere Personen. Niemand kann Sie in dieser Studie ersetzen. Wenn wir Sie nicht befragen können, werden die Ergebnisse dieser Studie Ihre Meinungen bzw. Personen wie Sie nicht repräsentieren.</i></p> <p><i>Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten auf die Fragen.</i></p> <p><i>Wir interessieren uns für Ihre Einstellungen und Lebenserfahrungen. Mit der Teilnahme an der Studie haben Sie die Gelegenheit, Ihre Erfahrungen kund zu tun.</i></p>
<p>Von welcher Organisation kommen Sie?</p>	<p><i>Diese Studie wird im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom infas-Institut in Bonn in Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Frauenforschungszentrum der Universität Bielefeld durchgeführt.</i></p> <p><i>Wir machen keine Marktforschung im üblichen Sinne.</i></p>
<p>Wenn die Zielperson nicht da ist.</p>	<p><i>Vereinbaren Sie einen neuen Termin, zu dem Sie wiederkommen oder nochmals anrufen.</i></p> <p><i>Sie glauben, dass Frau ... (ZP) nicht interessiert ist. Ich würde trotzdem gerne mit ihr selber sprechen.</i></p> <p><i>Ich möchte Frau ... (ZP) gerne selber sprechen, um ihr die Hintergründe dieser Studie erläutern zu können. Es ist eine wichtige Studie und wir benötigen ihre Hilfe. Ich würde mich freuen, wenn Sie mir einen Zeitpunkt sagen könnten, zu dem ich wiederkommen kann.</i></p> <p><i>Wir würden Ihnen nicht solche Unannehmlichkeiten bereiten, wenn dies für die Studie nicht so wichtig wäre.</i></p>

Wenn wir nur mit Experten (wie z.B. Psychologen, Kollegen) oder Leuten sprechen, die sehr daran interessiert sind, mit uns über diese Themen zu sprechen, dann würde dies die Ergebnisse verfälschen.

DAS ERFRAGEN DER PERSÖNLICHEN DATEN

Das Erfragen von persönlichen Daten

Die Fragen zu Geburtsdatum, Ausbildung, Familienstand, Einkommen etc. der Zielperson werden im Verlauf des Interviews gestellt. Zu diesem Zeitpunkt verstehen die Zielpersonen normalerweise die Art der Fragen und warum sie für die Befragung wichtig sind. Außerdem hat die Zielperson Vertrauen zu Ihnen gefasst und wird Ihnen ohne größere Widerstände die Fragen beantworten. Behalten Sie auch bei diesen Fragen einen sachlichen Tonfall bei. Bedenken Sie, dass die Zielperson in der Regel bei anderen Gelegenheiten schon häufig diese Art von Fragen beantwortet hat, so dass das Erfragen der persönlichen Daten weniger Probleme bereitet als dies von unerfahrenen Interviewerinnen häufig angenommen wird.

Sie können die demographischen Fragen mit einer Erläuterung der Bedeutung dieser Fragen einleiten:

Im folgenden werde ich Ihnen einige Fragen stellen, die eine Zuordnung der Teilnehmer an dieser Studie zu bestimmten Gruppen ermöglichen soll. Ihre Antworten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und ausschließlich für statistische Zwecke verwendet.

Sollte die Zielperson speziell nachfragen, wofür solche persönlichen Angaben wie Alter, Einkommen etc. benötigt werden, so können Sie auch wie folgt antworten:

Im Rahmen dieser Studie werden Frauen von unterschiedlichem Alter und unterschiedlichen Berufen in allen Teilen Deutschlands befragt. Nach Auswertung aller Interviews kann dann ermittelt werden, ob junge Frauen andere Erfahrungen machen als ältere Frauen. Um solche Vergleiche machen zu können, benötigen wir jedoch bestimmte Informationen über die Person, mit der wir sprechen. Im folgenden möchte ich Sie deshalb um einige persönliche Angaben bitten.

Sollte noch weitere Erläuterungen notwendig sein, können Sie noch folgendes ergänzen:

Wie ich bereits schon erwähnt habe, ist das gesamte Interview streng vertraulich. Am Schluss werden die in den Interviews gemachten Angaben so zusammengefasst, dass eine Identifizierung der Antworten einzelner Teilnehmer nicht möglich ist.

ALLGEMEINE INTERVIEWHINWEISE

Falls Zielpersonen überzeugt werden müssen

- Je besser Sie die Studie kennen, um so selbstbewusster können Sie auftreten.
- Halten Sie sich an die Regeln des aktiven Zuhörens. Das bedeutet, bei den Antworten der Zielperson genau auf den Tonfall zu achten und entsprechend zu reagieren. Macht die Zielperson z.B. einen ungeduldrigen oder abgespannten Eindruck, dann versuchen Sie sich möglichst kurz zu fassen und schnell auf den Punkt zu kommen. Macht die Zielperson einen sehr förmlichen Eindruck, dann sprechen Sie diese bitte sachlich und respektvoll an. Sprechen Sie die Zielperson in der Kontaktphase mit dem vollen Titel an („Frau Dr. Müller“), nicht aber während des Interviews.
- Versuchen Sie, die Situation möglichst schnell einzuschätzen, um auf die Bedürfnisse / Belange der Zielperson eingehen zu können.
- Vermeiden Sie es, von oben herab oder über den Kopf der Zielperson hinweg zu sprechen. Drücken Sie sich möglichst einfach und verständlich aus.
- Bewahren Sie zu jedem Zeitpunkt Ihre professionelle Haltung. Stellen Sie sich der Zielperson mit Ihrem Vor- und Nachnamen vor. Bleiben Sie im Kontakt mit der Zielperson stets freundlich, ohne jedoch zu beflissen zu wirken. Machen Sie der Zielperson deutlich, dass Sie im Auftrag eines renommierten Instituts arbeiten und benennen Sie dieses.
- Treten Sie selbstsicher, höflich und bestimmt auf, ohne jedoch aggressiv zu wirken.
- Geben Sie der Zielperson das Gefühl, dass sie Ihnen vertrauen kann und dass ihre Angaben bei Ihnen sicher aufgehoben sind bzw. absolut vertraulich und anonym bleiben.
- Versuchen Sie die richtige Mischung aus Vertrauenswürdigkeit, Sicherheit und sachlich-neutraler Distanz herzustellen.

<p>Was geschieht mit den Angaben?</p>	<p>Die Ergebnisse der Studie werden so weit wie möglich in Büchern, Zeitschriften oder Zeitungen veröffentlicht. Über einige Ergebnisse wird im Fernsehen berichtet oder Sie werden in Ihrer Tageszeitung darüber lesen. Wissenschaftler und Politiker werden die Informationen für Entscheidungen verwenden, die jeden von uns betreffen können. Dabei besteht niemals die Möglichkeit, dass Sie persönlich identifiziert werden können. Alle ihre persönlichen Angaben, wie z.B. die Adresse, werden getrennt von ihren Interviewdaten aufbewahrt.</p>
<p>Wie kommen Sie an meine Adresse?</p>	<p>Ihre Adresse wurde mit Hilfe eines Computers durch ein wissenschaftliches Zufallsverfahren ausgewählt, stellvertretend für andere Personen in Ihrem Gebiet.</p>
<p>Wozu wollen Sie von mir Angaben zu meiner Person?</p>	<p>Im Rahmen dieser Studie werden Personen von unterschiedlichem Alter mit verschiedenen Berufen in allen Teilen des Landes befragt. Die Ergebnisse aller Interviews werden zusammengefasst, um zu ermitteln, inwieweit z.B. junge Frauen andere Erfahrungen machen als ältere Frauen. Um solche Vergleiche machen zu können, benötigen wir jedoch bestimmte Informationen über die Person, mit der wir sprechen. Im folgenden möchte ich Sie deshalb um einige persönliche Angaben bitten.</p>
<p>Warum wollen Sie mein Einkommen wissen?</p>	<p>Diese Information ist für uns deshalb wichtig, da es sein kann, dass bestimmte Erfahrungen von der Höhe des Einkommens abhängen.</p>
<p>Warum beschäftigen sich so viele Fragen mit Gewalt?</p>	<p>Ein wichtiger Schwerpunkt der Studie ist die persönliche Sicherheit und die Gesundheit von Frauen in Deutschland. Diese wird oft beeinträchtigt durch Erfahrungen von körperlicher, sexueller oder auch psychischer Gewalt. Wir wollen mit dieser Studie herausfinden, wie stark Frauen durch solche Erfahrungen beeinträchtigt werden.</p>
<p>Warum werden in dem schriftlichen Interview noch einmal ähnliche Fragen gestellt wie im mündlichen Teil?</p>	<p>Wir haben die Erfahrung gemacht, dass viele Menschen über Erfahrungen in der Familie und Partnerschaft lieber in einem schriftlichen Fragebogen Auskunft geben als in einem mündlichen Interview.</p>

7 Anhang

- Anschreiben und Datenschutzblatt
- Kontaktprotokoll und Ausfallfragebogen
- Panelblatt
- IFF-Karte



Frau
Name Vorname
Straße Nr.

PLZ Ort

Bonn, August 2003
3144 / Hd, Pa, Fc /
100576

Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland

Sehr geehrte Frau NAME,

im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) führt das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft in Bonn in Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Frauenforschungszentrum der Universität Bielefeld (IFF) eine Befragung zum Thema „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ durch. In ganz Deutschland sollen etwa 10.000 Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren persönlich befragt werden.

Mit diesem Brief möchten wir Sie über die Befragung informieren und ganz herzlich darum bitten, dass Sie an der Befragung teilnehmen.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig. Wir wollen jedoch ein möglichst umfassendes und repräsentatives Bild zur Lebenssituation, zur Sicherheit und zur Gesundheit von Frauen in Deutschland erhalten. Ziel dieser Befragung ist es, zu ermitteln, ob Frauen in diesem Bereich mehr staatliche Unterstützung brauchen und wie diese aussehen sollte. Dies können wir nur dann sicherstellen, wenn möglichst alle ausgewählten Frauen an der Befragung mitwirken.

Die Befragung wird in einem persönlichen Gespräch stattfinden. In den nächsten Wochen wird sich eine Interviewerin mit Ihnen in Verbindung setzen, um mit Ihnen einen Termin zu vereinbaren. **Die Interviewerinnen können sich mit einem Ausweis des infas Instituts für angewandte Sozialwissenschaft ausweisen.**

Ihre Adresse wurde – zusammen mit anderen – durch ein Zufallsverfahren aus dem Einwohnermelderegister Ihrer Gemeinde ausgewählt. Die Adressen sind auf Basis der Meldegesetze der Bundesländer an infas übermittelt worden. Es ist sichergestellt, dass alle Ihre Angaben anonym bleiben. Die Daten werden immer ohne Namen und Adresse ausgewertet.

Die Befragung unterliegt allen Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte beachten Sie auch die beiliegende „Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben“.

Wir hoffen, Ihr Interesse geweckt zu haben und bitten Sie ganz herzlich, uns durch Ihre Mitarbeit zu unterstützen! Als kleines Dankeschön erhalten Sie eine exklusiv für diese Befragung gestaltete CallingCard.

Sollten Sie noch weitere Fragen zu dieser Befragung haben, können Sie sich gerne schriftlich oder telefonisch mit uns in Verbindung setzen. Bei infas steht Ihnen für Rückfragen Frau Christine Fredebeul (Telefon: 0228/3822-432) und Frau Dr. Angela Prussog-Wagner (Telefon: 0228 / 3822-409) zur Verfügung.

Sollten Sie weitergehende inhaltliche Fragen zur Studie haben, erreichen Sie am IFF die Leiterin des Projektes, Frau Dr. Monika Schröttle unter der Telefonnummer 0521 /106-4572.

Wir rufen Sie auch gerne zurück, damit Ihnen keine Kosten entstehen.

Wir möchten uns schon heute sehr herzlich für Ihre Mitwirkung an dieser wichtigen Befragung bedanken.

Mit freundlichen Grüßen,



Dr. Monika Schröttle
Projektleiterin IFF



Doris Hess
Senior-Projektleiterin infas



Erklärung zum Datenschutz zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben

Das Forschungsprojekt „**Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland**“ führt das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft in Bonn in Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Frauenforschungszentrum der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durch. Die beteiligten Institute tragen die datenschutzrechtliche Verantwortung für diese Studie. Die Befragung wird gemäß den gesetzlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt.

Die Ergebnisse der Befragung werden ausschließlich

**in anonymisierter Form
d.h. ohne Namen und Anschrift**

dargestellt. Das bedeutet: Niemand kann aus den Ergebnissen erkennen, von welcher Person diese Angaben gemacht worden sind.

Das gilt auch für eine eventuelle Wiederholungsbefragung. Hierbei wird nach einer bestimmten Zeit noch einmal ein Interview mit derselben Person durchgeführt. Die statistische Auswertung wird so vorgenommen, dass die Angaben aus mehreren Befragungen durch eine Code-Nummer, also ohne Namen und Adresse, miteinander verknüpft werden.

Auch hier gilt:

Es gibt keine Weitergabe von Daten, die Ihre Person erkennen lassen.

Für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen sind verantwortlich:

Dipl. Soz. Menno Smid
Geschäftsführer
infas Institut

Dr. Jacob Steinwede
Datenschutzbeauftragter
infas Institut

Prof. Dr. Ursula Müller
Geschäftsführerin
IFF

Auf der Rückseite dieser Erklärung zeigen wir Ihnen den Weg Ihrer Daten vom Interview bis zur völlig anonymen Ergebnistabelle.

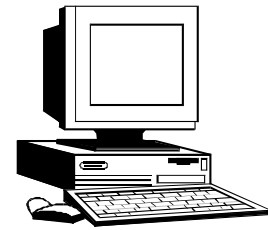
Was geschieht mit Ihren Angaben ?

1. Ihre Angaben werden bei infas ohne Ihren Namen und ohne Ihre Anschrift in den Computer eingegeben. Dies geschieht durch Erfassen der zutreffenden Ziffer; z.B. so:

„In welcher Situation befinden Sie sich derzeit?

Sind Sie ...

- | | |
|--|---|
| erwerbstätig ? | 1 |
| arbeitslos gemeldet ? | 2 |
| Hausfrau, Hausmann ?..... | 3 |
| wegen Krankheit, Unfall nicht erwerbstätig ?" .. | 4 |
| In Rente, Pension, im Vorruhestand?..... | 5 |



2. Im Computer werden **nur die Angaben aus dem Fragebogen** und eine zugehörige Codeziffer gespeichert, **nicht Ihr Name und Ihre Adresse!** Diese Angaben – nur mit Codeziffer, aber ohne Namen und Adresse – erhält das Interdisziplinäre Frauenforschungszentrum der Universität Bielefeld. Dieses Forschungsinstitut werten die Angaben nur für Forschungszwecke aus.
3. Die Namen und Adressen verbleiben zunächst im infas Institut, jedoch strikt getrennt von den Interviews. Nach Abschluss der Untersuchung werden alle Namen und Adressen gelöscht.

4. Die Auswertung verläuft folgendermaßen: Der Computer zählt z.B. alle Antworten zur Erwerbssituation (s.o.) und errechnet daraus die Prozentwerte.

	Gesamt	Männer	Frauen
	%	%	%
Erwerbstätig	53,5	66	41
Arbeitslos	9	10	8
Hausfrau/ Hausmann	11	1	18
nicht erwerbstätig (Krankheit, Unfall)	0,5	1	-
Rente, Pension, Vorruhestand	26,0	22	33
Insgesamt %	100	100	100
(Anzahl Befragte)	(6000)	(2520)	(3480)

5. Das Gesamtergebnis und die Ergebnisse für Teilgruppen (z.B. Männer, Frauen) werden in Tabellenform dargestellt. Angaben einzelner Personen sind nicht erkennbar (s. Beispiel rechts).

In jedem Falle gilt:

Ihre Teilnahme am Interview ist freiwillig. Bei Nicht-Teilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile.

Es ist selbstverständlich, dass alle Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes eingehalten werden.

Sie können absolut sicher sein, daß wir ...

- Ihren Namen und Ihre Anschrift nicht mit Ihren Interviewdaten zusammenführen, so dass niemand erfährt, welche Antworten Sie persönlich gegeben haben;
- Ihren Namen und Ihre Anschrift nicht an Dritte weitergeben;
- keine Einzeldaten, die einen Rückschluß auf Ihre Person zulassen, an Dritte weitergeben;
- die Daten ausschließlich zu Forschungszwecken nutzen werden.

Wir danken für Ihre Mitwirkung und für Ihr Vertrauen in unsere Arbeit !

„Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“
Bitte unbedingt zusätzlich ausfüllen, wenn es nicht zu einem Interview gekommen ist !

Laufende Nummer vom
Kontaktprotokoll übertragen:

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

1. Handelt es sich bei der von Ihnen kontaktierten Person um die Zielperson ?

Ja 1 weiter mit Frage 5

Nein 2 nächste Frage 2

Weiß nicht 3 nächste Frage 2

2a. Geschlecht der zuletzt kontaktierten /evtl. verweigernden Person.

männlich 1

weiblich 2

2b. Kontaktperson ist

Deutscher 1

Ausländer 2

2c. Verfügt diese Person über ausreichend Deutschkenntnisse ?

Ja 1

Nein 2

3. (Ungefähres) Alter dieser Person ?

(ca.) Jahre

Auskunft verweigert 97

4. Handelt es sich bei dieser Person um eine mit der Zielperson verwandte Person oder um eine nicht-verwandte Person ?

(Ehe-)Partner/in 1

Vater / Mutter 2

Andere verwandte Person 3

Andere nicht verwandte Person 4

Auskunft verweigert 7

5. Überwiegende Gebäudeart in der Straße / Quartierstyp

Landwirtschaftliche Gebäude 01

1 – 2 Familienhaus

- freistehend 02

- in Reihenbebauung 03

Mehrfamilienhaus

- freistehend 04

- in Reihenbebauung 05

- in geschlossener Bebauung 06

Hochhausbebauung (mind. 6 Stockwerke) 07

Industrie- oder Gewerbegebiet 08

Nicht zuzuordnen 09

Auskunft verweigert 97

6. Zielperson wohnt.....

- Privater Haushalt ()1
- Wohnheim, Pflegeheim etc. : dauerhaft ()2
- Wohnheim, Pflegeheim etc. : vorübergehend ()3
- Vorübergehende Unterkunft : Hotel ()4
- Vorübergehende Unterkunft : Frauenhaus ()5
- Vorübergehende Unterkunft : bei Freunden ()6
- Sonstiges (bitte notieren): ()7

Die folgenden Fragen bitte nur stellen, wenn die Kontaktperson die Zielperson ist:

**7. Bitte stellen Sie die folgende Frage der Zielperson wörtlich und kreuzen Sie an:
Es gibt ja viele Gründe, warum jemand an einem Interview nicht teilnehmen möchte.
Wie ist das bei Ihnen ?**

- „...lassen Sie sich **grundsätzlich** nicht befragen, ()1
- ... oder liegt es am **Thema der Befragung** ? ()2
- ...oder meinen Sie, **nicht die nötige Zeit** zu haben, dieses Gespräch zu führen ()3
- Anderes, und zwar _____ ()4
(Int: Bitte eintragen....)
- Auskunft auch hier verweigert ()7

8. Welchen Familienstand haben Sie ?

- Verheiratet und mit Ehepartner zusammenlebend ()1 weiter mit Frage 10
- Verheiratet , vom Ehepartner getrennt lebend ()2
- Geschieden ()3
- Verwitwet ()4
- Ledig ()5
- Verweigert ()7
- Weiss nicht ()8

9. Leben Sie zu Zeit in einer festen Partnerschaft ? (Das heisst nicht notwendigerweise, dass ZP mit dem Partner in der Wohnung zusammenlebt)

- Ja ()1
- Nein ()2
- Verweigert ()7
- Weiss nicht ()8

10. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Lebenssituation, was den Bereich Freunde und Familie betrifft. Bitte sagen Sie es anhand der Werte zwischen 1 und 6, wobei 1 bedeutet „sehr zufrieden“ und 6 „sehr unzufrieden“. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.

Sehr zufrieden 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 Sehr unzufrieden
verweigert
weiß nicht

11. Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben ? Bitte sagen Sie es anhand von Werten zwischen 1 und 6, wobei 1 bedeutet „sehr gut“ und 6 „sehr schlecht“. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.

Sehr gut 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 Sehr schlecht
verweigert
weiß nicht



Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland

Hauptstudie 2003 – mündlicher Fragebogen –

Vor Interview: Lfd.-Nr. eintragen:

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

1-6

Alle Rechte für Formulierung und Anordnung des Fragebogens liegen bei
infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Bonn und
IFF – Interdisziplinäres Frauenforschungszentrum, Universität Bielefeld

Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Dezember 2002

3144 Hd, Pa

Nr.		Weiter mit
100	<p>In der Untersuchung geht es um verschiedene Bereiche, die mit der Lebenssituation von Frauen zu tun haben. Zunächst möchte ich Ihnen einige allgemeine Fragen zu Ihrer Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen stellen.</p> <p>Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer derzeitigen Lebenssituation?</p> <p>Bitte sagen Sie es anhand der Werte zwischen 1 und 6, wobei 1 bedeutet "sehr zufrieden", und 6 "sehr unzufrieden". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p>Liste 100 vorlegen und bis Frage 102 liegenlassen!</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr zufrieden</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr unzufrieden</p> <p>Verweigert Weiß nicht</p> <p>97 98</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> </div> </div>	
101	<p>Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Lebenssituation, was den Bereich Freunde und Familie betrifft?</p> <p>Nennen Sie mir bitte wieder einen Wert zwischen 1 und 6.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr zufrieden</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr unzufrieden</p> <p>Verweigert Weiß nicht</p> <p>97 98</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> </div> </div>	
102	<p>Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Lebenssituation, was den Bereich Ausbildung und Berufsleben betrifft?</p> <p>Nennen Sie mir bitte wieder einen Wert zwischen 1 und 6.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr zufrieden</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr unzufrieden</p> <p>Verweigert Weiß nicht Trifft nicht zu</p> <p>97 98 96</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> </div> </div>	
103	<p>In welchem Monat und in welchem Jahr sind Sie geboren?</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Monat <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> Jahr <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> </p>	


Nr.									Weiter mit
104	Haben Sie eigene Kinder? Denken Sie bitte auch an Stief-, Pflege- bzw. Adoptivkinder und Kinder, die bereits verstorben sind.								Ja, Anzahl: <input type="text"/> <hr/> Nein, keine Kinder <input type="checkbox"/> 96 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98
105	Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zu diesen Kindern stellen. Beginnen wir mit Ihrem ältesten Kind: Bitte die Fragen A bis D für jedes Kind nacheinander abfragen!								105
	1. Kind (ältestes)	2. Kind	3. Kind	4. Kind	5. Kind	6. Kind	7. Kind	8. Kind	
A Nennen Sie mir bitte den Vornamen oder Kürzel des Kindes:									
B Welches Geschlecht hat es?	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	
C Ist dieses Kind ...									
D Lebt ... bei Ihnen im Haushalt?	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 W.n. <input type="checkbox"/> 8	
	Kind ist verstorben ... <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3	

Wenn mehr als 8 Kinder, hier Anzahl eintragen →

Nr.		Weiter mit
106	<p>Wenn Sie jetzt an Ihre Kindheit zurückdenken: Sind Sie in dieser Zeit ganz oder überwiegend bei Ihren beiden leiblichen Eltern aufgewachsen, also sowohl bei Ihrer leiblichen Mutter als auch bei Ihrem leiblichen Vater?</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen! Nur <u>eine</u> Nennung! Falls Nachfrage: Gemeint ist bis zum Alter von 16 Jahren!</p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;"> </div> <div> <p>Ja, ganze Zeit bei beiden leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Ja, überwiegend bei beiden leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> 2</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Nein, überwiegend bei <u>nur einem</u> leiblichen Elternteil <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Nein, bei anderen Personen <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht <input type="checkbox"/> 8</p> </div> </div> <p>Falls bei <u>beiden leiblichen Eltern</u> aufgewachsen: In Schema 108 (Seite 5) in Spalte 1. Person "A" eintragen (leibliche Mutter) 2. Person "B" eintragen (leiblicher Vater)</p>	<p style="text-align: center;">108</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">107</p>
107	<p>Bei welchen Personen sind Sie in dieser Zeit ganz oder überwiegend aufgewachsen?</p> <p>Liste 107 vorlegen! Bitte maximal 2 Personen nennen lassen; die beiden Hauptbezugspersonen sollen ermittelt werden!</p> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">1</div> <p>A Leibliche Mutter <input type="checkbox"/></p> <p>B Leiblicher Vater <input type="checkbox"/></p> <p>C Stiefmutter <input type="checkbox"/></p> <p>D Stiefvater <input type="checkbox"/></p> <p>E Pflegemutter / Adoptivmutter <input type="checkbox"/></p> <p>F Pflegevater / Adoptivvater <input type="checkbox"/></p> <p>G Partnerin von Vater <input type="checkbox"/></p> <p>H Partner von Mutter <input type="checkbox"/></p> <p>J Großmutter <input type="checkbox"/></p> <p>K Großvater <input type="checkbox"/></p> <p>L Andere Verwandte <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">und zwar: _____</p> <p>M Andere Verwandte <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">und zwar: _____</p> <p>N Andere Person <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">und zwar: _____</p> <p>O Andere Person <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">und zwar: _____</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>P Nur im Heim aufgewachsen <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">108</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">109</p>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf jene zwei Personen, bei denen die Zielperson überwiegend aufgewachsen ist (s. Frage 106 + 107). Bitte zunächst die Kennbuchstaben und das Geschlecht eintragen, dann die Fragen 108.1 und 108.2 für die 1. Person stellen, anschließend – falls angegeben – Fragen 108.1 und 108.2 für die 2. Person stellen.

108	<i>Bitte eintragen:</i>	1. Person Kennbuchstabe aus Liste 107: <input type="checkbox"/> männlich ... 1 <input type="checkbox"/> weiblich 2 <input type="checkbox"/>	2. Person Kennbuchstabe aus Liste 107: <input type="checkbox"/> männlich ... 1 <input type="checkbox"/> weiblich 2 <input type="checkbox"/>
108.1	Ist ... in Deutschland geboren?	Ja 1 <input type="checkbox"/> ► <i>Weiter mit Frage 109</i> Nein 2 <input type="checkbox"/> Verweigert .. 7 <input type="checkbox"/> Weiß nicht.. 8 <input type="checkbox"/> ↓	Ja 1 <input type="checkbox"/> ► <i>Weiter mit Frage 109</i> Nein 2 <input type="checkbox"/> Verweigert .. 7 <input type="checkbox"/> Weiß nicht.. 8 <input type="checkbox"/> ↓
108.2	In welchem Land ist ... geboren? <i>Liste 108 vorlegen!</i>	Griechenland <input type="checkbox"/> 1 Italien <input type="checkbox"/> 2 Polen <input type="checkbox"/> 3 Türkei <input type="checkbox"/> 4 USA <input type="checkbox"/> 5 Staaten des ehemaligen Jugoslawien <input type="checkbox"/> 6 Staaten der ehemaligen Sowjetunion <input type="checkbox"/> 7 anderes Land, und zwar: <input type="checkbox"/> 8 _____ Ist staatenlos <input type="checkbox"/> 9 Weiß nicht <input type="checkbox"/> 98	Griechenland <input type="checkbox"/> 1 Italien <input type="checkbox"/> 2 Polen <input type="checkbox"/> 3 Türkei <input type="checkbox"/> 4 USA <input type="checkbox"/> 5 Staaten des ehemaligen Jugoslawien <input type="checkbox"/> 6 Staaten der ehemaligen Sowjetunion <input type="checkbox"/> 7 anderes Land, und zwar: <input type="checkbox"/> 8 _____ Ist staatenlos <input type="checkbox"/> 9 Weiß nicht <input type="checkbox"/> 98

Nr.		Weiter mit																																																												
109	<p>Haben Sie Geschwister, mit denen Sie zusammen aufgewachsen sind?</p> <p> <input type="checkbox"/> Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> Verweigert ... 7 <input type="checkbox"/> Weiß nicht ... 8 </p> <p>  </p> <p><i>Falls Ja:</i> Wie viele Brüder und wie viele Schwestern haben Sie?</p> <p> Anzahl Brüder <input type="text"/> <input type="text"/> Anzahl Schwestern <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Verweigert ... 97 <input type="checkbox"/> Weiß nicht ... 98 </p>																																																													
110	<p>Im folgenden geht es um Ihre Einschätzung von sich selbst und Ihrem Leben. Wir möchten Sie bitten, sich anhand der folgenden Aussagen selbst einzuschätzen. Geben Sie bitte für jede Aussage an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</p> <p>Liste 110 vorlegen und bis Frage 111 liegenlassen! Vorgaben nacheinander vorlesen!</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Trifft genau zu 1</th> <th>Trifft eher zu 2</th> <th>Trifft eher nicht zu 3</th> <th>Trifft gar nicht zu 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Die Zukunft wird für mich viel Gutes mit sich bringen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Der Blick auf mein weiteres Leben erfüllt mich mit Sorge</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich finde auch dann noch Wege, ein Problem zu lösen, wenn andere schon entmutigt sind</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4	Die Zukunft wird für mich viel Gutes mit sich bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Der Blick auf mein weiteres Leben erfüllt mich mit Sorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich finde auch dann noch Wege, ein Problem zu lösen, wenn andere schon entmutigt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4																																																										
Die Zukunft wird für mich viel Gutes mit sich bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Der Blick auf mein weiteres Leben erfüllt mich mit Sorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Ich finde auch dann noch Wege, ein Problem zu lösen, wenn andere schon entmutigt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
111	<p>Nun geht es um die Beziehungen zu anderen Menschen. Bitte geben Sie an, inwieweit die Aussagen auf Sie zutreffen. Wenn Sie nicht ganz sicher sind, dann wählen Sie die Antwort, die Ihrer Meinung am nächsten kommt.</p> <p>Vorgaben nacheinander vorlesen!</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Trifft genau zu 1</th> <th>Trifft eher zu 2</th> <th>Trifft eher nicht zu 3</th> <th>Trifft gar nicht zu 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Es gibt immer jemanden in meiner Umgebung, mit dem ich die alltäglichen Probleme besprechen kann</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohl fühle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mir fehlt eine richtig gute Freundin bzw. ein richtig guter Freund</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich fühle mich häufig im Stich gelassen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich vermisse Geborgenheit und Wärme</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich finde, dass mein Freundes- und Bekanntenkreis zu klein ist</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Es gibt genügend Menschen, mit denen ich mich eng verbunden fühle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wenn ich sie brauche, sind meine Freunde immer für mich da</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich vermisse eine wirklich enge Beziehung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4	Es gibt immer jemanden in meiner Umgebung, mit dem ich die alltäglichen Probleme besprechen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohl fühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mir fehlt eine richtig gute Freundin bzw. ein richtig guter Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich häufig im Stich gelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich vermisse Geborgenheit und Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich finde, dass mein Freundes- und Bekanntenkreis zu klein ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es gibt genügend Menschen, mit denen ich mich eng verbunden fühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ich sie brauche, sind meine Freunde immer für mich da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich vermisse eine wirklich enge Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4																																																										
Es gibt immer jemanden in meiner Umgebung, mit dem ich die alltäglichen Probleme besprechen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohl fühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Mir fehlt eine richtig gute Freundin bzw. ein richtig guter Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Ich fühle mich häufig im Stich gelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Ich vermisse Geborgenheit und Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Ich finde, dass mein Freundes- und Bekanntenkreis zu klein ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Es gibt genügend Menschen, mit denen ich mich eng verbunden fühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Wenn ich sie brauche, sind meine Freunde immer für mich da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Ich vermisse eine wirklich enge Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										

Nr.		Weiter mit																																																									
112	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Freizeitaktivitäten aufgeführt. Bitte sagen Sie mir für jede Aktivität, wie häufig Sie diese zur Zeit machen.</p> <p>Liste 112 vorlegen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="3"></th> <th colspan="4" style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px;">Mache ich derzeit</th> <th rowspan="3" style="text-align: center;">Verweigert 7</th> <th rowspan="3" style="text-align: center;">Weiß nicht 8</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">häufig</th> <th style="text-align: center;">gelegentlich</th> <th style="text-align: center;">selten</th> <th style="text-align: center;">nie</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Freunde, Verwandte oder Bekannte besuchen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Mitarbeit in Organisationen, Kirche oder andere soziale Aktivitäten</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Besuch von Kino, Theater oder sonstigen Kulturveranstaltungen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>Ins Restaurant oder Cafe gehen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>Sport bzw. körperliche Bewegung außer Haus</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>Andere Freizeitaktivitäten außer Haus</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Mache ich derzeit				Verweigert 7	Weiß nicht 8	häufig	gelegentlich	selten	nie	1	2	3	4	A	Freunde, Verwandte oder Bekannte besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B	Mitarbeit in Organisationen, Kirche oder andere soziale Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C	Besuch von Kino, Theater oder sonstigen Kulturveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D	Ins Restaurant oder Cafe gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E	Sport bzw. körperliche Bewegung außer Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	Andere Freizeitaktivitäten außer Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Mache ich derzeit				Verweigert 7	Weiß nicht 8																																																					
	häufig		gelegentlich	selten					nie																																																		
	1	2	3	4																																																							
A	Freunde, Verwandte oder Bekannte besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
B	Mitarbeit in Organisationen, Kirche oder andere soziale Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
C	Besuch von Kino, Theater oder sonstigen Kulturveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
D	Ins Restaurant oder Cafe gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
E	Sport bzw. körperliche Bewegung außer Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
F	Andere Freizeitaktivitäten außer Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
113	<p>Können Sie mit einer nahen oder vertrauten Person außerhalb Ihrer Familie oder Partnerschaft in vollem Vertrauen über die folgenden Dinge sprechen?</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: left;">Über ...</th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">Trifft für mich nicht zu</th> <th style="text-align: center;">Verweigert</th> <th style="text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">7</th> <th style="text-align: center;">8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gesundheitsprobleme?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Probleme, die Familienangelegenheiten oder Ihre Beziehung zum Partner betreffen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Probleme in der Arbeitswelt?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sexuelle Probleme und Erfahrungen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Über ...	Ja	Nein	Trifft für mich nicht zu	Verweigert	Weiß nicht	1	2	3	7	8	Gesundheitsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme, die Familienangelegenheiten oder Ihre Beziehung zum Partner betreffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme in der Arbeitswelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexuelle Probleme und Erfahrungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Über ...	Ja		Nein	Trifft für mich nicht zu	Verweigert	Weiß nicht																																																					
	1	2	3	7	8																																																						
Gesundheitsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Probleme, die Familienangelegenheiten oder Ihre Beziehung zum Partner betreffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Probleme in der Arbeitswelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
Sexuelle Probleme und Erfahrungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
114	<p>Was schätzen Sie: wie häufig werden Sie in der Regel von Nachbarn, Verwandten oder Freunden zu Hause besucht? Ist das ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">häufig</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">gelegentlich</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">selten</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">oder nie?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	häufig	<input type="checkbox"/>	1	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	2	selten	<input type="checkbox"/>	3	oder nie?	<input type="checkbox"/>	4	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																																								
häufig	<input type="checkbox"/>	1																																																									
gelegentlich	<input type="checkbox"/>	2																																																									
selten	<input type="checkbox"/>	3																																																									
oder nie?	<input type="checkbox"/>	4																																																									
Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7																																																									
Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																																																									
115	<p>In manchen Wohngebieten kennen sich die Leute gut und helfen einander, in anderen Wohngegenden kennt man sich kaum und die Leute gehen mehr ihre eigenen Wege. In was für einer Gegend wohnen Sie? Würden Sie sagen, es ist eine Wohngegend, in der ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">die Menschen einander kennen und sich helfen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">oder die Leute mehr ihre eigenen Wege gehen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Es ist eine Mischung daraus</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px; margin-top: 10px;">Nicht vorlesen</div>	die Menschen einander kennen und sich helfen	<input type="checkbox"/>	1	oder die Leute mehr ihre eigenen Wege gehen?	<input type="checkbox"/>	2	Es ist eine Mischung daraus	<input type="checkbox"/>	3	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																																											
die Menschen einander kennen und sich helfen	<input type="checkbox"/>	1																																																									
oder die Leute mehr ihre eigenen Wege gehen?	<input type="checkbox"/>	2																																																									
Es ist eine Mischung daraus	<input type="checkbox"/>	3																																																									
Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7																																																									
Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																																																									

Nr.		Weiter mit
200	<p>In den nächsten Fragen geht es um Ihr persönliches Sicherheitsgefühl in verschiedenen Lebensbereichen.</p> <p>Wie sicher fühlen Sie sich, wenn Sie spät abends oder nachts alleine im Dunkeln nach Hause gehen?</p> <p>Benutzen Sie für Ihre Antwort bitte die Skala hier. 1 bedeutet dabei "sehr sicher", 6 bedeutet "überhaupt nicht sicher". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p>Liste 200 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr sicher Überhaupt nicht sicher</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/></p> </div> <hr/> <p>Gehe spät abends nicht allein nach Hause <input type="checkbox"/> <small>95</small></p> <hr/> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small></p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small></p>	<p style="text-align: right;">201</p> <hr/> <p style="text-align: right;">202</p> <hr/> <p style="text-align: right;">203</p>
201	<p>Wie oft gehen Sie spät abends oder nachts im Dunkeln alleine nach Hause? Sagen Sie es bitte anhand dieser Liste.</p> <p>Liste 201 vorlegen!</p> <div style="text-align: right;"> <p>Täglich <input type="checkbox"/> <small>1</small></p> <hr/> <p>Mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/> <small>2</small></p> <p>Einmal pro Woche <input type="checkbox"/> <small>3</small></p> <p>1-3mal im Monat <input type="checkbox"/> <small>4</small></p> <p>Mehrmals im Jahr <input type="checkbox"/> <small>5</small></p> <p>Seltener <input type="checkbox"/> <small>6</small></p> <p>Nie <input type="checkbox"/> <small>7</small></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small></p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small></p> </div>	<p style="text-align: right;">203</p> <hr/> <p style="text-align: right;">202</p>
202	<p>Wenn Sie sich sicherer fühlen würden, würden Sie dann öfter spät abends oder nachts im Dunkeln alleine nach Hause gehen?</p> <div style="text-align: right;"> <p>Ja <input type="checkbox"/> <small>1</small></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> <small>2</small></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>7</small></p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>8</small></p> </div>	

Nr.								Weiter mit		
203	Haben Sie häufig, gelegentlich, selten oder nie Angst ...									
<i>Liste 203 vorlegen und Vorgaben nacheinander vorlesen!</i>										
				Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Trifft für mich nicht zu	Verweigert	Weiß nicht
				1	2	3	4	6	7	8
dass ein Fremder Sie körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass jemand aus Ihrem Bekanntenkreis Sie körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass jemand aus Ihrer Familie oder Ihr Partner Sie körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass jemand aus Arbeit, Schule, Studium oder Ausbildung Sie körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
204	Wenn Sie abends alleine auf ein öffentliches Verkehrsmittel wie Bus, U- bzw. S-Bahn, Straßenbahn oder Zug warten oder damit fahren, wie sicher fühlen Sie sich dann? Nennen Sie mir bitte die entsprechende Kennziffer von dieser Liste. 1 bedeutet dabei "sehr sicher", 6 bedeutet "überhaupt nicht sicher". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstimmen.									
<i>Liste 204 vorlegen! Nur eine Nennung!</i>										
			Sehr sicher					Überhaupt nicht sicher		
			1	2	3	4	5	6	205	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Fahre nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln						<input type="checkbox"/>	206
			Es gibt keine öffentlichen Verkehrsmittel bei uns						<input type="checkbox"/>	207
			Verweigert ...						<input type="checkbox"/>	
			Weiß nicht ...						<input type="checkbox"/>	
205	Wie oft benutzen Sie abends alleine öffentliche Verkehrsmittel? Was von dieser Liste trifft zu?									
<i>Liste 205 vorlegen!</i>										
			Täglich				<input type="checkbox"/>	1	207	
			Mehr als pro Woche				<input type="checkbox"/>	2		
			Einmal pro Woche				<input type="checkbox"/>	3	206	
			1-3mal im Monat				<input type="checkbox"/>	4		
			Mehr als im Jahr				<input type="checkbox"/>	5		
			Seltener				<input type="checkbox"/>	6		
			Nie				<input type="checkbox"/>	7		
			Es gibt keine öffentlichen Verkehrsmittel bei uns				<input type="checkbox"/>	8	207	
			Verweigert ...				<input type="checkbox"/>	97		
			Weiß nicht ...				<input type="checkbox"/>	98		

Nr.		Weiter mit
206	<p>Wenn Sie sich dabei sicherer fühlen würden, würden Sie das öfter tun?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
207	<p>Wenn Sie alleine mit Ihrem Auto in eine Parkgarage fahren, wie sicher fühlen Sie sich dann?</p> <p>Nennen Sie mir bitte die entsprechende Kennziffer von dieser Liste. 1 bedeutet dabei "sehr sicher", 6 bedeutet "überhaupt nicht sicher". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p>Liste 207 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <p style="text-align: center;"> Sehr sicher Überhaupt nicht sicher </p> <p style="text-align: center;"> 1 2 3 4 5 6 </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> </p> <hr/> <p>Benutze keine Parkgaragen <input type="checkbox"/> 95</p> <hr/> <p>Trifft nicht zu, habe bzw. fahre kein Auto, es gibt hier keine Parkgaragen <input type="checkbox"/> 96</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p style="text-align: right;">208</p> <hr/> <p style="text-align: right;">209</p> <hr/> <p style="text-align: right;">211</p>
208	<p>Wie oft benutzen Sie Parkgaragen alleine?</p> <p>Liste 208 vorlegen!</p> <p style="text-align: right;">Täglich <input type="checkbox"/> 1</p> <hr/> <p>Mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 3</p> <p>1-3mal im Monat <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Mehrmals im Jahr <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Seltener <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Nie <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p style="text-align: right;">210</p> <hr/> <p style="text-align: right;">209</p>
209	<p>Wenn Sie sich sicherer fühlen würden, würden Sie dann öfter Parkgaragen alleine benutzen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
210	<p>Fühlen Sie sich sicherer auf Parkbereichen, die speziell für Frauen eingerichtet wurden?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Kenne ich nicht <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

Nr.		Weiter mit																																																																											
211	<p>Wenn Sie abends oder nachts alleine in Ihrer Wohnung sind, wie sicher fühlen Sie sich dann? Nennen Sie mir bitte wieder die entsprechende Kennziffer von dieser Liste.</p> <p>Liste 211 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <p style="text-align: center;"> Sehr sicher Überhaupt nicht sicher </p> <p style="text-align: center;"> 1 2 3 4 5 6 </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> </p> <p>Bin abends nie allein zu Hause <input type="checkbox"/> 95</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																																																																												
212	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Handlungen aufgeführt, durch die sich Menschen in bestimmten Situationen sicherer fühlen können. Was davon haben Sie selbst schon mal für Ihre persönliche Sicherheit gemacht?</p> <p>Liste 212 vorlegen und Vorgaben zusätzlich vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Verweigert</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">7</th> <th style="text-align: center;">8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Ich führe einen Gegenstand zur Selbstverteidigung bei mir oder etwas, um im Notfall auf mich aufmerksam zu machen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B Ich mache mir Gedanken darüber, wie ich mich bei einem körperlichen Angriff oder Überfall verteidigen würde</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C Ich habe einen Selbstverteidigungskurs besucht</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D Ich überlege mir vor dem Nach-Hause-Weg, wie ich am sichersten nach Hause komme</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E Ich meide bestimmte Straßen und Plätze oder nehme längere Umwege in Kauf, die sicherer scheinen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F Ich wechsle die Straßenseite, um nicht zu nah an Männern oder an einer Gruppe von männlichen Jugendlichen vorbeigehen zu müssen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G Ich verschließe das Auto von innen, wenn ich alleine im Auto bin</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>H Ich sehe mich nach verdächtigen Personen um, bevor ich beim Nach-Hause-Kommen die Haustüre aufschließe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>J Ich fahre abends nur mit Auto, Taxi oder in Begleitung nach Hause</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>K Ich versuche möglichst selbstbewusst aufzutreten und keine Angst auszustrahlen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>L Ich mache etwas anderes, und zwar:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht		1	2	7	8	A Ich führe einen Gegenstand zur Selbstverteidigung bei mir oder etwas, um im Notfall auf mich aufmerksam zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B Ich mache mir Gedanken darüber, wie ich mich bei einem körperlichen Angriff oder Überfall verteidigen würde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C Ich habe einen Selbstverteidigungskurs besucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D Ich überlege mir vor dem Nach-Hause-Weg, wie ich am sichersten nach Hause komme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E Ich meide bestimmte Straßen und Plätze oder nehme längere Umwege in Kauf, die sicherer scheinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F Ich wechsle die Straßenseite, um nicht zu nah an Männern oder an einer Gruppe von männlichen Jugendlichen vorbeigehen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G Ich verschließe das Auto von innen, wenn ich alleine im Auto bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H Ich sehe mich nach verdächtigen Personen um, bevor ich beim Nach-Hause-Kommen die Haustüre aufschließe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J Ich fahre abends nur mit Auto, Taxi oder in Begleitung nach Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K Ich versuche möglichst selbstbewusst aufzutreten und keine Angst auszustrahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L Ich mache etwas anderes, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					_____					
	Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht																																																																									
	1	2	7	8																																																																									
A Ich führe einen Gegenstand zur Selbstverteidigung bei mir oder etwas, um im Notfall auf mich aufmerksam zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
B Ich mache mir Gedanken darüber, wie ich mich bei einem körperlichen Angriff oder Überfall verteidigen würde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
C Ich habe einen Selbstverteidigungskurs besucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
D Ich überlege mir vor dem Nach-Hause-Weg, wie ich am sichersten nach Hause komme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
E Ich meide bestimmte Straßen und Plätze oder nehme längere Umwege in Kauf, die sicherer scheinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
F Ich wechsle die Straßenseite, um nicht zu nah an Männern oder an einer Gruppe von männlichen Jugendlichen vorbeigehen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
G Ich verschließe das Auto von innen, wenn ich alleine im Auto bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
H Ich sehe mich nach verdächtigen Personen um, bevor ich beim Nach-Hause-Kommen die Haustüre aufschließe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
J Ich fahre abends nur mit Auto, Taxi oder in Begleitung nach Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
K Ich versuche möglichst selbstbewusst aufzutreten und keine Angst auszustrahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
L Ich mache etwas anderes, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									

Nr.		Weiter mit																						
213	<p>Wurden Sie schon einmal beraubt oder waren Sie Opfer eines Überfalls, wo Ihnen jemand Ihre Tasche, Geldbörse, Schmuck etc. gewaltsam entrissen hat?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p style="text-align: center;">214</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">215</p>																						
214	<p>Wie häufig haben Sie solche Situationen ... in Ihrem Leben insgesamt erlebt? Wie häufig in den letzten 5 Jahren? Und wie häufig in den letzten 12 Monaten?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Verw. 97</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht 98</th> <th style="width: 25%;">Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th style="width: 10%;">Verw. 97</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht 98</th> <th style="width: 25%;">Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th style="width: 10%;">Verw. 97</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht 98</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i>	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i>	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98														
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
215	<p>Haben Sie schon einmal erlebt, dass jemand, der Ihnen unbekannt war, in Ihre Wohnung eingebrochen ist und Sie beraubt oder Ihnen Gewalt angetan hat?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p style="text-align: center;">216</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">217</p>																						
216	<p>Wie häufig haben Sie solche Situationen ... in Ihrem Leben insgesamt erlebt? Wie häufig in den letzten 5 Jahren? Und wie häufig in den letzten 12 Monaten?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Verw. 97</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht 98</th> <th style="width: 25%;">Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th style="width: 10%;">Verw. 97</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht 98</th> <th style="width: 25%;">Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th style="width: 10%;">Verw. 97</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht 98</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i>	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i>	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98														
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

Nr.		Weiter mit																																	
217	<p>Haben Sie schon einmal, zum Beispiel im Rahmen einer Geiselnahme, eines Überfalls oder ähnlichem, erlebt, dass Sie für längere Zeit eingesperrt, gefesselt oder sonstwie in Ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt wurden?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p style="text-align: center;">218</p> <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: center;">300</p>																																	
218	<p>Wie häufig haben Sie solche Situationen ... in Ihrem Leben insgesamt erlebt? Wie häufig in den letzten 5 Jahren? Und wie häufig in den letzten 12 Monaten?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 5%;">Verw.</th> <th style="width: 5%;">Weiß nicht</th> <th style="width: 10%; border-left: 1px dashed black;">Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Nicht in diesem Zeitraum</th> <th style="width: 5%;">Verw.</th> <th style="width: 5%;">Weiß nicht</th> <th style="width: 10%; border-left: 1px dashed black;">Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Nicht in diesem Zeitraum</th> <th style="width: 5%;">Verw.</th> <th style="width: 5%;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <td></td> <td>97</td> <td>98</td> <td style="border-left: 1px dashed black;"></td> <td>96</td> <td>97</td> <td>98</td> <td style="border-left: 1px dashed black;"></td> <td>96</td> <td>97</td> <td>98</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px dashed black;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px dashed black;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i>	Verw.	Weiß nicht	Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum	Verw.	Weiß nicht	Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum	Verw.	Weiß nicht		97	98		96	97	98		96	97	98	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i>	Verw.	Weiß nicht	Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum	Verw.	Weiß nicht	Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum	Verw.	Weiß nicht																									
	97	98		96	97	98		96	97	98																									
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
219	<p>Waren die Personen, die das getan haben, Ihnen bekannte Personen oder waren es Fremde?</p> <p style="margin-left: 20px;"><i>Nur eine Nennung!</i></p> <p style="text-align: right;">Bekannte Personen <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Fremde <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Beides, sowohl bekannte als auch fremde Personen <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>																																		

Nr.		Weiter mit
300	<p>Viele Frauen fühlen sich in ihrem Alltag manchmal durch Bemerkungen, Berührungen oder Gesten sexuell bedrängt oder belästigt. Das kann auf der Straße oder an öffentlichen Orten sein, aber auch am Arbeitsplatz, in Ausbildung oder Studium sowie im Freundes-, Bekannten- und Familienkreis.</p> <p>Wie häufig haben Sie sich persönlich schon sexuell bedrängt oder belästigt gefühlt? Würden Sie sagen ...</p> <p style="text-align:center;">Vorgaben bitte vorlesen!</p> <div style="text-align:right;"> <p>häufig <input type="checkbox"/> 1</p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/> 2</p> <p>selten <input type="checkbox"/> 3</p> <p>oder nie? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p> </div>	

301	<p>Oft erinnert man sich nicht sofort an solche Situationen. Auf der Liste sind verschiedene solcher Situationen beschrieben.</p> <p style="text-align:center;">Liste 301 vorlegen! Alle Situationen durchgehen und jeweils <u>nur</u> den Kennbuchstaben nennen:</p> <p>Beginnen wir mit A:</p> <p>Haben Sie persönlich diese Situation schon einmal erlebt? Wenn ja, war das auch in den letzten 12 Monaten?</p>				
	Nein	Ja	Auch in den letzten 12 Monaten erlebt	Verweigert	Weiß nicht
	2	1	1	7	8
	Habe schon erlebt, ...				
A	dass jemand mich über Telefon, E-mail oder Brief mit unanständigen oder bedrohlichen Dingen belästigt hat				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	dass jemand sich vor mir entblößt hat, um mich zu belästigen oder zu erschrecken				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	dass ich durch Nachpfeifen, schmutzige Bemerkungen oder angestarrt werden belästigt wurde				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	dass mir jemand durch Kommentare über meinen Körper, mein Privatleben oder sexuelle Anspielungen ein ungutes Gefühl gegeben hat				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	dass mir jemand ein ungutes Gefühl gegeben hat, indem er mich mehrere Male gefragt hat, ob wir uns treffen könnten				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	dass jemand mir unnötig nahe gekommen ist, sich z.B. zu nah über mich gebeugt hat oder mich auf eine Weise in eine Ecke gedrängt hat, die ich als aufdringlich empfand				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	dass jemand mir obszöne Witze erzählt hat und mit mir auf eine Art und Weise gesprochen hat, die ich als sexuell bedrängend empfand				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	dass jemand mich betatscht oder gegen meinen Willen zu küssen versucht hat				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	dass jemand mir nachgegangen ist, mich verfolgt oder bedrängt hat, so dass ich es mit der Angst zu tun bekam				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K	dass jemand mir gegenüber in unpassenden Situationen, z.B. auch in Arbeit, Ausbildung oder Studium, aufdringliche sexuelle Angebote gemacht hat				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L	dass jemand mir zu verstehen gegeben hat, dass es nachteilig für meine Zukunft oder mein berufliches Fortkommen sein könnte, wenn ich mich sexuell nicht auf ihn/sie einließe				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	dass man mir in unpassenden Situationen pornographische Bilder oder Nacktbilder gezeigt hat				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N	Ich habe andere Situationen von sexueller Belästigung erlebt, und zwar:				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Nr.		Weiter mit
302	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">Informeller Filter, bitte ankreuzen:</div> <p>In 301 mindestens 1 Kreuz bei "ja" <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>In 301 alle "nein" angekreuzt <input type="checkbox"/> 2</p>	303 400 Seite 20
303	<p>Wenn Sie jetzt alle Situationen zusammennehmen, in denen Sie sexuell belästigt oder bedrängt wurden: Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen durch wenig oder gar nicht bekannte Personen an öffentlichen Orten, Straßen, Plätzen bisher erlebt?</p> <p>Würden Sie sagen... Vorgaben bitte vorlesen!</p> <p style="text-align: right;">häufig <input type="checkbox"/> 1 gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 selten <input type="checkbox"/> 3 nur einmal <input type="checkbox"/> 4 oder nie? <input type="checkbox"/> 5 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
304	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen in der Arbeit, Schule oder Ausbildung erlebt?</p> <p>Würden Sie sagen... Vorgaben bitte vorlesen!</p> <p style="text-align: right;">häufig <input type="checkbox"/> 1 gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 selten <input type="checkbox"/> 3 nur einmal <input type="checkbox"/> 4</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">oder nie? <input type="checkbox"/> 5 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	305 306
305	<p>Welche Personen waren das? Nennen Sie mir bitte nur die zutreffenden Kennziffern auf dieser Liste. Liste 305 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>31 Arbeitskollege / Arbeitskollegin <input type="checkbox"/></p> <p>32 Vorgesetzte(r) / Chef(in) <input type="checkbox"/></p> <p>33 Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in) <input type="checkbox"/></p> <p>34 Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi <input type="checkbox"/></p> <p>35 Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in) <input type="checkbox"/></p> <p>36 Andere Personen (<i>bitte angeben</i>): <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.		Weiter mit
306	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen, in denen Sie sexuell bedrängt oder belästigt wurden, durch Personen erlebt, die eigentlich für Ihren Schutz, Ihre Gesundheit oder für Beratung und Betreuung zuständig sind, z.B. durch Arzt/Ärztin, Betreuungspersonal in therapeutischen Einrichtungen, Sportverein oder Jugendtreff oder durch die Polizei?</p> <p>Würden Sie sagen... häufig <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">Vorgaben bitte vorlesen!</p> <p style="float: right;">gelegentlich <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="float: right;">selten <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="float: right;">nur einmal <input type="checkbox"/> 4</p> <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="float: right;">oder nie? <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="float: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="float: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p style="text-align: center;">307</p> <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: center;">308</p>
307	<p>Welche Personen waren das? Nennen Sie mir bitte nur die zutreffenden Buchstaben auf dieser Liste.</p> <p style="text-align: center;">Liste 307 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>70 Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/></p> <p>71 Therapeut(in), Sozialarbeiter(in) <input type="checkbox"/></p> <p>72 Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in) <input type="checkbox"/></p> <p>73 Polizist(in) <input type="checkbox"/></p> <p>74 Betreuungspersonen z.B. im Sportverein, Jugendtreff, Heim etc. <input type="checkbox"/></p> <p>75 Andere Personen (<i>bitte angeben</i>): <input type="checkbox"/></p> <hr style="width: 40%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="float: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="float: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
308	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen durch Freunde, Bekannte oder Nachbarn erlebt? Würden Sie sagen...</p> <p style="text-align: center;">Vorgaben bitte vorlesen!</p> <p style="float: right;">häufig <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="float: right;">gelegentlich <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="float: right;">selten <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="float: right;">nur einmal <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="float: right;">oder nie? <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="float: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="float: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
309	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen durch einen Partner oder Ehepartner erlebt? Würden Sie sagen...</p> <p style="text-align: center;">Vorgaben bitte vorlesen!</p> <p style="float: right;">häufig <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="float: right;">gelegentlich <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="float: right;">selten <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="float: right;">nur einmal <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="float: right;">oder nie? <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="float: right;">Trifft nicht zu, hatte nie einen Partner <input type="checkbox"/> 6</p> <p style="float: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="float: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.		Weiter mit
310	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen durch andere Familienangehörige oder Verwandte erlebt? Würden Sie sagen...</p> <p><i>Vorgaben bitte vorlesen!</i></p> <p>häufig <input type="checkbox"/> 1 gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 selten <input type="checkbox"/> 3 nur einmal <input type="checkbox"/> 4</p> <hr/> <p>oder nie? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p>311</p> <hr/> <p>312</p>
311	<p>Welche Familienangehörigen waren das? Nennen Sie mir bitte nur die zutreffenden Kennziffern auf dieser Liste.</p> <p><i>Liste 311 vorlegen!</i> <i>Mehrfachnennungen möglich!</i></p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>51 Vater / Mutter <input type="checkbox"/> 52 Bruder / Schwester <input type="checkbox"/> 53 Tante / Onkel <input type="checkbox"/> 54 Cousin / Cousine <input type="checkbox"/> 55 Großvater / Großmutter <input type="checkbox"/> 56 Stiefvater / Stiefmutter <input type="checkbox"/> 57 Sohn / Tochter <input type="checkbox"/> 58 Sonstige Verwandte <input type="checkbox"/> 59 Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte <input type="checkbox"/></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
312	<p>Wenn Sie jetzt alle Personen in allen Situationen zusammennehmen, in denen Sie sexuell bedrängt oder belästigt wurden: Waren das ...</p> <p><i>Vorgaben bitte vorlesen!</i></p> <p>ausschließlich Männer <input type="checkbox"/> 1 überwiegend Männer <input type="checkbox"/> 2 gleichermaßen Männer wie Frauen <input type="checkbox"/> 3 überwiegend Frauen <input type="checkbox"/> 4 oder ausschließlich Frauen? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
313	<p>Wenn Sie alle Situationen zusammennehmen: Waren diese Personen ...</p> <p><i>Vorgaben bitte vorlesen!</i> <i>Mehrfachnennungen möglich!</i></p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>Erwachsene <input type="checkbox"/> Jugendliche <input type="checkbox"/> oder Kinder unter 14 Jahren? <input type="checkbox"/></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.		Weiter mit
314	<p>Wie häufig fühlten Sie sich in solchen Situationen ernsthaft bedroht oder hatten Angst um Ihre persönliche Sicherheit? Würden Sie sagen...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p>	
315	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Beschwerden aufgeführt, die in Folge einer solchen Situation auftreten können. Bitte sagen Sie mir, welche gesundheitlichen und seelischen Folgen die Situation bzw. diese Situationen für Sie hatten. Nennen Sie mir bitte die entsprechenden Kennbuchstaben.</p> <p>Liste 315 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Niedergeschlagenheit oder Depressionen <input type="checkbox"/></p> <p>B Schlafstörungen oder Alpträume <input type="checkbox"/></p> <p>C Dauerndes Grübeln über die Situation <input type="checkbox"/></p> <p>D Erhöhte Krankheitsanfälligkeit, häufigere Krankschreibungen <input type="checkbox"/></p> <p>E Vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühle von Erniedrigung <input type="checkbox"/></p> <p>F Erhöhte Ängste (z.B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen) <input type="checkbox"/></p> <p>G Probleme im Umgang mit Männern <input type="checkbox"/></p> <p>H Schwierigkeiten in Beziehungen, zu anderen Vertrauen aufzubauen <input type="checkbox"/></p> <p>J Probleme mit der Sexualität <input type="checkbox"/></p> <p>K Scham- oder Schuldgefühle <input type="checkbox"/></p> <p>L Ärger oder Rachegefühle <input type="checkbox"/></p> <p>M Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/></p> <p>N Schwierigkeiten bei Arbeit, Ausbildung und Studium <input type="checkbox"/></p> <p>O Selbstmordgedanken <input type="checkbox"/></p> <p>P Selbstverletzung <input type="checkbox"/></p> <p>Q Essstörungen <input type="checkbox"/></p> <p>R Andere Probleme (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nichts davon, hatte keine Beschwerden <input type="checkbox"/></p>	

Nr.		Weiter mit
316	<p>Haben diese Situationen, in denen Sie sexuell bedrängt oder belästigt wurden, dazu geführt, dass Sie Alkohol, Drogen oder Medikamente, wie z.B. Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder auch Antidepressiva bzw. Aufputschmittel genommen haben, um damit besser fertig zu werden? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die auf Sie zutreffen.</p> <p>Liste 316 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Ja, Alkohol <input type="checkbox"/></p> <p>B Ja, Drogen <input type="checkbox"/></p> <p>C Ja, Beruhigungs- oder Schlafmittel <input type="checkbox"/></p> <p>D Ja, Antidepressiva oder Aufputschmittel ... <input type="checkbox"/></p> <p>E Nein, nichts davon genommen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
317	<p>Führte eine oder mehrere dieser Situationen zu einem ungewollten Geschlechtsverkehr oder zu körperlicher Gewalt?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Wie häufig war das? ← <input type="checkbox"/> 1</p> <p>einmal <input type="checkbox"/> 1</p> <p>öfter und zwar: <input type="text"/> mal</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
318	<p>Hat eine oder mehrere dieser Situationen zu irgendwelchen langfristigen Folgen geführt, wie z.B. Trennung, Umzug, Arbeitsplatzwechsel oder Therapie?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>319</p> <hr/> <p>320</p>
319	<p>Welche langfristigen Folgen waren das? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die zutreffen.</p> <p>Liste 319 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p>Ja, führte zu folgenden Folgen: 1</p> <p>A Umzug <input type="checkbox"/></p> <p>B Trennung vom Partner <input type="checkbox"/></p> <p>C Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin <input type="checkbox"/></p> <p>D Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes <input type="checkbox"/></p> <p>E Abbruch oder Wechsel von Schule / Ausbildung / Studium <input type="checkbox"/></p> <p>F Beginn einer Therapie <input type="checkbox"/></p> <p>G Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>H Andere Folgen (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	

Nr.		Weiter mit
400	Wissen Sie, dass es ein Beschäftigtenschutzgesetz gegen sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz gibt? <p style="text-align: right;"> Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8 </p>	
401	Ich habe nun einige Fragen zu Ihrer Person. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? Wenn Sie mehrere Staatsangehörigkeiten besitzen, nennen Sie mir bitte alle. <p style="text-align: right;">1</p> <p>Mehrfachnennungen möglich!</p> Deutsch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Griechisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Andere Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> <i>(bitte notieren):</i> _____	
402	Sind Sie im Gebiet des heutigen Deutschlands geboren? <p style="text-align: right;"> Ja <input type="checkbox"/> 1 ----- Nein <input type="checkbox"/> 2 </p>	404 403
403	Seit wann leben Sie im Gebiet des heutigen Deutschlands? Bitte geben Sie das Jahr an. <p style="text-align: right;"> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 9997 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 9998 </p>	
404	Wenn Sie an Ihre Kindheit bis zum Alter von 16 Jahren zurückdenken: In welchem Land sind Sie in dieser Zeit ganz oder überwiegend aufgewachsen? <p>Nur <u>eine</u> Nennung!</p> In Ostdeutschland (ehemalige DDR) <input type="checkbox"/> 1 In Westdeutschland / Westberlin <input type="checkbox"/> 2 In den früheren deutschen Ostgebieten <input type="checkbox"/> 3 In Griechenland <input type="checkbox"/> 4 In Italien <input type="checkbox"/> 5 In Polen <input type="checkbox"/> 6 In der Türkei <input type="checkbox"/> 7 In den USA <input type="checkbox"/> 8 In den Staaten des ehemaligen Jugoslawien <input type="checkbox"/> 9 In den Staaten der ehemaligen Sowjetunion <input type="checkbox"/> 10 In einem anderen Land (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/> 11 _____ Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98	

Nr.		Weiter mit
405	<p>Falls Sie einer Religionsgemeinschaft angehören: Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?</p> <p>Vorgaben <u>nicht</u> vorlesen!</p> <p>Der römisch-katholischen Kirche <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Einer evangelischen Kirche (ohne Freikirchen) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Einer evangelischen Freikirche <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Dem jüdischen Glauben <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Dem Islam <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Einer anderen nicht-christlichen Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/> 7 <i>(bitte notieren):</i></p> <p>_____</p> <p>Keiner Religionsgemeinschaft <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p>	

Nr.	K. 13	Weiter mit
406	<p>Bei den nächsten Fragen geht es um das Thema Schule, Ausbildung und Berufsleben.</p> <p>Können Sie mir bitte zunächst sagen: Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss Sie haben? Nennen Sie mir bitte nur den entsprechenden Kennbuchstaben von dieser Liste.</p> <p>Liste 406 vorlegen! Nur eine Nennung! Bei Hochschulabsolventen nur den schulischen Abschluss eintragen!</p> <p>A Schule beendet ohne Abschluss <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Volks- oder Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C Mittlere Reife, Realschulabschluss (Fachschulreife) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 8. Klasse <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 10. Klasse <input type="checkbox"/> 5</p> <p>F Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> 6</p> <p>G Abitur (Hochschulreife) oder erweiterte Oberschule (EOS) mit Abschluss 12. Klasse; Berufsausbildung mit Abitur <input type="checkbox"/> 7</p> <p>H Anderen Abschluss (bitte notieren): <input type="checkbox"/> 8</p> <hr/> <p>J Trifft nicht zu, gehe noch zur Schule <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	407 500 Seite 25
407	<p>Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie? Was von dieser Liste trifft auf Sie zu?</p> <p>Liste 407 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich, außer wenn Punkt N oder O genannt! 1</p> <p>A Beruflich-betrieblichen Anlernzeit mit Abschlusszeugnis (aber keine Lehre) <input type="checkbox"/></p> <p>B Teilfacharbeiterabschluss <input type="checkbox"/></p> <p>C Abschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre <input type="checkbox"/></p> <p>D Abgeschlossene kaufmännische Lehre <input type="checkbox"/></p> <p>E Abgeschlossene hauswirtschaftliche Lehre <input type="checkbox"/></p> <p>F Berufliches Praktikum, Volontariat <input type="checkbox"/></p> <p>G Berufsfachschulabschluss <input type="checkbox"/></p> <p>H Fachschulabschluss <input type="checkbox"/></p> <p>J Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/></p> <p>K Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/></p> <p>L Hochschulabschluss <input type="checkbox"/></p> <p>M Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss (bitte notieren): <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>N Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/></p> <p>O Noch keinen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.		Weiter mit
408	<p>Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?</p> <p>Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.</p> <p>Was von dieser Liste trifft auf Sie zu?</p> <p>Liste 408 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <p>Ich bin zur Zeit:</p> <p>A Vollzeit erwerbstätig (35 Stunden pro Woche und mehr) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Teilzeit erwerbstätig (15 bis unter 35 Stunden pro Woche) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C Geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig (unter 15 Stunden pro Woche) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D Vorübergehend freigestellt (z.B. Mutterschafts-/Erziehungsurlaub, sonstige Beurlaubung) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E Auszubildende / Lehrling / Umschülerin / Studentin <input type="checkbox"/> 5</p> <hr/> <p>F nicht erwerbstätig (einschließlich: Schülerin, Arbeitslose, Vorruhestand, Rentnerin) <input type="checkbox"/> 6</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p style="text-align: center;">410</p> <hr/> <p style="text-align: center;">409</p>
409	<p>Sagen Sie mir bitte, zu welcher Gruppe auf dieser Liste Sie gehören?</p> <p>Liste 409 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p>Ich bin: 1</p> <p>A Schülerin <input type="checkbox"/></p> <p>B Studentin <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>C Rentnerin / Pensionärin, im Vorruhestand <input type="checkbox"/></p> <p>D arbeitslos <input type="checkbox"/></p> <p>E Hausfrau <input type="checkbox"/></p> <p>F wegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/></p> <p>G aus anderen Gründen nicht erwerbstätig / Sonstiges <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p style="text-align: center;">500</p> <hr/> <p style="text-align: center;">410</p>

410 Welche **berufliche Stellung** trifft gegenwärtig auf Sie zu bzw. welche berufliche Stellung hatten Sie zuletzt bei Ihrer früheren Erwerbstätigkeit? Nennen Sie mir bitte die zutreffende Kennziffer.

Liste 410 vorlegen! Nur eine Nennung!

Ich bin zur Zeit bzw. war:

Selbständige Landwirtin bzw. Genossenschaftsbäuerin 1

- 11 mit einer landwirtschaftlich genutzten Fläche bis unter 10 ha
- 12 mit einer landwirtschaftlich genutzten Fläche von 10 ha und mehr
- 13 Genossenschaftsbäuerin (ehemals LPG)

Akademikerin in freiem Beruf (Ärztin, Rechtsanwältin, Steuerberaterin u.ä.)

- 21 ohne weitere Mitarbeiter(innen)/Partner(innen)
- 22 mit 1 bis 4 Mitarbeiter(innen)/Partner(innen)
- 23 mit 5 und mehr Mitarbeiter(innen)/Partner(innen)

Selbständige im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung bzw. PGH-Mitglied

- 31 ohne weitere Mitarbeiter(innen)/Partner(innen)
- 32 mit 1 bis 4 Mitarbeiter(innen)/Partner(innen)
- 33 mit 5 und mehr Mitarbeiter(innen)/Partner(innen)
- 34 PGH-Mitglied

Beamtin, Richterin, Berufssoldatin, und zwar:

- 41 im einfachen Dienst (bis einschl. Oberamtsmeisterin)
- 42 im mittleren Dienst (von Assistentin bis einschl. Hauptsekretärin, Amtsinspektorin)
- 43 im gehobenen Dienst (von Inspektorin bis einschl. Oberamtsrätin)
- 44 im höheren Dienst, Richterin (von Rätin aufwärts)

Angestellte, und zwar:

- 51 mit ausführender Tätigkeit nach Anweisung (z.B. Verkäuferin, Kontoristin, Datentypistin)
- 52 mit einer Tätigkeit, die ich nach Anweisung erledige
(z.B. Sachbearbeiterin, Buchhalterin, technische Zeichnerin)
- 53 mit selbständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit begrenzter Verantwortung
für Personal (z.B. wissenschaftliche Mitarbeiterin, Prokuristin, Abteilungsleiterin bzw.
Meisterin im Angestelltenverhältnis)
- 54 mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen
(z.B. Direktorin, Geschäftsführerin, Mitglied des Vorstandes)

Arbeiterin, und zwar:

- 61 ungelernt
- 62 angelernt
- 63 Facharbeiterin
- 64 Vorarbeiterin, Kolonnenführerin
- 65 Meisterin, Polierin, Brigadierin

in Ausbildung, und zwar:

- 71 als kaufmännisch-technische Auszubildende
- 72 als gewerbliche Auszubildende
- 73 in sonstiger Ausbildung
- 81 **mithelfende Familienangehörige**
- 91 **Trifft nicht zu, war (noch) nie erwerbstätig**

Verweigert ... 97

Weiß nicht ... 98

Nr.		Weiter mit
500	<p>Nun geht es um spezielle Erfahrungen in Ihrem Alltag, die Sie als verletzend oder belastend empfunden haben. Haben Sie schon einmal durch irgendeinen Menschen eine wiederholte Abwertung Ihres Aussehens, Ihrer Art sich zu kleiden, Ihrer Denk-, Handlungs- oder Arbeitsweise oder Ihrer Person erfahren? Oder wurden Sie schon einmal regelmäßig gedemütigt, beschimpft, erniedrigt oder lächerlich gemacht?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

501	<p>Oft erinnert man sich an solche Situationen nicht sofort. Auf dieser Liste sind verschiedene Situationen beschrieben.</p> <p style="text-align: center;">Liste 501 vorlegen! Alle Situationen durchgehen und jeweils <u>nur</u> den Kennbuchstaben nennen!</p> <p>Beginnen wir mit A: Haben Sie persönlich diese Situation schon einmal erlebt? Wenn ja, war das auch in den letzten 12 Monaten?</p>					
	Habe schon erlebt, ...	2	1	1	7	8
	A dass man mich schwer beleidigt, eingeschüchtert oder aggressiv angeschrien hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B dass man mich auf verletzende Art und Weise lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet oder gedemütigt hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C dass man mich regelmäßig schikaniert oder unterdrückt hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D dass man mich benachteiligt oder schlecht behandelt hat, weil ich eine Frau bin, wegen meines Alters oder meiner Herkunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E dass man mir Schlimmes angedroht hat oder mir Angst machte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F dass man mich erpresst hat oder mich zu etwas zwingen wollte, was ich nicht wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	G dass man mich verleumdet oder systematisch bei anderen Schlechtes über mich verbreitet hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	H dass man mich ausgegrenzt hat oder versucht hat, mich aus einer Gruppe auszuschließen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	J dass man mich psychisch so stark belastet hat, dass ich es als Psychoterror oder seelische Grausamkeit empfunden habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr.		Weiter mit
502	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">Informeller Filter, bitte ankreuzen:</div> <p style="text-align: right;">In 501 mindestens 1 Kreuz bei "ja" <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">In 501 alle "nein" angekreuzt <input type="checkbox"/> 2</p>	503 600 Seite 31
503	<p>Wenn Sie jetzt alle Situationen zusammennehmen: Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen durch wenig oder gar nicht bekannte Personen an öffentlichen Orten, Straßen, Plätzen bisher erlebt?</p> <p>Würden Sie sagen... häufig <input type="checkbox"/> 1 gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 selten <input type="checkbox"/> 3 nur einmal <input type="checkbox"/> 4 oder nie? <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="text-align: right;">Vorgaben bitte vorlesen!</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
504	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen in der Arbeit, Schule oder Ausbildung erlebt?</p> <p>Würden Sie sagen... häufig <input type="checkbox"/> 1 gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 selten <input type="checkbox"/> 3 nur einmal <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;">Vorgaben bitte vorlesen!</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">oder nie? <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	505 506
505	<p>Welche Personen waren das? Nennen Sie mir bitte nur die zutreffenden Kennziffern auf dieser Liste.</p> <p>Liste 505 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>31 Arbeitskollege / Arbeitskollegin <input type="checkbox"/></p> <p>32 Vorgesetzte(r) / Chef(in) <input type="checkbox"/></p> <p>33 Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in) <input type="checkbox"/></p> <p>34 Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi <input type="checkbox"/></p> <p>35 Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in) <input type="checkbox"/></p> <p>36 Andere Personen (<i>bitte angeben</i>): <input type="checkbox"/></p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: auto;"/> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.		Weiter mit
506	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen, die Sie als verletzend oder belastend empfunden haben, durch Personen erlebt, die eigentlich für Ihren Schutz, Ihre Gesundheit oder für Beratung und Betreuung zuständig sind, z.B. durch Arzt/Ärztin, Betreuungspersonal in therapeutischen Einrichtungen, Sportverein oder Jugendtreff oder durch die Polizei?</p> <p>Würden Sie sagen... häufig <input type="checkbox"/> 1 <i>Vorgaben bitte vorlesen!</i> gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 selten <input type="checkbox"/> 3 nur einmal <input type="checkbox"/> 4 <hr style="width: 30%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> oder nie? <input type="checkbox"/> 5 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	507 508
507	<p>Welche Personen waren das? Nennen Sie mir bitte nur die zutreffenden Buchstaben auf dieser Liste. <i>Liste 507 vorlegen!</i> <i>Mehrfachnennungen möglich!</i></p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>70 Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/></p> <p>71 Therapeut(in), Sozialarbeiter(in) <input type="checkbox"/></p> <p>72 Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in) <input type="checkbox"/></p> <p>73 Polizist(in) <input type="checkbox"/></p> <p>74 Betreuungspersonen z.B. im Sportverein, Jugendtreff, Heim etc. <input type="checkbox"/></p> <p>75 Andere Personen (<i>bitte angeben</i>): <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
508	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen durch Freunde, Bekannte oder Nachbarn erlebt? Würden Sie sagen... <i>Vorgaben bitte vorlesen!</i></p> <p style="text-align: right;">häufig <input type="checkbox"/> 1 gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 selten <input type="checkbox"/> 3 nur einmal <input type="checkbox"/> 4 oder nie? <input type="checkbox"/> 5 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
509	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen durch einen Partner oder Ehepartner erlebt? Würden Sie sagen... <i>Vorgaben bitte vorlesen!</i></p> <p style="text-align: right;">häufig <input type="checkbox"/> 1 gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 selten <input type="checkbox"/> 3 nur einmal <input type="checkbox"/> 4 oder nie? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Trifft nicht zu, hatte nie einen Partner <input type="checkbox"/> 6</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.		Weiter mit
510	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen durch andere Familienangehörige oder Verwandte erlebt? Würden Sie sagen...</p> <p><i>Vorgaben bitte vorlesen!</i></p> <p>häufig <input type="checkbox"/> 1 gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 selten <input type="checkbox"/> 3 nur einmal <input type="checkbox"/> 4</p> <hr/> <p>oder nie? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p>511</p> <hr/> <p>512</p>
511	<p>Welche Familienangehörigen waren das? Nennen Sie mir bitte nur die zutreffenden Kennziffern auf dieser Liste.</p> <p><i>Liste 511 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</i></p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>51 Vater / Mutter <input type="checkbox"/> 52 Bruder / Schwester <input type="checkbox"/> 53 Tante / Onkel <input type="checkbox"/> 54 Cousin / Cousine <input type="checkbox"/> 55 Großvater / Großmutter <input type="checkbox"/> 56 Stiefvater / Stiefmutter <input type="checkbox"/> 57 Sohn / Tochter <input type="checkbox"/> 58 Sonstige Verwandte <input type="checkbox"/> 59 Andere Person, die im Haushalt lebt <input type="checkbox"/></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
512	<p>Wenn Sie jetzt alle Personen in allen Situationen zusammennehmen: Waren das ...</p> <p><i>Vorgaben bitte vorlesen!</i></p> <p>ausschließlich Männer <input type="checkbox"/> 1 überwiegend Männer <input type="checkbox"/> 2 gleichermaßen Männer wie Frauen <input type="checkbox"/> 3 überwiegend Frauen <input type="checkbox"/> 4 oder ausschließlich Frauen? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
513	<p>Wenn Sie alle Situationen zusammennehmen: Waren diese Personen ...</p> <p><i>Vorgaben bitte vorlesen! Mehrfachnennungen möglich!</i></p> <p>Erwachsene <input type="checkbox"/> Jugendliche <input type="checkbox"/> oder Kinder unter 14 Jahren? <input type="checkbox"/></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p>	

Nr.		Weiter mit
514	<p>Wie häufig fühlten Sie sich in solchen Situationen ernsthaft bedroht oder hatten Angst um Ihre persönliche Sicherheit? Würden Sie sagen... Vorgaben bitte vorlesen!</p>	
<p>515 Auf dieser Liste sind verschiedene Beschwerden aufgeführt, die in Folge einer solchen Situation auftreten können. Bitte sagen Sie mir, welche gesundheitlichen und seelischen Folgen die Situation bzw. diese Situationen für Sie hatten. Nennen Sie mir bitte die entsprechenden Kennbuchstaben. Liste 515 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p>A Niedergeschlagenheit oder Depressionen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Schlafstörungen oder Alpträume <input type="checkbox"/></p> <p>C Dauerndes Grübeln über die Situation <input type="checkbox"/></p> <p>D Erhöhte Krankheitsanfälligkeit, häufigere Krankschreibungen <input type="checkbox"/></p> <p>E Vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühle von Erniedrigung <input type="checkbox"/></p> <p>F Erhöhte Ängste (z.B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen) <input type="checkbox"/></p> <p>G Probleme im Umgang mit Männern <input type="checkbox"/></p> <p>H Schwierigkeiten in Beziehungen, zu anderen Vertrauen aufzubauen <input type="checkbox"/></p> <p>J Probleme mit der Sexualität <input type="checkbox"/></p> <p>K Scham- oder Schuldgefühle <input type="checkbox"/></p> <p>L Ärger oder Rachegefühle <input type="checkbox"/></p> <p>M Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/></p> <p>N Schwierigkeiten bei Arbeit, Ausbildung und Studium <input type="checkbox"/></p> <p>O Selbstmordgedanken <input type="checkbox"/></p> <p>P Selbstverletzung <input type="checkbox"/></p> <p>Q Essstörungen <input type="checkbox"/></p> <p>R Andere Probleme (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nichts davon, hatte keine Beschwerden <input type="checkbox"/></p>		<p>häufig <input type="checkbox"/> 1</p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/> 2</p> <p>selten <input type="checkbox"/> 3</p> <p>nur einmal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>oder nie? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>
		<p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>

Nr.		Weiter mit
516	<p>Hat diese Situation bzw. haben diese Situationen dazu geführt, dass Sie Alkohol, Drogen oder Medikamente, wie z.B. Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder auch Antidepressiva bzw. Aufputzmittel genommen haben, um damit besser fertig zu werden? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die auf Sie zutreffen.</p> <p>Liste 516 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Ja, Alkohol <input type="checkbox"/></p> <p>B Ja, Drogen <input type="checkbox"/></p> <p>C Ja, Beruhigungs- oder Schlafmittel <input type="checkbox"/></p> <p>D Ja, Antidepressiva oder Aufputzmittel <input type="checkbox"/></p> <p>E Nein, nichts davon genommen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
517	<p>Führten eine oder mehrere dieser Situationen zu körperlichen Übergriffen?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p>	
518	<p>Hat eine oder mehrere dieser Situationen zu irgendwelchen langfristigen Folgen geführt, wie z.B. Trennung, Umzug, Arbeitsplatzwechsel oder Therapie?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>519</p> <hr/> <p>600</p>
519	<p>Welche langfristigen Folgen waren das? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die zutreffen.</p> <p>Liste 519 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p>Ja, führte zu folgenden Folgen: 1</p> <p>A Umzug <input type="checkbox"/></p> <p>B Trennung vom Partner <input type="checkbox"/></p> <p>C Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin <input type="checkbox"/></p> <p>D Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes <input type="checkbox"/></p> <p>E Abbruch oder Wechsel von Schule / Ausbildung / Studium <input type="checkbox"/></p> <p>F Beginn einer Therapie <input type="checkbox"/></p> <p>G Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>H Andere Folgen (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	

Nr.		Weiter mit
600	<p>Nun würde ich Ihnen gerne einige allgemeine Fragen zu Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand stellen.</p> <p>Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben? Bitte sagen Sie es anhand von Werten zwischen 1 und 6, wobei 1 bedeutet "sehr gut", und 6 "sehr schlecht". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p><i>Liste 600 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</i></p> <p style="text-align: center;">Sehr gut Sehr schlecht</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.							
601	Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> häufig, gelegentlich, selten oder nie unter den Beschwerden auf dieser Liste gelitten?						
Liste 601 vorlegen und Vorgaben vorlesen!		Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Verweigert	Weiß nicht
		1	2	3	4	7	8
Kopfschmerzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Bauchbereich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen oder Gliederschmerzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Brustkorb		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- und Darmprobleme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit / Erbrechen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftlosigkeit in den Armen oder Beinen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühle und Durchblutungsstörungen am Körper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern oder nervöse Zuckungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorübergehende Lähmungsgefühle oder Krampfanfälle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- und Kreislauferkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Schwitzen ohne körperliche Anstrengungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen auf einem oder beiden Augen (ohne eine Brille zu brauchen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörstörungen / Ohrenprobleme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme / Allergien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Haarausfall		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterleibsschmerzen (an Gebärmutter oder Eierstöcken)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen oder Entzündungen im Intimbereich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Probleme / eingeschränktes Lusterleben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr schmerzhafte Menstruationsprobleme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu starke oder zu schwache, unregelmäßige oder keine Regelblutung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren- und Blasenprobleme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallen- oder Leberleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemprobleme / Kurzatmigkeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmausfälle / Kloß im Hals		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Hals- und Rachenschmerzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Beschwerden (<i>bitte notieren</i>):		<input type="checkbox"/>					

Nr.		Weiter mit
602	<p>Nun möchte ich Sie nach Problemen befragen, die Sie möglicherweise mit Ihrem Gewicht, Ihrer Figur oder mit dem Essen hatten.</p> <p>Haben Sie sich schon einmal eine Zeit lang große Sorgen darüber gemacht, wieviel Sie essen oder darüber, zu dick zu sein, zuzunehmen oder zu dick zu werden?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
603	<p>Haben Sie schon einmal erheblich an Gewicht verloren, entweder absichtlich durch eine Diät oder auch, ohne es eigentlich zu wollen? Wenn ja, in welchem Jahr war das?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 im Jahr <input type="text"/> ← Weiß Jahr nicht mehr .. <input type="checkbox"/> 9998</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	604 608
604	<p>Hat Ihnen schon einmal jemand, wie z.B. Verwandte oder Freunde, gesagt, dass Sie viel zu dünn seien oder dass Sie wie ein Skelett aussehen würden? Wenn ja, in welchem Jahr war das?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 im Jahr <input type="text"/> ← Weiß Jahr nicht mehr .. <input type="checkbox"/> 9998</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	605 608
605	<p>Hatten Sie in dieser Zeit, als Ihr Gewicht am niedrigsten war, große Angst, wieder zuzunehmen?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

Nr.					Weiter mit	
606	<p>Als Sie Ihr niedrigstes Gewicht hatten ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p>	<p>Ja</p> <p>1</p>	<p>Nein</p> <p>2</p>	<p>Verweigert</p> <p>7</p>	<p>Weiß nicht</p> <p>8</p>	
	fanden Sie sich da trotzdem zu dick?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fanden Sie einzelne Körperpartien zu dick?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	War Ihr Selbstwertgefühl sehr stark von Ihrer Figur oder Ihrem Gewicht abhängig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wurde Ihr Gewicht zu dieser Zeit als gesundheitlich bedenklich bezeichnet, obwohl Sie anderer Meinung waren?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
607	<p>Wie haben Sie es geschafft, so viel abzunehmen bzw. Ihr Gewicht niedrig zu halten? Haben Sie regelmäßig ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <p><u>Nicht gemeint sind Gewichtsverluste durch Krankheit!</u></p>	<p>Ja</p> <p>1</p>	<p>Nein</p> <p>2</p>	<p>Verweigert</p> <p>7</p>	<p>Weiß nicht</p> <p>8</p>	
	dickmachende Nahrungsmittel vermieden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sehr viel Sport getrieben?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Entwässerungsmittel eingenommen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Medikamente eingenommen, z.B. Appetitzügler?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Erbrechen herbeigeführt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Abführmittel eingenommen oder Einläufe gemacht?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Essen verweigert?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
608	<p>Hatten Sie schon einmal ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p>	<p>Ja</p> <p>1</p>	<p>Nein</p> <p>2</p>	<p>Verweigert</p> <p>7</p>	<p>Weiß nicht</p> <p>8</p>	
	Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	eine Unterleibsoperation?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nr.		Weiter mit																																																																	
609	<p>Hatten Sie schon einmal ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 65%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Ver- weigert</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">7</th> <th style="text-align: center;">8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Knochenbrüche?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verstauchungen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muskelrisse?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verletzungen im Gesicht / ein blaues Auge etc.?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Brandwunden?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>schwere Stich- oder Schnittverletzungen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ausgekugelte Gelenke?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>oder hatten Sie andere schwere Verletzungen? (<i>bitte notieren</i>):</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 10px;">↓</p> <p>Falls <u>mindestens bei einer Verletzung</u> "ja" angekreuzt: bitte nachfragen:</p> <p>War diese Verletzung bzw. war eine dieser Verletzungen schon einmal die Folge eines Streits oder einer gegen Sie gerichteten Gewalt?</p> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%;">Ja, einmal</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 5%; text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Ja, mehrmals</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>		Ja	Nein	Ver- weigert	Weiß nicht		1	2	7	8	Knochenbrüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstauchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelrisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verletzungen im Gesicht / ein blaues Auge etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brandwunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schwere Stich- oder Schnittverletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ausgekugelte Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oder hatten Sie andere schwere Verletzungen? (<i>bitte notieren</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja, einmal	<input type="checkbox"/>	1	Ja, mehrmals	<input type="checkbox"/>	2	Nein	<input type="checkbox"/>	3	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8	
	Ja	Nein	Ver- weigert	Weiß nicht																																																															
	1	2	7	8																																																															
Knochenbrüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Verstauchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Muskelrisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Verletzungen im Gesicht / ein blaues Auge etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Brandwunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
schwere Stich- oder Schnittverletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
ausgekugelte Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
oder hatten Sie andere schwere Verletzungen? (<i>bitte notieren</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Ja, einmal	<input type="checkbox"/>	1																																																																	
Ja, mehrmals	<input type="checkbox"/>	2																																																																	
Nein	<input type="checkbox"/>	3																																																																	
Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7																																																																	
Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																																																																	

610	<p>Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> häufig, gelegentlich, selten oder nie eines oder mehrere der folgenden Probleme gehabt?</p> <p>Liste 610 vorlegen und Vorgaben vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 65%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Häufig</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Gele- gentlich</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Selten</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Nie</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Ver- weigert</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> <th style="text-align: center;">7</th> <th style="text-align: center;">8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Stress / Überlastung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gedächtnisschwäche / Konzentrationsschwierigkeiten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Allgemeine Schwäche / Müdigkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schlaflosigkeit / Schlafstörungen / Alpträume</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nervosität / Anspannung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Angstanfälle / Panikattacken</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reizbarkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Niedergeschlagenheit / Depressionen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Antriebslosigkeit / Unentschlossenheit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Das Gefühl, dass einem alles über den Kopf wächst</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Das Gefühl, nicht mehr leben zu wollen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Das Gefühl, nichts wert zu sein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Das Gefühl, sich selbst verletzen zu wollen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kaufsucht / Konsumzwang</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Häufig	Gele- gentlich	Selten	Nie	Ver- weigert	Weiß nicht		1	2	3	4	7	8	Stress / Überlastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gedächtnisschwäche / Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allgemeine Schwäche / Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaflosigkeit / Schlafstörungen / Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervosität / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angstanfälle / Panikattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niedergeschlagenheit / Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antriebslosigkeit / Unentschlossenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Gefühl, dass einem alles über den Kopf wächst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Gefühl, nicht mehr leben zu wollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Gefühl, nichts wert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Gefühl, sich selbst verletzen zu wollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaufsucht / Konsumzwang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Häufig	Gele- gentlich	Selten	Nie	Ver- weigert	Weiß nicht																																																																																																												
	1	2	3	4	7	8																																																																																																												
Stress / Überlastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Gedächtnisschwäche / Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Allgemeine Schwäche / Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Schlaflosigkeit / Schlafstörungen / Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Nervosität / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Angstanfälle / Panikattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Niedergeschlagenheit / Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Antriebslosigkeit / Unentschlossenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Das Gefühl, dass einem alles über den Kopf wächst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Das Gefühl, nicht mehr leben zu wollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Das Gefühl, nichts wert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Das Gefühl, sich selbst verletzen zu wollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Kaufsucht / Konsumzwang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												

Nr.		Weiter mit
611	<p>Leiden Sie an einer chronischen, ernsthaften Erkrankung oder einer körperlichen Behinderung?</p> <p>Ja, an einer chronischen Erkrankung <input type="checkbox"/> 1 Ja, an körperlicher Behinderung <input type="checkbox"/> 2 Welche ist das? ←</p> <p>-----</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 3 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	612 614
612	<p>Wie stark sind Sie dadurch in Ihrem täglichen Leben eingeschränkt? Würden Sie sagen ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <p>sehr stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> 1 stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> 2 mittelmäßig eingeschränkt <input type="checkbox"/> 3 leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> 4</p> <p>-----</p> <p>oder gar nicht eingeschränkt? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>-----</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	613 614 613
613	<p>Sind Sie dadurch so eingeschränkt, dass Sie regelmäßig Hilfe, Pflege oder Unterstützung durch andere benötigen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
614	<p>Wie oft haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> Bier, Wein oder andere alkoholische Getränke getrunken?</p> <p>Liste 614 vorlegen!</p> <p>A Jeden Tag <input type="checkbox"/> 1 B Fast jeden Tag <input type="checkbox"/> 2 C 2-3mal die Woche <input type="checkbox"/> 3 D 1mal die Woche <input type="checkbox"/> 4 E 1mal alle zwei Wochen <input type="checkbox"/> 5 F 1mal im Monat <input type="checkbox"/> 6 G 1mal alle zwei Monate <input type="checkbox"/> 7 H Seltener als alle zwei Monate <input type="checkbox"/> 8</p> <p>-----</p> <p>J Nie <input type="checkbox"/> 9</p> <p>-----</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	615 616 615
615	<p>Wie oft haben Sie <u>in den letzten 4 Wochen</u> fünf oder mehr alkoholische Getränke hintereinander zu sich genommen? Als ein alkoholisches Getränke zählt eine Flasche Bier, ein Glas Wein, ein kleines Glas Wodka, Likör o.ä.</p> <p>Circa <input type="text"/> mal Nie, zu keiner Gelegenheit <input type="checkbox"/> 95 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.		Weiter mit																														
616	<p>Nun zum Tabakkonsum.</p> <p>a) Haben Sie schon einmal eine Zigarette, Zigarre, Zigarillo oder Pfeife geraucht?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Weiß nicht <input type="checkbox"/> 8</p> <p>↓</p> <p>Wenn "Ja": weiterfragen:</p> <p>b) Haben Sie in den letzten 12 Monaten täglich geraucht?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Weiß nicht <input type="checkbox"/> 8</p> <p>↓</p> <p>Wenn "Ja": weiterfragen:</p> <p>c) Wie viele haben Sie durchschnittlich pro Tag geraucht?</p> <p style="text-align: right;">Anzahl: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> 998</p>																															
617	<p>Welche der Mittel auf dieser Liste haben Sie <u>in den letzten 5 Jahren</u> genommen?</p> <p>Liste 617 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Schmerzmittel <input type="checkbox"/></p> <p>B Beruhigungsmittel <input type="checkbox"/></p> <p>C Medikamente gegen Schlaflosigkeit <input type="checkbox"/></p> <p>D Medikamente, die die Stimmung beeinflussen, wie z.B. Mittel gegen Niedergeschlagenheit, Depressionen, Angst <input type="checkbox"/></p> <p>E Aufputzmittel, Anregungsmittel <input type="checkbox"/></p> <p>F Andere Psychopharmaka <input type="checkbox"/></p> <p>G Drogen wie z.B. Haschisch, LSD, Heroin, Ecstasy <input type="checkbox"/></p> <p>Nichts davon genommen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																															
618	<p>Wie häufig hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen! Gemeint sind nur Arztbesuche bei Beschwerden (z.B. nicht wegen Zahnsperre etc.)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Anzahl (... mal)</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Keine in den letzten 12 Mtn.</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ver- weigert</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Weiß nicht</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Trifft nicht zu</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">97</td> <td style="text-align: center;">98</td> <td style="text-align: center;">96</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arztbesuche wegen Verletzungen oder ernsthaften Gesundheitsproblemen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Krankmeldungen in der Arbeitsstelle/Schule/Ausbildung?</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Krankenhausaufenthalte?</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Anzahl (... mal)	Keine in den letzten 12 Mtn.	Ver- weigert	Weiß nicht	Trifft nicht zu				97	98	96	Arztbesuche wegen Verletzungen oder ernsthaften Gesundheitsproblemen?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Krankmeldungen in der Arbeitsstelle/Schule/Ausbildung?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhausaufenthalte?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Anzahl (... mal)	Keine in den letzten 12 Mtn.	Ver- weigert	Weiß nicht	Trifft nicht zu																											
			97	98	96																											
Arztbesuche wegen Verletzungen oder ernsthaften Gesundheitsproblemen?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
Krankmeldungen in der Arbeitsstelle/Schule/Ausbildung?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Krankenhausaufenthalte?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												

Nr.		Weiter mit
700	<p>Nun kommen wir zu einem neuen Themenbereich.</p> <p>Manchmal werden Menschen körperlich angegriffen oder geraten in körperliche Auseinandersetzungen. Wie häufig haben Sie persönlich seit dem Alter von 16 Jahren Situationen erlebt, in denen jemand Sie körperlich angegriffen hat, Sie zum Beispiel geschlagen, geohrfeigt, an den Haaren gezogen, getreten oder mit einer Waffe oder einem Gegenstand bedroht hat.</p> <p>War das ...</p> <p><i>Vorgaben bitte vorlesen!</i></p> <p>häufig <input type="checkbox"/> 1</p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/> 2</p> <p>selten <input type="checkbox"/> 3</p> <p>nur einmal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>oder nie? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.

701 Oft erinnert man sich nicht sofort an solche Situationen.
Wir haben deshalb auf dieser Liste verschiedene Handlungen beschrieben.
Ich würde gerne zu jeder Handlung wissen, ob Sie diese **seit dem Alter von 16 Jahren** einmal, mehrmals oder nie erlebt haben.
Liste 701 vorlegen! Alle Handlungen durchgehen und jeweils nur den Kennbuchstaben nennen:
Beginnen wir mit A: Haben Sie dies seit dem Alter von 16 Jahren **einmal, mehrmals** oder **nie** erlebt?
Für jede Handlung, die mit "einmal" oder "mehrmals" beantwortet wurde, sofort nachfragen:
War das auch in den letzten 12 Monaten?

	Nie	Ein- mal	Mehr- mals	Auch in den letzten 12 Monaten	Ver- wei- gert?	Weiß nicht
Jemand hat ...	1	2	3	1	7	8
A mich wütend weggeschubst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B mir eine leichte Ohrfeige gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C mich gebissen oder gekratzt, so dass es mir weh tat oder ich Angst bekam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D meinen Arm umgedreht oder mich an den Haaren gezogen, so dass es mir weh tat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E mich schmerzhaft getreten, gestoßen oder hart angefasst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F mich <u>heftig weggeschleudert</u> , so dass ich taumelte oder umgefallen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G mich <u>heftig gehohlet</u> oder mit der flachen Hand geschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H etwas nach mir geworfen, das mich verletzen könnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J mich mit etwas geschlagen, das mich verletzen könnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K mir ernsthaft gedroht, mich körperlich anzugreifen oder zu verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L mir ernsthaft gedroht, mich umzubringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M mit den Fäusten auf mich eingeschlagen, so dass es mir weh tat oder ich Angst bekam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N mich verprügelt oder zusammengeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O mich gewürgt oder versucht, mich zu ersticken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P mich absichtlich verbrüht oder mit etwas Heissem gebrannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole, <u>bedroht</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole, <u>verletzt</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S mich auf eine andere Art körperlich angegriffen, die mir Angst machte oder weh tat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

702	Informeller Filter, bitte ankreuzen:	In 701 mindestens ein Kreuz in Spalte " einmal " oder " mehrmals " <input type="checkbox"/> 1	Weiter mit 703
		In 701 kein Kreuz bei "einmal" oder "mehrmals" <input type="checkbox"/> 2	800 Seite 59

Nr.		Weiter mit
703	<p>Wie viele Situationen, in denen solche Handlungen passiert sind, wie sie auf der Liste 701 beschrieben sind, haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> erlebt?</p> <p>Anzahl: <input type="text"/></p> <p>Nicht erlebt in diesem Zeitraum <input type="checkbox"/> 96</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
704	<p>Wie viele solcher Situationen haben Sie insgesamt <u>in den letzten 5 Jahren</u> erlebt?</p> <p>Anzahl: <input type="text"/></p> <p>Nicht erlebt in diesem Zeitraum <input type="checkbox"/> 96</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
705	<p>Und wie ist das in Ihrem bisherigen Leben insgesamt gewesen? Wie häufig haben Sie Situationen, in denen solche Handlungen passiert sind, seit dem Alter von 16 Jahren insgesamt erlebt?</p> <p><i>Liste 705 vorlegen!</i></p> <p>A Nur einmal <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B 2 bis 3mal <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C 4 bis 10mal <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D 10 bis 20mal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E 20 bis 40mal <input type="checkbox"/> 5</p> <p>F Häufiger <input type="checkbox"/> 6</p> <p>G Nie <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p>716</p> <hr/> <p>706</p> <hr/> <p>800 Seite 59</p> <hr/> <p>706</p>

706 Welche Personen waren das?

Nennen Sie mir bitte alle Personen, mit denen Sie persönlich **seit dem Alter von 16 Jahren** solche Situationen erlebt haben.

Geben Sie bitte nur die zutreffenden Kennziffern auf dieser Liste an und sagen Sie mir, ob diese Person männlich oder weiblich ist.

Liste 706 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!

		männl. weibl.	
		1	1 2
10	Jemand Unbekanntes / eine fremde Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21	Jemanden, den/die ich nur vom Sehen kenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22	Eine flüchtige Zufallsbekanntschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30	Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31	Arbeitskollege / Arbeitskollegin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32	Vorgesetzte(r) / Chef(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33	Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34	Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35	Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40	Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41	Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich zusammenlebe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42	Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich nicht zusammenlebe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43	Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich zusammengelebt habe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
44	Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich nicht zusammengelebt habe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
45	Erster Freund / erste Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
46	Geliebte(r), mit dem/der ich keine feste Partnerschaft hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
47	Jemand, mit dem/der ich nur eine sehr lockere sexuelle Beziehung hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
50	Jemand aus der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51	Vater / Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
52	Bruder / Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53	Tante / Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
54	Cousin / Cousine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55	Großvater / Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
56	Stiefvater / Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
57	Sohn / Tochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
58	Sonstige Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
59	Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
60	Freunde / Bekannte / Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
61	Jemand aus der Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
62	Jemand aus dem engsten Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
63	Jemand aus dem weiteren Freundes- und Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
70	Sonstige Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
71	Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
72	Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
73	Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
74	Polizist(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
75	Betreuungsperson, Leiter(in) von Jugendgruppe, Trainer(in) im Sportverein etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
76	Andere Personen: _____		

Verweigert 97

Weiß nicht 98

Nr.		Weiter mit
707	<p>Waren diese Personen ... 1</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p>Erwachsene <input type="checkbox"/></p> <p>Jugendliche <input type="checkbox"/></p> <p>oder Kinder unter 14 Jahren? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
708	<p>Wo bzw. an welchen Orten haben Sie solche Situationen erlebt? Bitte sagen Sie es anhand der Kennbuchstaben auf dieser Liste.</p> <p>Liste 708 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! 1</p> <p>A <u>I</u>n der eigenen Wohnung <input type="checkbox"/></p> <p>B <u>V</u>or der eigenen Wohnung <input type="checkbox"/></p> <p>C In der Wohnung von anderen <input type="checkbox"/></p> <p>D In der Arbeitsstelle / Ausbildungsstätte / Schule / Universität <input type="checkbox"/></p> <p>E An einem öffentlichen Ort, z.B. auf der Straße, im Park <input type="checkbox"/></p> <p>F In einem öffentlichen Gebäude, z.B. Cafe, Restaurant, Diskothek, Behörde <input type="checkbox"/></p> <p>G In einem öffentlichen Verkehrsmittel, z.B. Bus, Bahn, U-Bahn, Taxi <input type="checkbox"/></p> <p>H In einem Auto / Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/></p> <p>J Auf Parkplätzen, in Parkgaragen / Parkhäusern <input type="checkbox"/></p> <p>K Sonstiges (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
709	<p>Haben Sie solche Situationen bisher nur in Deutschland, nur im Ausland oder sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern erlebt?</p> <p style="text-align: right;">Nur in Deutschland <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Nur im Ausland <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Sowohl in Deutschland als auch im Ausland <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
710	<p>Haben Sie bei einer oder mehrerer solcher Situationen selbst damit angefangen, die andere Person körperlich anzugreifen?</p> <p style="text-align: right;">Ja, einmal <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Ja, mehrmals <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Nein, nie <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

Nr.		Weiter mit																									
711	<p>Hatten Sie infolge einer dieser Situationen schon einmal eine oder mehrere der folgenden Verletzungen?</p> <p>Liste 711 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Blaue Flecken, Prellungen <input type="checkbox"/></p> <p>B Offene Wunden, z.B. Schnitte, Hautaufschürfungen, Verbrennungen <input type="checkbox"/></p> <p>C Vaginale Verletzungen; Blutungen im Genitalbereich <input type="checkbox"/></p> <p>D Unterleibsschmerzen <input type="checkbox"/></p> <p>E Verstauchungen, Zerrungen, Muskelrisse <input type="checkbox"/></p> <p>F Knochenbrüche am Körper <input type="checkbox"/></p> <p>G Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich (Nasenbruch, Verletzungen an den Zähnen) <input type="checkbox"/></p> <p>H Gehirnerschütterung <input type="checkbox"/></p> <p>J Fehlgeburt <input type="checkbox"/></p> <p>K Innere Verletzungen <input type="checkbox"/></p> <p>L Schmerzen im Körper <input type="checkbox"/></p> <p>M Andere Verletzungen (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Ich hatte keine dieser Verletzungen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																										
712	<p>Hatten Sie in einer oder mehreren dieser Situationen schon einmal Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt werden zu können?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>																										
713	<p>Haben Sie infolge einer dieser Situationen schon einmal ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Verweigert</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">7</th> <th style="text-align: center;">8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>medizinische Hilfe in Anspruch genommen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>die Polizei eingeschaltet?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anzeige erstattet?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht		1	2	7	8	medizinische Hilfe in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Polizei eingeschaltet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzeige erstattet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht																							
	1	2	7	8																							
medizinische Hilfe in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
die Polizei eingeschaltet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Anzeige erstattet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							

Nr.		Weiter mit																														
714	<p>Hatten Sie jemals das Gefühl, dass eine oder mehrere dieser Situationen damit zu tun hatten, dass Sie ...</p> <p style="text-align: center;">Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja 1</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein 2</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ver- weigert 7</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Weiß nicht 8</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Trifft nicht zu 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>eine Frau sind?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>weniger wohlhabend oder weniger gebildet sind?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ausländerin sind oder so aussehen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>oder eine Behinderung haben?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja 1	Nein 2	Ver- weigert 7	Weiß nicht 8	Trifft nicht zu 3	eine Frau sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	weniger wohlhabend oder weniger gebildet sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausländerin sind oder so aussehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oder eine Behinderung haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ja 1	Nein 2	Ver- weigert 7	Weiß nicht 8	Trifft nicht zu 3																											
eine Frau sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
weniger wohlhabend oder weniger gebildet sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Ausländerin sind oder so aussehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
oder eine Behinderung haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
715	<p>In den folgenden Fragen geht es nur um eine der Situationen, die Sie genannt haben, und zwar um die, die aus Ihrer Sicht am schlimmsten oder am belastendsten war: Welche Dinge von dieser Liste sind dabei passiert?</p> <p>Bitte nennen Sie mir alle auf der Liste aufgeführten Handlungen, die Sie in dieser Situation erlebt haben.</p> <p>Liste 715 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! Falls "verweigert": bitte auf Anonymität hinweisen!</p> <p>Buchstabe eintragen: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																															
716	<p>In welchem Monat und in welchem Jahr war das ungefähr? Wenn Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte.</p> <p style="text-align: center;">Monat <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Verweigert <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 9997 Weiß nicht <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 9998</p> </div> <p>Falls Zeitangabe insgesamt "verweigert" oder "weiß nicht": In welchem Zeitraum war das ungefähr? Bitte sagen Sie es anhand dieser Liste.</p> <p>Liste 716 vorlegen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">A In den letzten 12 Monaten</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 45%;"></td> </tr> <tr> <td>B Innerhalb der letzten 2 bis 5 Jahre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C Vor 10 bis 20 Jahren</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D Vor 20 bis 30 Jahren</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E Vor 30 bis 40 Jahren</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F Vor 40 bis 50 Jahren</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G Schon länger her</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	A In den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>		B Innerhalb der letzten 2 bis 5 Jahre	<input type="checkbox"/>		C Vor 10 bis 20 Jahren	<input type="checkbox"/>		D Vor 20 bis 30 Jahren	<input type="checkbox"/>		E Vor 30 bis 40 Jahren	<input type="checkbox"/>		F Vor 40 bis 50 Jahren	<input type="checkbox"/>		G Schon länger her	<input type="checkbox"/>											
A In den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>																															
B Innerhalb der letzten 2 bis 5 Jahre	<input type="checkbox"/>																															
C Vor 10 bis 20 Jahren	<input type="checkbox"/>																															
D Vor 20 bis 30 Jahren	<input type="checkbox"/>																															
E Vor 30 bis 40 Jahren	<input type="checkbox"/>																															
F Vor 40 bis 50 Jahren	<input type="checkbox"/>																															
G Schon länger her	<input type="checkbox"/>																															

717 Welche Personen waren das?

Geben Sie bitte nur die zutreffenden Kennziffern auf dieser Liste an und sagen Sie mir, ob diese Person männlich oder weiblich ist.

Liste 717 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!

		männl. weibl.	
		1	1 2
10	Jemand Unbekanntes / eine fremde Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21	Jemanden, den/die ich nur vom Sehen kenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22	Eine flüchtige Zufallsbekanntschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30	Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31	Arbeitskollege / Arbeitskollegin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32	Vorgesetzte(r) / Chef(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33	Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34	Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35	Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40	Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41	Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich zusammenlebe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42	Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich nicht zusammenlebe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43	Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich zusammengelebt habe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
44	Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich nicht zusammengelebt habe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
45	Erster Freund / erste Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
46	Geliebte(r), mit dem/der ich keine feste Partnerschaft hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
47	Jemand, mit dem/der ich nur eine sehr lockere sexuelle Beziehung hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
50	Jemand aus der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51	Vater / Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
52	Bruder / Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53	Tante / Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
54	Cousin / Cousine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55	Großvater / Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
56	Stiefvater / Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
57	Sohn / Tochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
58	Sonstige Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
59	Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
60	Freunde / Bekannte / Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
61	Jemand aus der Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
62	Jemand aus dem engsten Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
63	Jemand aus dem weiteren Freundes- und Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
70	Sonstige Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
71	Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
72	Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
73	Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
74	Polizist(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
75	Betreuungsperson, Leiter(in) von Jugendgruppe, Trainer(in) im Sportverein etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
76	Andere Personen: _____		

Verweigert 97

Weiß nicht 98

Nr.		Weiter mit																																			
718	<p>Welches Alter hatte die Person oder hatten die Personen, die das getan haben? Wenn Sie das Alter nicht genau wissen, dann schätzen Sie bitte.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Alter</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ver- weigert</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">97</td> <td></td> <td style="text-align: center;">98</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">1. Person</td> <td style="text-align: center;"> _ _ Jahre</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2. Person</td> <td style="text-align: center;"> _ _ Jahre</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">3. Person</td> <td style="text-align: center;"> _ _ Jahre</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Alter		Ver- weigert	Weiß nicht			97		98	1. Person	_ _ Jahre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Person	_ _ Jahre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Person	_ _ Jahre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	Alter		Ver- weigert	Weiß nicht																																	
		97		98																																	
1. Person	_ _ Jahre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
2. Person	_ _ Jahre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
3. Person	_ _ Jahre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
719	<p>Als es passierte: Stand diese Person (standen diese Personen) Ihrer Einschätzung nach in der Situation unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen?</p> <p><i>Nur eine Nennung!</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">Ja, Alkohol</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%; text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Ja, Drogen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Ja, beides</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Verweigert ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Weiß nicht ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </tbody> </table>	Ja, Alkohol	<input type="checkbox"/>	1	Ja, Drogen	<input type="checkbox"/>	2	Ja, beides	<input type="checkbox"/>	3	Nein	<input type="checkbox"/>	4	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																		
Ja, Alkohol	<input type="checkbox"/>	1																																			
Ja, Drogen	<input type="checkbox"/>	2																																			
Ja, beides	<input type="checkbox"/>	3																																			
Nein	<input type="checkbox"/>	4																																			
Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7																																			
Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																																			
720	<p>Waren <u>Sie</u> selbst in dieser Situation durch Alkohol oder Drogen <u>beeinträchtigt</u>?</p> <p><i>Nur eine Nennung!</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">Ja, Alkohol</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%; text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Ja, Drogen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Ja, beides</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Verweigert ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Weiß nicht ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </tbody> </table>	Ja, Alkohol	<input type="checkbox"/>	1	Ja, Drogen	<input type="checkbox"/>	2	Ja, beides	<input type="checkbox"/>	3	Nein	<input type="checkbox"/>	4	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																		
Ja, Alkohol	<input type="checkbox"/>	1																																			
Ja, Drogen	<input type="checkbox"/>	2																																			
Ja, beides	<input type="checkbox"/>	3																																			
Nein	<input type="checkbox"/>	4																																			
Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7																																			
Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																																			
721	<p>Wie ist es zu dem körperlichen Angriff gekommen? Hat ...</p> <p><i>Vorgaben bitte vorlesen!</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 40%;">die andere Person Sie zuerst körperlich angegriffen?</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: right;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td></td> <td>oder haben Sie selbst die Person zuerst körperlich angegriffen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">722</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;"><i>Nicht vorlesen</i></td> <td>Wir haben beide gleichzeitig angefangen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> <td style="text-align: right;">723</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Verweigert ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">7</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Weiß nicht ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		die andere Person Sie zuerst körperlich angegriffen?	<input type="checkbox"/>	1		-----						oder haben Sie selbst die Person zuerst körperlich angegriffen?	<input type="checkbox"/>	2	722	-----					<i>Nicht vorlesen</i>	Wir haben beide gleichzeitig angefangen	<input type="checkbox"/>	3	723		Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7			Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8		
	die andere Person Sie zuerst körperlich angegriffen?	<input type="checkbox"/>	1																																		

	oder haben Sie selbst die Person zuerst körperlich angegriffen?	<input type="checkbox"/>	2	722																																	

<i>Nicht vorlesen</i>	Wir haben beide gleichzeitig angefangen	<input type="checkbox"/>	3	723																																	
	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7																																		
	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																																		

Nr.		Weiter mit
722	<p>In welcher Weise haben Sie mit dem körperlichen Angriff begonnen? Bitte beschreiben Sie kurz die Situation.</p> <p>Bitte Stichworte notieren:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
723	<p>Hatte die Person (hatten die Personen) eine Waffe, zum Beispiel eine Pistole oder ein Messer, bei sich?</p> <p>Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>Ja, Schusswaffe <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, Messer <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, andere Waffe (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Nein <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	724
724	<p>Wurde diese Waffe gegen Sie gerichtet?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	725
725	<p>Hatten Sie in der Situation Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt zu werden?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
726	<p>Bitte sagen Sie mir anhand dieser Liste, was Sie alles in dieser Situation getan haben.</p> <p>Liste 726 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>Ich habe ...</p> <p>A um Hilfe gerufen <input type="checkbox"/></p> <p>B mich mit Worten gewehrt, die Person beschimpft oder auf sie eingeredet <input type="checkbox"/></p> <p>C mich körperlich gewehrt, zurückgeschlagen u.ä. <input type="checkbox"/></p> <p>D eine Waffe gegen die Person gerichtet <input type="checkbox"/></p> <p>E versucht wegzulaufen <input type="checkbox"/></p> <p>F etwas anderes getan, um die Situation abzuwenden (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>G Nichts davon, konnte mich nicht wehren, war wie erstarrt / unter Schock <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	727
		728

Nr.		Weiter mit
727	Konnten Sie damit die Situation abwenden? <p style="text-align: right;"> Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8 </p>	
728	Hatten Sie infolge der Situation eine oder mehrere der folgenden Verletzungen? Bitte geben Sie alles an, was zutrifft. <p style="text-align: center;">Liste 728 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Blaue Flecken, Prellungen <input type="checkbox"/></p> <p>B Offene Wunden, z.B. Schnitte, Hautaufschürfungen, Verbrennungen <input type="checkbox"/></p> <p>C Vaginale Verletzungen; Blutungen im Genitalbereich <input type="checkbox"/></p> <p>D Unterleibsschmerzen <input type="checkbox"/></p> <p>E Verstauchungen, Zerrungen, Muskelrisse <input type="checkbox"/></p> <p>F Knochenbrüche am Körper <input type="checkbox"/></p> <p>G Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich (Nasenbruch, Verletzungen an den Zähnen) <input type="checkbox"/></p> <p>H Gehirnerschütterung <input type="checkbox"/></p> <p>J Fehlgeburt <input type="checkbox"/></p> <p>K Innere Verletzungen <input type="checkbox"/></p> <p>L Schmerzen im Körper <input type="checkbox"/></p> <p>M Andere Verletzungen (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Ich hatte keine Verletzung <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98 </p>	729
729	Haben Sie infolge dieses Ereignisses medizinische Hilfe in Anspruch genommen? Was von dieser Liste trifft auf Sie zu? <p style="text-align: center;">Liste 729 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <p style="text-align: center;">Falls Punkt B genannt, fragen: Wie lange mussten Sie im Krankenhaus bleiben?</p> <p>A Ja, ich war beim Arzt / bei einer Ambulanz, aber ich musste nicht im Krankenhaus bleiben <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Ja, ich musste im Krankenhaus bleiben <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="margin-left: 40px;">und zwar: <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> Tage ←</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>C Nein, es waren nur leichte Verletzungen <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D Nein, aber es wäre nötig gewesen <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8 </p>	730
		733

Nr.		Weiter mit
730	<p>Haben Sie denjenigen, die Sie behandelt haben, erzählt, woher die Verletzungen stammen?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
731	<p>Wurden Sie gefragt, woher die Verletzungen stammen?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
732	<p>Wie zufrieden waren Sie mit der medizinischen Hilfe? Nennen Sie mir bitte einen Wert von dieser Liste. 1 bedeutet "sehr zufrieden", 6 "sehr unzufrieden". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p style="text-align: center;">Liste 732 vorlegen!</p> <p style="text-align: center;">Sehr zufrieden Sehr un-</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
733	<p>Waren Sie durch das Ereignis so stark beeinträchtigt, dass Sie Ihren alltäglichen Aufgaben oder Ihrer Arbeit nicht mehr in gewohntem Maße nachgehen konnten?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Habe keine Arbeit / Aufgaben <input type="checkbox"/> 3 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
734	<p>Wurden Sie aufgrund des Ereignisses krank geschrieben?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Trifft nicht zu, benötige keine Krankschreibung <input type="checkbox"/> 3 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

Nr.		Weiter mit
739	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Beschwerden aufgeführt, die in Folge einer solchen Situation auftreten können. Bitte sagen Sie mir, welche gesundheitlichen und seelischen Folgen die Situation für Sie hatte. Bitte nennen Sie mir nur die Kennbuchstaben.</p> <p>Liste 739 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! 1</p> <p>A Niedergeschlagenheit oder Depressionen <input type="checkbox"/></p> <p>B Schlafstörungen oder Alpträume <input type="checkbox"/></p> <p>C Dauerndes Grübeln über die Situation <input type="checkbox"/></p> <p>D Erhöhte Krankheitsanfälligkeit, häufigere Krankschreibungen <input type="checkbox"/></p> <p>E Vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühle von Erniedrigung <input type="checkbox"/></p> <p>F Erhöhte Ängste (z.B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen) <input type="checkbox"/></p> <p>G Probleme im Umgang mit Männern <input type="checkbox"/></p> <p>H Schwierigkeiten in Beziehungen, zu anderen Vertrauen aufzubauen <input type="checkbox"/></p> <p>J Probleme mit der Sexualität <input type="checkbox"/></p> <p>K Scham- oder Schuldgefühle <input type="checkbox"/></p> <p>L Ärger oder Rachegefühle <input type="checkbox"/></p> <p>M Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/></p> <p>N Schwierigkeiten bei Arbeit, Ausbildung und Studium <input type="checkbox"/></p> <p>O Selbstmordgedanken <input type="checkbox"/></p> <p>P Selbstverletzung <input type="checkbox"/></p> <p>Q Essstörungen <input type="checkbox"/></p> <p>R Andere Probleme (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nichts davon, hatte keine Beschwerden <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
740	<p>Hat dieses Ereignis dazu geführt, dass Sie Alkohol, Drogen oder Medikamente, wie z.B. Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder auch Antidepressiva bzw. Aufputschmittel genommen haben, um mit dem Ereignis besser fertig zu werden? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die auf Sie zutreffen.</p> <p>Liste 740 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! 1</p> <p>A Ja, Alkohol <input type="checkbox"/></p> <p>B Ja, Drogen <input type="checkbox"/></p> <p>C Ja, Beruhigungs- oder Schlafmittel <input type="checkbox"/></p> <p>D Ja, Antidepressiva oder Aufputschmittel ... <input type="checkbox"/></p> <p>E Nein, nichts davon genommen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

Nr.		Weiter mit																																			
741	<p>Hat diese Situation zu irgendwelchen langfristigen Folgen geführt wie z.B. Trennung, Umzug, Arbeitsplatzwechsel oder eine Therapie?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p style="text-align: center;">742</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: center;">743</p>																																			
742	<p>Welche langfristigen Folgen waren das? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die auf Sie persönlich zutreffen.</p> <p style="text-align: center;">Liste 742 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">Ja, führte zu folgenden Folgen: 1</p> <p>A Umzug <input type="checkbox"/></p> <p>B Trennung vom Partner <input type="checkbox"/></p> <p>C Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin <input type="checkbox"/></p> <p>D Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes <input type="checkbox"/></p> <p>E Abbruch oder Wechsel von Schule / Ausbildung / Studium <input type="checkbox"/></p> <p>F Beginn einer Therapie <input type="checkbox"/></p> <p>G Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>H Andere Folgen (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																																				
743	<p>Wenn Sie die Situation im Nachhinein beurteilen würden: War das, was passiert ist, für Sie ...</p> <p style="text-align: center;">Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Verweigert</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gewalt?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ein Verbrechen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>etwas, für das diejenigen, die es getan haben, die Verantwortung tragen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>etwas, für das diejenigen, die es getan haben, bestraft werden müssen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>etwas, für das Sie sich mitverantwortlich fühlen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht		1	2	7	8	Gewalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ein Verbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	etwas, für das diejenigen, die es getan haben, die Verantwortung tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	etwas, für das diejenigen, die es getan haben, bestraft werden müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	etwas, für das Sie sich mitverantwortlich fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht																																	
	1	2	7	8																																	
Gewalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
ein Verbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
etwas, für das diejenigen, die es getan haben, die Verantwortung tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
etwas, für das diejenigen, die es getan haben, bestraft werden müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
etwas, für das Sie sich mitverantwortlich fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
744	<p>Haben Sie oder andere infolge der Situation die Polizei eingeschaltet?</p> <p style="text-align: right;">Ja, Polizei wurde <u>von mir selbst</u> eingeschaltet <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Ja, Polizei wurde <u>durch andere</u> eingeschaltet <input type="checkbox"/> 2</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Nein, Polizei wurde nicht eingeschaltet <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p style="text-align: center;">746</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: center;">745</p>																																			

Nr.		Weiter mit
745	<p>Es kann ja unterschiedliche Gründe geben, warum man die Polizei nicht einschaltet. Warum haben Sie die Polizei nicht eingeschaltet? Bitte nennen Sie mir alle Kennbuchstaben von der Liste, die auf Sie zutreffen.</p> <p>Liste 745 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Der Fall war nicht so ernsthaft oder schlimm, dass ich es für nötig hielt <input type="checkbox"/></p> <p>B Ich hatte einen Schock / war zu nichts fähig <input type="checkbox"/></p> <p>C Ich wollte meine Ruhe haben und das Ereignis vergessen <input type="checkbox"/></p> <p>D Ich schämte mich bzw. fühlte mich selbst schuldig <input type="checkbox"/></p> <p>E Es war mir zu intim; ich hielt es für eine Privatsache <input type="checkbox"/></p> <p>F Es war eine einmalige Sache, die für mich abgeschlossen war <input type="checkbox"/></p> <p>G Ich hatte Angst, die Polizei würde mir nicht glauben, mich nicht ernst nehmen, das Problem mir anlasten <input type="checkbox"/></p> <p>H Ich glaubte nicht daran, dass die Polizei etwas tun könnte oder dass am Ende eine Verurteilung oder angemessene Bestrafung herauskommen würde <input type="checkbox"/></p> <p>J Ich wurde von jemandem (einer Beratungsstelle o.ä.) auf mangelnde Erfolgsaussichten bzw. auf die schwierige Beweislage hingewiesen <input type="checkbox"/></p> <p>K Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch den Täter <input type="checkbox"/></p> <p>L Ich wollte mit der Polizei und mit Gerichten nichts zu tun haben <input type="checkbox"/></p> <p>M Ich wollte nicht, dass der Täter verhaftet oder verurteilt wird <input type="checkbox"/></p> <p>N Ich habe es für mich selbst geregelt, private Rache geübt, meine Familie eingeschaltet <input type="checkbox"/></p> <p>O Ich wollte nicht die Partnerschaft mit der Person oder den Familienzusammenhalt gefährden; ich hatte Angst, die Kinder zu verlieren <input type="checkbox"/></p> <p>P Andere Gründe (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	754 Seite 56
746	<p>Wann genau wurde die Polizei eingeschaltet? War das unmittelbar nach der Situation oder später? <i>Wenn später: Wie viel später?</i></p> <p>Unmittelbar danach <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Stunden später <input type="checkbox"/> 2 und zwar: <input type="text"/> Stunden später ←</p> <p>Tage später <input type="checkbox"/> 3 und zwar: <input type="text"/> Tage später ←</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

Nr.		Weiter mit																																										
747	<p>Ich nenne Ihnen verschiedene Besonderheiten, die bei der Polizei für Fälle wie Ihren möglich sind, und Sie sagen mir bitte, ob das in Ihrem Fall vorkam oder nicht.</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">Verweigert</th> <th style="text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th>Gab es ...</th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">7</th> <th style="text-align: center;">8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>eine Vernehmung durch weibliche Spezialkräfte bei der Polizei?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>einen Sonderbereich der Polizei, etwa für Sexualdelikte oder Gewalt in der Familie, der für Sie zuständig war?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>eine Betreuung durch polizeiliche Sozialarbeiterinnen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht	Gab es ...	1	2	7	8	eine Vernehmung durch weibliche Spezialkräfte bei der Polizei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	einen Sonderbereich der Polizei, etwa für Sexualdelikte oder Gewalt in der Familie, der für Sie zuständig war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eine Betreuung durch polizeiliche Sozialarbeiterinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht																																								
Gab es ...	1	2	7	8																																								
eine Vernehmung durch weibliche Spezialkräfte bei der Polizei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
einen Sonderbereich der Polizei, etwa für Sexualdelikte oder Gewalt in der Familie, der für Sie zuständig war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
eine Betreuung durch polizeiliche Sozialarbeiterinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
748	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Möglichkeiten genannt, was die Polizei alles tun kann. Was hat die Polizei in Ihrem Fall alles unternommen?</p> <p>Liste 748 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: right;">1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Die Polizei hat mich eingehend befragt</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D Die Polizei hat versucht, zu schlichten</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stuft ihn als zu geringfügig ein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Q Sonstiges (bitte notieren):</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>Nichts davon trifft zu</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</td> </tr> </tbody> </table>		1	A Die Polizei hat mich eingehend befragt	<input type="checkbox"/>	B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt	<input type="checkbox"/>	C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt	<input type="checkbox"/>	D Die Polizei hat versucht, zu schlichten	<input type="checkbox"/>	E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen	<input type="checkbox"/>	F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben	<input type="checkbox"/>	G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt	<input type="checkbox"/>	H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stuft ihn als zu geringfügig ein	<input type="checkbox"/>	J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam	<input type="checkbox"/>	K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet	<input type="checkbox"/>	L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln	<input type="checkbox"/>	M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen	<input type="checkbox"/>	N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen	<input type="checkbox"/>	O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt	<input type="checkbox"/>	P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet	<input type="checkbox"/>	Q Sonstiges (bitte notieren):	<input type="checkbox"/>	_____		Nichts davon trifft zu	<input type="checkbox"/>		Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97		Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98	
	1																																											
A Die Polizei hat mich eingehend befragt	<input type="checkbox"/>																																											
B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt	<input type="checkbox"/>																																											
C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt	<input type="checkbox"/>																																											
D Die Polizei hat versucht, zu schlichten	<input type="checkbox"/>																																											
E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen	<input type="checkbox"/>																																											
F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben	<input type="checkbox"/>																																											
G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt	<input type="checkbox"/>																																											
H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stuft ihn als zu geringfügig ein	<input type="checkbox"/>																																											
J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam	<input type="checkbox"/>																																											
K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet	<input type="checkbox"/>																																											
L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln	<input type="checkbox"/>																																											
M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen	<input type="checkbox"/>																																											
N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen	<input type="checkbox"/>																																											
O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt	<input type="checkbox"/>																																											
P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet	<input type="checkbox"/>																																											
Q Sonstiges (bitte notieren):	<input type="checkbox"/>																																											

Nichts davon trifft zu	<input type="checkbox"/>																																											
	Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97																																											
	Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98																																											

Nr.		Weiter mit
749	<p>Wie zufrieden waren Sie mit der Polizei? Nennen Sie mir bitte einen Wert von dieser Liste. 1 bedeutet "sehr zufrieden", 6 "sehr unzufrieden". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p>Liste 749 vorlegen!</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr zufrieden</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr unzufrieden</p> </div> </div> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
750	<p>Was hätte von polizeilicher Seite besser laufen können?</p> <p>Bitte Stichworte notieren:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
751	<p>Haben Sie selbst gegen die Person Anzeige erstattet?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/> 1 752</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Nein <input type="checkbox"/> 2 753</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>
752	<p>Haben Sie die Anzeige aufrecht erhalten oder sie später wieder zurückgezogen?</p>	<p>Aufrecht erhalten <input type="checkbox"/> 1 754</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Später zurückgezogen <input type="checkbox"/> 2 753</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>

Nr.		Weiter mit
753	<p>Was waren die wichtigsten Gründe dafür, dass Sie keine Anzeige erstattet oder sie nicht aufrecht erhalten haben? Bitte nennen Sie mir alle Kennbuchstaben, die auf Sie zutreffen.</p> <p>Liste 753 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! 1</p> <p>A Der Fall war nicht so ernsthaft oder schlimm, dass ich es für nötig hielt <input type="checkbox"/></p> <p>B Ich hatte einen Schock / war zu nichts fähig <input type="checkbox"/></p> <p>C Ich wollte meine Ruhe haben und das Ereignis vergessen <input type="checkbox"/></p> <p>D Ich schämte mich bzw. fühlte mich selbst schuldig <input type="checkbox"/></p> <p>E Es war mir zu intim; ich hielt es für eine Privatsache <input type="checkbox"/></p> <p>F Es war eine einmalige Sache, die für mich abgeschlossen war <input type="checkbox"/></p> <p>G Ich hatte Angst, die Polizei würde mir nicht glauben, mich nicht ernst nehmen, das Problem mir anlasten <input type="checkbox"/></p> <p>H Ich glaubte nicht daran, dass die Polizei etwas tun könnte oder dass am Ende eine Verurteilung oder angemessene Bestrafung herauskommen würde <input type="checkbox"/></p> <p>J Ich wurde von jemandem (einer Beratungsstelle o.ä.) auf mangelnde Erfolgsaussichten bzw. auf die schwierige Beweislage hingewiesen <input type="checkbox"/></p> <p>K Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch den Täter <input type="checkbox"/></p> <p>L Ich wollte mit der Polizei und mit Gerichten nichts zu tun haben <input type="checkbox"/></p> <p>M Ich wollte nicht, dass der Täter verhaftet oder verurteilt wird <input type="checkbox"/></p> <p>N Ich habe es für mich selbst geregelt, private Rache geübt, meine Familie eingeschaltet <input type="checkbox"/></p> <p>O Ich wollte nicht die Partnerschaft mit der Person oder den Familienzusammenhalt gefährden; ich hatte Angst, die Kinder zu verlieren <input type="checkbox"/></p> <p>P Andere Gründe (bitte notieren): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
754	<p>Kam der Fall jemals vor Gericht?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>755</p> <p>763</p> <p>Seite 58</p>
755	<p>Vor ein Strafgericht oder ein Zivilgericht/ Familiengericht? 1</p> <p style="text-align: right;">Strafgericht <input type="checkbox"/> Zivilgericht/Familiengericht <input type="checkbox"/> Weiß nicht, Gericht nicht bekannt <input type="checkbox"/></p>	

Nr.		Weiter mit
756	Sind Sie vor Gericht als Nebenklägerin aufgetreten? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8	
757	Wann begann der Gerichtsprozess? Bitte nennen Sie mir Monat und Jahr. Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Verweigert <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 9997 Weiß nicht <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 9998	
758a	Wie viele Monate dauert /dauerte der Gerichtsprozess? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8	
758b	Ist der Prozess bereits abgeschlossen oder dauert er noch an? Prozess abgeschlossen <input type="checkbox"/> 1 ----- Prozess dauert noch an <input type="checkbox"/> 2	759 760
759	<p>Falls Prozess abgeschlossen ist:</p> <p>Mit welchem Ergebnis wurde der Gerichtsprozess abgeschlossen?</p> <p>Das Verfahren wurde eingestellt <input type="checkbox"/> 1 mit der Begründung: _____</p> <p>Der Täter wurde verurteilt <input type="checkbox"/> 1 zu einem Strafmaß von: _____</p> <p>Ist noch nicht abgeschlossen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Verweigert <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht <input type="checkbox"/> 8</p>	
760	<p>Wie zufrieden waren (sind) Sie alles in allem mit dem Gerichtsprozess?</p> <p>Nennen Sie mir bitte einen Wert von dieser Liste. 1 bedeutet "sehr zufrieden", 6 "sehr unzufrieden". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p>Liste 760 vorlegen!</p> <p style="text-align: center;"> Sehr zufrieden Sehr un- zufrieden </p> <p style="text-align: center;"> 1 2 3 4 5 6 </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98 </p>	
761	<p>Sind vor Gericht irgendwelche Probleme oder besondere Belastungen für Sie aufgetreten?</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1 und zwar: _____</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8 </p>	

Nr.		Weiter mit
762	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Schwierigkeiten aufgeführt, die Menschen vor Gericht haben können. Traten eine oder mehrere dieser Schwierigkeiten bei Ihrem Prozess auf?</p> <p>Liste 762 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Dem Angeklagten wurde mehr geglaubt als mir <input type="checkbox"/></p> <p>B Hohe psychische Belastung durch die Gerichtsverhandlung <input type="checkbox"/></p> <p>C Hohe psychische Belastung durch erneute Konfrontation mit dem Täter <input type="checkbox"/></p> <p>D Zu lange Dauer des Prozesses <input type="checkbox"/></p> <p>E Der Anwalt des Angeklagten hat mich persönlich angegriffen und (indirekt) für die Tat verantwortlich gemacht <input type="checkbox"/></p> <p>F Ich wurde durch Richter oder Staatsanwalt (indirekt) für die Tat verantwortlich gemacht <input type="checkbox"/></p> <p>G Ich war erhöhten Gefahren ausgesetzt aufgrund von mangelndem Schutz vor weiterer Gewalt oder Rache des Täters <input type="checkbox"/></p> <p>H Die geringe Strafe bzw. der Freispruch belastete mich <input type="checkbox"/></p> <p>J Ich hatte das Gefühl, dass mir hier erneut Unrecht widerfährt <input type="checkbox"/></p> <p>K Ich hätte mehr psychischen Beistand während der Gerichtsverhandlung benötigt <input type="checkbox"/></p> <p>L Mein Anwalt/meine Anwältin war nicht gut genug für den Fall spezialisiert <input type="checkbox"/></p> <p>M Sonstiges (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Nichts davon, hatte keine Schwierigkeiten <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
763	<p>Wenn Sie alles in allem an die Situation denken, die Sie hier beschrieben haben: Was würden Sie einem Menschen raten, der in eine ähnliche Situation kommt?</p> <p>Bitte Stichworte notieren:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Nr.		Weiter mit
800	<p>In den folgenden Fragen geht es um unerwünschte sexuelle Handlungen, wie sie Frauen in ihrem Leben häufiger durch bekannte wie auch durch unbekannte Personen erfahren können. Oft erinnert man sich nicht sofort an solche Ereignisse, weil sie verdrängt oder vergessen wurden oder weil es schwer fällt, über intime oder schmerzhaftere Ereignisse zu sprechen.</p> <p>Wir möchten in dieser Untersuchung ein möglichst genaues Bild davon erhalten, in welchem Maße Frauen in Deutschland unerwünschte sexuelle Handlungen erfahren, und bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen in Ruhe und möglichst genau zu beantworten.</p> <p>Zunächst geht es um ungewollte sexuelle Handlungen, die Sie <u>seit dem Alter von 16 Jahren</u> erlebt haben, auch wenn sie vielleicht nicht so schlimm waren.</p> <p>Wie häufig haben Sie seit dem Alter von 16 Jahren ungewollte sexuelle Handlungen erlebt, zu denen Sie gedrängt oder psychisch oder moralisch unter Druck gesetzt wurden?</p> <p>Würden Sie sagen...</p> <p><i>Vorgaben bitte vorlesen!</i></p> <p style="text-align: right;">häufig <input type="checkbox"/> 1 gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 selten <input type="checkbox"/> 3 nur einmal <input type="checkbox"/> 4</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">oder nie? <input type="checkbox"/> 5 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	801 802
801	<p>Haben Sie in diesen Situationen ...</p> <p><i>Vorgaben bitte vorlesen!</i></p> <p>sich vorher nicht getraut, zu sagen oder zu zeigen, dass Sie das nicht wollten, z.B. aus Angst vor negativen Folgen? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>oder haben Sie vorher deutlich gesagt oder gezeigt, dass Sie das nicht wollten? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Nicht vorlesen War unterschiedlich <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

Nr.		Weiter mit
802	<p>Im folgenden geht es um erzwungene sexuelle Handlungen, also solche, zu denen Sie gegen Ihren Willen durch körperlichen Zwang oder Drohungen gezwungen wurden. Das kann z.B. durch Festhalten, Arm umdrehen, Herunterdrücken, Erpressungen oder Drohungen passiert sein, oder dadurch, dass Sie nicht weg konnten, sich nicht wehren konnten oder in einer Abhängigkeitssituation standen.</p> <p>Wie häufig haben Sie seit dem Alter von 16 Jahren solche erzwungenen sexuellen Handlungen erlebt? War das...</p> <p style="text-align: center;">Vorgaben bitte vorlesen!</p> <div style="text-align: right;"> <p>häufig <input type="checkbox"/> 1</p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/> 2</p> <p>selten <input type="checkbox"/> 3</p> <p>nur einmal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>oder nie? <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p> </div>	

803	<p>Oft fällt es schwer, über solche Ereignisse zu sprechen oder sich daran zu erinnern. Auf dieser Liste sind einige Handlungen beschrieben. Ich würde gerne wissen, ob Sie eine oder mehrere dieser Handlungen seit dem Alter von 16 Jahren schon einmal erlebt haben.</p> <p style="text-align: center;">Liste 803 vorlegen! Alle Handlungen durchgehen und jeweils <u>nur</u> den Kennbuchstaben nennen:</p> <p>Beginnen wir mit A: Haben Sie dies seit dem Alter von 16 Jahren einmal, mehrmals oder nie erlebt?</p> <p style="text-align: center;">Für jede Handlung, die mit "einmal" oder "mehrmals" beantwortet wurde, <u>sofort</u> nachfragen:</p> <p>War das auch in den letzten 12 Monaten?</p>																																																		
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;"></th> <th style="width:15%;">Nie</th> <th style="width:15%;">Ein- mal</th> <th style="width:15%;">Meh- mals</th> <th style="width:15%; border-left: 1px dashed black;">Auch in den letzten 12 Monaten</th> <th style="width:15%;">Ver- wei- gert</th> <th style="width:15%;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Jemand hat mich zum Geschlechtsverkehr gezwungen und ist gegen meinen Willen mit dem Penis oder etwas anderem in meinen Körper eingedrungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B Jemand hat gegen meinen Willen versucht, mit dem Penis oder etwas anderem in mich einzudringen, es kam dann aber nicht dazu</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C Jemand hat mich zu intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting und ähnlichem gezwungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D Ich wurde zu anderen sexuellen Handlungen oder Praktiken gezwungen, die ich nicht wollte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E Jemand hat mich gezwungen, pornographische Bilder oder Filme anzusehen und sie nachzuspielen, obwohl er/sie wusste, dass ich das nicht wollte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Nie	Ein- mal	Meh- mals	Auch in den letzten 12 Monaten	Ver- wei- gert	Weiß nicht		1	2	3	1	7	8	A Jemand hat mich zum Geschlechtsverkehr gezwungen und ist gegen meinen Willen mit dem Penis oder etwas anderem in meinen Körper eingedrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B Jemand hat gegen meinen Willen versucht , mit dem Penis oder etwas anderem in mich einzudringen, es kam dann aber nicht dazu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C Jemand hat mich zu intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting und ähnlichem gezwungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D Ich wurde zu anderen sexuellen Handlungen oder Praktiken gezwungen, die ich nicht wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E Jemand hat mich gezwungen, pornographische Bilder oder Filme anzusehen und sie nachzuspielen, obwohl er/sie wusste, dass ich das nicht wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nie	Ein- mal	Meh- mals	Auch in den letzten 12 Monaten	Ver- wei- gert	Weiß nicht																																													
	1	2	3	1	7	8																																													
A Jemand hat mich zum Geschlechtsverkehr gezwungen und ist gegen meinen Willen mit dem Penis oder etwas anderem in meinen Körper eingedrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
B Jemand hat gegen meinen Willen versucht , mit dem Penis oder etwas anderem in mich einzudringen, es kam dann aber nicht dazu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
C Jemand hat mich zu intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting und ähnlichem gezwungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
D Ich wurde zu anderen sexuellen Handlungen oder Praktiken gezwungen, die ich nicht wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
E Jemand hat mich gezwungen, pornographische Bilder oder Filme anzusehen und sie nachzuspielen, obwohl er/sie wusste, dass ich das nicht wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													

804	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> Informeller Filter, bitte ankreuzen: </div> <p>Wenn in 802 "häufig" / "gelegentlich" / "selten" / "nur einmal" angegeben oder wenn in 803 mindestens ein Kreuz in Spalte "einmal" oder "mehrmals"</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Wenn in 802 und 803 immer "nie" angekreuzt</p>	<p>Weiter mit</p> <p>805</p> <p>900 Seite 79</p>
-----	--	---

Nr.		Weiter mit
805	<p>Wie viele Situationen, in denen solche Handlungen passiert sind, wie sie auf der Liste 803 beschrieben sind, haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> erlebt?</p> <p>Anzahl: <input type="text"/></p> <p>Nicht erlebt in diesem Zeitraum <input type="checkbox"/> 96</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
806	<p>Wie viele solcher Situationen haben Sie insgesamt <u>in den letzten 5 Jahren</u> erlebt?</p> <p>Anzahl: <input type="text"/></p> <p>Nicht erlebt in diesem Zeitraum <input type="checkbox"/> 96</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
807	<p>Und wie ist das <u>in Ihrem bisherigen Leben insgesamt</u> gewesen? Wie häufig haben Sie Situationen, in denen solche Handlungen passiert sind, seit dem Alter von 16 Jahren insgesamt erlebt? <i>Liste 807 vorlegen!</i></p> <p>A Nur einmal <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B 2 bis 3mal <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C 4 bis 10mal <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D 10 bis 20mal <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E 20 bis 40mal <input type="checkbox"/> 5</p> <p>F Häufiger <input type="checkbox"/> 6</p> <p>G Nie <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p>816 S. 65</p> <p>808</p> <p>900 Seite 79</p>

808 Welche Personen waren das?

Nennen Sie mir bitte alle Personen, mit denen Sie persönlich **seit dem Alter von 16 Jahren** solche Situationen erlebt haben.

Geben Sie bitte nur die zutreffenden Kennziffern auf dieser Liste an und sagen Sie mir, ob diese Person männlich oder weiblich ist.

Liste 808 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!

		männl. weibl.	
		1	1 2
10	Jemand Unbekanntes / eine fremde Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21	Jemanden, den/die ich nur vom Sehen kenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22	Eine flüchtige Zufallsbekanntschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30	Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31	Arbeitskollege / Arbeitskollegin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32	Vorgesetzte(r) / Chef(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33	Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34	Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35	Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40	Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41	Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich zusammenlebe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42	Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich nicht zusammenlebe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43	Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich zusammengelebt habe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
44	Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich nicht zusammengelebt habe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
45	Erster Freund / erste Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
46	Geliebte(r), mit dem/der ich keine feste Partnerschaft hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
47	Jemand, mit dem/der ich nur eine sehr lockere sexuelle Beziehung hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
50	Jemand aus der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51	Vater / Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
52	Bruder / Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53	Tante / Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
54	Cousin / Cousine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55	Großvater / Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
56	Stiefvater / Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
57	Sohn / Tochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
58	Sonstige Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
59	Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
60	Freunde / Bekannte / Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
61	Jemand aus der Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
62	Jemand aus dem engsten Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
63	Jemand aus dem weiteren Freundes- und Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
70	Sonstige Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
71	Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
72	Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
73	Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
74	Polizist(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
75	Betreuungsperson, Leiter(in) von Jugendgruppe, Trainer(in) im Sportverein etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
76	Andere Personen: _____		

Verweigert 97

Weiß nicht 98

Nr.		Weiter mit
809	<p>Waren diese Personen ... 1</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p>Erwachsene <input type="checkbox"/></p> <p>Jugendliche <input type="checkbox"/></p> <p>oder Kinder unter 14 Jahren? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
810	<p>Wo bzw. an welchen Orten haben Sie solche Situationen erlebt? Bitte sagen Sie es anhand der Kennbuchstaben auf dieser Liste.</p> <p>Liste 810 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! 1</p> <p>A <u>I</u>n der eigenen Wohnung <input type="checkbox"/></p> <p>B <u>V</u>or der eigenen Wohnung <input type="checkbox"/></p> <p>C In der Wohnung von anderen <input type="checkbox"/></p> <p>D In der Arbeitsstelle / Ausbildungsstätte / Schule / Universität <input type="checkbox"/></p> <p>E An einem öffentlichen Ort, z.B. auf der Straße, im Park <input type="checkbox"/></p> <p>F In einem öffentlichen Gebäude, z.B. Cafe, Restaurant, Diskothek, Behörde <input type="checkbox"/></p> <p>G In einem öffentlichen Verkehrsmittel, z.B. Bus, Bahn, U-Bahn, Taxi <input type="checkbox"/></p> <p>H In einem Auto / Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/></p> <p>J Auf Parkplätzen, in Parkgaragen / Parkhäusern <input type="checkbox"/></p> <p>K Sonstiges (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: auto;"/> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
811	<p>Haben Sie solche Situationen bisher nur in Deutschland, nur im Ausland oder sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern erlebt?</p> <p style="text-align: right;">Nur in Deutschland <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Nur im Ausland <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Sowohl in Deutschland als auch im Ausland <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

Nr.		Weiter mit																									
812	<p>Hatten Sie infolge einer dieser Situationen schon einmal eine oder mehrere der folgenden Verletzungen?</p> <p>Liste 812 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Blaue Flecken, Prellungen <input type="checkbox"/></p> <p>B Offene Wunden, z.B. Schnitte, Hautaufschürfungen, Verbrennungen <input type="checkbox"/></p> <p>C Vaginale Verletzungen; Blutungen im Genitalbereich <input type="checkbox"/></p> <p>D Unterleibsschmerzen <input type="checkbox"/></p> <p>E Verstauchungen, Zerrungen, Muskelrisse <input type="checkbox"/></p> <p>F Knochenbrüche am Körper <input type="checkbox"/></p> <p>G Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich (Nasenbruch, Verletzungen an den Zähnen) <input type="checkbox"/></p> <p>H Gehirnerschütterung <input type="checkbox"/></p> <p>J Fehlgeburt <input type="checkbox"/></p> <p>K Innere Verletzungen <input type="checkbox"/></p> <p>L Schmerzen im Körper <input type="checkbox"/></p> <p>M Andere Verletzungen (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Ich hatte keine dieser Verletzungen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																										
813	<p>Hatten Sie in einer oder mehreren dieser Situationen schon einmal Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt werden zu können?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>																										
814	<p>Haben Sie infolge einer dieser Situationen schon einmal ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ver- weigert</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">7</th> <th style="text-align: center;">8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>medizinische Hilfe in Anspruch genommen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>die Polizei eingeschaltet?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anzeige erstattet?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Ver- weigert	Weiß nicht		1	2	7	8	medizinische Hilfe in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die Polizei eingeschaltet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzeige erstattet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ja	Nein	Ver- weigert	Weiß nicht																							
	1	2	7	8																							
medizinische Hilfe in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
die Polizei eingeschaltet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Anzeige erstattet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							

Nr.		Weiter mit
815	<p>In den folgenden Fragen geht es nur um eine der Situationen, die Sie genannt haben, und zwar um die, die aus Ihrer Sicht am schlimmsten oder am belastendsten war: Welche Dinge von dieser Liste sind dabei passiert? Bitte nennen Sie mir alle auf der Liste aufgeführten Handlungen, die Sie in dieser Situation erlebt haben.</p> <p>Liste 815 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! Falls "verweigert": bitte auf Anonymität hinweisen!</p> <p style="text-align: right;">Buchstabe eintragen: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
816	<p>In welchem Monat und in welchem Jahr war das ungefähr? Wenn Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte.</p> <p style="text-align: right;">Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>Verweigert <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 9997 Weiß nicht <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 9998</p> </div> <p><i>Falls Zeitangabe insgesamt "verweigert" oder "weiß nicht":</i> In welchem Zeitraum war das ungefähr? Bitte sagen Sie es anhand dieser Liste.</p> <p>Liste 816 vorlegen!</p> <ul style="list-style-type: none"> A In den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> 1 B Innerhalb der letzten 2 bis 5 Jahre <input type="checkbox"/> 2 C Vor 10 bis 20 Jahren <input type="checkbox"/> 3 D Vor 20 bis 30 Jahren <input type="checkbox"/> 4 E Vor 30 bis 40 Jahren <input type="checkbox"/> 5 F Vor 40 bis 50 Jahren <input type="checkbox"/> 6 G Schon länger her <input type="checkbox"/> 7 <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
816a	<p>Bitte übertragen Sie jetzt die Monats- und Jahresangabe aus Frage 716 von Seite 44 (falls angegeben) und kreuzen Sie zusätzlich an:</p> <p style="text-align: right;">Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Monat und Jahr aus Frage 716 ist mit Monat und Jahr aus Frage 816</p> <p style="text-align: right;">identisch <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">nicht identisch <input type="checkbox"/> 2</p>	<p style="text-align: right;">816b</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">817</p>
816b	<p>Handelt es sich bei dieser Situation, die Sie mir gerade genannt haben, um die gleiche Situation, über die Sie bereits bei körperlicher Gewalt berichtet haben?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p>	<p style="text-align: right;">900 S. 79</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">817</p>

817 Welche Personen waren das?

Geben Sie bitte nur die zutreffenden Kennziffern auf dieser Liste an und sagen Sie mir, ob diese Person männlich oder weiblich ist.

Liste 817 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!

		männl. weibl.		
		1	1	2
10	Jemand Unbekanntes / eine fremde Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Jemanden, den/die ich nur vom Sehen kenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Eine flüchtige Zufallsbekanntschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Arbeitskollege / Arbeitskollegin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Vorgesetzte(r) / Chef(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich zusammenlebe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich nicht zusammenlebe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich zusammengelebt habe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich nicht zusammengelebt habe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Erster Freund / erste Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Geliebte(r), mit dem/der ich keine feste Partnerschaft hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Jemand, mit dem ich nur eine sehr lockere sexuelle Beziehung hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Jemand aus der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Vater / Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Bruder / Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Tante / Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Cousin / Cousine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Großvater / Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Stiefvater / Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Sohn / Tochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Sonstige Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Freunde / Bekannte / Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	Jemand aus der Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	Jemand aus dem engsten Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Jemand aus dem weiteren Freundes- und Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Sonstige Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	Polizist(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	Betreuungsperson, Leiter(in) von Jugendgruppe, Trainer(in) im Sportverein etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	Andere Personen: _____			

Verweigert 97

Weiß nicht 98

Nr.		Weiter mit																								
818	<p>Welches Alter hatte die Person oder hatten die Personen, die das getan haben? Wenn Sie das Alter nicht genau wissen, dann schätzen Sie bitte.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="text-align: center;">Alter</th> <th style="text-align: center;">Verweigert</th> <th style="text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <th style="text-align: center;">97</th> <th style="text-align: center;">98</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">1. Person</td> <td style="text-align: center;"> _ _ Jahre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2. Person</td> <td style="text-align: center;"> _ _ Jahre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">3. Person</td> <td style="text-align: center;"> _ _ Jahre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Alter	Verweigert	Weiß nicht			97	98	1. Person	_ _ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Person	_ _ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Person	_ _ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Alter	Verweigert	Weiß nicht																							
		97	98																							
1. Person	_ _ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
2. Person	_ _ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
3. Person	_ _ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
819	<p>Als es passierte: Stand diese Person (standen diese Personen) Ihrer Einschätzung nach in der Situation unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen? Nur eine Nennung!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Ja, Alkohol</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Ja, Drogen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Ja, beides</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Verweigert ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Weiß nicht ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </tbody> </table>	Ja, Alkohol	<input type="checkbox"/>	1	Ja, Drogen	<input type="checkbox"/>	2	Ja, beides	<input type="checkbox"/>	3	Nein	<input type="checkbox"/>	4	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8							
Ja, Alkohol	<input type="checkbox"/>	1																								
Ja, Drogen	<input type="checkbox"/>	2																								
Ja, beides	<input type="checkbox"/>	3																								
Nein	<input type="checkbox"/>	4																								
Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7																								
Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																								
820	<p>Waren Sie selbst in dieser Situation durch Alkohol oder Drogen <u>beeinträchtigt</u>? Nur eine Nennung!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Ja, Alkohol</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Ja, Drogen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Ja, beides</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Verweigert ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Weiß nicht ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </tbody> </table>	Ja, Alkohol	<input type="checkbox"/>	1	Ja, Drogen	<input type="checkbox"/>	2	Ja, beides	<input type="checkbox"/>	3	Nein	<input type="checkbox"/>	4	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8							
Ja, Alkohol	<input type="checkbox"/>	1																								
Ja, Drogen	<input type="checkbox"/>	2																								
Ja, beides	<input type="checkbox"/>	3																								
Nein	<input type="checkbox"/>	4																								
Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7																								
Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																								
821	<p>Hatte die Person (hatten die Personen) eine Waffe, zum Beispiel eine Pistole oder ein Messer, bei sich? Mehrfachnennungen möglich!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Ja, Schusswaffe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ja, Messer</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ja, andere Waffe (<i>bitte notieren</i>):</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Verweigert ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Weiß nicht ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </tbody> </table>		<input type="checkbox"/>	1	Ja, Schusswaffe	<input type="checkbox"/>		Ja, Messer	<input type="checkbox"/>		Ja, andere Waffe (<i>bitte notieren</i>):	<input type="checkbox"/>		-----			Nein	<input type="checkbox"/>	4	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8	<p>822</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>823</p>
	<input type="checkbox"/>	1																								
Ja, Schusswaffe	<input type="checkbox"/>																									
Ja, Messer	<input type="checkbox"/>																									
Ja, andere Waffe (<i>bitte notieren</i>):	<input type="checkbox"/>																									

Nein	<input type="checkbox"/>	4																								
Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7																								
Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																								
822	<p>Wurde diese Waffe gegen Sie gerichtet?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Verweigert ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Weiß nicht ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </tbody> </table>	Ja	<input type="checkbox"/>	1	Nein	<input type="checkbox"/>	2	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8													
Ja	<input type="checkbox"/>	1																								
Nein	<input type="checkbox"/>	2																								
Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7																								
Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																								
823	<p>Hatten Sie in der Situation Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt werden zu können?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Nein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Verweigert ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Weiß nicht ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </tbody> </table>	Ja	<input type="checkbox"/>	1	Nein	<input type="checkbox"/>	2	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8													
Ja	<input type="checkbox"/>	1																								
Nein	<input type="checkbox"/>	2																								
Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7																								
Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																								

Nr.		Weiter mit
824	<p>Bitte sagen Sie mir anhand dieser Liste, was Sie alles in dieser Situation getan haben. <i>Liste 824 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</i></p> <p>Ich habe ...</p> <p>A um Hilfe gerufen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B mich mit Worten gewehrt, die Person beschimpft oder auf sie eingeredet <input type="checkbox"/></p> <p>C mich körperlich gewehrt, zurückgeschlagen u.ä. <input type="checkbox"/></p> <p>D eine Waffe gegen die Person gerichtet <input type="checkbox"/></p> <p>E versucht wegzulaufen <input type="checkbox"/></p> <p>F etwas anderes getan, um die Situation abzuwenden (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>..... -----</p> <p>G Nichts davon, konnte mich nicht wehren, war wie erstarrt oder unter Schock <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	825 826
825	<p>Konnten Sie damit die Situation abwenden?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
826	<p>Hatten Sie infolge der Situation eine oder mehrere der folgenden Verletzungen? Bitte geben Sie alles an, was zutrifft. <i>Liste 826 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</i></p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Blaue Flecken, Prellungen <input type="checkbox"/></p> <p>B Offene Wunden, z.B. Schnitte, Hautaufschürfungen, Verbrennungen <input type="checkbox"/></p> <p>C Vaginale Verletzungen; Blutungen im Genitalbereich <input type="checkbox"/></p> <p>D Unterleibsschmerzen <input type="checkbox"/></p> <p>E Verstauchungen, Zerrungen, Muskelrisse <input type="checkbox"/></p> <p>F Knochenbrüche am Körper <input type="checkbox"/></p> <p>G Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich (Nasenbruch, Verletzungen an den Zähnen) <input type="checkbox"/></p> <p>H Gehirnerschütterung <input type="checkbox"/></p> <p>J Fehlgeburt <input type="checkbox"/></p> <p>K Innere Verletzungen <input type="checkbox"/></p> <p>L Schmerzen im Körper <input type="checkbox"/></p> <p>M Andere Verletzungen (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>	827

Nr.		Weiter mit
827	<p>Haben Sie infolge dieses Ereignisses medizinische Hilfe in Anspruch genommen? Was von dieser Liste trifft auf Sie zu?</p> <p>Liste 827 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <p>Falls Punkt B genannt, fragen: Wie lange mussten Sie im Krankenhaus bleiben?</p> <p>A Ja, ich war beim Arzt / bei einer Ambulanz, aber ich musste nicht im Krankenhaus bleiben <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Ja, ich musste im Krankenhaus bleiben <input type="checkbox"/> 2 und zwar: <input type="text"/> Tage ←—————</p> <hr/> <p>C Nein, es waren nur leichte Verletzungen <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D Nein, aber es wäre nötig gewesen <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	828 831
828	<p>Haben Sie denjenigen, die Sie behandelt haben, erzählt, woher die Verletzungen stammen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
829	<p>Wurden Sie gefragt, woher die Verletzungen stammen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
830	<p>Wie zufrieden waren Sie mit der medizinischen Hilfe? Nennen Sie mir bitte einen Wert von dieser Liste. 1 bedeutet "sehr zufrieden", 6 "sehr unzufrieden". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p>Liste 830 vorlegen!</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr zufrieden</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr un- zufrieden</p> </div> </div> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 </p> <p style="text-align: center;"> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 0;"/> </p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
831	<p>Waren Sie durch das Ereignis so stark beeinträchtigt, dass Sie Ihren alltäglichen Aufgaben oder Ihrer Arbeit nicht mehr in gewohntem Maße nachgehen konnten?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Habe keine Arbeit / Aufgaben <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p>	
832	<p>Wurden Sie aufgrund des Ereignisses krank geschrieben?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Trifft nicht zu, benötige keine Krankschreibung <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

Nr.		Weiter mit
837	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Beschwerden aufgeführt, die in Folge einer solchen Situation auftreten können. Bitte sagen Sie mir, welche gesundheitlichen und seelischen Folgen die Situation für Sie hatte. Bitte nennen Sie mir nur die Kennbuchstaben.</p> <p>Liste 837 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! 1</p> <p>A Niedergeschlagenheit oder Depressionen <input type="checkbox"/></p> <p>B Schlafstörungen oder Alpträume <input type="checkbox"/></p> <p>C Dauerndes Grübeln über die Situation <input type="checkbox"/></p> <p>D Erhöhte Krankheitsanfälligkeit, häufigere Krankschreibungen <input type="checkbox"/></p> <p>E Vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühle von Erniedrigung <input type="checkbox"/></p> <p>F Erhöhte Ängste (z.B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen) <input type="checkbox"/></p> <p>G Probleme im Umgang mit Männern <input type="checkbox"/></p> <p>H Schwierigkeiten in Beziehungen, zu anderen Vertrauen aufzubauen <input type="checkbox"/></p> <p>J Probleme mit der Sexualität <input type="checkbox"/></p> <p>K Scham- oder Schuldgefühle <input type="checkbox"/></p> <p>L Ärger oder Rachegefühle <input type="checkbox"/></p> <p>M Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/></p> <p>N Schwierigkeiten bei Arbeit, Ausbildung und Studium <input type="checkbox"/></p> <p>O Selbstmordgedanken <input type="checkbox"/></p> <p>P Selbstverletzung <input type="checkbox"/></p> <p>Q Essstörungen <input type="checkbox"/></p> <p>R Andere Probleme (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nichts davon, hatte keine Beschwerden <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
838	<p>Hat dieses Ereignis dazu geführt, dass Sie Alkohol, Drogen oder Medikamente, wie z.B. Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder auch Antidepressiva bzw. Aufputschmittel genommen haben, um mit dem Ereignis besser fertig zu werden? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die auf Sie zutreffen.</p> <p>Liste 838 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! 1</p> <p>A Ja, Alkohol <input type="checkbox"/></p> <p>B Ja, Drogen <input type="checkbox"/></p> <p>C Ja, Beruhigungs- oder Schlafmittel <input type="checkbox"/></p> <p>D Ja, Antidepressiva oder Aufputschmittel ... <input type="checkbox"/></p> <p>E Nein, nichts davon genommen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

Nr.		Weiter mit																																								
839	<p>Hat eine oder mehrere dieser Situationen zu irgendwelchen langfristigen Folgen geführt wie z.B. Trennung, Umzug, Arbeitsplatzwechsel oder eine Therapie?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p style="text-align: center;">840</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: center;">841</p>																																								
840	<p>Welche langfristigen Folgen waren das? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die auf Sie persönlich zutreffen.</p> <p style="text-align: center;">Liste 840 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">Ja, führte zu folgenden Folgen: 1</p> <p>A Umzug <input type="checkbox"/></p> <p>B Trennung vom Partner <input type="checkbox"/></p> <p>C Bruch mit Familie, in der ich aufgewachsen bin <input type="checkbox"/></p> <p>D Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes <input type="checkbox"/></p> <p>E Abbruch oder Wechsel von Schule / Ausbildung / Studium <input type="checkbox"/></p> <p>F Beginn einer Therapie <input type="checkbox"/></p> <p>G Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/></p> <p>H Andere Folgen (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																																									
841	<p>Wenn Sie die Situation im Nachhinein beurteilen würden: War das, was passiert ist, für Sie ...</p> <p style="text-align: center;">Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Verweigert</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">7</th> <th style="text-align: center;">8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gewalt?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>eine Vergewaltigung?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ein Verbrechen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>etwas, für das diejenigen, die es getan haben, die Verantwortung tragen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>etwas, für das diejenigen, die es getan haben, bestraft werden müssen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>etwas, für das Sie sich mitverantwortlich fühlen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht		1	2	7	8	Gewalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eine Vergewaltigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ein Verbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	etwas, für das diejenigen, die es getan haben, die Verantwortung tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	etwas, für das diejenigen, die es getan haben, bestraft werden müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	etwas, für das Sie sich mitverantwortlich fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht																																						
	1	2	7	8																																						
Gewalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
eine Vergewaltigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
ein Verbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
etwas, für das diejenigen, die es getan haben, die Verantwortung tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
etwas, für das diejenigen, die es getan haben, bestraft werden müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
etwas, für das Sie sich mitverantwortlich fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
842	<p>Haben Sie oder andere infolge der Situation die Polizei eingeschaltet?</p> <p style="text-align: right;">Ja, Polizei wurde <u>von mir selbst</u> eingeschaltet <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Ja, Polizei wurde <u>durch andere</u> eingeschaltet <input type="checkbox"/> 2</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Nein, Polizei wurde nicht eingeschaltet <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p style="text-align: center;">843</p> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: center;">844</p>																																								

Nr.		Weiter mit
843	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">ACHTUNG: wichtiger Filter!</div> <p style="text-align: center;">Zielperson hat im Laufe des bisherigen Interviews die Polizei schon erwähnt und über Erfahrungen mit der Polizei berichtet <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">die Polizei noch nicht erwähnt <input type="checkbox"/> 2</p>	843a 845
843a	<p>Handelt es sich um dieselbe Situation mit der Polizei, die bereits vorher in unserem Gespräch beschrieben wurde?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 1</p>	900 S. 79 845
844	<p>Es kann ja unterschiedliche Gründe geben, warum man die Polizei nicht einschaltet. Warum haben Sie die Polizei nicht eingeschaltet? Bitte nennen Sie mir alle Kennbuchstaben von der Liste, die auf Sie zutreffen.</p> <p style="text-align: center;">Liste 844 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Der Fall war nicht so ernsthaft oder schlimm, dass ich es für nötig hielt <input type="checkbox"/></p> <p>B Ich hatte einen Schock / war zu nichts fähig <input type="checkbox"/></p> <p>C Ich wollte meine Ruhe haben und das Ereignis vergessen <input type="checkbox"/></p> <p>D Ich schämte mich bzw. fühlte mich selbst schuldig <input type="checkbox"/></p> <p>E Es war mir zu intim; ich hielt es für eine Privatsache <input type="checkbox"/></p> <p>F Es war eine einmalige Sache, die für mich abgeschlossen war <input type="checkbox"/></p> <p>G Ich hatte Angst, die Polizei würde mir nicht glauben, mich nicht ernst nehmen, das Problem mir anlasten <input type="checkbox"/></p> <p>H Ich glaubte nicht daran, dass die Polizei etwas tun könnte oder dass am Ende eine Verurteilung oder angemessene Bestrafung herauskommen würde <input type="checkbox"/></p> <p>J Ich wurde von jemandem (einer Beratungsstelle o.ä.) auf mangelnde Erfolgsaussichten bzw. auf die schwierige Beweislage hingewiesen <input type="checkbox"/></p> <p>K Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch den Täter/die Täterin <input type="checkbox"/></p> <p>L Ich wollte mit der Polizei und mit Gerichten nichts zu tun haben <input type="checkbox"/></p> <p>M Ich wollte nicht, dass der Täter/die Täterin verhaftet oder verurteilt wird <input type="checkbox"/></p> <p>N Ich habe es für mich selbst geregelt, private Rache geübt, meine Familie eingeschaltet <input type="checkbox"/></p> <p>O Ich wollte nicht die Partnerschaft mit der Person oder den Familienzusammenhalt gefährden; ich hatte Angst, die Kinder zu verlieren <input type="checkbox"/></p> <p>P Andere Gründe (bitte notieren): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	853 Seite 76
845	<p>Wann genau wurde die Polizei eingeschaltet? War das unmittelbar nach der Situation oder später? <i>Wenn später: Wie viel später?</i></p> <p>Unmittelbar danach <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Stunden später <input type="checkbox"/> 2</p> <p>und zwar: <input type="text"/> Stunden später ←</p> <p>Tage später <input type="checkbox"/> 3</p> <p>und zwar: <input type="text"/> Tage später ←</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

Nr.		Weiter mit																																										
846	<p>Ich nenne Ihnen verschiedene Besonderheiten, die bei der Polizei für Fälle wie Ihren möglich sind, und Sie sagen mir bitte, ob das in Ihrem Fall vorkam oder nicht.</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Verweigert</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <td>Gab es ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>eine Vernehmung durch weibliche Spezialkräfte bei der Polizei?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>einen Sonderbereich der Polizei, etwa für Sexualdelikte oder Gewalt in der Familie, der für Sie zuständig war?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>eine Betreuung durch polizeiliche Sozialarbeiterinnen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht	Gab es ...	1	2	7	8	eine Vernehmung durch weibliche Spezialkräfte bei der Polizei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	einen Sonderbereich der Polizei, etwa für Sexualdelikte oder Gewalt in der Familie, der für Sie zuständig war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eine Betreuung durch polizeiliche Sozialarbeiterinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht																																								
Gab es ...	1	2	7	8																																								
eine Vernehmung durch weibliche Spezialkräfte bei der Polizei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
einen Sonderbereich der Polizei, etwa für Sexualdelikte oder Gewalt in der Familie, der für Sie zuständig war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
eine Betreuung durch polizeiliche Sozialarbeiterinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
847	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Möglichkeiten genannt, was die Polizei alles tun kann. Was hat die Polizei in Ihrem Fall alles unternommen?</p> <p>Liste 847 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 90%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: right;">1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Die Polizei hat mich eingehend befragt</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D Die Polizei hat versucht, zu schlichten</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stuft ihn als zu geringfügig ein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Q Sonstiges (bitte notieren):</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding-top: 20px;"> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> </td> </tr> <tr> <td>Nichts davon trifft zu</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</td> </tr> </tbody> </table>		1	A Die Polizei hat mich eingehend befragt	<input type="checkbox"/>	B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt	<input type="checkbox"/>	C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt	<input type="checkbox"/>	D Die Polizei hat versucht, zu schlichten	<input type="checkbox"/>	E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen	<input type="checkbox"/>	F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben	<input type="checkbox"/>	G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt	<input type="checkbox"/>	H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stuft ihn als zu geringfügig ein	<input type="checkbox"/>	J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam	<input type="checkbox"/>	K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet	<input type="checkbox"/>	L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln	<input type="checkbox"/>	M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen	<input type="checkbox"/>	N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen	<input type="checkbox"/>	O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt	<input type="checkbox"/>	P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet	<input type="checkbox"/>	Q Sonstiges (bitte notieren):	<input type="checkbox"/>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>		Nichts davon trifft zu	<input type="checkbox"/>		Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97		Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98	
	1																																											
A Die Polizei hat mich eingehend befragt	<input type="checkbox"/>																																											
B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt	<input type="checkbox"/>																																											
C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt	<input type="checkbox"/>																																											
D Die Polizei hat versucht, zu schlichten	<input type="checkbox"/>																																											
E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen	<input type="checkbox"/>																																											
F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben	<input type="checkbox"/>																																											
G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt	<input type="checkbox"/>																																											
H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stuft ihn als zu geringfügig ein	<input type="checkbox"/>																																											
J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam	<input type="checkbox"/>																																											
K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet	<input type="checkbox"/>																																											
L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln	<input type="checkbox"/>																																											
M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen	<input type="checkbox"/>																																											
N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen	<input type="checkbox"/>																																											
O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt	<input type="checkbox"/>																																											
P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet	<input type="checkbox"/>																																											
Q Sonstiges (bitte notieren):	<input type="checkbox"/>																																											
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>																																												
Nichts davon trifft zu	<input type="checkbox"/>																																											
	Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97																																											
	Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98																																											

Nr.		Weiter mit
848	<p>Wie zufrieden waren Sie mit der Polizei? Nennen Sie mir bitte einen Wert von dieser Liste. 1 bedeutet "sehr zufrieden", 6 "sehr unzufrieden". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p>Liste 848 vorlegen!</p> <p style="text-align: center;"> Sehr zufrieden Sehr unzufrieden 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98 </p>	
849	<p>Was hätte von polizeilicher Seite besser laufen können?</p> <p>Bitte Stichworte notieren:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
850	<p>Haben Sie selbst gegen die Person Anzeige erstattet?</p> <p style="text-align: right;"> Ja <input type="checkbox"/> 1 ----- Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8 </p>	<p>851</p> <hr/> <p>852</p>
851	<p>Haben Sie die Anzeige aufrecht erhalten oder sie später wieder zurückgezogen?</p> <p style="text-align: right;"> Aufrecht erhalten <input type="checkbox"/> 1 ----- Später zurückgezogen <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8 </p>	<p>853</p> <hr/> <p>852</p>

Nr.		Weiter mit
852	<p>Was waren die wichtigsten Gründe dafür, dass Sie keine Anzeige erstattet oder sie nicht aufrecht erhalten haben? Bitte nennen Sie mir alle Kennbuchstaben, die auf Sie zutreffen.</p> <p>Liste 852 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! 1</p> <p>A Der Fall war nicht so ernsthaft oder schlimm, dass ich es für nötig hielt <input type="checkbox"/></p> <p>B Ich hatte einen Schock / war zu nichts fähig <input type="checkbox"/></p> <p>C Ich wollte meine Ruhe haben und das Ereignis vergessen <input type="checkbox"/></p> <p>D Ich schämte mich bzw. fühlte mich selbst schuldig <input type="checkbox"/></p> <p>E Es war mir zu intim; ich hielt es für eine Privatsache <input type="checkbox"/></p> <p>F Es war eine einmalige Sache, die für mich abgeschlossen war <input type="checkbox"/></p> <p>G Ich hatte Angst, die Polizei würde mir nicht glauben, mich nicht ernst nehmen, das Problem mir anlasten <input type="checkbox"/></p> <p>H Ich glaubte nicht daran, dass die Polizei etwas tun könnte oder dass am Ende eine Verurteilung oder angemessene Bestrafung herauskommen würde <input type="checkbox"/></p> <p>J Ich wurde von jemandem (einer Beratungsstelle o.ä.) auf mangelnde Erfolgsaussichten bzw. auf die schwierige Beweislage hingewiesen <input type="checkbox"/></p> <p>K Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch den Täter/die Täterin <input type="checkbox"/></p> <p>L Ich wollte mit der Polizei und mit Gerichten nichts zu tun haben <input type="checkbox"/></p> <p>M Ich wollte nicht, dass der Täter/die Täterin verhaftet oder verurteilt wird <input type="checkbox"/></p> <p>N Ich habe es für mich selbst geregelt, private Rache geübt, meine Familie eingeschaltet <input type="checkbox"/></p> <p>O Ich wollte nicht die Partnerschaft mit der Person oder den Familienzusammenhalt gefährden; ich hatte Angst, die Kinder zu verlieren <input type="checkbox"/></p> <p>P Andere Gründe (bitte notieren): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
853a	<p>Kam der Fall jemals vor Gericht?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 ----- Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	853b 861 Seite 78
853b	<p>Vor ein Strafgericht oder ein Zivilgericht/ Familiengericht?</p> <p style="text-align: right;">Strafgericht <input type="checkbox"/> 1 Zivilgericht/Familiengericht <input type="checkbox"/> Weiß nicht, Gericht nicht bekannt <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">----- Nein <input type="checkbox"/> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p>	854 861 Seite 78

Nr.		Weiter mit
854	Sind Sie vor Gericht als Nebenklägerin aufgetreten? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8	
855	Wann begann der Gerichtsprozess? Bitte nennen Sie mir Monat und Jahr. Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Verweigert <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 9997 Weiß nicht <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 9998	
856a	Wie viele Monate dauert /dauerte der Gerichtsprozess? <input type="text"/> <input type="text"/> Monate Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8	
856b	Ist der Prozess bereits abgeschlossen oder dauert er noch an? Prozess abgeschlossen <input type="checkbox"/> 1 ----- Prozess dauert noch an <input type="checkbox"/> 2	857 858
857	<p>Falls Prozess abgeschlossen ist:</p> <p>Mit welchem Ergebnis wurde der Gerichtsprozess abgeschlossen?</p> <p>Das Verfahren wurde eingestellt <input type="checkbox"/> 1 mit der Begründung: _____</p> <p>Der Täter wurde verurteilt <input type="checkbox"/> 1 zu einem Strafmaß von: _____</p> <p>Ist noch nicht abgeschlossen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Verweigert <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht <input type="checkbox"/> 8</p>	
858	Wie zufrieden waren (sind) Sie alles in allem mit dem Gerichtsprozess? Nennen Sie mir bitte einen Wert von dieser Liste. 1 bedeutet "sehr zufrieden", 6 "sehr unzufrieden". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen. <p>Liste 858 vorlegen!</p> <p style="text-align: center;"> Sehr zufrieden Sehr un- </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 zufrieden </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98 </p>	
859	Sind vor Gericht irgendwelche Probleme oder besondere Belastungen für Sie aufgetreten? Wenn ja, welche? Ja <input type="checkbox"/> 1 und zwar: _____ _____ Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8	

Nr.		Weiter mit
860	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Schwierigkeiten aufgeführt, die Menschen vor Gericht haben können. Traten eine oder mehrere dieser Schwierigkeiten bei Ihrem Prozess auf?</p> <p>Liste 860 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Dem Angeklagten wurde mehr geglaubt als mir <input type="checkbox"/></p> <p>B Hohe psychische Belastung durch die Gerichtsverhandlung <input type="checkbox"/></p> <p>C Hohe psychische Belastung durch erneute Konfrontation mit dem Täter <input type="checkbox"/></p> <p>D Zu lange Dauer des Prozesses <input type="checkbox"/></p> <p>E Der Anwalt des Angeklagten hat mich persönlich angegriffen und (indirekt) für die Tat verantwortlich gemacht <input type="checkbox"/></p> <p>F Ich wurde durch Richter oder Staatsanwalt (indirekt) für die Tat verantwortlich gemacht <input type="checkbox"/></p> <p>G Ich war erhöhten Gefahren ausgesetzt aufgrund von mangelndem Schutz vor weiterer Gewalt oder Rache des Täters <input type="checkbox"/></p> <p>H Die geringe Strafe bzw. der Freispruch belastete mich <input type="checkbox"/></p> <p>J Ich hatte das Gefühl, dass mir hier erneut Unrecht widerfährt <input type="checkbox"/></p> <p>K Ich hätte mehr psychischen Beistand während der Gerichtsverhandlung benötigt <input type="checkbox"/></p> <p>L Mein Anwalt/meine Anwältin war nicht gut genug für den Fall spezialisiert <input type="checkbox"/></p> <p>M Sonstiges (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Nichts davon, hatte keine Schwierigkeiten <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
861	<p>Wenn Sie alles in allem an die Situation denken, die Sie hier beschrieben haben: Was würden Sie einem Menschen raten, der in eine ähnliche Situation kommt?</p> <p>Bitte Stichworte notieren:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Nr.		Weiter mit
900	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">An alle</div> <p>In vielen Städten und Gemeinden gibt es Hilfsangebote für Menschen, die Opfer von körperlichen, sexuellen oder psychischen Übergriffen geworden sind. Kennen Sie solche Einrichtungen oder Institutionen?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
901	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Einrichtungen aufgeführt, die Hilfe anbieten. Haben Sie selbst schon einmal solche Einrichtungen genutzt, als Sie in einer solchen Situation waren? Nennen Sie mir bitte alle Buchstaben, die zutreffen.</p> <p>Liste 901 vorlegen und bis Frage 903 liegenlassen! Falls Ja: Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">Trifft nicht zu, war nicht in einer solchen Situation <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Ja, in Anspruch genommen: 1</p> <p>A Frauennotruf <input type="checkbox"/> B Frauenhaus <input type="checkbox"/> C Frauenberatungsstelle <input type="checkbox"/> D Andere Beratungsstelle <input type="checkbox"/> E Krisendienst <input type="checkbox"/> F Telefonseelsorge <input type="checkbox"/> G Therapeutische Praxis <input type="checkbox"/> H Psychiatrische Einrichtung <input type="checkbox"/> J Opferberatungsstelle <input type="checkbox"/> K Frauenbeauftragte der Polizei <input type="checkbox"/> L Frauenbeauftragte der Stadt/Gemeinde <input type="checkbox"/> M Frauenbeauftragte des Betriebes <input type="checkbox"/> N Gerichtliche Hilfen <input type="checkbox"/> O Andere Hilfe (bitte notieren): <input type="checkbox"/></p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Nein, nichts davon in Anspruch genommen, obwohl ich in einer solchen Situation war <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p style="text-align: center;">905</p> <p style="text-align: center;">902</p> <p style="text-align: center;">904</p>

902 Im folgenden möchte ich zu den eben genannten Einrichtungen einige Nachfragen stellen.
Kennbuchstaben von Frage 901 für jede genannte Einrichtung übertragen und dafür die Fragen A bis D stellen:

Kennbuchstaben von Frage 901 übertragen:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A Wie häufig haben Sie diese Einrichtung in Anspruch genommen?	<input type="text"/> mal	<input type="text"/> mal	<input type="text"/> mal	<input type="text"/> mal	<input type="text"/> mal	<input type="text"/> mal
B Falls nur einmal in Anspruch genommen: Wann war das ungefähr? Nennen Sie bitte Monat und Jahr. Falls mehr als einmal in Anspruch genommen: Wann genau haben Sie die Einrichtung <u>zum ersten Mal</u> in Anspruch genommen? Nennen Sie bitte Monat und Jahr. Und wann <u>zum letzten Mal</u> ? Nennen Sie bitte Monat und Jahr.	Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
C Wie zufrieden waren Sie mit der Hilfe und Unterstützung, die Sie dort bekamen? Bitte nennen Sie mir einen Wert zwischen 1 = sehr zufrieden und 6 = sehr unzufrieden. Liste 902 vorlegen und jeweils Skalenwert ankreuzen:	Skalenwert: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Skalenwert: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Skalenwert: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Skalenwert: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Skalenwert: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Skalenwert: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

D
Was könnte Ihrer Meinung nach an den Angeboten verbessert werden?
Wie ist das bei ...
Kennbuchstaben nennen und eintragen!

Kennbuchstabe

Nr.						
903	<p align="center">Kennbuchstaben der betreffenden Einrichtung erneut übertragen und fragen:</p> <p>Wir haben hier eine Liste von Problemen, die Frauen manchmal mit solchen Einrichtungen haben. Welche dieser Probleme hatten Sie mit der Einrichtung ... (Kennbuchstaben nennen)? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</p> <p align="center">Liste 903 vorlegen!</p>					
<p>Kennbuchstaben der Einrichtung von Frage 901, Seite 79, erneut übertragen:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	1	1	1	1	1
A Es kam nicht dazu, dass über die Gewalterfahrung gesprochen wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Ich bekam nicht die Hilfe, die ich brauchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Ich fühlte mich dort nicht einfühlsam behandelt und konnte kein Vertrauen zu den Personen aufbauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Ich hatte Angst vor mangelnder Anonymität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Ich hätte eine Frau zur Beratung bevorzugt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Ich hätte einen Mann zur Beratung bevorzugt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Zu viele andere Personen waren bei der Beratung anwesend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Das Angebot war zu teuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Es war zu viel bürokratischer Aufwand zu überwinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Ich erhielt keine weiterführenden Informationen über geeignete Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Die Wartezeiten für spezielle therapeutische Angebote waren zu lang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Ich hätte mehr Stärkung und Unterstützung gebraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N Ich hätte mehr praktische Hilfe, z.B. Vermittlung von Anwältin, Ärztin etc. gebraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O Andere Probleme (<i>bitte notieren</i>): _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Trifft nicht zu, ich hatte keines dieser Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verweigert	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 97
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 98

Weiter mit Frage 905, Seite 82

Nr.		Weiter mit
904	<p>Was waren die wichtigsten Gründe dafür, dass Sie keine dieser Hilfen in Anspruch genommen haben?</p> <p>Liste 904 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Der Fall schien mir zu geringfügig <input type="checkbox"/></p> <p>B Ich wusste nicht, wo ich Hilfe finden könnte <input type="checkbox"/></p> <p>C Solche Hilfen standen mir nicht zur Verfügung <input type="checkbox"/></p> <p>D Ich hatte Schwierigkeiten, die Hilfeeinrichtung mit Verkehrsmitteln zu erreichen <input type="checkbox"/></p> <p>E Die Öffnungszeiten passten für mich zeitlich nicht <input type="checkbox"/></p> <p>F Zu lange Wartezeiten <input type="checkbox"/></p> <p>G Ich schämte mich <input type="checkbox"/></p> <p>H Ich hatte Angst davor, dass niemand mir glauben würde <input type="checkbox"/></p> <p>J Ich hatte Angst vor unangenehmen Nachfragen <input type="checkbox"/></p> <p>K Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch Täter <input type="checkbox"/></p> <p>L Ich hatte Angst davor, dass die Anonymität nicht gewährleistet wäre <input type="checkbox"/></p> <p>M Ich brauchte keine dieser Hilfen <input type="checkbox"/></p> <p>N Andere Gründe (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
905	<p>Kennen Sie das neue Gewaltschutzgesetz?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>906</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>907</p>
906	<p>Was wissen Sie darüber?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Nr.		Weiter mit
907	Wir haben jetzt noch einige allgemeine Fragen zu den Themen Haushalt, Familie und Partnerschaft. Leben Sie in einem privaten Haushalt oder in einem Heim oder in einer vorübergehenden Unterkunft? <p style="text-align:center;"><i>Liste 907 vorlegen!</i></p> A Privater Haushalt <input type="checkbox"/> 1 ----- B Wohnheim, Pflegeheim etc.: dauerhaft <input type="checkbox"/> 2 C Wohnheim, Pflegeheim etc.: vorübergehend <input type="checkbox"/> 3 D Vorübergehende Unterkunft: Hotel <input type="checkbox"/> 4 E Vorübergehende Unterkunft: Frauenhaus <input type="checkbox"/> 5 F Vorübergehende Unterkunft: bei Freunden <input type="checkbox"/> 6 G Sonstiges (bitte notieren): <input type="checkbox"/> 7 _____	908 910

908	Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Kinder und Sie selbst mit eingeschlossen? Zählen Sie bitte dazu auch Kleinkinder bzw. Personen, die normalerweise hier wohnen, aber zur Zeit abwesend sind, z.B. im Krankenhaus oder im Urlaub sind.	Lebe allein <input type="checkbox"/> 1 ----- Insgesamt <input type="text"/> Personen	910 909
-----	---	--	---------------------------------------

909	Bitte nennen Sie mir zunächst die Vornamen dieser Personen, beginnend mit der <u>ältesten</u> Person. <p style="text-align:center;">Namen auf in erste Zeile notieren und anschließend für jede Person die Fragen 909 B bis 909 E stellen!</p> <p style="text-align:center;">Zielperson hier nicht eintragen!</p>
-----	--

	Zielperson	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person	7. Person	8. Person
Frage 909A Vorname:		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Frage 909B Geschlecht:		m. <input type="checkbox"/> 1 w. <input type="checkbox"/> 2	m. <input type="checkbox"/> 1 w. <input type="checkbox"/> 2	m. <input type="checkbox"/> 1 w. <input type="checkbox"/> 2	m. <input type="checkbox"/> 1 w. <input type="checkbox"/> 2	m. <input type="checkbox"/> 1 w. <input type="checkbox"/> 2	m. <input type="checkbox"/> 1 w. <input type="checkbox"/> 2	m. <input type="checkbox"/> 1 w. <input type="checkbox"/> 2
Frage 909C In welchem Jahr ist ... geboren?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997
Frage 909D In welcher Beziehung steht diese Person zu Ihnen? Liste 909D!		Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97
Frage 909E Was trifft derzeit auf diese Person zu? Liste 909E!		Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kennbuchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97

Wenn mehr als 8 Personen eingetragen werden müssten: Anzahl dieser weiteren Personen eintragen: →
Bitte nochmals prüfen, ob alle im Haushalt lebenden Personen auch aufgeführt sind!

Nr.		Weiter mit
910	<p>Welche Einkommen bezieht Ihr Haushalt derzeit im Monat? Bitte nennen Sie mir alle Einkommensarten auf der Liste, die zum monatlichen Einkommen Ihres Haushaltes beitragen.</p> <p>Liste 910 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Einkommen aus beruflicher Tätigkeit <input type="checkbox"/></p> <p>B Leistungen des Arbeitsamtes, z.B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Altersübergangsgeld <input type="checkbox"/></p> <p>C Leistungen des Sozialamtes, z.B. Sozialhilfe etc. <input type="checkbox"/></p> <p>D Altersrente, Pension, Witwen- oder Hinterbliebenenrente, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/></p> <p>E Betriebsrente oder Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes <input type="checkbox"/></p> <p>F Krankengeld, gezahlt von einer Krankenkasse <input type="checkbox"/></p> <p>G Erziehungsgeld, Kindergeld <input type="checkbox"/></p> <p>H Wohngeld <input type="checkbox"/></p> <p>J Ausbildungsförderung, z.B. BaFög <input type="checkbox"/></p> <p>K Unterhalt durch Ex-Partner <input type="checkbox"/></p> <p>L Finanzielle Unterstützung durch Eltern <input type="checkbox"/></p> <p>M Sonstige Einkommen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
911	<p>Wenn Sie jetzt alle Einkommensarten von allen Personen Ihres Haushaltes zusammennehmen: Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung <u>insgesamt</u>? Bitte sagen Sie mir, welcher Buchstabe von dieser Liste auf Ihr Haushalts-Nettoeinkommen zutrifft.</p> <p>Liste 911 vorlegen! Falls "verweigert": bitte auf Anonymität hinweisen!</p> <p style="text-align: right;">unter 150 Euro A <input type="checkbox"/> 01</p> <p style="text-align: right;">150 bis unter 300 Euro B <input type="checkbox"/> 02</p> <p style="text-align: right;">300 bis unter 500 Euro C <input type="checkbox"/> 03</p> <p style="text-align: right;">500 bis unter 700 Euro D <input type="checkbox"/> 04</p> <p style="text-align: right;">700 bis unter 900 Euro E <input type="checkbox"/> 05</p> <p style="text-align: right;">900 bis unter 1200 Euro F <input type="checkbox"/> 06</p> <p style="text-align: right;">1200 bis unter 1800 Euro G <input type="checkbox"/> 07</p> <p style="text-align: right;">1800 bis unter 2300 Euro H <input type="checkbox"/> 08</p> <p style="text-align: right;">2300 bis unter 2800 Euro J <input type="checkbox"/> 09</p> <p style="text-align: right;">2800 bis unter 3300 Euro K <input type="checkbox"/> 06</p> <p style="text-align: right;">3300 bis unter 3800 Euro L <input type="checkbox"/> 07</p> <p style="text-align: right;">3800 bis unter 5100 Euro M <input type="checkbox"/> 08</p> <p style="text-align: right;">5100 bis unter 7600 Euro N <input type="checkbox"/> 09</p> <p style="text-align: right;">7600 Euro und mehr O <input type="checkbox"/> 10</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.		Weiter mit
912	<p>Wie hoch ist Ihr eigenes monatliches Nettoeinkommen nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung <u>insgesamt</u>? (Bitte denken Sie dabei auch an Arbeitslosengeld, Rente, Kurzarbeitsgeld, Erziehungsgeld oder sonstige Unterstützung.)</p> <p>Bitte sagen Sie mir, welcher Buchstabe von dieser Liste auf Ihr eigenes Nettoeinkommen zutrifft.</p> <p>Liste 912 vorlegen! Falls "verweigert": bitte auf Anonymität hinweisen!</p> <p style="text-align: right;">Kennbuchstabe: <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p> <hr/> <p style="text-align: right;">P Habe kein eigenes Einkommen ... <input type="checkbox"/> 96</p>	<p style="text-align: center;">913</p> <hr/> <p style="text-align: center;">914</p>
913	<p>Bitte schätzen Sie, wie hoch in etwa der prozentuale Anteil ist, den Sie zum Haushaltseinkommen beitragen.</p> <p style="text-align: right;">(Circa) <input type="text"/> %</p> <p style="text-align: right;">Habe kein eigenes Einkommen <input type="checkbox"/> 996</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 997</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 998</p>	
914	<p>Welchen Familienstand haben Sie heute? Sind Sie ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <p style="text-align: right;">verheiratet und leben mit Ihrem Ehepartner zusammen? .. <input type="checkbox"/> 1</p> <hr/> <p style="text-align: right;">verheiratet und vom Ehepartner getrennt lebend? <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">sind Sie geschieden? <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">verwitwet? <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;">oder sind Sie ledig? <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p style="text-align: center;">916</p> <hr/> <p style="text-align: center;">915</p>
915	<p>Leben Sie zur Zeit in einer festen Partnerschaft?</p> <p>Das heißt nicht notwendigerweise, dass Sie mit dem festen Partner in einer Wohnung zusammen leben.</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Zielperson soll selbst einschätzen, was für sie eine <u> feste Partnerschaft </u> ist!</p>	<p style="text-align: center;">916</p> <hr/> <p style="text-align: center;">929</p> <p style="text-align: center;">Seite 90</p>
916	<p>Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu Ihrem heutigen (Ehe-)Partner bzw. Ihrer heutigen Partnerin stellen.</p> <p>Bitte nennen Sie mir den Vornamen oder ein Kürzel (und das Geschlecht).</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Männlich <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Weiblich <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	



Nr.		Weiter mit																																																																																										
923	<p>In welchem Land wurde Ihr heutiger Partner / Ihre heutige Partnerin geboren?</p> <p>Liste 923 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung</p> <p>Griechenland <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Italien <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Polen <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Türkei <input type="checkbox"/> 4</p> <p>USA <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Staaten des ehemaligen Jugoslawien <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Staaten der ehemaligen Sowjetunion <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Anderes Land (<i>bitte angeben</i>): <input type="checkbox"/> 8</p> <p>_____</p> <p>Ist staatenlos <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																																																																																											
924	<p>In welchem Land ist der Vater und in welchem Land ist die Mutter Ihres Partners / Ihrer Partnerin geboren?</p> <p>Bitte nennen Sie mir den jeweiligen Kennbuchstaben von dieser Liste.</p> <p>Liste 924 vorlegen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Vater</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Mutter</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th></th> <th style="text-align: center;">2</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 5%;">A</td> <td style="width: 70%;">In Ostdeutschland (ehemalige DDR)</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">.....</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>In Westdeutschland / Westberlin</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>In den früheren deutschen Ostgebieten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>In Griechenland</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>In Italien</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>In Polen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>In der Türkei</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>In den USA</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>J</td> <td>In den Staaten des ehemaligen Jugoslawien</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>In den Staaten der ehemaligen Sowjetunion</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L</td> <td>In einem anderen Land</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>97</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>98</td> </tr> </tbody> </table>			Vater		Mutter				1		2		A	In Ostdeutschland (ehemalige DDR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B	In Westdeutschland / Westberlin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C	In den früheren deutschen Ostgebieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		D	In Griechenland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		E	In Italien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		F	In Polen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		G	In der Türkei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		H	In den USA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		J	In den Staaten des ehemaligen Jugoslawien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		K	In den Staaten der ehemaligen Sowjetunion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		L	In einem anderen Land	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	
		Vater		Mutter																																																																																								
		1		2																																																																																								
A	In Ostdeutschland (ehemalige DDR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
B	In Westdeutschland / Westberlin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
C	In den früheren deutschen Ostgebieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
D	In Griechenland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
E	In Italien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
F	In Polen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
G	In der Türkei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
H	In den USA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
J	In den Staaten des ehemaligen Jugoslawien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
K	In den Staaten der ehemaligen Sowjetunion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
L	In einem anderen Land	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97																																																																																							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98																																																																																							

Nr.		Weiter mit
925	<p>Welchen höchsten Schulabschluss hat Ihr Partner / Ihre Partnerin?</p> <p>Liste 925 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <p>A Schule beendet ohne Abschluss <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Volks- oder Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C Mittlere Reife, Realschulabschluss (Fachschulreife) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 8. Klasse <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 10. Klasse <input type="checkbox"/> 5</p> <p>F Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> 6</p> <p>G Abitur (Hochschulreife) oder erweiterte Oberschule (EOS) mit Abschluss 12. Klasse; Berufsausbildung mit Abitur <input type="checkbox"/> 7</p> <p>H Anderen Abschluss (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/> 8</p> <p>_____</p> <p>J Geht noch zur Schule <input type="checkbox"/> 9</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
926	<p>Und welchen höchsten Ausbildungsabschluss hat Ihr Partner / Ihre Partnerin?</p> <p>Liste 926 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <p>A Beruflich-betrieblichen Anlernzeit mit Abschlusszeugnis (aber keine Lehre) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Teilfacharbeiterabschluss <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C Abgeschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D Abgeschlossene kaufmännische Lehre <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E Abgeschlossene hauswirtschaftliche Lehre <input type="checkbox"/> 5</p> <p>F Berufliches Praktikum, Volontariat <input type="checkbox"/> 6</p> <p>G Berufsfachschulabschluss <input type="checkbox"/> 7</p> <p>H Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> 8</p> <p>J Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> 9</p> <p>K Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> 10</p> <p>L Hochschulabschluss <input type="checkbox"/> 11</p> <p>M Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> 12</p> <p>N Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> 13</p> <p>O Noch keinen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> 14</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	


Nr.		Weiter mit
927	<p>Ist Ihr Partner / Ihre Partnerin derzeit ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <p>erwerbstätig <input type="checkbox"/> 1</p> <p>arbeitslos <input type="checkbox"/> 2</p> <p>im Ruhestand / Vorruhestand <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hausmann / Hausfrau <input type="checkbox"/> 4</p> <p>aus anderen Gründen nicht erwerbstätig? ... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
928	<p>Bitte geben Sie mir den ungefähren Nettoverdienst Ihres Partners / Ihrer Partnerin an.</p> <p>Liste 928 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <p>A unter 150 Euro <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B 150 bis unter 300 Euro <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C 300 bis unter 500 Euro <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D 500 bis unter 700 Euro <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E 700 bis unter 900 Euro <input type="checkbox"/> 5</p> <p>F 900 bis unter 1200 Euro <input type="checkbox"/> 6</p> <p>G 1200 bis unter 1800 Euro <input type="checkbox"/> 7</p> <p>H 1800 bis unter 2300 Euro <input type="checkbox"/> 8</p> <p>J 2300 bis unter 2800 Euro <input type="checkbox"/> 9</p> <p>K 2800 bis unter 3300 Euro <input type="checkbox"/> 10</p> <p>L 3300 bis unter 3800 Euro <input type="checkbox"/> 11</p> <p>M 3800 bis unter 5100 Euro <input type="checkbox"/> 12</p> <p>N 5100 bis unter 7600 Euro <input type="checkbox"/> 13</p> <p>O 7600 Euro und mehr <input type="checkbox"/> 14</p> <p>P Partner hat kein eigenes Einkommen <input type="checkbox"/> 15</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.		Weiter mit
929	<p>In den folgenden Fragen geht es nun um Ihre anderen Partnerschaften. Hatten Sie früher schon einmal eine oder mehrere Partnerschaften, die für Sie feste Partnerschaften waren? Bitte denken Sie jetzt auch an Ihren letzten Partner, falls dieser bereits verstorben ist, oder von dem Sie geschieden oder getrennt leben.</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p> <p><i>Zielperson soll selbst einschätzen, was für sie eine feste Partnerschaft ist!</i></p>	930 945 Seite 92
930	<p>Wie viele andere feste Partnerschaften sind das gewesen?</p> <p style="text-align: right;">Anzahl <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
931	<p><i>Bitte die Fragen 932 bis 943 für jeden anderen Partner stellen und im Schema Seite 91 eintragen!</i></p> <p>In den nächsten Fragen geht es nur um die drei letzten Partnerschaften.</p> <p>Falls Sie derzeit in einer Partnerschaft leben, beginnen Sie bitte mit der letzten Partnerschaft davor.</p> <p>Falls Sie derzeit in keiner Partnerschaft leben, beginnen Sie bitte mit Ihrem letzten Partner (auch wenn dieser verstorben ist, Sie geschieden oder getrennt leben).</p>	

	Letzter Partner	Vorletzter Partner	Drittletzter Partner
932 Bitte nennen Sie mir den Vornamen oder Kürzel (und das Geschlecht).	_____ männlich <input type="checkbox"/> ₁ weiblich <input type="checkbox"/> ₂	_____ männlich <input type="checkbox"/> ₁ weiblich <input type="checkbox"/> ₂	_____ männlich <input type="checkbox"/> ₁ weiblich <input type="checkbox"/> ₂
933 Von wann bis wann waren Sie mit diesem Partner zusammen? Nennen Sie mir bitte Monat und Jahr.	v o n b i s <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr Monat Jahr	v o n b i s <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr Monat Jahr	v o n b i s <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr Monat Jahr
934 War dieser Partner etwa gleich alt wie Sie, älter oder jünger als Sie? Um wie viele Jahre?	Gleich alt ... <input type="checkbox"/> ₁ Älter <input type="checkbox"/> ₂ um <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre Jünger. <input type="checkbox"/> ₃ um <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	Gleich alt ... <input type="checkbox"/> ₁ Älter <input type="checkbox"/> ₂ um <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre Jünger. <input type="checkbox"/> ₃ um <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	Gleich alt ... <input type="checkbox"/> ₁ Älter <input type="checkbox"/> ₂ um <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre Jünger. <input type="checkbox"/> ₃ um <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
935 Sind Sie mit diesem Partner zusammengezogen? Wenn ja: In welchem Monat und welchem Jahr?	Ja <input type="checkbox"/> ₁ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr Nein .. <input type="checkbox"/> ₂	Ja <input type="checkbox"/> ₁ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr Nein .. <input type="checkbox"/> ₂	Ja <input type="checkbox"/> ₁ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr Nein .. <input type="checkbox"/> ₂
936 Haben Sie diesen Partner geheiratet? Wenn ja: In welchem Monat und welchem Jahr?	Ja <input type="checkbox"/> ₁ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr Nein .. <input type="checkbox"/> ₂	Ja <input type="checkbox"/> ₁ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr Nein .. <input type="checkbox"/> ₂	Ja <input type="checkbox"/> ₁ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr Nein .. <input type="checkbox"/> ₂
937 In welchem Jahr wurde die Partnerschaft beendet?	Im Jahr <input type="text"/> <input type="text"/>	Im Jahr <input type="text"/> <input type="text"/>	Im Jahr <input type="text"/> <input type="text"/>
938 Wurde die Partnerschaft durch Trennung, Scheidung oder Tod beendet? Mehrfachnennungen möglich!	¹ Trennung <input type="checkbox"/> Scheidung .. <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/>	¹ Trennung <input type="checkbox"/> Scheidung .. <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/>	¹ Trennung <input type="checkbox"/> Scheidung .. <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/>
939 Welche Staatsangehörigkeit hatte dieser Partner? Mehrfachnennungen möglich!	¹ Deutsch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Griechisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Andere (bitte notieren):..... <input type="checkbox"/> _____ W.n. <input type="checkbox"/> ₉₈	¹ Deutsch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Griechisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Andere (bitte notieren):..... <input type="checkbox"/> _____ W.n. <input type="checkbox"/> ₉₈	¹ Deutsch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Griechisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Andere (bitte notieren):..... <input type="checkbox"/> _____ W.n. <input type="checkbox"/> ₉₈
940 Ist dieser Partner im Gebiet des heutigen Deutschland geboren?	Ja <input type="checkbox"/> ₁ ▶ 942 Nein .. <input type="checkbox"/> ₂ W.n. <input type="checkbox"/> ₈ ↓	Ja <input type="checkbox"/> ₁ ▶ 942 Nein .. <input type="checkbox"/> ₂ W.n. <input type="checkbox"/> ₈ ↓	Ja <input type="checkbox"/> ₁ ▶ 942 Nein .. <input type="checkbox"/> ₂ W.n. <input type="checkbox"/> ₈ ↓
941 Liste 941 vorlegen! In welchem Land wurde dieser Partner geboren?	Kennbuchstaben eintragen: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> ₉₈	Kennbuchstaben eintragen: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> ₉₈	Kennbuchstaben eintragen: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> ₉₈
942 Liste 942 vorlegen! Welchen höchsten Schulabschluss hatte dieser Partner am Ende Ihrer Partnerschaft?	Kennbuchstaben eintragen: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> ₉₈	Kennbuchstaben eintragen: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> ₉₈	Kennbuchstaben eintragen: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> ₉₈
943 Liste 943 vorlegen! Welchen höchsten Ausbildungsabschluss hatte dieser Partner?	Kennbuchstaben eintragen: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> ₉₈	Kennbuchstaben eintragen: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> ₉₈	Kennbuchstaben eintragen: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> ₉₈
944 Waren Sie davor schon einmal mit einem festen Lebenspartner zusammen?	Ja <input type="checkbox"/> ₁ ▶ 932 vorletzter Partner _____ Nein <input type="checkbox"/> ₂ ▶ 945	Ja <input type="checkbox"/> ₁ ▶ 932 drittletzter Partner _____ Nein <input type="checkbox"/> ₂ ▶ 945	Ja <input type="checkbox"/> ₁ ▶ 945 _____ Nein <input type="checkbox"/> ₂ ▶ 945

Nr.			Weiter mit
I.	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Ab hier ohne Zielperson ausfüllen!</div> <p>Lage zum Ort:</p>	Einzel-/Streubebauung außerhalb <input type="checkbox"/> 1 Geschlossene Siedlung außerhalb <input type="checkbox"/> 2 Randlage <input type="checkbox"/> 3 Zentrumsnähe <input type="checkbox"/> 4 Ortskern / Innenstadt / City <input type="checkbox"/> 5	
II.	<p>Falls nicht Großstadt mit mindestens 100.000 Einwohnern: Entfernung des Zentrums der nächstgelegenen Großstadt (mind. 100.000 Einwohner)</p> <div style="text-align: right;">  km </div>		
III.	<p>Überwiegende Gebäudeart in der Straße / Quartierstyp:</p>	Landwirtschaftliche Gebäude <input type="checkbox"/> 1 1- bis 2-Familienhäuser freistehend <input type="checkbox"/> 2 in Reihenbebauung <input type="checkbox"/> 3 Mehrfamilienhäuser freistehend <input type="checkbox"/> 4 in Reihenbebauung <input type="checkbox"/> 5 in geschlossener Bebauung <input type="checkbox"/> 6 Hochhausbebauung (mind. 6 Stockwerke) <input type="checkbox"/> 7 Industrie- oder Gewerbegebiet <input type="checkbox"/> 8 Nicht zuzuordnen <input type="checkbox"/> 9	
IV.	<p>Haustyp:</p>	Einfamilienhaus oder Doppelhaushälfte <input type="checkbox"/> 1 Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> 2 mit ca.  Parteien ←	
V.	<p>Einschätzung der Wohnlage:</p>	<div style="text-align: center;"> 1 2 3 4 5 Eindeutig gehoben <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> Sehr einfach </div>	
VI.	<p>Überwiegender Zustand von Gebäudeumfeld, Freiflächen usw.:</p>	<div style="text-align: center;"> 1 2 3 4 5 Sehr gepflegt <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> Ungepflegt </div>	
VII.	<p>Zustand des Gebäudes, in dem die Zielperson lebt:</p>	<div style="text-align: center;"> 1 2 3 4 5 Sehr gut erhalten <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> Baufällig </div>	
VIII.	<p>Bitte eintragen:</p> <p>Interview fand in der Wohnung der Zielperson statt <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Interview fand nicht in der Wohnung der Zielperson statt <input type="checkbox"/> 2</p>		<p style="text-align: center;">X</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">XII</p>

Nr.		Weiter mit																																			
IX.	Die Wohnung der Zielperson ist zu erreichen: <div style="float: right; margin-left: 20px;"> ohne Treppenstufen <input type="checkbox"/> 1 bis zu 10 Treppenstufen <input type="checkbox"/> 2 über 10 Treppenstufen <input type="checkbox"/> 3 </div>																																				
X.	Fahrstuhl vorhanden: <div style="float: right; margin-left: 20px;"> Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 </div>																																				
XI.	Gesamteindruck der Wohnung: <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">hell</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">düster</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">billige Ausstattung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">teure Ausstattung</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">gepflegt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">vernachlässigt</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">eng</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">geräumig</td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px; text-align: right;"> Interview fand außerhalb der Wohnung statt <input type="checkbox"/> 1 </div> </div>		1	2	3	4	5		hell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	düster	billige Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	teure Ausstattung	gepflegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vernachlässigt	eng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geräumig	
	1	2	3	4	5																																
hell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	düster																															
billige Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	teure Ausstattung																															
gepflegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vernachlässigt																															
eng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geräumig																															
XII.	Wurde das Interview mit der Zielperson allein durchgeführt oder waren während des Interviews dritte Personen anwesend? Wenn ja, welche? Waren diese Personen im gleichen Zimmer oder nur in der Wohnung? <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 1 Interview mit Zielperson allein durchgeführt <input type="checkbox"/> </div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> Beim Interview waren außer der Zielperson dabei: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"></th> <th style="text-align: center; font-size: small;">An- wesend 1</th> <th style="text-align: center; font-size: small;">Im gleichen Zimmer 2</th> <th style="text-align: center; font-size: small;">In der Wohnung 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">Ehegatte / Partner</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Kinder</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Andere Familienangehörige</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Sonstige Personen (<i>bitte notieren</i>):</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">..... <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		An- wesend 1	Im gleichen Zimmer 2	In der Wohnung 3	Ehegatte / Partner	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kinder	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andere Familienangehörige	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sonstige Personen (<i>bitte notieren</i>):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	XIV															
	An- wesend 1	Im gleichen Zimmer 2	In der Wohnung 3																																		
Ehegatte / Partner	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
Kinder	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
Andere Familienangehörige	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
Sonstige Personen (<i>bitte notieren</i>):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
XIII.	Hat jemand von den anwesenden Personen in das Interview eingegriffen? <div style="float: right; margin-left: 20px;"> Ja, manchmal <input type="checkbox"/> 1 Ja, häufig <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 </div>																																				
XIV.	Wie war die Bereitschaft der Zielperson, die Fragen zu beantworten? <div style="float: right; margin-left: 20px;"> Gut <input type="checkbox"/> 1 Mittelmäßig <input type="checkbox"/> 2 Schlecht <input type="checkbox"/> 3 Anfangs gut, später schlechter <input type="checkbox"/> 4 Anfangs schlecht, später besser <input type="checkbox"/> 5 </div>																																				

Nr.		Weiter mit
XV.	<p>Wie sind die Angaben der Zielperson einzustufen?</p> <p style="text-align: right;">Insgesamt zuverlässig <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Insgesamt weniger zuverlässig <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Bei einigen Fragen weniger zuverlässig <input type="checkbox"/> 3</p> <div style="margin-left: 100px;"> <p>bitte notieren:</p>  </div> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
XVI.	<p>Der Zielperson bereitete die Beantwortung folgender Fragen Schwierigkeiten:</p> <p>Frage-Nr. Welcher Art waren diese Schwierigkeiten? (Bitte kurz notieren):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Nr.		Weiter mit
XVII.	<p>Zum schriftlichen Fragebogen (Teil II), den die Zielperson am Ende des mündlichen Interviews bearbeitet hat:</p> <p>Wieviel Zeit hat die Befragte gebraucht, um den schriftlichen Fragebogen zu beantworten? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten</p> <p>Der Fragebogen wurde ...</p> <p>vollständig beantwortet <input type="checkbox"/> 1</p> <p>abgebrochen <input type="checkbox"/> 2</p> <p>ganz verweigert <input type="checkbox"/> 3</p> <p>↓</p> <p>Aus welchen Gründen?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
XVIII.	<p>Dauer des mündlichen Interviews <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten</p> <p style="text-align: center;">Tag Monat Jahr</p> <p>Datum des Interviews <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Postleitzahl des Befragungsortes: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
XIX.	<p>Zu mir selbst:</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre alt</p> <p>Interviewer-Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
	<p>Ich versichere mit meiner Unterschrift, das Interview entsprechend allen Anwei- sungen korrekt durchgeführt zu haben:</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Unterschrift</p>	



**Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit
von Frauen in Deutschland**

Hauptstudie 2003

**Schriftlicher Fragebogen
Selbstaussfüller**

Lfd.-Nr. eintragen:

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

¹⁻⁶

Alle Rechte für Formulierung und Anordnung des Fragebogens liegen bei
infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Bonn und
IFF – Interdisziplinäres Frauenforschungszentrum, Universität Bielefeld

Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Dezember 2002

3144 Hd, Pa

Worum wir Sie bitten:

Wir danken Ihnen für die Teilnahme an unserer Studie. Auftraggeber ist das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Im mündlichen Interviewgespräch haben Sie uns bereits zu unterschiedlichen Lebensbereichen Fragen beantwortet. Mit diesem schriftlichen Fragebogen möchten wir einige Bereiche noch etwas vertiefen.

Für Ihre Mühe bedanken wir uns ganz herzlich!

Was mit Ihren Angaben geschieht:

Das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft und das Interdisziplinäre Frauenforschungszentrum der Universität Bielefeld tragen die volle datenschutzrechtliche Verantwortung. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Alle Daten werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Person welche Angaben gemacht hat. Mit anderen Worten: **Der Datenschutz ist voll und ganz gewährleistet.**

Wie der Fragebogen auszufüllen ist:

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Bitte beantworten Sie jede Frage so, wie diese auf Sie persönlich zutrifft.

Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffende Antwortmöglichkeit in den dafür vorgesehenen Kästchen an.

Sollten Sie sich einmal bei einer Antwort geirrt haben, kreisen Sie dieses Kästchen bitte ein und kreuzen die richtige Antwort an.

Bitte beantworten Sie die Fragen nacheinander in der vorgegebenen Reihenfolge

Achten Sie bitte beim Ausfüllen auf die Hinweise bei den einzelnen Fragen.
Manchmal muss zu weiter hinten liegenden Fragen gesprungen werden.

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterin.

Für Ihre Mühe bedanken wir uns ganz herzlich!

Ihr infas Institut und das IFF - Interdisziplinäre Frauenforschungszentrum.

5. **Leben Sie mit Ihrem heutigen Partner zusammen in einem gemeinsamen Haushalt?**

Ja¹

Nein² →

Bitte weiter mit Frage 7

6. **In einem Haushalt fallen verschiedene Tätigkeiten an. Wie werden die Tätigkeiten in Ihrem Haushalt zwischen Ihnen und Ihrem Partner aufgeteilt?**

Bitte machen Sie in **jede** Zeile ein Kreuz!

Wer verrichtet die Tätigkeiten?

	Stets ich selbst	Meistens ich selbst	Jeder zur Hälfte/ beide gemeinsam	Meistens mein Partner	Stets mein Partner	Wird von uns beiden nicht gemacht oder von anderen Personen erledigt
	1	2	3	4	5	6
Zubereitung der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufen der Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleine Reparaturen in Haus/Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäsche waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versicherungsangelegenheiten erledigen/ Kontakt zu Behörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spülen und Aufräumen nach den Mahlzeiten ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzen der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung und Versorgung der Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. **Wie oft hat Ihr Partner in den letzten 12 Monaten Bier, Wein oder andere alkoholische Getränke getrunken?**

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Jeden Tag ¹
- Fast jeden Tag ²
- 2- bis 3-mal die Woche ³
- 1-mal die Woche ⁴
- 1-mal alle 2 Wochen ⁵
- 1-mal im Monat ⁶
- 1-mal alle 2 Monate ⁷
- Seltener als alle 2 Monate ⁸
- Nie ⁹
- Weiß nicht ⁹⁸

8. **Wie oft hat Ihr Partner in den letzten 4 Wochen fünf oder mehr alkoholische Getränke hintereinander zu sich genommen?**

Als ein alkoholisches Getränk zählt eine Flasche Bier, ein Glas Wein, ein kleines Glas Wodka, Whiskey o.ä.

Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte!

mal

Nie / zu keiner Gelegenheit ⁹⁵

9. Welche der folgenden Aussagen treffen ganz oder teilweise auf Ihren heutigen Partner zu?

Bitte machen Sie in **jede** Zeile ein Kreuz!

	Trifft ganz oder teilweise zu	Trifft nicht zu
Mein Partner ...	1	2
ist eifersüchtig und unterbindet meine Kontakte zu anderen Männern/Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sagt, ich sei lächerlich, dumm oder unfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ignoriert mich, antwortet nicht auf Fragen und tut so, als sei ich nicht da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trifft Entscheidungen, die mich oder uns betreffen, alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
freut sich, wenn ich gute Beziehungen zu Freunden, Bekannten oder Verwandten habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
droht damit, sich selbst etwas anzutun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kontrolliert genau, wie viel Geld ich für was ausgeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kontrolliert genau, wohin ich mit wem gehe, was ich mache und wann ich zurückkomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schüchtert mich ein, wenn ich anderer Meinung bin (z.B. durch Gesten, Blicke oder Anbrüllen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
respektiert meine Wünsche und Überzeugungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kontrolliert meine Post, meine Telefonanrufe oder meine E-mails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gibt selbst so viel Geld aus, dass für mich oder die Familie nichts mehr übrig bleibt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läßt mich spüren, dass ich finanziell von ihm/ihr abhängig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gibt mir an allem die Schuld und macht mir unablässig ein schlechtes Gewissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
macht absichtlich Dinge kaputt, die mir gehören oder die mir lieb sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ermutigt und unterstützt mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gibt mir die Schuld für sein/ihr gewalttätiges Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Welche der folgenden Aussagen treffen ganz oder teilweise auf Ihren heutigen Partner zu?

Bitte machen Sie in **jede** Zeile ein Kreuz!

	Trifft ganz oder teilweise zu	Trifft nicht zu
Mein Partner ...	1	2
droht damit, mir zu schaden, mir etwas wegzunehmen oder zu zerstören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
droht damit, mir die Kinder wegzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fängt an, mich körperlich anzugreifen oder zu schlagen, wenn er/sie sich ärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drängt mir seine/ihre sexuellen Bedürfnisse rücksichtslos auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schüchtert mich ein durch wütendes, unberechenbares oder aggressives Verhalten (z.B. Gegenstände werfen, etwas treten oder plötzliche Wutausbrüche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
macht mich vor anderen herunter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
läßt mich über Geld oder Sachen, die ich mir kaufen will, nicht selbst entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beschimpft und beleidigt mich oder sagt absichtlich Dinge, die mich verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist bei Meinungsverschiedenheiten zu Kompromissen bereit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hindert mich daran, Freunde, Bekannte oder Verwandte zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestimmt darüber, was ich zu tun oder zu lassen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drängt mich psychisch oder moralisch zu sexuellen Handlungen, die ich nicht will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geht auf meine sexuellen Wünsche und Bedürfnisse ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
droht damit, mir oder den Kindern oder anderen mir nahestehenden Menschen/ Haustieren etwas anzutun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gibt mir das Gefühl, dass ich sicher und ohne Angst meine Meinung äußern und mich frei entscheiden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwingt mich, wach zu bleiben, wenn ich schlafen will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. In Beziehungen kann es manchmal zu handgreiflichen Auseinandersetzungen kommen. Wie häufig haben Sie erlebt, dass Ihr heutiger Partner Sie körperlich angegriffen hat, Sie zum Beispiel geschlagen, geohrfeigt, an den Haaren gezogen, getreten oder mit einer Waffe oder einem Gegenstand bedroht hat?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

- Häufig 1
- Gelegentlich 2
- Selten 3
- Nur einmal 4
- Nie 5

12. Oft erinnert man sich nicht sofort an solche Situationen, weil man sie verdrängt oder vergessen hat oder weil sie nicht so schlimm waren. Im folgenden sind verschiedene Handlungen beschrieben.

Bitte kreuzen Sie für jede Handlung an, ob Sie diese in Ihrer heutigen Partnerschaft einmal, mehrmals oder nie erlebt haben.

Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

Habe ich in heutiger Partnerschaft erlebt		
einmal	mehrmals	nie

Mein Partner hat ...

	1	2	3
mich wütend weggeschubst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir eine leichte Ohrfeige gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich gebissen oder gekratzt, so dass es mir weh tat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meinen Arm umgedreht oder mich an den Haaren gezogen, so dass es mir weh tat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich schmerzhaft getreten, gestoßen oder hart angefasst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich heftig weggeschleudert, so dass ich taumelte oder umgefallen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich heftig geohrfeigt oder mit der flachen Hand geschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas nach mir geworfen, das mich verletzen konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich mit etwas geschlagen, das mich verletzen konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir ernsthaft gedroht, mich körperlich anzugreifen oder zu verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir ernsthaft gedroht, mich umzubringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit den Fäusten auf mich eingeschlagen, so dass es mir weh tat oder ich Angst bekam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich verprügelt oder zusammengeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich gewürgt oder versucht, mich zu ersticken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich absichtlich verbrüht oder mit etwas Heissem gebrannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole <u>bedroht</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole <u>verletzt</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich auf eine andere Art körperlich angegriffen, die mir Angst machte oder mir weh tat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich zu sexuellen Handlungen gezwungen, die ich nicht wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
versucht, mich zu sexuellen Handlungen zu zwingen, es kam dann aber nicht dazu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Nachdem es bislang um Ihren heutigen Partner ging, wenden wir uns nun auch Ihren früheren Partnerschaften zu.

(Wenn wir im folgenden von früheren Partnern sprechen, meinen wir damit sowohl männliche wie auch weibliche Beziehungspartner.)

Wie häufig haben Sie persönlich erlebt, dass einer Ihrer früheren Partner Sie körperlich angegriffen hat, Sie zum Beispiel geschlagen, geohrfeigt, an den Haaren gezogen, getreten oder mit einer Waffe oder einem Gegenstand bedroht hat?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

- Häufig 1
- Gelegentlich 2
- Selten 3
- Nur einmal 4
- Nie 5

Trifft auf mich nicht zu, hatte keinen früheren Partner ➔

Bitte weiter mit Frage 15

14. Oft erinnert man sich nicht sofort an solche Situationen, weil man sie verdrängt oder vergessen hat oder weil sie nicht so schlimm waren. Im folgenden sind verschiedene Handlungen beschrieben.

Bitte kreuzen Sie für jede Handlung an, ob Sie diese in einer Ihrer früheren Partnerschaften einmal, mehrmals oder nie erlebt haben.

Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

Habe ich in einer früheren Partnerschaft erlebt

Mein früherer Partner hat ...	Habe ich in einer früheren Partnerschaft erlebt		
	einmal 1	mehrmals 2	nie 3
mich wütend weggeschubst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir eine leichte Ohrfeige gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich gebissen oder gekratzt, so dass es mir weh tat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meinen Arm umgedreht oder mich an den Haaren gezogen, so dass es mir weh tat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich schmerzhaft getreten, gestoßen oder hart angefasst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich heftig weggeschleudert, so dass ich taumelte oder umgefallen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich heftig geohrfeigt oder mit der flachen Hand geschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas nach mir geworfen, das mich verletzen konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich mit etwas geschlagen, das mich verletzen konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir ernsthaft gedroht, mich körperlich anzugreifen oder zu verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir ernsthaft gedroht, mich umzubringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit den Fäusten auf mich eingeschlagen, so dass es mir weh tat oder ich Angst bekam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich verprügelt oder zusammengeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich gewürgt oder versucht, mich zu ersticken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich absichtlich verbrüht oder mit etwas Heissem gebrannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole bedroht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich auf eine andere Art körperlich angegriffen, die mir Angst machte oder mir weh tat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich zu sexuellen Handlungen gezwungen, die ich nicht wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
versucht, mich zu sexuellen Handlungen zu zwingen, es kam dann aber nicht dazu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Haben Sie solche körperlichen Auseinandersetzungen oder erzwungenen sexuellen Handlungen, wie sie in Frage 12 und 14 beschrieben sind, bisher in einer oder in mehreren Partnerschaften erlebt, oder haben Sie solche Situationen noch nie erlebt, d.h. in keiner Ihrer Partnerschaften?

Ja, habe ich erlebt:

in **einer** Partnerschaft 1
 in **mehreren** Partnerschaften .. 2

Nein, habe ich **noch nie** /
 in **keiner** Partnerschaft erlebt ... ➔

Bitte weiter mit Frage 61 (Seite 21)

16. Wenn Sie alle Situationen zusammennehmen, bei denen es zu körperlichen Auseinandersetzungen oder erzwungenen sexuellen Handlungen kam, wie häufig haben Sie solche Situationen ...

Bitte machen Sie in **jede** Zeile ein Kreuz!

Habe ich im genannten Zeitraum erlebt

In diesem Zeitraum nicht erlebt

	Nur einmal 1	2 - 3 mal 2	4 - 10 mal 3	10 - 20 mal 4	20 - 40 mal 5	Häufiger 6	In diesem Zeitraum nicht erlebt 7
in den letzten 12 Monaten erlebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in den letzten 5 Jahren insgesamt erlebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Ihrem Leben insgesamt erlebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hatten Sie bei einer oder mehrerer dieser Situationen schon einmal Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt zu werden?

Ja 1 Nein 2

18. Hatten Sie infolge einer solchen Situation schon einmal eine oder mehrere der folgenden Verletzungen?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft.

Ich hatte folgende Verletzungen:

- Blaue Flecken, Prellungen 1
 - Offene Wunden, z.B. Schnitte, Hautaufschürfungen, Verbrennungen
 - Vaginale Verletzungen, Blutungen im Genitalbereich
 - Unterleibsschmerzen
 - Verstauchungen, Zerrungen, Muskelrisse
 - Knochenbrüche am Körper
 - Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich (Nasenbruch, Verletzungen an den Zähnen)
 - Gehirnerschütterung
 - Fehlgeburt
 - Innere Verletzungen
 - Schmerzen im Körper
 - Andere Verletzungen (bitte notieren):
-

Ich hatte **keine** Verletzungen

19. Haben Sie infolge einer dieser Situationen schon einmal ...

Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Ja 1	Nein 2
medizinische Hilfe in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Polizei eingeschaltet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeige erstattet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Haben Sie bei einer oder mehrerer dieser Situationen als erste damit angefangen, Ihren Partner körperlich anzugreifen?

Ja, einmal	<input type="checkbox"/>	1
Ja, mehrmals	<input type="checkbox"/>	2
Nein	<input type="checkbox"/>	3

21. **WICHTIGER HINWEIS:**

Wir haben in den vorangegangenen Fragen eine Reihe von Situationen angesprochen, bei denen Frauen in körperliche Auseinandersetzungen mit Partnern geraten können oder bei denen sie von Partnern zu ungewollten sexuellen Handlungen gezwungen werden.

Die folgenden Fragen beziehen sich

auf Ihre heutige Partnerschaft, falls Sie solche Situationen in dieser Partnerschaft schon einmal erlebt haben

oder ansonsten

auf die letzte Partnerschaft, in der Sie solche Situationen erlebt haben.

22. Handelt(e) es sich bei den Situationen in dieser Partnerschaft um ...

Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

körperliche Auseinandersetzungen	<input type="checkbox"/>	1
erzwungene sexuelle Handlungen	<input type="checkbox"/>	2
beides: körperliche Auseinandersetzungen <u>und</u> erzwungene sexuelle Handlungen	<input type="checkbox"/>	3

23. Wann trat(en) diese Situation(en) in dieser Partnerschaft zum ersten Mal auf?

Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte!

Monat: Jahr:

24. Wann trat(en) diese Situation(en) in dieser Partnerschaft zum letzten Mal auf?

Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte!

Monat: Jahr:

Situationen dauern noch an	<input type="checkbox"/>	1
Situation ist nur einmal vorgekommen	<input type="checkbox"/>	2

25. Wie häufig haben Sie solche Situationen in dieser Partnerschaft insgesamt erlebt?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Einmal 1
- Zwei- bis dreimal 2
- Vier- bis zehnmal 3
- Zehn- bis zwanzigmal 4
- Häufiger, teilweise mehrmals monatlich 5
- Häufiger, teilweise mehrmals wöchentlich 6
- Täglich oder fast täglich 7
- Weiß nicht 8

Bitte weiter mit Frage **61** (Seite 21)

26. Traten diese Situationen in der Partnerschaft bereits auf ...

Bitte machen Sie **in jede Zeile ein** Kreuz.

	Ja	Nein	Trifft nicht zu
	1	2	3
bevor Sie ein Paar wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bevor Sie geheiratet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bevor Sie in eine gemeinsame Wohnung zusammengezogen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Nach welchem der folgenden wichtigen Lebensereignisse traten diese Situationen in der Partnerschaft zum ersten Mal auf?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft.

- Diese Situationen traten zum ersten Mal auf ... 1
- nachdem wir geheiratet hatten
 - nachdem wir zusammengezogen waren
 - nachdem ich schwanger wurde bzw. in der Schwangerschaft
 - nach der Geburt des Kindes/der Kinder, als diese(s) noch
unter einem Jahr alt war(en)
 - nachdem ich mich entschlossen hatte, eine neue Ausbildung/Arbeit
zu beginnen oder wieder ins Berufsleben einzusteigen
 - nachdem ich beruflich **auf**gestiegen war
 - nachdem ich beruflich **ab**gestiegen war
 - nachdem ich arbeitslos wurde
 - nachdem mein Partner arbeitslos wurde
 - nachdem mein Partner beruflich **auf**gestiegen war
 - nachdem mein Partner beruflich **ab**gestiegen war
 - nachdem ich fremdgegangen war
 - nachdem ich mich entschlossen hatte, mich von ihm zu trennen
 - nachdem ich die Scheidung eingereicht hatte
 - nach einem anderen wichtigen Ereignis (*bitte notieren*):
-
- Nichts davon trifft auf mich zu

28. Sind diese Situationen im Laufe dieser Partnerschaft ...

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- häufiger geworden 1
 gleich geblieben 2
 seltener geworden 3
 oder haben sie ganz aufgehört? 4

29. Sind diese Situationen im Laufe dieser Partnerschaft ...

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- schlimmer geworden 1
 weniger schlimm geworden 2
 gleich geblieben 3
 oder haben sie ganz aufgehört? 4

30. Wie häufig war Ihr Partner in solchen Situationen durch Alkohol oder Drogen beeinträchtigt?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Häufig 1
 Gelegentlich 2
 Selten 3
 Nur einmal 4
 Nie 5
 Weiß nicht 8

31. Wie häufig waren Sie selbst in solchen Situationen durch Alkohol oder Drogen beeinträchtigt?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Häufig 1
 Gelegentlich 2
 Selten 3
 Nur einmal 4
 Nie 5
 Weiß nicht 8

32. Hat Ihr Partner in diesen Situationen jemals eine Waffe, zum Beispiel eine Pistole oder ein Messer, gegen Sie gerichtet?

- Ja 1 Nein 2

33. Hatten Sie in diesen Situationen schon einmal Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt werden zu können?

- Ja 1 Nein 2

34. Wie häufig hatten Sie in diesen Situationen das Gefühl, hilflos und ausgeliefert zu sein oder keine Kontrolle mehr über die Situation zu haben?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Häufig 1
 Gelegentlich 2
 Selten 3
 Nur einmal 4
 Nie 5

35. Wie häufig haben Sie sich in solchen Situationen mit diesem Partner körperlich gewehrt, zum Beispiel zurückgeschlagen?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Häufig 1
 Gelegentlich 2
 Selten 3
 Nur einmal 4
 Nie 5
 Trifft nicht zu, es gab **keine** körperliche Auseinandersetzung 6

36. Hatten Sie selbst infolge einer körperlichen Auseinandersetzung in dieser Partnerschaft schon einmal eine oder mehrere der folgenden Verletzungen?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft.

Ich hatte folgende Verletzungen:

- 1
 Blaue Flecken, Prellungen
 Offene Wunden, z.B. Schnitte, Hautaufschürfungen, Verbrennungen
 Vaginale Verletzungen, Blutungen im Genitalbereich
 Unterleibsschmerzen
 Verstauchungen, Zerrungen, Muskelrisse
 Knochenbrüche am Körper
 Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich (Nasenbruch, Verletzungen an den Zähnen)
 Gehirnerschütterung
 Fehlgeburt
 Innere Verletzungen
 Schmerzen im Körper
 Andere Verletzungen (bitte notieren):

Ich hatte **keine** Verletzungen ➔

Bitte weiter mit Frage **38**

37. Frage 37 nur beantworten, falls Sie Verletzungen hatten:

Haben Sie schon einmal infolge einer solchen Verletzung durch den Partner ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft.

- Ja, ich war bei Arzt / Ärztin 1
 Ja, ich war bei einer Ambulanz, aber ich musste nicht im Krankenhaus bleiben 2
 Ja, ich musste im Krankenhaus bleiben 3 ➔ und zwar: Tage
 Nein, es waren nur leichte Verletzungen 4
 Nein, aber es wäre (manchmal) nötig gewesen 5

38. Wie häufig haben Sie selbst als erste in solchen Situationen diesen Partner körperlich angegriffen, indem Sie zum Beispiel zuerst zu Schlagen angefangen haben?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Häufig 1
- Gelegentlich 2
- Selten 3
- Nur einmal 4

- Nie 5
- Trifft nicht zu, es gab **keine** körperliche Auseinandersetzung 6

Bitte weiter mit Frage **40**

39. Falls Sie selbst Ihren Partner schon einmal in einer solchen Situation körperlich verletzt haben:

Welche der folgenden Verletzungen hat Ihr Partner schon durch Sie erfahren?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft.

Mein Partner hat durch mich erfahren:

- 1
- Blaue Flecken, Prellungen
- Offene Wunden, z.B. Schnitte, Hautaufschürfungen, Verbrennungen
- Blutungen im Genitalbereich
- Unterleibsschmerzen
- Verstauchungen, Zerrungen, Muskelrisse
- Knochenbrüche am Körper
- Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich
(Nasenbruch, Verletzungen an den Zähnen)
- Gehirnerschütterung
- Innere Verletzungen
- Schmerzen im Körper
- Andere Verletzungen (bitte notieren):

Mein Partner hatte **keine** Verletzungen

40. Wenn Sie jetzt an die körperlichen Auseinandersetzungen oder erzwungenen sexuellen Handlungen in dieser Partnerschaft denken:

Wie haben Sie selbst in solchen Situationen reagiert?

Auch wenn Sie möglicherweise ganz unterschiedlich reagiert haben:
kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft.

Ich ...

1

- habe geweint
- habe meinen Partner wütend angeschrien oder beschimpft
- habe mit meinem Partner geredet, um ihn zu beruhigen
- habe zurückgeschlagen oder mich anderweitig körperlich gewehrt
- habe meinen Partner mit einer Waffe bedroht
- hatte Angst und hielt mich zurück
- habe versucht, dem Streit oder der Situation aus dem Weg zu gehen
(z.B. das Zimmer/die Wohnung verlassen)
- bin in der Situation handlungsunfähig oder erstarrt gewesen;
ich konnte nichts mehr denken oder tun
- bin zu Bekannten, Nachbarn oder auf die Straße geflüchtet
- habe dem Partner angedroht, mich zu trennen
- habe mich wegen der Situation von meinem Partner getrennt
- habe versucht, Hilfe und Unterstützung durch Freunde, Bekannte oder Verwandte zu bekommen
- habe versucht, Hilfe durch Beratungsstellen, Hilfseinrichtungen, Frauenhaus
oder Behörden zu bekommen
- habe die Polizei gerufen
- habe gegen meinen Partner Anzeige erstattet
- habe versucht, das Problem nach außen hin zu verbergen und mit niemandem darüber
gesprochen
- habe meinen Partner aufgefordert, eine Therapie oder Beratung zu machen
- habe etwas anderes gemacht (*bitte notieren*):

Ich habe **nichts** davon getan

41. Wie hat sich Ihr Partner nach solchen Situationen verhalten?

*Auch wenn es möglicherweise ganz unterschiedlich war:
kreuzen Sie bitte **alles** an, was auf Ihren Partner zutrifft.*

Mein Partner ...

1

- hat es bereut und sich bei mir entschuldigt
- ist auch nach der Situation noch längere Zeit wütend geblieben
- hat versucht, es wieder gut zu machen
- hat getan, als wäre nichts gewesen
- hat das eigene Verhalten gerechtfertigt oder mir die Schuld an seinem Verhalten gegeben
- hat sich in anhaltendes Schweigen gehüllt
- hat versucht, mich von der Trennung abzuhalten
- hat mir angedroht, sich von mir zu trennen
- hat versucht, mich durch Drohungen einzuschüchtern
- hat mich eingesperrt oder mir das Gefühl gegeben, dass ich keine Chance hätte,
der Situation zu entkommen
- hat versucht, mit mir über das, was passiert ist, zu reden
- hat eine Paartherapie mit mir angefangen
- hat eine eigene Therapie angefangen oder andere Hilfsmöglichkeiten für sich genutzt
- hat etwas anderes gemacht (*bitte notieren*):

Mein Partner hat **nichts** davon getan

**42. Leben oder lebten Sie in dieser Partnerschaft mit Kindern zusammen,
also mit Ihren eigenen Kindern und/oder mit Kindern des Partners?**

Ja 1

Nein 2 ➔

Bitte weiter mit Frage 44

**43. Haben die Kinder diese Situationen mitbekommen oder gerieten sie auch manchmal
in die Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem Partner mit hinein?**

*Auch wenn es möglicherweise ganz unterschiedlich war:
kreuzen Sie bitte **alles** an, was zutrifft.*

Das Kind / die Kinder ...

1

- haben die Situationen angehört
- haben die Situationen gesehen
- gerieten in die Auseinandersetzungen mit hinein
- haben versucht, mich zu verteidigen oder zu schützen
- haben versucht, meinen Partner zu verteidigen oder zu schützen
- wurden in den Situationen selber körperlich angegriffen
- Trifft nicht zu, Kinder haben **nichts** mitbekommen
- Weiß nicht, ob Kinder etwas mitbekommen haben

**44. Alles in allem:
Würden Sie die Situationen, in denen es zu körperlichen Auseinandersetzungen oder
erzwungenen sexuellen Handlungen in dieser Partnerschaft kam, selbst einstufen als ...**

*Bitte machen Sie in **jede** Zeile ein Kreuz.*

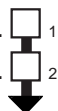
	Ja	Nein
Gewalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Verbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas, das in Paarbeziehungen manchmal passieren kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas, für das der Partner bestraft werden sollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas, für das der Partner allein verantwortlich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas, für das ich mich mit verantwortlich fühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Haben Sie oder andere in solchen Situationen mit Ihrem Partner jemals die Polizei eingeschaltet?

Ja, die Polizei wurde:

von mir **selbst** eingeschaltet 1

von **anderen** eingeschaltet 2



Nein, Polizei wurde

nicht eingeschaltet 3 ➔

Bitte weiter mit Frage 48

46. Haben Sie gegen diesen Partner Anzeige erstattet?

Ja 1



Nein 2 ➔

Bitte weiter mit Frage 47

47. Haben Sie die Anzeige aufrecht erhalten oder später wieder zurückgezogen?

Habe Anzeige aufrecht erhalten 1 ➔

Bitte weiter mit Frage 49

Habe Anzeige später wieder zurückgezogen 2



48. Was waren die wichtigsten Gründe dafür, dass Sie die Polizei nicht eingeschaltet haben, keine Anzeige erstattet oder sie nicht aufrecht erhalten haben?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft.

1

Der Fall war nicht so ernsthaft oder schlimm, dass ich es für nötig hielt

Ich hatte einen Schock / war zu nichts fähig

Ich wollte meine Ruhe haben und das Ereignis vergessen

Ich schämte mich bzw. fühlte mich selbst schuldig

Es war mir zu intim; ich hielt es für eine Privatsache

Es war eine einmalige Sache, die für mich abgeschlossen war

Ich hatte Angst, die Polizei würde mir nicht glauben, mich nicht ernst nehmen, das Problem mir anlasten

Ich glaubte nicht daran, dass die Polizei etwas tun könnte oder dass am Ende eine Verurteilung oder angemessene Bestrafung herauskommen würde

Ich wurde von jemandem (einer Beratungsstelle o.ä.) auf mangelnde Erfolgsaussichten bzw. auf die schwierige Beweislage hingewiesen

Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch meinen Partner

Ich wollte mit der Polizei und mit Gerichten nichts zu tun haben

Ich wollte nicht, dass mein Partner verhaftet oder verurteilt wird

Ich habe es für mich selbst geregelt, private Rache geübt, meine Familie eingeschaltet

Ich wollte nicht die Partnerschaft oder den Familienzusammenhalt gefährden; ich hatte Angst, die Kinder zu verlieren

Andere Gründe (bitte notieren):

Empty rectangular box for additional reasons.

49. Haben Sie mit diesem Partner, mit dem Sie diese Situationen erlebt haben, zusammengelebt?

Ja 1



Nein 2 →

Bitte weiter mit Frage 61 (Seite 21)

50. Sind Sie in Folge einer dieser Situationen jemals mindestens für eine Nacht von zu Hause weggegangen?

Nein 1 →

Bitte weiter mit Frage 55

Ja, für eine Nacht 2

Ja, für mehrere Nächte 3

Ja, für mehrere Wochen 4

Ja, für mehrere Monate 5

Ja, für länger 6 →



(bitte angeben, wie lange)

51. Wie häufig war das, dass Sie mindestens für eine Nacht von zu Hause weggegangen sind?

Einmal 1

Zwei- oder dreimal 2

Häufiger 3

52. Wo haben Sie in dieser Zeit gewohnt, als Sie von zu Hause weggegangen sind?

Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft.

Ich habe gewohnt ... 1

bei einer Freundin

bei einem Freund

bei einem neuen Partner

bei anderen Freunden/Verwandten/Eltern

im Hotel

in einer eigenen/angemieteten Wohnung

im Frauenhaus

bei einer anderen sozialen Einrichtung →

(bitte angeben)

auf der Straße

woanders →

(bitte angeben)

53. Sind Sie danach wieder zurückgegangen?

Ja, noch einmal 1

Ja, öfter 2



Nein 3 →

Bitte weiter mit Frage 59 (Seite 20)

54. Ist es, nachdem Sie zurückgekehrt sind, irgendwann wieder zu solchen Situationen gekommen?

Ja 1

Nein 2

55. Haben Sie jemals versucht, sich von diesem Partner zu trennen?

Ja, ich habe mich getrennt 1 →

Bitte weiter mit Frage 57

Ja, ich habe mich vorübergehend getrennt,
bin dann aber wieder zurückgegangen 2

Nein, ich habe mich nicht getrennt 3



**56. Wenn Sie sich *nicht* getrennt haben:
Was sind die wichtigsten Gründe dafür?**

Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft.

1

Mein Partner hat versprochen, sich zu ändern

Ich hatte nicht genug Geld und Möglichkeiten, um ein eigenes Leben aufzubauen

Ich wusste nicht, wohin ich gehen sollte

Ich hatte Angst, ich könnte danach keinen neuen Partner mehr finden

Ich hatte Angst, dass mein Partner mich nie in Ruhe lassen würde

Ich hatte Angst, dass mein Partner mich umbringt oder den Kindern etwas antut

Ich habe mir selbst die Schuld gegeben

Ich blieb wegen der Kinder

Ich habe mich vor Familie/Freunden geschämt, mich zu trennen

Ich wollte es noch mal versuchen

Ich hatte Angst vor der Einsamkeit, dem Alleinsein

Ich liebte meinen Partner immer noch

Ich fand es nicht so schlimm, was passiert war

Ich konnte meinem Partner verzeihen

Es gab einen anderen Grund (*bitte notieren*):

Nichts davon trifft zu

57. Glauben Sie, dass solche körperlichen oder sexuellen Übergriffe in Ihrer Partnerschaft nicht mehr vorkommen oder haben Sie Angst, es könnte wieder passieren?

Ich glaube, diese Situationen kommen nicht mehr vor¹



Ich habe Angst, diese Situationen könnten wieder passieren³ ➔

Bitte weiter mit Frage 59

**58. Wenn Sie glauben, dass solche Situationen *nicht mehr vorkommen*:
Wodurch konnten diese Situationen Ihrer Einschätzung nach beendet werden?**

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft.

Durch den Einfluss von Freunden, Bekannten oder Verwandten¹

Durch Therapie des Partners

Durch eigene Therapie

Durch Paartherapie

Hilfe durch Frauenhaus, Beratungsstelle oder ähnliches

Durch das Einschalten der Polizei

Durch intensive gemeinsame Gespräche

Durch Veränderungen im Verhalten meines Partners

Dadurch, dass ich meinen Partner unter Druck gesetzt habe (die Trennung angedroht habe u.ä.)

Durch etwas anderes (*bitte notieren*):

59. Was würden Sie einer Frau raten, die in ihrer Partnerschaft in eine ähnliche Situation kommt?

60. Was sollte Ihrer Meinung nach getan werden, damit Frauen in solchen Situationen besser geholfen werden kann?

AB HIER WIEDER AN ALLE

61. Manchmal werden Frauen von Personen, von denen sie sich getrennt haben oder die sich von ihnen zurückgewiesen fühlen, **belästigt, bedrängt oder auch angegriffen und terrorisiert**. Haben Sie schon einmal eine der folgenden Situationen erlebt, **nachdem** Sie sich von einem Partner/einer Partnerin getrennt haben oder **nachdem** Sie einer Person gesagt haben, dass Sie mit ihr **keine Beziehung** haben möchten?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was Sie in einer solchen Situation schon einmal erlebt haben.

1

- Aufdringliche oder bedrohliche Telefonanrufe, Briefe, E-mails oder Nachrichten über einen längeren Zeitraum
- Unerlaubtes Lesen meiner Briefe und E-mails, Abhören meiner Anrufe u.ä.
- Unerwünschte Besuche bei mir zu Hause oder Auflauern bei mir zu Hause, bei meiner Arbeitsstelle
- Einbruch oder Einbruchversuch in meine Wohnung
- Gezielte Verleumdungen und Verbreiten von intimen oder schädigenden Informationen über mich in meiner Arbeit oder im Freundes- und Bekanntenkreis
- Drohungen, mir zu schaden, mich fertig zu machen oder Dinge von mir zu zerstören
- Androhung, sich selbst etwas anzutun
- Tatsächliche Durchführung eines vorher angekündigten Selbstmordversuchs
- Absichtliche Zerstörung oder Beschädigung von Dingen, die mir gehören oder die mir etwas bedeuten
- Androhung, mich körperlich zu verletzen oder umzubringen
- Tatsächliche körperliche Angriffe mir gegenüber
- Vergewaltigungsversuch, Vergewaltigung oder andere sexuelle Übergriffe
- Versuch, mich umzubringen
- Androhung, den Kindern etwas anzutun, sie zu entführen oder körperlich zu verletzen
- Körperliche Angriffe den Kindern gegenüber
- Entführung der Kinder
- Androhung, einer anderen mir nahestehenden Person etwas anzutun oder sie körperlich zu verletzen
- Missachtung eines polizeilichen Platzverweises oder einer gerichtlichen Schutzanordnung
- Andere belästigende, bedrohliche oder terrorisierende Handlungen (*bitte notieren*):

Trifft nicht zu, habe **nichts** davon erlebt ➔

Bitte weiter mit Frage 63

62. Frage 62 bitte nur beantworten, wenn Sie eine Situation wie in Frage 61 beschrieben, erlebt haben:
Wer war das bzw. welche Personen waren das?

1

Mehrere Nennungen möglich.

Ein ehemaliger Partner

Jemand, der **nicht** mein Partner war, sich aber von mir zurückgewiesen fühlte

Jemand anderes (*bitte notieren*):

63. Haben Sie sich jemals von einem Partner getrennt, mit dem Sie gemeinsame Kinder haben?

Ja1

Nein 2 ➔

Bitte weiter mit Frage 66

64. Gab es jemals eines oder mehrere der folgenden Probleme im Zusammenhang mit dem Umgangs- und Besuchsrecht der Kinder?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft.

Mein Ex-Partner ...

1

drohte, mir oder den Kindern etwas anzutun

drohte, die Kinder zu entführen

entführte die Kinder

griff mich körperlich an

griff die Kinder körperlich an

versuchte, mich umzubringen

versuchte, die Kinder umzubringen

Es gab andere Probleme (bitte notieren):

Es gab **kein** Problem

65. Haben Sie mit diesem Partner das gemeinsame Sorgerecht für die Kinder?

Ja 1

Nein 2

66. In den letzten Fragen geht es noch kurz um Ihre eigene Kindheit und Jugend.

Wenn Sie an Ihre eigene Kindheit und Jugend **bis zum Alter von 16 Jahren** zurückdenken: Würden Sie sagen, Sie hatten alles in allem ...

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

eine sehr glückliche Kindheit? 1

eine glückliche Kindheit? 2

eine nicht ganz so glückliche Kindheit? 3

eine unglückliche Kindheit? 4

67. Sind Sie in Ihrer Kindheit und Jugend **bis zum Alter von 16 Jahren** ganz oder überwiegend bei Ihren Eltern oder Pflegeeltern aufgewachsen?

Ja1

Nein 2 ➔

Bitte weiter mit Frage 70

68. Wenn Sie an die Familie denken, in der Sie aufgewachsen sind: Wie häufig haben Sie erlebt, dass **zwischen Ihren Eltern oder Pflegeeltern körperliche Auseinandersetzungen** vorkamen, zum Beispiel Ohrfeigen, Schlagen, Treten und ähnliches?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

Häufig1

Gelegentlich2

Selten3

Nur einmal4

Nie 1 ➔

Bitte weiter mit Frage 70

Bitte weiter mit Frage 69

69. Wenn es zu körperlichen Auseinandersetzungen zwischen Ihren Eltern bzw. Pflegeeltern kam, wer hat dann in der Regel mit den körperlichen Angriffen angefangen?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Der **Vater** hat mit den körperlichen Angriffen angefangen 1
 Die **Mutter** hat mit den körperlichen Angriffen angefangen 2
 Es war unterschiedlich / beide gleichzeitig 3

70. Wie häufig wurden Sie selbst in Ihrer Kindheit und Jugend von Ihrem Vater, Ihrer Mutter oder einer anderen Erziehungsperson geschlagen oder körperlich gezüchtigt?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Häufig 1
 Gelegentlich 2
 Selten 3
 Nur einmal 4
 Nie 5

71. Wie häufig haben Sie in Ihrer Kindheit und Jugend durch Vater, Mutter oder andere Erziehungspersonen die folgenden Dinge erlebt?

Bitte machen Sie **in jede Zeile ein** Kreuz!

	Häufig	Gelegentlich	Selten	Nur einmal	Nie
	1	2	3	4	5
Ich ...					
wurde lächerlich gemacht und gedemütigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurde so behandelt, dass es seelisch verletzend war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurde niedergebrüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurde leicht geohrfeigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bekam schallende Ohrfeigen mit sichtbaren Striemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bekam einen strafenden Klaps auf den Po	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bekam mit der Hand kräftig den Po versohlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurde mit einem Gegenstand auf die Finger geschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurde mit einem Gegenstand kräftig auf den Po geschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bekam heftige Prügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurde auf andere Weise körperlich bestraft (bitte notieren):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72. Wurden Sie in Ihrer Kindheit und Jugend bis zum Alter von 16 Jahren jemals von einer erwachsenen Person ...

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft.

Denken Sie bitte auch an Eltern und andere nahe Bezugspersonen!

- sexuell berührt oder an intimen Körperstellen angefasst 1
 gedrängt oder gezwungen, die Person an intimen Körperstellen zu berühren
 gedrängt oder gezwungen, sich selbst an intimen Körperstellen zu berühren
 zum Geschlechtsverkehr oder ähnlichem gedrängt oder gezwungen
 zu andern sexuellen Handlungen gedrängt oder gezwungen?

Ich habe solche Situationen **nicht** erlebt ➔

Bitte weiter mit Frage 75 (Seite 25)

73. **Wie häufig sind solche Situationen von sexuellen Übergriffen ungefähr in Ihrer Kindheit und Jugend bis zum Alter von 16 Jahren passiert?**

Ungefähr mal

Weiß nicht 998

74. **Welche Personen waren das, mit denen Sie in Ihrer Kindheit und Jugend bis zum Alter von 16 Jahren solche Situationen erlebt haben?**

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft.

1

Jemand Unbekanntes / ein Fremder

Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes

Jemand aus Ausbildung oder Schule

bitte genau angeben:

– Vorgesetzte(r) / Chef(in)

– Lehrer(in), Ausbilder(in), Erzieher(in)

– Mitschüler(in), andere(r) Azubi

Jemand aus der Familie

bitte genau angeben:

– Vater

– Mutter

– Bruder

– Schwester

– Tante

– Onkel

– Cousin

– Cousine

– Großvater

– Großmutter

– Stiefvater

– Stiefmutter

– Jemand aus dem engsten Familienkreis

– Sonstige Verwandte

Freunde / Bekannte / Nachbarn

bitte genau angeben:

– Jemand aus der Nachbarschaft

– Jemand aus dem Freundes- oder Bekanntenkreis der Eltern

– mein (damaliger) Partner / Geliebter

– Jemand anderes aus meinem eigenen Freundes- oder Bekanntenkreis

Sonstige Person

bitte genau angeben:

– Arzt / Ärztin

– Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)

– Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)

– Polizist(in)

– Betreuungsperson, z.B. Leiter von Jugendgruppe, Trainer im Sportverein

Andere Personen (*bitte notieren*):

75.

WICHTIGER HINWEIS:

Zum Schluss noch ein paar kurze Fragen zu Ihren eigenen Kindern.

Falls Sie keine eigenen Kinder
bzw. kein eigenes Kind haben



Bitte weiter mit Frage **80** (Seite 26)

76. Kinder zu erziehen ist nicht immer einfach und manchmal kommt man dabei an seine eigenen Grenzen.

Wie häufig ist Ihr Kind / sind Ihre Kinder von Ihnen selbst geschlagen oder körperlich bestraft worden?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

Häufig 1
Gelegentlich 2
Selten 3
Nur einmal 4

Nie 1

Bitte weiter mit Frage **78**

77. Wie haben Sie Ihr Kind / Ihre Kinder bestraft?

Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft.

Das Kind ...

1

bekam leichte Ohrfeigen

bekam schallende Ohrfeigen

bekam einen strafenden Klaps auf den Po

bekam mit der Hand kräftig den Po versohlt

wurde mit einem Gegenstand auf die Finger geschlagen

wurde mit einem Gegenstand kräftig auf den Po geschlagen

erhielt eine heftige Tracht Prügel

wurde auf andere Weise körperlich bestraft (bitte notieren):

78. Wie häufig ist Ihr Kind / sind Ihre Kinder durch Ihren jetzigen oder früheren Partner geschlagen oder körperlich bestraft worden?

Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz.

- Häufig 1
- Gelegentlich 2
- Selten 3
- Nur einmal 4

Nie 1

Bitte weiter mit Frage **80**

79. Wie hat Ihr Partner das Kind / die Kinder bestraft?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft.

- | | |
|--|--------------------------|
| Das Kind ... | 1 |
| bekam leichte Ohrfeigen | <input type="checkbox"/> |
| bekam schallende Ohrfeigen | <input type="checkbox"/> |
| bekam einen strafenden Klaps auf den Po | <input type="checkbox"/> |
| bekam mit der Hand kräftig den Po versohlt | <input type="checkbox"/> |
| wurde mit einem Gegenstand auf die Finger geschlagen | <input type="checkbox"/> |
| wurde mit einem Gegenstand kräftig auf den Po geschlagen | <input type="checkbox"/> |
| erhielt eine heftige Tracht Prügel | <input type="checkbox"/> |
| wurde auf andere Weise körperlich bestraft (bitte notieren): | <input type="checkbox"/> |

80. Diese Befragung beschäftigte sich sehr intensiv mit körperlichen und sexuellen Übergriffen gegen Frauen innerhalb und außerhalb der Familie, auch um zukünftig besser helfen zu können. Was könnte oder sollte Ihrer Meinung nach getan werden, um Frauen in dieser Gesellschaft besser vor Gewalt zu schützen und den Betroffenen bessere Hilfe und Unterstützung geben zu können?

81. Dürfen wir Sie zum Schluss noch fragen wie alt Sie sind?

_____ Jahre

82. Bitte tragen Sie hier ein, wie lange das Ausfüllen dieses schriftlichen Fragebogens gedauert hat:

Etwa _____ Minuten

83. Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt?

Ja, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt 1

Nein, ich brauchte beim Ausfüllen Hilfe von der Interviewerin 2

Nein, ich brauchte beim Ausfüllen Hilfe von anderen Personen 3

84. Wie ging es Ihnen mit dem Ausfüllen des Fragebogens?

Wenn Sie noch Kommentare oder Anmerkungen haben, können Sie das hier eintragen:

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns ganz herzlich!

Stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte in den beigefügten Briefumschlag und geben diesen unserer Mitarbeiterin mit.



**Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit
von Frauen in Deutschland**

LISTENHEFT

Hauptstudie 2003

Alle Rechte für Formulierung und Anordnung des Fragebogens liegen bei
infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Bonn und
IFF – Interdisziplinäres Frauenforschungszentrum, Universität Bielefeld

Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Dezember 2002
3144 Hd, Pa

**Sehr
zufrieden**

**Sehr
un-
zufrieden**



- A Leibliche Mutter**
- B Leiblicher Vater**
- C Stiefmutter**
- D Stiefvater**
- E Pflegemutter / Adoptivmutter**
- F Pflegevater / Adoptivvater**
- G Partnerin des Vaters**
- H Partner der Mutter**
- J Großmutter**
- K Großvater**
- L Andere Verwandte (*bitte angeben*)**
- M Andere Verwandte (*bitte angeben*)**
- N Andere Person (*bitte angeben*)**
- O Andere Person (*bitte angeben*)**
- P Nur im Heim aufgewachsen**

Griechenland

Italien

Polen

Türkei

USA

Staaten des ehemaligen Jugoslawien

Staaten der ehemaligen Sowjetunion

Anderes Land (*bitte angeben*)

Ist staatenlos

Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

Mache ich derzeit			
häufig	gelegentlich	selten	nie

- A Freunde, Verwandte oder Bekannte besuchen**
- B Mitarbeit in Organisationen, Kirche oder andere soziale Aktivitäten**
- C Besuch von Kino, Theater oder sonstigen Kulturveranstaltungen**
- D Ins Restaurant oder Cafe gehen**
- E Sport bzw. körperliche Bewegung außer Haus**
- F Andere Freizeitaktivitäten außer Haus**

**Sehr
sicher**

**Überhaupt
nicht
sicher**



Täglich

Mehrmals pro Woche

Einmal pro Woche

1-3mal im Monat

Mehrmals im Jahr

Seltener

Nie

Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie
---------------	---------------------	---------------	------------

**Sehr
sicher**

**Überhaupt
nicht
sicher**



Täglich

Mehrmals pro Woche

Einmal pro Woche

1-3mal im Monat

Mehrmals im Jahr

Seltener

Nie

**Sehr
sicher**

**Überhaupt
nicht
sicher**



Täglich

Mehrmals pro Woche

Einmal pro Woche

1-3mal im Monat

Mehrmals im Jahr

Seltener

Nie

**Sehr
sicher**

**Überhaupt
nicht
sicher**



- A Ich führe einen Gegenstand zur Selbstverteidigung bei mir oder etwas, um im Notfall auf mich aufmerksam zu machen**
- B Ich mache mir Gedanken darüber, wie ich mich bei einem körperlichen Angriff oder Überfall verteidigen würde**
- C Ich habe einen Selbstverteidigungskurs besucht**
- D Ich überlege mir vor dem Nach-Hause-Weg, wie ich am sichersten nach Hause komme**
- E Ich meide bestimmte Straßen und Plätze oder nehme längere Umwege in Kauf, die sicherer scheinen**
- F Ich wechsle die Straßenseite, um nicht zu nah an Männern oder an einer Gruppe von männlichen Jugendlichen vorbeigehen zu müssen**
- G Ich verschließe das Auto von innen, wenn ich alleine im Auto bin**
- H Ich sehe mich nach verdächtigen Personen um, bevor ich beim Nach-Hause-Kommen die Haustüre aufschließe**
- J Ich fahre abends nur mit Auto, Taxi oder in Begleitung nach Hause**
- K Ich versuche möglichst selbstbewusst aufzutreten und keine Angst auszustrahlen**
- L Ich mache etwas anderes (*bitte angeben*)**

Habe schon erlebt, ...

- A** dass jemand mich über Telefon, E-mail oder Brief mit unanständigen oder bedrohlichen Dinge belästigt hat
- B** dass jemand sich vor mir entblößt hat, um mich zu belästigen oder zu erschrecken
- C** dass ich durch Nachpfeifen, schmutzige Bemerkungen oder angestarrt werden belästigt wurde
- D** dass mir jemand durch Kommentare über meinen Körper, mein Privatleben oder sexuelle Anspielungen ein ungutes Gefühl gegeben hat
- E** dass mir jemand ein ungutes Gefühl gegeben hat, indem er mich mehrere Male gefragt hat, ob wir uns treffen könnten
- F** dass jemand mir unnötig nahe gekommen ist, sich z.B. zu nah über mich gebeugt hat oder mich auf eine Weise in eine Ecke gedrängt hat, die ich als aufdringlich empfand
- G** dass jemand mir obszöne Witze erzählt hat und mit mir auf eine Art und Weise gesprochen hat, die ich als sexuell bedrängend empfand
- H** dass jemand mich betatscht oder gegen meinen Willen zu küssen versucht hat
- J** dass jemand mir nachgegangen ist, mich verfolgt oder bedrängt hat, so dass ich es mit der Angst zu tun bekam
- K** dass jemand mir gegenüber in unpassenden Situationen, z.B. auch in Arbeit, Ausbildung oder Studium, aufdringliche sexuelle Angebote gemacht hat
- L** dass jemand mir zu verstehen gegeben hat, dass es nachteilig für meine Zukunft oder mein berufliches Fortkommen sein könnte, wenn ich mich sexuell nicht auf ihn/sie einließe
- M** dass man mir in unpassenden Situationen pornographische Bilder oder Nacktbilder gezeigt hat
- N** Ich habe andere Situationen von sexueller Belästigung erlebt (*bitte angeben*)

- 31** Arbeitskollege / Arbeitskollegin
- 32** Vorgesetzte(r) / Chef(in)
- 33** Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)
- 34** Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi
- 35** Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)
- 36** Andere Personen (*bitte angeben*)

- 70** Arzt/Ärztin
- 71** Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)
- 72** Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)
- 73** Polizist(in)
- 74** Betreuungspersonen z.B. im Sportverein, Jugendtreff, Heim etc.
- 75** Andere Personen (*bitte angeben*)

- 51** Vater / Mutter
- 52** Bruder / Schwester
- 53** Tante / Onkel
- 54** Cousin / Cousine
- 55** Großvater / Großmutter
- 56** Stiefvater / Stiefmutter
- 57** Sohn / Tochter
- 58** Sonstige Verwandte
- 59** Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte

- A** Niedergeschlagenheit oder Depressionen
- B** Schlafstörungen oder Alpträume
- C** Dauerndes Grübeln über die Situation
- D** Erhöhte Krankheitsanfälligkeit, häufigere Krankschreibungen
- E** Vermindertem Selbstwertgefühl, Gefühle von Erniedrigung
- F** Erhöhte Ängste (z.B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen)
- G** Probleme im Umgang mit Männern
- H** Schwierigkeiten in Beziehungen, zu anderen Vertrauen aufzubauen
- J** Probleme mit der Sexualität
- K** Scham- oder Schuldgefühle
- L** Ärger oder Rachegefühle
- M** Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Leistungsfähigkeit
- N** Schwierigkeiten bei Arbeit, Ausbildung und Studium
- O** Selbstmordgedanken
- P** Selbstverletzung
- Q** Essstörungen
- R** Andere Probleme (*bitte angeben*)

- A Ja, Alkohol**
- B Ja, Drogen**
- C Ja, Beruhigungs- oder Schlafmittel**
- D Ja, Antidepressiva oder Aufputschmittel**
- E Nein, nichts davon genommen**

Ja, führte zu folgenden Folgen:

- A Umzug**
- B Trennung vom Partner**
- C Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin**
- D Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes**
- H Abbruch oder Wechsel von Schule/Ausbildung/Studium**
- K Beginn einer Therapie**
- L Stationäre Behandlung**
- M Andere Folgen (*bitte angeben*)**

- A Schule beendet ohne Abschluss**
- B Volks- oder Hauptschulabschluss**
- C Mittlere Reife, Realschulabschluss (Fachschulreife)**
- D Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 8. Klasse**
- E Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 10. Klasse**
- F Fachhochschulreife**
- G Abitur (Hochschulreife) oder erweiterte Oberschule (EOS) mit Abschluss 12. Klasse; Berufsausbildung mit Abitur**
- H Anderen Abschluss (*bitte angeben*)**

- J Trifft nicht zu, gehe noch zur Schule**

- A** Beruflich-betrieblichen Anlernzeit mit Abschlusszeugnis
(aber keine Lehre)
- B** Teilfacharbeiterabschluss
- C** Abschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre
- D** Abgeschlossene kaufmännische Lehre
- E** Abgeschlossene hauswirtschaftliche Lehre
- F** Berufliches Praktikum, Volontariat
- G** Berufsfachschulabschluss
- H** Fachschulabschluss
- J** Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss
- K** Fachhochschulabschluss
- L** Hochschulabschluss
- M** Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss (*bitte angeben*)
- N** Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss
- O** Noch keinen Ausbildungsabschluss

Ich bin zur Zeit:

- A Vollzeit erwerbstätig** (35 Stunden pro Woche und mehr)
- B Teilzeit erwerbstätig** (15 bis unter 35 Stunden pro Woche)
- C Geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig**
(unter 15 Stunden pro Woche)
- D Vorübergehend freigestellt**
(z.B. Mutterschafts-/Erziehungsurlaub, sonstige Beurlaubung)
- E Auszubildende / Lehrling / Umschülerin / Studentin**
- F nicht erwerbstätig**
(einschließlich: Schülerin, Arbeitslose, Vorruhestand, Rentner)

Ich bin:

- A** Schülerin
- B** Studentin
- C** Rentnerin / Pensionärin, im Vorruhestand
- D** arbeitslos
- E** Hausfrau
- F** wegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung nicht erwerbstätig
- G** aus anderen Gründen nicht erwerbstätig / Sonstiges

Liste S 9 ist quer (liegt bei)

Habe schon erlebt, ...

- A** dass man mich schwer beleidigt, eingeschüchtert oder aggressiv angeschrien hat
- B** dass man mich auf verletzende Art und Weise lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet oder gedemütigt hat
- C** dass man mich regelmäßig schikaniert oder unterdrückt hat
- D** dass man mich benachteiligt oder schlecht behandelt hat, weil ich eine Frau bin, wegen meines Alters oder meiner Herkunft
- E** dass man mir Schlimmes angedroht hat oder mir Angst machte
- F** dass man mich erpresst hat oder mich zu etwas zwingen wollte, was ich nicht wollte
- G** dass man mich verleumdet oder systematisch bei anderen Schlechtes über mich verbreitet hat
- H** dass man mich ausgegrenzt hat oder versucht hat, mich aus einer Gruppe auszuschließen
- J** dass man mich psychisch so stark belastet hat, dass ich es als Psychoterror oder seelische Grausamkeit empfunden habe

- 31** Arbeitskollege / Arbeitskollegin
- 32** Vorgesetzte(r) / Chef(in)
- 33** Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)
- 34** Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi
- 35** Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)
- 36** Andere Personen (*bitte angeben*)

- 70** Arzt/Ärztin
- 71** Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)
- 72** Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)
- 73** Polizist(in)
- 74** Betreuungsperson z.B. im Sportverein,
Jugendtreff, Heim etc.
- 75** Andere Personen (*bitte angeben*)

- 51** Vater / Mutter
- 52** Bruder / Schwester
- 53** Tante / Onkel
- 54** Cousin / Cousine
- 55** Großvater / Großmutter
- 56** Stiefvater / Stiefmutter
- 57** Sohn / Tochter
- 58** Sonstige Verwandte
- 59** Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte

- A** Niedergeschlagenheit oder Depressionen
- B** Schlafstörungen oder Alpträume
- C** Dauerndes Grübeln über die Situation
- D** Erhöhte Krankheitsanfälligkeit, häufigere Krankschreibungen
- E** Vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühle von Erniedrigung
- F** Erhöhte Ängste (z.B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen)
- G** Probleme im Umgang mit Männern
- H** Schwierigkeiten in Beziehungen, zu anderen Vertrauen aufzubauen
- J** Probleme mit der Sexualität
- K** Scham- oder Schuldgefühle
- L** Ärger oder Rachegefühle
- M** Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Leistungsfähigkeit
- N** Schwierigkeiten bei Arbeit, Ausbildung und Studium
- O** Selbstmordgedanken
- P** Selbstverletzung
- Q** Essstörungen
- R** Andere Probleme (*bitte angeben*)

- A Ja, Alkohol**
- B Ja, Drogen**
- C Ja, Beruhigungs- oder Schlafmittel**
- D Ja, Antidepressiva oder Aufputschmittel**
- E Nein, nichts davon genommen**

Ja, führte zu folgenden Folgen:

- A Umzug**
- B Trennung vom Partner**
- C Bruch mit der Familie, in der ich aufgewachsen bin**
- D Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes**
- H Abbruch oder Wechsel von Schule/Ausbildung/Studium**
- K Beginn einer Therapie**
- L Stationäre Behandlung**
- M Andere Folgen (*bitte angeben*)**



In den letzten 12 Monaten darunter gelitten

häufig

gelegentlich

selten

nie

Hatte in den letzten 12 Monaten			
häufig	gelegentlich	selten	nie

- A** Jeden Tag
- B** Fast jeden Tag
- C** 2-3-mal die Woche
- D** 1-mal die Woche
- E** 1-mal alle zwei Wochen
- F** 1-mal im Monat
- G** 1-mal alle zwei Monate
- H** Seltener als alle zwei Monate
- J** Nie

- A Schmerzmittel**
- B Beruhigungsmittel**
- C Medikamente gegen Schlaflosigkeit**
- D Medikamente, die die Stimmung beeinflussen, wie z.B. Mittel gegen Niedergeschlagenheit, Depressionen, Angst**
- E Aufputschmittel, Anregungsmittel**
- F Andere Psychopharmaka**
- G Drogen wie z.B. Haschisch, LSD, Heroin, Ecstasy**

Seit dem Alter von 16 Jahren erlebt		
nie	einmal	mehrmals

Jemand hat ...

- A mich wütend weggeschubst
- B mir eine leichte Ohrfeige gegeben
- C mich gebissen oder gekratzt, so dass es mir weh tat oder ich Angst bekam
- D meinen Arm umgedreht oder mich an den Haaren gezogen, so dass es mir weh tat
- E mich schmerzhaft getreten, gestoßen oder hart angefasst
- F mich heftig weggeschleudert, so dass ich taumelte oder umgefallen bin
- G mich heftig geohrfeigt oder mit der flachen Hand geschlagen
- H etwas nach mir geworfen, das mich verletzen könnte
- J mich mit etwas geschlagen, das mich verletzen könnte
- K mir ernsthaft gedroht, mich körperlich anzugreifen oder zu verletzen
- L mir ernsthaft gedroht, mich umzubringen
- M mit den Fäusten auf mich eingeschlagen, so dass es mir weh tat oder ich Angst bekam
- N mich verprügelt oder zusammengeschlagen
- O mich gewürgt oder versucht, mich zu ersticken
- P mich absichtlich verbrüht oder mit etwas Heissem gebrannt
- Q mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole, bedroht
- R mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole, verletzt
- S mich auf eine andere Art körperlich angegriffen, die mir Angst machte oder weh tat

- A Nur einmal**
- B 2- bis 3mal**
- C 4- bis 10mal**
- D 10- bis 20mal**
- E 20- bis 40mal**
- F Häufiger**
- G Nie**

10 Jemand Unbekanntes / eine fremde Person**20 Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes**, und zwar:

21 Jemanden, den/die ich nur vom Sehen kenne

22 Eine flüchtige Zufallsbekanntschaft

30 Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule, und zwar:

31 Arbeitskollege / Arbeitskollegin

32 Vorgesetzte(r) / Chef(in)

33 Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)

34 Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi

35 Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)

40 Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen), und zwar:

41 Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich zusammenlebe)

42 Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich nicht zusammenlebe)

43 Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich zusammengelebt habe)

44 Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich nicht zusammengelebt habe)

45 Erster Freund / erste Freundin

46 Geliebte(r), mit dem/der ich keine feste Partnerschaft hatte

47 Jemand, mit dem/der ich nur eine sehr lockere sexuelle Beziehung hatte

50 Jemand aus der Familie, und zwar:

51 Vater / Mutter

52 Bruder / Schwester

53 Tante / Onkel

54 Cousin / Cousine

55 Großvater / Großmutter

56 Stiefvater / Stiefmutter

57 Sohn / Tochter

58 Sonstige Verwandte

59 Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte

60 Freunde / Bekannte / Nachbarn, und zwar:

61 Jemand aus der Nachbarschaft

62 Jemand aus dem engsten Freundeskreis

63 Jemand aus dem weiteren Freundes- und Bekanntenkreis

70 Sonstige Personen, und zwar:

71 Arzt/Ärztin

72 Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)

73 Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)

74 Polizist(in)

75 Betreuungsperson, Leiter(in) von Jugendgruppe, Trainer(in) im Sportverein etc.

76 Andere Personen (*bitte angeben*)

- A In der eigenen Wohnung**
- B Vor der eigenen Wohnung**
- C In der Wohnung von anderen**
- D In der Arbeitsstelle / Ausbildungsstätte / Schule / Universität**
- E An einem öffentlichen Ort, z.B. auf der Straße, im Park**
- F In einem öffentlichen Gebäude, z.B. Cafe, Restaurant, Diskothek, Behörde**
- G In einem öffentlichen Verkehrsmittel, z.B. Bus, Bahn, U-Bahn, Taxi**
- H In einem Auto / Kraftfahrzeug**
- J Auf Parkplätzen, in Parkgaragen / Parkhäusern**
- K Sonstiges (*bitte angeben*)**

- A Blaue Flecken, Prellungen**
- B Offene Wunden, z.B. Schnitte, Hautaufschürfungen, Verbrennungen**
- C Vaginale Verletzungen; Blutungen im Genitalbereich**
- D Unterleibsschmerzen**
- E Verstauchungen, Zerrungen, Muskelrisse**
- F Knochenbrüche am Körper**
- G Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich
(Nasenbruch, Verletzungen an den Zähnen)**
- H Gehirnerschütterung**
- J Fehlgeburt**
- K Innere Verletzungen**
- L Schmerzen im Körper**
- M Andere Verletzungen (*bitte angeben*)**

Jemand hat ...

- A** mich wütend weggeschubst
- B** mir eine leichte Ohrfeige gegeben
- C** mich gebissen oder gekratzt, so dass es mir weh tat oder ich Angst bekam
- D** meinen Arm umgedreht oder mich an den Haaren gezogen, so dass es mir weh tat
- E** mich schmerzhaft getreten, gestoßen oder hart angefasst
- F** mich heftig weggeschleudert, so dass ich taumelte oder umgefallen bin
- G** mich heftig geohrfeigt oder mit der flachen Hand geschlagen
- H** etwas nach mir geworfen, das mich verletzen könnte
- J** mich mit etwas geschlagen, das mich verletzen könnte
- K** mir ernsthaft gedroht, mich körperlich anzugreifen oder zu verletzen
- L** mir ernsthaft gedroht, mich umzubringen
- M** mit den Fäusten auf mich eingeschlagen, so dass es mir weh tat oder ich Angst bekam
- N** mich verprügelt oder zusammengeschlagen
- O** mich gewürgt oder versucht, mich zu ersticken
- P** mich absichtlich verbrüht oder mit etwas Heissem gebrannt
- Q** mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole, bedroht
- R** mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole, verletzt
- S** mich auf eine andere Art körperlich angegriffen, die mir Angst machte oder weh tat

- A In den letzten 12 Monaten**
- B Innerhalb der letzten 2 bis 5 Jahre**
- C Vor 10 bis 20 Jahren**
- D Vor 20 bis 30 Jahren**
- E Vor 30 bis 40 Jahren**
- F Vor 40 bis 50 Jahren**
- G Schon länger her**

10 Jemand Unbekanntes / eine fremde Person**20 Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes**, und zwar:

21 Jemanden, den/die ich nur vom Sehen kenne

22 Eine flüchtige Zufallsbekanntschaft

30 Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule, und zwar:

31 Arbeitskollege / Arbeitskollegin

32 Vorgesetzte(r) / Chef(in)

33 Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)

34 Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi

35 Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)

40 Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen), und zwar:

41 Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich zusammenlebe)

42 Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich nicht zusammenlebe)

43 Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich zusammengelebt habe)

44 Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich nicht zusammengelebt habe)

45 Erster Freund / erste Freundin

46 Geliebte(r), mit dem/der ich keine feste Partnerschaft hatte

47 Jemand, mit dem/der ich nur eine sehr lockere sexuelle Beziehung hatte

50 Jemand aus der Familie, und zwar:

51 Vater / Mutter

52 Bruder / Schwester

53 Tante / Onkel

54 Cousin / Cousine

55 Großvater / Großmutter

56 Stiefvater / Stiefmutter

57 Sohn / Tochter

58 Sonstige Verwandte

59 Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte

60 Freunde / Bekannte / Nachbarn, und zwar:

61 Jemand aus der Nachbarschaft

62 Jemand aus dem engsten Freundeskreis

63 Jemand aus dem weiteren Freundes- und Bekanntenkreis

70 Sonstige Personen, und zwar:

71 Arzt/Ärztin

72 Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)

73 Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)

74 Polizist(in)

75 Betreuungsperson, Leiter(in) von Jugendgruppe, Trainer(in) im Sportverein etc.

76 Andere Personen (*bitte angeben*)

Ich habe:

- A** um Hilfe gerufen
- B** mich mit Worten gewehrt, die Person beschimpft oder auf sie eingeredet
- C** mich körperlich gewehrt, zurückgeschlagen u.ä.
- D** eine Waffe gegen die Person gerichtet
- E** versucht, wegzulaufen
- F** etwas anderes getan, um die Situation abzuwenden
(*bitte angeben*)
- G** Nichts davon,
konnte mich nicht wehren, war wie erstarrt oder unter Schock

- A Blaue Flecken, Prellungen**
- B Offene Wunden, z.B. Schnitte, Hautaufschürfungen, Verbrennungen**
- C Vaginale Verletzungen; Blutungen im Genitalbereich**
- D Unterleibsschmerzen**
- E Verstauchungen, Zerrungen, Muskelrisse**
- F Knochenbrüche am Körper**
- G Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich
(Nasenbruch, Verletzungen an den Zähnen)**
- H Gehirnerschütterung**
- J Fehlgeburt**
- K Innere Verletzungen**
- L Schmerzen im Körper**
- M Andere Verletzungen (*bitte angeben*)**

- A Ja, ich war beim Arzt / bei einer Ambulanz,
aber ich musste nicht im Krankenhaus bleiben**

- B Ja, ich musste im Krankenhaus bleiben
Wie viele Tage?**

- C Nein, es waren nur leichte Verletzungen**

- D Nein, aber es wäre nötig gewesen**

**Sehr
zufrieden**

**Sehr
un-
zufrieden**



10 Jemand Unbekanntes / eine fremde Person**20 Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes**, und zwar:

21 Jemanden, den/die ich nur vom Sehen kenne

22 Eine flüchtige Zufallsbekanntschaft

30 Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule, und zwar:

31 Arbeitskollege / Arbeitskollegin

32 Vorgesetzte(r) / Chef(in)

33 Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)

34 Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi

35 Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)

40 Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen), und zwar:

41 Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich zusammenlebe)

42 Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich nicht zusammenlebe)

43 Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich zusammengelebt habe)

44 Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich nicht zusammengelebt habe)

45 Erster Freund / erste Freundin

46 Geliebte(r), mit dem/der ich keine feste Partnerschaft hatte

47 Jemand, mit dem/der ich nur eine sehr lockere sexuelle Beziehung hatte

50 Jemand aus der Familie, und zwar:

51 Vater / Mutter

52 Bruder / Schwester

53 Tante / Onkel

54 Cousin / Cousine

55 Großvater / Großmutter

56 Stiefvater / Stiefmutter

57 Sohn / Tochter

58 Sonstige Verwandte

59 Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte

60 Freunde / Bekannte / Nachbarn, und zwar:

61 Jemand aus der Nachbarschaft

62 Jemand aus dem engsten Freundeskreis

63 Jemand aus dem weiteren Freundes- und Bekanntenkreis

70 Sonstige Person, und zwar:

71 Arzt/Ärztin

72 Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)

73 Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)

74 Polizist(in)

75 Betreuungsperson, Leiter(in) von Jugendgruppe, Trainer(in) im Sportverein etc.

76 Andere Personen (*bitte angeben*)

- A** Niedergeschlagenheit oder Depressionen
- B** Schlafstörungen oder Alpträume
- C** Dauerndes Grübeln über die Situation
- D** Erhöhte Krankheitsanfälligkeit, häufigere Krankschreibungen
- E** Vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühle von Erniedrigung
- F** Erhöhte Ängste (z.B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen)
- G** Probleme im Umgang mit Männern
- H** Schwierigkeiten in Beziehungen, zu anderen Vertrauen aufzubauen
- J** Probleme mit der Sexualität
- K** Scham- oder Schuldgefühle
- L** Ärger oder Rachegefühle
- M** Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Leistungsfähigkeit
- N** Schwierigkeiten bei Arbeit, Ausbildung und Studium
- O** Selbstmordgedanken
- P** Selbstverletzung
- Q** Essstörungen
- R** Andere Probleme (*bitte angeben*)

- A Ja, Alkohol**
- B Ja, Drogen**
- C Ja, Beruhigungs- oder Schlafmittel**
- D Ja, Antidepressiva oder Aufputschmittel**
- E Nein, nichts davon genommen**

Ja, führte zu folgenden Folgen:

- A Umzug**
- B Trennung vom Partner**
- C Bruch mit Familie, in der ich aufgewachsen bin**
- D Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes**
- H Abbruch oder Wechsel von Schule/Ausbildung/Studium**
- K Beginn einer Therapie**
- L Stationäre Behandlung**
- M Andere Folgen (*bitte angeben*)**

- A** Der Fall war nicht so ernsthaft oder schlimm, dass ich es für nötig hielt
- B** Ich hatte einen Schock / war zu nichts fähig
- C** Ich wollte meine Ruhe haben und das Ereignis vergessen
- D** Ich schämte mich bzw. fühlte mich selbst schuldig
- E** Es war mir zu intim; ich hielt es für eine Privatsache
- F** Es war eine einmalige Sache, die für mich abgeschlossen war
- G** Ich hatte Angst, die Polizei würde mir nicht glauben, mich nicht ernst nehmen, das Problem mir anlasten
- H** Ich glaubte nicht daran, dass die Polizei etwas tun könnte oder dass am Ende eine Verurteilung oder angemessene Bestrafung herauskommen würde
- J** Ich wurde von jemandem (einer Beratungsstelle o.ä.) auf mangelnde Erfolgsaussichten bzw. auf die schwierige Beweislage hingewiesen
- K** Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch den Täter
- L** Ich wollte mit der Polizei und mit Gerichten nichts zu tun haben
- M** Ich wollte nicht, dass der Täter verhaftet oder verurteilt wird
- N** Ich habe es für mich selbst geregelt, private Rache geübt, meine Familie eingeschaltet
- O** Ich wollte nicht die Partnerschaft mit der Person oder den Familienzusammenhalt gefährden; ich hatte Angst, die Kinder zu verlieren
- P** Andere Gründe (*bitte angeben*)

- A Die Polizei hat mich eingehend befragt**
- B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt**
- C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt**
- D Die Polizei hat versucht, zu schlichten**
- E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen**
- F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben**
- G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt**
- H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stufte ihn als zu geringfügig ein**
- J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam**
- K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet**
- L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln**
- M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen**
- N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen**
- O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt**
- P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet**
- Q Sonstiges (*bitte angeben*)**

**Sehr
zufrieden**

**Sehr
un-
zufrieden**



- A** Der Fall war nicht so ernsthaft oder schlimm, dass ich es für nötig hielt
- B** Ich hatte einen Schock / war zu nichts fähig
- C** Ich wollte meine Ruhe haben und das Ereignis vergessen
- D** Ich schämte mich bzw. fühlte mich selbst schuldig
- E** Es war mir zu intim; ich hielt es für eine Privatsache
- F** Es war eine einmalige Sache, die für mich abgeschlossen war
- G** Ich hatte Angst, die Polizei würde mir nicht glauben, mich nicht ernst nehmen, das Problem mir anlasten
- H** Ich glaubte nicht daran, dass die Polizei etwas tun könnte oder dass am Ende eine Verurteilung oder angemessene Bestrafung herauskommen würde
- J** Ich wurde von jemandem (einer Beratungsstelle o.ä.) auf mangelnde Erfolgsaussichten bzw. auf die schwierige Beweislage hingewiesen
- K** Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch den Täter
- L** Ich wollte mit der Polizei und mit Gerichten nichts zu tun haben
- M** Ich wollte nicht, dass der Täter verhaftet oder verurteilt wird
- N** Ich habe es für mich selbst geregelt, private Rache geübt, meine Familie eingeschaltet
- O** Ich wollte nicht die Partnerschaft mit der Person oder den Familienzusammenhalt gefährden; ich hatte Angst, die Kinder zu verlieren
- P** Andere Gründe (*bitte angeben*)

**Sehr
zufrieden**

**Sehr
un-
zufrieden**



- A** Dem Angeklagten wurde mehr geglaubt als mir
- B** Hohe psychische Belastung durch die Gerichtsverhandlung
- C** Hohe psychische Belastung durch erneute Konfrontation mit dem Täter
- D** Zu lange Dauer des Prozesses
- E** Der Anwalt des Angeklagten hat mich persönlich angegriffen und (indirekt) für die Tat verantwortlich gemacht
- F** Ich wurde durch Richter oder Staatsanwalt (indirekt) für die Tat verantwortlich gemacht
- G** Ich war erhöhten Gefahren ausgesetzt aufgrund von mangelndem Schutz vor weiterer Gewalt oder Rache des Täters
- H** Die geringe Strafe bzw. der Freispruch belastete mich
- J** Ich hatte das Gefühl, dass mir hier erneut Unrecht widerfährt
- K** Ich hätte mehr psychischen Beistand während der Gerichtsverhandlung benötigt
- L** Mein Anwalt/meine Anwältin war nicht gut genug für den Fall spezialisiert
- M** Sonstiges (*bitte angeben*)

Seit dem Alter von 16 Jahren erlebt		
nie	einmal	mehrmals

- A** Jemand hat mich zum **Geschlechtsverkehr** gezwungen und ist gegen meinen Willen mit dem Penis oder etwas anderem in meinen Körper eingedrungen
- B** Jemand hat gegen meinen Willen **versucht**, mit dem Penis oder etwas anderem in mich einzudringen, **es kam dann aber nicht dazu**
- C** Jemand hat mich zu **intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting** und ähnlichem gezwungen
- D** Ich wurde zu **anderen sexuellen Handlungen oder Praktiken** gezwungen, die ich nicht wollte
- E** Jemand hat mich gezwungen, **pornographische Bilder oder Filme anzusehen** und sie nachzuspielen, obwohl er/sie wusste, dass ich das nicht wollte

- A Nur einmal**
- B 2- bis 3mal**
- C 4- bis 10mal**
- D 10- bis 20mal**
- E 20- bis 40mal**
- F Häufiger**
- G Nie**

10 Jemand Unbekanntes / eine fremde Person**20 Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes**, und zwar:

21 Jemanden, den/die ich nur vom Sehen kenne

22 Eine flüchtige Zufallsbekanntschaft

30 Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule, und zwar:

31 Arbeitskollege / Arbeitskollegin

32 Vorgesetzte(r) / Chef(in)

33 Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)

34 Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi

35 Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)

40 Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen), und zwar:

41 Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich zusammenlebe)

42 Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich nicht zusammenlebe)

43 Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich zusammengelebt habe)

44 Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich nicht zusammengelebt habe)

45 Erster Freund / erste Freundin

46 Geliebte(r), mit dem/der ich keine feste Partnerschaft hatte

47 Jemand, mit dem/der ich nur eine sehr lockere sexuelle Beziehung hatte

50 Jemand aus der Familie, und zwar:

51 Vater / Mutter

52 Bruder / Schwester

53 Tante / Onkel

54 Cousin / Cousine

55 Großvater / Großmutter

56 Stiefvater / Stiefmutter

57 Sohn / Tochter

58 Sonstige Verwandte

59 Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte

60 Freunde / Bekannte / Nachbarn, und zwar:

61 Jemand aus der Nachbarschaft

62 Jemand aus dem engsten Freundeskreis

63 Jemand aus dem weiteren Freundes- und Bekanntenkreis

70 Sonstige Personen, und zwar:

71 Arzt/Ärztin

72 Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)

73 Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)

74 Polizist(in)

75 Betreuungsperson, Leiter(in) von Jugendgruppe, Trainer(in) im Sportverein etc.

76 Andere Personen (*bitte angeben*)

- A** In der eigenen Wohnung
- B** Vor der eigenen Wohnung
- C** In der Wohnung von anderen
- D** In der Arbeitsstelle / Ausbildungsstätte / Schule / Universität
- E** An einem öffentlichen Ort, z.B. auf der Straße, im Park
- F** In einem öffentlichen Gebäude, z.B. Cafe, Restaurant, Diskothek, Behörde
- G** In einem öffentlichen Verkehrsmittel, z.B. Bus, Bahn, U-Bahn, Taxi
- H** In einem Auto / Kraftfahrzeug
- J** Auf Parkplätzen, in Parkgaragen / Parkhäusern
- K** Sonstiges (*bitte angeben*)

- A Blaue Flecken, Prellungen**
- B Offene Wunden, z.B. Schnitte, Hautaufschürfungen, Verbrennungen**
- C Vaginale Verletzungen; Blutungen im Genitalbereich**
- D Unterleibsschmerzen**
- E Verstauchungen, Zerrungen, Muskelrisse**
- F Knochenbrüche am Körper**
- G Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich
(Nasenbruch, Verletzungen an den Zähnen)**
- H Gehirnerschütterung**
- J Fehlgeburt**
- K Innere Verletzungen**
- L Schmerzen im Körper**
- M Andere Verletzungen (*bitte angeben*)**

Schlimmste / belastendste Situation

- A** Jemand hat mich zum **Geschlechtsverkehr** gezwungen und ist gegen meinen Willen mit dem Penis oder etwas anderem in meinen Körper eingedrungen

- B** Jemand hat gegen meinen Willen **versucht**, mit dem Penis oder etwas anderem in mich einzudringen, **es kam dann aber nicht dazu**

- C** Jemand hat mich zu **intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting** und ähnlichem gezwungen

- D** Ich wurde zu **anderen sexuellen Handlungen oder Praktiken** gezwungen, die ich nicht wollte

- E** Jemand hat mich gezwungen, **pornographische Bilder oder Filme anzusehen** und sie nachzuspielen, obwohl er/sie wusste, dass ich das nicht wollte

- A In den letzten 12 Monaten**
- B Innerhalb der letzten 2 bis 5 Jahre**
- C Vor 10 bis 20 Jahren**
- D Vor 20 bis 30 Jahren**
- E Vor 30 bis 40 Jahren**
- F Vor 40 bis 50 Jahren**
- G Schon länger her**

10 Jemand Unbekanntes / eine fremde Person**20 Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes**, und zwar:

21 Jemanden, den/die ich nur vom Sehen kenne

22 Eine flüchtige Zufallsbekanntschaft

30 Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule, und zwar:

31 Arbeitskollege / Arbeitskollegin

32 Vorgesetzte(r) / Chef(in)

33 Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)

34 Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi

35 Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)

40 Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen), und zwar:

41 Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich zusammenlebe)

42 Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich nicht zusammenlebe)

43 Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich zusammengelebt habe)

44 Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich nicht zusammengelebt habe)

45 Erster Freund / erste Freundin

46 Geliebte(r), mit dem/der ich keine feste Partnerschaft hatte

47 Jemand, mit dem/der ich nur eine sehr lockere sexuelle Beziehung hatte

50 Jemand aus der Familie, und zwar:

51 Vater / Mutter

52 Bruder / Schwester

53 Tante / Onkel

54 Cousin / Cousine

55 Großvater / Großmutter

56 Stiefvater / Stiefmutter

57 Sohn / Tochter

58 Sonstige Verwandte

59 Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte

60 Freunde / Bekannte / Nachbarn, und zwar:

61 Jemand aus der Nachbarschaft

62 Jemand aus dem engsten Freundeskreis

63 Jemand aus dem weiteren Freundes- und Bekanntenkreis

70 Sonstige Personen, und zwar:

71 Arzt/Ärztin

72 Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)

73 Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)

74 Polizist(in)

75 Betreuungsperson, Leiter(in) von Jugendgruppe, Trainer(in) im Sportverein etc.

76 Andere Personen (*bitte angeben*)

Ich habe:

- A um Hilfe gerufen**
- B mich mit Worten gewehrt, die Person beschimpft oder auf sie eingeredet**
- C mich körperlich gewehrt, zurückgeschlagen u.ä.**
- D eine Waffe gegen die Person gerichtet**
- E versucht, wegzulaufen**
- F etwas anderes getan, um die Situation abzuwenden
(bitte angeben)**
- G Nichts davon,
konnte mich nicht wehren, war wie erstarrt oder unter Schock**

- A Blaue Flecken, Prellungen**
- B Offene Wunden, z.B. Schnitte, Hautaufschürfungen, Verbrennungen**
- C Vaginale Verletzungen; Blutungen im Genitalbereich**
- D Unterleibsschmerzen**
- E Verstauchungen, Zerrungen, Muskelrisse**
- F Knochenbrüche am Körper**
- G Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich
(Nasenbruch, Verletzungen an den Zähnen)**
- H Gehirnerschütterung**
- J Fehlgeburt**
- K Innere Verletzungen**
- L Schmerzen im Körper**
- M Andere Verletzungen (*bitte angeben*)**

- A Ja, ich war beim Arzt / bei einer Ambulanz,
aber ich musste nicht im Krankenhaus bleiben**

- B Ja, ich musste im Krankenhaus bleiben
Wie viele Tage?**

- C Nein, es waren nur leichte Verletzungen**

- D Nein, aber es wäre nötig gewesen**

**Sehr
zufrieden**

**Sehr
un-
zufrieden**



10 Jemand Unbekanntes / eine fremde Person**20 Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes**, und zwar:

21 Jemanden, den/die ich nur vom Sehen kenne

22 Eine flüchtige Zufallsbekanntschaft

30 Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule, und zwar:

31 Arbeitskollege / Arbeitskollegin

32 Vorgesetzte(r) / Chef(in)

33 Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)

34 Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi

35 Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)

40 Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen), und zwar:

41 Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich zusammenlebe)

42 Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich nicht zusammenlebe)

43 Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich zusammengelebt habe)

44 Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich nicht zusammengelebt habe)

45 Erster Freund / erste Freundin

46 Geliebte(r), mit dem/der ich keine feste Partnerschaft hatte

47 Jemand, mit dem/der ich nur eine sehr lockere sexuelle Beziehung hatte

50 Jemand aus der Familie, und zwar:

51 Vater / Mutter

52 Bruder / Schwester

53 Tante / Onkel

54 Cousin / Cousine

55 Großvater / Großmutter

56 Stiefvater / Stiefmutter

57 Sohn / Tochter

58 Sonstige Verwandte

59 Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte

60 Freunde / Bekannte / Nachbarn, und zwar:

61 Jemand aus der Nachbarschaft

62 Jemand aus dem engsten Freundeskreis

63 Jemand aus dem weiteren Freundes- und Bekanntenkreis

70 Sonstige Person, und zwar:

71 Arzt/Ärztin

72 Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)

73 Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)

74 Polizist(in)

75 Betreuungsperson, Leiter(in) von Jugendgruppe, Trainer(in) im Sportverein etc.

76 Andere Personen (*bitte angeben*)

- A** Niedergeschlagenheit oder Depressionen
- B** Schlafstörungen oder Alpträume
- C** Dauerndes Grübeln über die Situation
- D** Erhöhte Krankheitsanfälligkeit, häufigere Krankschreibungen
- E** Vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühle von Erniedrigung
- F** Erhöhte Ängste (z.B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen)
- G** Probleme im Umgang mit Männern
- H** Schwierigkeiten in Beziehungen, zu anderen Vertrauen aufzubauen
- J** Probleme mit der Sexualität
- K** Scham- oder Schuldgefühle
- L** Ärger oder Rachegefühle
- M** Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Leistungsfähigkeit
- N** Schwierigkeiten bei Arbeit, Ausbildung und Studium
- O** Selbstmordgedanken
- P** Selbstverletzung
- Q** Essstörungen
- R** Andere Probleme (*bitte angeben*)

- A Ja, Alkohol**
- B Ja, Drogen**
- C Ja, Beruhigungs- oder Schlafmittel**
- D Ja, Antidepressiva oder Aufputschmittel**
- E Nein, nichts davon genommen**

- A Umzug**
- B Trennung vom Partner**
- C Bruch mit Familie, in der ich aufgewachsen bin**
- D Kündigung oder Wechsel des Arbeitsplatzes**
- H Abbruch oder Wechsel von Schule/Ausbildung/Studium**
- K Beginn einer Therapie**
- L Stationäre Behandlung**
- M Andere Folgen (*bitte angeben*)**

- A** Der Fall war nicht so ernsthaft oder schlimm, dass ich es für nötig hielt
- B** Ich hatte einen Schock / war zu nichts fähig
- C** Ich wollte meine Ruhe haben und das Ereignis vergessen
- D** Ich schämte mich bzw. fühlte mich selbst schuldig
- E** Es war mir zu intim; ich hielt es für eine Privatsache
- F** Es war eine einmalige Sache, die für mich abgeschlossen war
- G** Ich hatte Angst, die Polizei würde mir nicht glauben, mich nicht ernst nehmen, das Problem mir anlasten
- H** Ich glaubte nicht daran, dass die Polizei etwas tun könnte oder dass am Ende eine Verurteilung oder angemessene Bestrafung herauskommen würde
- J** Ich wurde von jemandem (einer Beratungsstelle o.ä.) auf mangelnde Erfolgsaussichten bzw. auf die schwierige Beweislage hingewiesen
- K** Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch den Täter/die Täterin
- L** Ich wollte mit der Polizei und mit Gerichten nichts zu tun haben
- M** Ich wollte nicht, dass der Täter/die Täterin verhaftet oder verurteilt wird
- N** Ich habe es für mich selbst geregelt, private Rache geübt, meine Familie eingeschaltet
- O** Ich wollte nicht die Partnerschaft mit der Person oder den Familienzusammenhalt gefährden; ich hatte Angst, die Kinder zu verlieren
- P** Andere Gründe (*bitte angeben*)

- A Die Polizei hat mich eingehend befragt**
- B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt**
- C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt**
- D Die Polizei hat versucht, zu schlichten**
- E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen**
- F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben**
- G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt**
- H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stufte ihn als zu geringfügig ein**
- J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam**
- K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet**
- L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln**
- M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen**
- N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen**
- O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt**
- P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet**
- Q Sonstiges (*bitte angeben*)**

**Sehr
zufrieden**

**Sehr
un-
zufrieden**



- A** Der Fall war nicht so ernsthaft oder schlimm, dass ich es für nötig hielt
- B** Ich hatte einen Schock / war zu nichts fähig
- C** Ich wollte meine Ruhe haben und das Ereignis vergessen
- D** Ich schämte mich bzw. fühlte mich selbst schuldig
- E** Es war mir zu intim; ich hielt es für eine Privatsache
- F** Es war eine einmalige Sache, die für mich abgeschlossen war
- G** Ich hatte Angst, die Polizei würde mir nicht glauben, mich nicht ernst nehmen, das Problem mir anlasten
- H** Ich glaubte nicht daran, dass die Polizei etwas tun könnte oder dass am Ende eine Verurteilung oder angemessene Bestrafung herauskommen würde
- J** Ich wurde von jemandem (einer Beratungsstelle o.ä.) auf mangelnde Erfolgsaussichten bzw. auf die schwierige Beweislage hingewiesen
- K** Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch den Täter/die Täterin
- L** Ich wollte mit der Polizei und mit Gerichten nichts zu tun haben
- M** Ich wollte nicht, dass der Täter/die Täterin verhaftet oder verurteilt wird
- N** Ich habe es für mich selbst geregelt, private Rache geübt, meine Familie eingeschaltet
- O** Ich wollte nicht die Partnerschaft mit der Person oder den Familienzusammenhalt gefährden; ich hatte Angst, die Kinder zu verlieren
- P** Andere Gründe (*bitte angeben*)

**Sehr
zufrieden**

**Sehr
un-
zufrieden**



- A** Dem Angeklagten wurde mehr geglaubt als mir
- B** Hohe psychische Belastung durch die Gerichtsverhandlung
- C** Hohe psychische Belastung durch erneute Konfrontation mit dem Täter
- D** Zu lange Dauer des Prozesses
- E** Der Anwalt des Angeklagten hat mich persönlich angegriffen und (indirekt) für die Tat verantwortlich gemacht
- F** Ich wurde durch Richter oder Staatsanwalt (indirekt) für die Tat verantwortlich gemacht
- G** Ich war erhöhten Gefahren ausgesetzt aufgrund von mangelndem Schutz vor weiterer Gewalt oder Rache des Täters
- H** Die geringe Strafe bzw. der Freispruch belastete mich
- J** Ich hatte das Gefühl, dass mir hier erneut Unrecht widerfährt
- K** Ich hätte mehr psychischen Beistand während der Gerichtsverhandlung benötigt
- L** Mein Anwalt/meine Anwältin war nicht gut genug für den Fall spezialisiert
- M** Sonstiges (*bitte angeben*)

In Anspruch genommen:

- A Frauennotruf**
- B Frauenhaus**
- C Frauenberatungsstelle**
- D Andere Beratungsstelle**
- E Krisendienst**
- F Telefonseelsorge**
- G Therapeutische Praxis**
- H Psychiatrische Einrichtung**
- J Opferberatungsstelle**
- K Frauenbeauftragte der Polizei**
- L Frauenbeauftragte der Stadt/Gemeinde**
- M Frauenbeauftragte des Betriebes**
- N Gerichtliche Hilfen**
- O Andere Hilfe (*bitte angeben*)**

**Sehr
zufrieden**

**Sehr
un-
zufrieden**



- A** Es kam nicht dazu, dass über die Gewalterfahrung gesprochen wurde
- B** Ich bekam nicht die Hilfe, die ich brauchte
- C** Ich fühlte mich dort nicht einfühlsam behandelt und konnte kein Vertrauen zu den Personen aufbauen
- D** Ich hatte Angst vor mangelnder Anonymität
- E** Ich hätte eine Frau zur Beratung bevorzugt
- F** Ich hätte einen Mann zur Beratung bevorzugt
- G** Zu viele andere Personen waren bei der Beratung anwesend
- H** Das Angebot war zu teuer
- J** Es war zu viel bürokratischer Aufwand zu überwinden
- K** Ich erhielt keine weiterführenden Informationen über geeignete Hilfen
- L** Die Wartezeiten für spezielle therapeutische Angebote waren zu lang
- M** Ich hätte mehr Stärkung und Unterstützung gebraucht
- N** Ich hätte mehr praktische Hilfe, z.B. Vermittlung von Anwältin, Ärztin etc. gebraucht
- O** Andere Probleme (*bitte angeben*)

- A Der Fall schien mir zu geringfügig**
- B Ich wusste nicht, wo ich Hilfe finden könnte**
- C Solche Hilfen standen mir nicht zur Verfügung**
- D Ich hatte Schwierigkeiten, die Hilfeeinrichtung mit Verkehrsmitteln zu erreichen**
- E Die Öffnungszeiten passten für mich zeitlich nicht**
- F Zu lange Wartezeiten**
- G Ich schämte mich**
- H Ich hatte Angst davor, dass niemand mir glauben würde**
- J Ich hatte Angst vor unangenehmen Nachfragen**
- K Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch Täter**
- L Ich hatte Angst davor, dass die Anonymität nicht gewährleistet wäre**
- M Ich brauchte keine dieser Hilfen**
- N Andere Gründe (*bitte angeben*)**

- A Privater Haushalt**
- B Wohnheim, Pflegeheim etc.: dauerhaft**
- C Wohnheim, Pflegeheim etc.: vorübergehend**
- D Vorübergehende Unterkunft: Hotel**
- E Vorübergehende Unterkunft: Frauenhaus**
- F Vorübergehende Unterkunft: bei Freunden**
- G Sonstiges (*bitte angeben*)**

- A** Mein Ehemann / meine Ehefrau
- B** Mein Partner / meine Partnerin
- C** Eigenes (leibliches) Kind (Sohn, Tochter)
- D** Stief- / Adoptiv- / Pflegekind, Kind des Partners
- E** Mein Bruder / meine Schwester
- F** Mein Stiefbruder / meine Stiefschwester / Adoptivgeschwister
- G** Mein Enkel / meine Enkelin
- H** Mein Vater / meine Mutter
- J** Mein Stiefvater / meine Stiefmutter
- K** Mein Schwiegervater / meine Schwiegermutter
- L** Mein Schwiegersohn / meine Schwiegertochter
- M** Mein Schwager / meine Schwägerin
- N** Mein Großvater / meine Großmutter
- O** Großvater / Großmutter meines Ehepartners/meines Partners
- P** Andere verwandte oder verschwägerte Person
(z.B. Onkel, Tante, Nefte, Nichte usw.)
- Q** Andere, mit mir **nicht** verwandte Personen

Ist zur Zeit:

- A** Vollzeit erwerbstätig (35 Stunden pro Woche und mehr)
- B** Teilzeit erwerbstätig (15 bis unter 35 Stunden pro Woche)
- C** geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig
(unter 15 Stunden pro Woche)
- D** vorübergehend freigestellt
(z.B. Mutterschafts-/Erziehungsurlaub, sonstige Beurlaubung)
- E** in Schule / Ausbildung / Studium
- F** Renter(in) / Pensionär(in), im Vorruhestand
- G** arbeitslos
- H** Wehr-/Zivildienst
- J** Hausfrau / Hausmann
- K** im Kindergarten / in Krippe
- L** nichts davon

- A Einkommen aus beruflicher Tätigkeit**
- B Leistungen des Arbeitsamtes, z.B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Altersübergangsgeld**
- C Leistungen des Sozialamtes, z.B. Sozialhilfe etc.**
- D Altersrente, Pension, Witwen- oder Hinterbliebenenrente, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente**
- E Betriebsrente oder Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes**
- F Krankengeld, gezahlt von einer Krankenkasse**
- G Erziehungsgeld, Kindergeld**
- H Wohngeld**
- J Ausbildungsförderung, z.B. BaFög**
- K Unterhalt durch Ex-Partner**
- L Finanzielle Unterstützung durch Eltern**
- M Sonstige Einkommen**

A	unter	150 Euro
B	150 bis unter	300 Euro
C	300 bis unter	500 Euro
D	500 bis unter	700 Euro
E	700 bis unter	900 Euro
F	900 bis unter	1200 Euro
G	1200 bis unter	1800 Euro
H	1800 bis unter	2300 Euro
J	2300 bis unter	2800 Euro
K	2800 bis unter	3300 Euro
L	3300 bis unter	3800 Euro
M	3800 bis unter	5100 Euro
N	5100 bis unter	7600 Euro
O	7.600 Euro und mehr	

- A** unter 150 Euro
- B** 150 bis unter 300 Euro
- C** 300 bis unter 500 Euro
- D** 500 bis unter 700 Euro
- E** 700 bis unter 900 Euro
- F** 900 bis unter 1200 Euro
- G** 1200 bis unter 1800 Euro
- H** 1800 bis unter 2300 Euro
- J** 2300 bis unter 2800 Euro
- K** 2800 bis unter 3300 Euro
- L** 3300 bis unter 3800 Euro
- M** 3800 bis unter 5100 Euro
- N** 5100 bis unter 7600 Euro
- O** 7.600 Euro und mehr

- P** Habe kein eigenes Einkommen

Griechenland

Italien

Polen

Türkei

USA

Staaten des ehemaligen Jugoslawien

Staaten der ehemaligen Sowjetunion

Anderes Land (*bitte angeben*)

Ist staatenlos

- A In Ostdeutschland (ehemalige DDR)**
- B In Westdeutschland / Westberlin**
- C In den früheren deutschen Ostgebieten**
- D In Griechenland**
- E In Italien**
- F In Polen**
- G In der Türkei**
- H In den USA**
- J In den Staaten des ehemaligen Jugoslawien**
- K In den Staaten der ehemaligen Sowjetunion**
- L In einem anderen Land**

- A Schule beendet ohne Abschluss**
- B Volks- oder Hauptschulabschluss**
- C Mittlere Reife, Realschulabschluss (Fachschulreife)**
- D Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 8. Klasse**
- E Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 10. Klasse**
- F Fachhochschulreife**
- G Abitur (Hochschulreife) oder erweiterte Oberschule (EOS) mit Abschluss 12. Klasse; Berufsausbildung mit Abitur**
- H Anderen Abschluss (*bitte angeben*)**

- J Geht noch zur Schule**

- A Beruflich-betrieblichen Anlernzeit mit Abschlusszeugnis
(aber keine Lehre)**
- B Teilfacharbeiterabschluss**
- C Abschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre**
- D Abgeschlossene kaufmännische Lehre**
- E Abgeschlossene hauswirtschaftliche Lehre**
- F Berufliches Praktikum, Volontariat**
- G Berufsfachschulabschluss**
- H Fachschulabschluss**
- J Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss**
- K Fachhochschulabschluss**
- L Hochschulabschluss**
- M Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss**
- N Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss**
- O Noch keinen Ausbildungsabschluss**

A	unter	150 Euro
B	150 bis unter	300 Euro
C	300 bis unter	500 Euro
D	500 bis unter	700 Euro
E	700 bis unter	900 Euro
F	900 bis unter	1200 Euro
G	1200 bis unter	1800 Euro
H	1800 bis unter	2300 Euro
J	2300 bis unter	2800 Euro
K	2800 bis unter	3300 Euro
L	3300 bis unter	3800 Euro
M	3800 bis unter	5100 Euro
N	5100 bis unter	7600 Euro
O	7600 Euro und mehr	

- A In Griechenland**
- B In Italien**
- C In Polen**
- D In der Türkei**
- E In den USA**
- F In den Staaten des ehemaligen Jugoslawien**
- G In den Staaten der ehemaligen Sowjetunion**
- H In einem anderen Land (*bitte angeben*)**

- A Schule beendet ohne Abschluss**
- B Volks- oder Hauptschulabschluss**
- C Mittlere Reife, Realschulabschluss (Fachschulreife)**
- D Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 8. Klasse**
- E Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 10. Klasse**
- F Fachhochschulreife**
- G Abitur (Hochschulreife) oder erweiterte Oberschule (EOS) mit Abschluss 12. Klasse; Berufsausbildung mit Abitur**
- H Anderen Abschluss (*bitte angeben*)**

- J Ging damals noch zur Schule**

- A Beruflich-betrieblichen Anlernzeit mit Abschlusszeugnis
(aber keine Lehre)**
- B Teilfacharbeiterabschluss**
- C Abschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre**
- D Abgeschlossene kaufmännische Lehre**
- E Abgeschlossene hauswirtschaftliche Lehre**
- F Berufliches Praktikum, Volontariat**
- G Berufsfachschulabschluss**
- H Fachschulabschluss**
- J Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss**
- K Fachhochschulabschluss**
- L Hochschulabschluss**
- M Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss**
- N Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss**
- O Hatte damals noch keinen Ausbildungsabschluss**

Berufliche Stellung

Ich bin zur Zeit bzw. war:

Selbständige Landwirtin bzw. Genossenschaftsbäuerin

- 11 mit einer landwirtschaftlich genutzter Fläche bis unter 10 ha
- 12 mit einer landwirtschaftlich genutzter Fläche von 10 ha und mehr
- 13 Genossenschaftsbäuerin (ehemals LPG)

Akademikerin in freiem Beruf (Ärztin, Rechtsanwältin, Steuerberaterin u.ä.)

- 21 ohne weitere Mitarbeiter(innen)/Partner(innen)
- 22 mit 1 bis 4 Mitarbeiter(innen)/Partner(innen)
- 23 mit 5 und mehr Mitarbeiter(innen)/Partner(innen)

Selbständige in Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung bzw. PGH-Mitglied

- 31 ohne weitere Mitarbeiter(innen)/Partner(innen)
- 32 mit 1 bis 4 Mitarbeiter(innen)/Partner(innen)
- 33 mit 5 und mehr Mitarbeiter(innen)/Partner(innen)
- 34 PGH-Mitglied

Beamtin, Richterin, Berufssoldatin

- 41 im einfachen Dienst (bis einschl. Oberamtsmeisterin)
- 42 im mittleren Dienst
(von Assistentin bis einschl. Hauptsekretärin, Amtsinspektorin)
- 43 im gehobenen Dienst (von Inspektorin bis einschl. Oberamtsrätin)
- 44 im höheren Dienst, Richterin (von Rätin aufwärts)

Angestellte

- 51 mit ausführender Tätigkeit nach Anweisung
(z.B. Verkäuferin, Kontoristin, Datentypistin)
- 52 mit einer Tätigkeit, die ich nach Anweisung erledige
(z.B. Sachbearbeiterin, Buchhalterin, technische Zeichnerin)
- 53 mit selbständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit begrenzter Verantwortung für Personal (z.B. wissenschaftliche Mitarbeiterin, Prokuristin, Abteilungsleiterin bzw. Meisterin im Angestelltenverhältnis)
- 54 mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen
(z.B. Direktorin, Geschäftsführerin, Mitglied des Vorstandes)

Arbeiterin

- 61 ungelernt
- 62 angelernt
- 63 Facharbeiterin
- 64 Vorarbeiterin, Kolonnenführerin
- 65 Meisterin, Polierin, Brigadierin

In Ausbildung

- 71 als kaufmännisch-technische Auszubildende
- 72 als gewerbliche Auszubildende
- 73 in sonstiger Ausbildung

81 Mithelfende Familienangehörige

91 Trifft nicht zu, war noch nie erwerbstätig

Impressum:

Herausgeber:
Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
Internet: www.bmfsfj.de

Stand:
September 2004

Gestaltung:
KIWI GmbH, Osnabrück

Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 0 18 01/90 70 50*
Fax: 0 18 88/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 7–19 Uhr

*** nur Anrufe aus dem Festnetz, 9–18 Uhr 4,6 Cent,**
sonst 2,5 Cent pro angefangene Minute

