

**ZA-Archiv Nummer 4193**

**Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von  
Frauen in Deutschland (Hauptbefragung)**

**- mündlicher Fragebogen -**

**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 <b>Zufriedenheit</b> mit verschiedenen Lebensbereichen stellen.</p> <p>Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer <b>derzeitigen Lebenssituation</b>?</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><b>Liste 100 vorlegen und bis Frage 102 liegenlassen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>Sehr zufrieden</b></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><b>Sehr unzufrieden</b></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 <b>Freunde und Familie</b> 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;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>Sehr zufrieden</b></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><b>Sehr unzufrieden</b></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 <b>Ausbildung und Berufsleben</b> 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;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>Sehr zufrieden</b></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><b>Sehr unzufrieden</b></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> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 10px;"> <p><b>Monat</b> <input style="width: 30px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/></p> <p><b>Jahr</b> <input style="width: 30px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/></p> </div>	


Nr.									Weiter mit
104	Haben Sie eigene Kinder? Denken Sie bitte auch an Stief-, Pflege- bzw. Adoptivkinder und Kinder, die bereits verstorben sind.								105
	Ja, Anzahl: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
	Nein, keine Kinder ..... <input type="checkbox"/> 96								
	Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97								106
	Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98								
105	Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zu diesen Kindern stellen. Beginnen wir mit Ihrem ältesten Kind:  <b>Bitte die Fragen A bis D für jedes Kind nacheinander abfragen!</b>								
	1. Kind (ältestes)	2. Kind	3. Kind	4. Kind	5. Kind	6. Kind	7. Kind	8. Kind	
A	<b>Nennen Sie mir bitte den Vornamen oder Kürzel des Kindes:</b>								
B	<b>Welches Geschlecht hat es?</b>								
	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	<b>Ist dieses Kind ...</b>								
	– Ihr leibliches Kind ..... <input type="checkbox"/> 1	– Ihr leibliches Kind ..... <input type="checkbox"/> 1	– Ihr leibliches Kind ..... <input type="checkbox"/> 1	– Ihr leibliches Kind ..... <input type="checkbox"/> 1	– Ihr leibliches Kind ..... <input type="checkbox"/> 1	– Ihr leibliches Kind ..... <input type="checkbox"/> 1	– Ihr leibliches Kind ..... <input type="checkbox"/> 1	– Ihr leibliches Kind ..... <input type="checkbox"/> 1	
	– das Kind Ihres Partners ..... <input type="checkbox"/> 2	– das Kind Ihres Partners ..... <input type="checkbox"/> 2	– das Kind Ihres Partners ..... <input type="checkbox"/> 2	– das Kind Ihres Partners ..... <input type="checkbox"/> 2	– das Kind Ihres Partners ..... <input type="checkbox"/> 2	– das Kind Ihres Partners ..... <input type="checkbox"/> 2	– das Kind Ihres Partners ..... <input type="checkbox"/> 2	– das Kind Ihres Partners ..... <input type="checkbox"/> 2	
	– ein Adoptivkind ..... <input type="checkbox"/> 3	– ein Adoptivkind ..... <input type="checkbox"/> 3	– ein Adoptivkind ..... <input type="checkbox"/> 3	– ein Adoptivkind ..... <input type="checkbox"/> 3	– ein Adoptivkind ..... <input type="checkbox"/> 3	– ein Adoptivkind ..... <input type="checkbox"/> 3	– ein Adoptivkind ..... <input type="checkbox"/> 3	– ein Adoptivkind ..... <input type="checkbox"/> 3	
	– ein Pflegekind? ..... <input type="checkbox"/> 4	– ein Pflegekind? ..... <input type="checkbox"/> 4	– ein Pflegekind? ..... <input type="checkbox"/> 4	– ein Pflegekind? ..... <input type="checkbox"/> 4	– ein Pflegekind? ..... <input type="checkbox"/> 4	– ein Pflegekind? ..... <input type="checkbox"/> 4	– ein Pflegekind? ..... <input type="checkbox"/> 4	– ein Pflegekind? ..... <input type="checkbox"/> 4	
	W.n. <input type="checkbox"/> 8	W.n. <input type="checkbox"/> 8	W.n. <input type="checkbox"/> 8	W.n. <input type="checkbox"/> 8	W.n. <input type="checkbox"/> 8	W.n. <input type="checkbox"/> 8	W.n. <input type="checkbox"/> 8	W.n. <input type="checkbox"/> 8	
D	<b>Lebt ... bei Ihnen im Haushalt?</b>								
	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	Kind ist verstorben ..... <input type="checkbox"/> 3	Kind ist verstorben ..... <input type="checkbox"/> 3	Kind ist verstorben ..... <input type="checkbox"/> 3	Kind ist verstorben ..... <input type="checkbox"/> 3	Kind ist verstorben ..... <input type="checkbox"/> 3	Kind ist verstorben ..... <input type="checkbox"/> 3	Kind ist verstorben ..... <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><b>Vorgaben bitte vorlesen! Nur <u>eine</u> Nennung!</b> <b>Falls Nachfrage: Gemeint ist bis zum Alter von 16 Jahren!</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> </div> <div style="flex: 1;"> <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/> <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>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 8</p> </div> </div> <p><b>Falls bei beiden leiblichen Eltern aufgewachsen:</b> <b>In Schema 108 (Seite 5) in Spalte</b> <b>1. Person "A" eintragen (leibliche Mutter)</b> <b>2. Person "B" eintragen (leiblicher Vater)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>108</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>107</b></p>
107	<p>Bei welchen Personen sind Sie in dieser Zeit ganz oder überwiegend aufgewachsen?</p> <p><b>Liste 107 vorlegen!</b> <b>Bitte <u>maximal 2 Personen</u> nennen lassen;</b> <b>die beiden Hauptbezugspersonen sollen ermittelt werden!</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <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> </div> <div style="flex: 1;"> <p style="text-align: right;">1</p> </div> </div> <hr/> <p>P Nur im Heim aufgewachsen ..... <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>108</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>109</b></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	<b>Bitte eintragen:</b>	<b>1. Person</b> Kennbuchstabe aus Liste 107: <input type="text"/> männlich ... 1 <input type="checkbox"/> weiblich .... 2 <input type="checkbox"/>	<b>2. Person</b> Kennbuchstabe aus Liste 107: <input type="text"/> männlich ... 1 <input type="checkbox"/> weiblich .... 2 <input type="checkbox"/>
108.1	Ist ... in Deutschland geboren?	Ja ..... 1 <input type="checkbox"/> ► Weiter mit Frage 109 Nein ..... 2 <input type="checkbox"/> Verweigert .. 7 <input type="checkbox"/> Weiß nicht .. 8 <input type="checkbox"/> ↓	Ja ..... 1 <input type="checkbox"/> ► Weiter mit Frage 109 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> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;">  <p><b>Falls Ja:</b> Wie viele Brüder und wie viele Schwestern haben Sie?</p> </div> <div style="flex: 2;"> <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> <p>Anzahl Brüder ..... <input type="text"/></p> <p>Anzahl Schwestern ..... <input type="text"/></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p> </div> </div>																																																													
110	<p>Im folgenden geht es um Ihre <b>Einschätzung von sich selbst</b> 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><b>Liste 110 vorlegen und bis Frage 111 liegenlassen!</b> <b>Vorgaben nacheinander vorlesen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Trifft genau zu 1</th> <th style="text-align: center;">Trifft eher zu 2</th> <th style="text-align: center;">Trifft eher nicht zu 3</th> <th style="text-align: center;">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 <b>Beziehungen zu anderen Menschen</b>. 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><b>Vorgaben nacheinander vorlesen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Trifft genau zu 1</th> <th style="text-align: center;">Trifft eher zu 2</th> <th style="text-align: center;">Trifft eher nicht zu 3</th> <th style="text-align: center;">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><b>Liste 112 vorlegen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="4" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Mache ich derzeit</th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <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> <th style="text-align: center;">Verweigert</th> <th style="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>A 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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B 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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C 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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D 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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E 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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F 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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>									Mache ich derzeit							häufig	gelegentlich	selten	nie	Verweigert	Weiß nicht		1	2	3	4	7	8	A Freunde, Verwandte oder Bekannte besuchen .....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	D Ins Restaurant oder Cafe gehen .....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	F Andere Freizeitaktivitäten außer Haus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Mache ich derzeit																																																																							
	häufig	gelegentlich	selten	nie	Verweigert	Weiß nicht																																																																		
	1	2	3	4	7	8																																																																		
A Freunde, Verwandte oder Bekannte besuchen .....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
D Ins Restaurant oder Cafe gehen .....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
F Andere Freizeitaktivitäten außer Haus .....	<input type="checkbox"/>	<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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></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></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;">7</th> <th style="text-align: center;">8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Über ...</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <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>									Ja	Nein	Trifft für mich nicht zu	Verweigert	Weiß nicht		1	2	3	7	8	Über ...						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"/>																						
	Ja	Nein	Trifft für mich nicht zu	Verweigert	Weiß nicht																																																																			
	1	2	3	7	8																																																																			
Über ...																																																																								
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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>häufig .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>gelegentlich .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>selten .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>oder nie? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>die Menschen einander kennen und sich helfen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>oder die Leute mehr ihre eigenen Wege gehen? ....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Es ist eine Mischung daraus .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; 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><b>Wie sicher fühlen Sie sich, wenn Sie spät abends oder nachts alleine im Dunkeln nach Hause gehen?</b></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><i>Liste 200 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</i></p> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr sicher <span style="float: right;">Überhaupt nicht sicher</span></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"/> <input type="checkbox"/></p> </div> <hr/> <p>Gehe spät abends nicht allein nach Hause ..... <input type="checkbox"/> 95</p> <hr/> <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;">201</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>202</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>203</b></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><i>Liste 201 vorlegen!</i></p> <div style="text-align: right;"> <p>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> </div>	<p style="text-align: center;"><b>203</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;">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"/> 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> </div>	

Nr.	Weiter mit																																																						
203	<p>Haben Sie häufig, gelegentlich, selten oder nie Angst ...</p> <p><i>Liste 203 vorlegen und Vorgaben nacheinander vorlesen!</i></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Häufig</th> <th>Gelegentlich</th> <th>Selten</th> <th>Nie</th> <th>Trifft für mich nicht zu</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>dass ein <b>Fremder</b> Sie körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>dass jemand aus Ihrem <b>Bekanntenkreis</b> Sie körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>dass jemand aus Ihrer <b>Familie oder Ihr Partner</b> Sie körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte? .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>dass jemand aus <b>Arbeit, Schule, Studium oder Ausbildung</b> Sie körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte? .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>								Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Trifft für mich nicht zu	Verweigert	Weiß nicht		1	2	3	4	6	7	8	dass ein <b>Fremder</b> 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"/>	dass jemand aus Ihrem <b>Bekanntenkreis</b> 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"/>	dass jemand aus Ihrer <b>Familie oder Ihr Partner</b> 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 <b>Arbeit, Schule, Studium oder Ausbildung</b> 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"/>
	Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Trifft für mich nicht zu	Verweigert	Weiß nicht																																																
	1	2	3	4	6	7	8																																																
dass ein <b>Fremder</b> 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"/>																																																
dass jemand aus Ihrem <b>Bekanntenkreis</b> 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"/>																																																
dass jemand aus Ihrer <b>Familie oder Ihr Partner</b> 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 <b>Arbeit, Schule, Studium oder Ausbildung</b> 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	<p>Wenn Sie abends alleine auf ein <b>öffentliches Verkehrsmittel</b> wie Bus, U- bzw. S-Bahn, Straßenbahn oder Zug warten oder damit 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 abstimmen.</p> <p><i>Liste 204 vorlegen! Nur eine Nennung!</i></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Sehr sicher</th> <th colspan="4"></th> <th>Überhaupt nicht sicher</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p>Fahre nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln ..... <input type="checkbox"/> 95</p> <p>Es gibt keine öffentlichen Verkehrsmittel bei uns ..... <input type="checkbox"/> 96</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>							Sehr sicher					Überhaupt nicht sicher	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Sehr sicher					Überhaupt nicht sicher																																																		
1	2	3	4	5	6																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
205	<p>Wie oft benutzen Sie abends alleine öffentliche Verkehrsmittel? Was von dieser Liste trifft zu?</p> <p><i>Liste 205 vorlegen!</i></p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>Täglich .....</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>207</td> </tr> <tr> <td>Mehrmals pro Woche .....</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td rowspan="5">206</td> </tr> <tr> <td>Einmal pro Woche .....</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>1-3mal im Monat .....</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>Mehrmals im Jahr .....</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>Seltener .....</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>Nie .....</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td rowspan="3">207</td> </tr> <tr> <td>Es gibt keine öffentlichen Verkehrsmittel bei uns .....</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/> 97</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/> 98</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Täglich .....	<input type="checkbox"/> 1	207	Mehrmals pro Woche .....	<input type="checkbox"/> 2	206	Einmal pro Woche .....	<input type="checkbox"/> 3	1-3mal im Monat .....	<input type="checkbox"/> 4	Mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/> 5	Seltener .....	<input type="checkbox"/> 6	Nie .....	<input type="checkbox"/> 7	207	Es gibt keine öffentlichen Verkehrsmittel bei uns .....	<input type="checkbox"/> 8	Verweigert ...	<input type="checkbox"/> 97	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/> 98																									
Täglich .....	<input type="checkbox"/> 1	207																																																					
Mehrmals pro Woche .....	<input type="checkbox"/> 2	206																																																					
Einmal pro Woche .....	<input type="checkbox"/> 3																																																						
1-3mal im Monat .....	<input type="checkbox"/> 4																																																						
Mehrmals im Jahr .....	<input type="checkbox"/> 5																																																						
Seltener .....	<input type="checkbox"/> 6																																																						
Nie .....	<input type="checkbox"/> 7	207																																																					
Es gibt keine öffentlichen Verkehrsmittel bei uns .....	<input type="checkbox"/> 8																																																						
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 <b>Auto in eine Parkgarage</b> 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><b>Liste 207 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <p><b>Sehr sicher</b></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> <p><b>Überhaupt nicht sicher</b></p> </div> </div> <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>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p>208</p> <p><b>209</b></p> <p><b>211</b></p>
208	<p>Wie oft benutzen Sie Parkgaragen alleine?</p> <p><b>Liste 208 vorlegen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: flex-start;"> <div> <p>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>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p> </div> <div> <p><b>210</b></p> <p>209</p> </div> </div>	
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>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>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>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

Nr.		Weiter mit																																																																						
211	<p>Wenn Sie abends oder nachts <b>alleine in Ihrer Wohnung</b> sind, wie sicher fühlen Sie sich dann? Nennen Sie mir bitte wieder die entsprechende Kennziffer von dieser Liste.</p> <p><b>Liste 211 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</b></p> <div style="text-align: center;"> <p><b>Sehr sicher</b> <span style="float: right;"><b>Überhaupt nicht sicher</b></span></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> <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><b>Liste 212 vorlegen und Vorgaben zusätzlich vorlesen!</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <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></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 colspan="5"> <hr/> <hr/> </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"/>	<hr/> <hr/>					
	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"/>																																																																				
<hr/> <hr/>																																																																								

Nr.		Weiter mit																						
213	<p>Wurden Sie schon einmal beraubt oder waren Sie <b>Opfer eines Überfalls</b>, wo Ihnen jemand Ihre Tasche, Geldbörse, Schmuck etc. <b>gewaltsam entrisen</b> hat?</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>	<p>214</p> <p>215</p>																						
214	<p>Wie häufig haben Sie solche Situationen ...  <b>in Ihrem Leben insgesamt</b> erlebt?          Wie häufig <b>in den letzten 5 Jahren</b>?          Und wie häufig <b>in den letzten 12 Monaten</b>?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Erlebt im Leben insgesamt Anzahl</th> <th>Verw. 97</th> <th>Weiß nicht 98</th> <th>Erlebt in den letzten 5 Jahren Anzahl</th> <th>Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th>Verw. 97</th> <th>Weiß nicht 98</th> <th>Erlebt in den letzten 12 Monaten Anzahl</th> <th>Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th>Verw. 97</th> <th>Weiß nicht 98</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input 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 Anzahl	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren Anzahl	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten Anzahl	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erlebt im Leben insgesamt Anzahl	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren Anzahl	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten Anzahl	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98														
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
215	<p>Haben Sie schon einmal erlebt, dass jemand, der Ihnen unbekannt war, <b>in Ihre Wohnung eingebrochen</b> ist und Sie beraubt oder Ihnen Gewalt angetan hat?</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>	<p>216</p> <p>217</p>																						
216	<p>Wie häufig haben Sie solche Situationen ...  <b>in Ihrem Leben insgesamt</b> erlebt?          Wie häufig <b>in den letzten 5 Jahren</b>?          Und wie häufig <b>in den letzten 12 Monaten</b>?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Erlebt im Leben insgesamt Anzahl</th> <th>Verw. 97</th> <th>Weiß nicht 98</th> <th>Erlebt in den letzten 5 Jahren Anzahl</th> <th>Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th>Verw. 97</th> <th>Weiß nicht 98</th> <th>Erlebt in den letzten 12 Monaten Anzahl</th> <th>Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th>Verw. 97</th> <th>Weiß nicht 98</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input 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 Anzahl	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren Anzahl	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten Anzahl	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erlebt im Leben insgesamt Anzahl	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren Anzahl	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten Anzahl	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98														
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

Nr.		Weiter mit																						
217	<p>Haben Sie schon einmal, zum Beispiel <b>im Rahmen einer Geiselnahme, eines Überfalls</b> oder ähnlichem, erlebt, dass Sie <b>für längere Zeit eingesperrt, gefesselt oder sonstwie in Ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt</b> wurden?</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>218</p> <hr/> <p><b>300</b></p>																						
218	<p>Wie häufig haben Sie solche Situationen ...  <b>in Ihrem Leben insgesamt</b> erlebt?          Wie häufig <b>in den letzten 5 Jahren</b>?          Und wie häufig <b>in den letzten 12 Monaten</b>?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i></th> <th style="text-align: center;">Verw. 97</th> <th style="text-align: center;">Weiß nicht 98</th> <th style="text-align: center;">Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i></th> <th style="text-align: center;">Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th style="text-align: center;">Verw. 97</th> <th style="text-align: center;">Weiß nicht 98</th> <th style="text-align: center;">Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i></th> <th style="text-align: center;">Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th style="text-align: center;">Verw. 97</th> <th style="text-align: center;">Weiß nicht 98</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin: 0 auto;"></div> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin: 0 auto;"></div> </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;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin: 0 auto;"></div> </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	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin: 0 auto;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin: 0 auto;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin: 0 auto;"></div>	<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														
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin: 0 auto;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin: 0 auto;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin: 0 auto;"></div>	<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><b><i>Nur <u>eine</u> Nennung!</i></b></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. Wie häufig haben Sie sich persönlich schon sexuell bedrängt oder belästigt gefühlt? Würden Sie sagen ...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <p>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"/> 97  Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																																																																																															
301	<p>Oft erinnert man sich nicht sofort an solche Situationen. Auf der Liste sind verschiedene solcher Situationen beschrieben.</p> <p><b>Liste 301 vorlegen! Alle Situationen durchgehen und jeweils <u>nur</u> den Kennbuchstaben nennen:</b></p> <p><b>Beginnen wir mit A:</b>  Haben Sie persönlich diese Situation schon einmal erlebt?  <b>Wenn ja</b>, war das auch in den letzten 12 Monaten?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nein</th> <th>Ja</th> <th>Auch in den letzten 12 Monaten erlebt</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th>2</th> <th>1</th> <th>1</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>A</b> dass jemand mich über Telefon, E-mail oder Brief mit unanständigen oder bedrohlichen Dingen belästigt hat .....</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>B</b> dass jemand sich vor mir entblößt hat, um mich zu belästigen oder zu erschrecken .....</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>C</b> dass ich durch Nachpfeifen, schmutzige Bemerkungen oder angestarrt werden belästigt wurde .....</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>D</b> dass mir jemand durch Kommentare über meinen Körper, mein Privatleben oder sexuelle Anspielungen ein ungutes Gefühl gegeben hat .....</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>E</b> dass mir jemand ein ungutes Gefühl gegeben hat, indem er mich mehrere Male gefragt hat, ob wir uns treffen könnten .....</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>F</b> 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 .....</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>G</b> dass jemand mir obszöne Witze erzählt hat und mit mir auf eine Art und Weise gesprochen hat, die ich als sexuell bedrängend empfand .....</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>H</b> dass jemand mich betatscht oder gegen meinen Willen zu küssen versucht hat .....</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>J</b> dass jemand mir nachgegangen ist, mich verfolgt oder bedrängt hat, so dass ich es mit der Angst zu tun bekam .....</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>K</b> dass jemand mir gegenüber in unpassenden Situationen, z.B. auch in Arbeit, Ausbildung oder Studium, aufdringliche sexuelle Angebote gemacht hat .....</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>L</b> 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 .....</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>M</b> dass man mir in unpassenden Situationen pornographische Bilder oder Nacktbilder gezeigt hat .....</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>N</b> Ich habe andere Situationen von sexueller Belästigung erlebt, und zwar: .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Nein	Ja	Auch in den letzten 12 Monaten erlebt	Verweigert	Weiß nicht		2	1	1	7	8	<b>A</b> 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>B</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"/>	<b>C</b> 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"/>	<b>D</b> 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"/>	<b>E</b> 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"/>	<b>F</b> 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"/>	<b>G</b> 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"/>	<b>H</b> 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"/>	<b>J</b> 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"/>	<b>K</b> 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"/>	<b>L</b> 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"/>	<b>M</b> 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"/>	<b>N</b> Ich habe andere Situationen von sexueller Belästigung erlebt, und zwar: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Nein	Ja	Auch in den letzten 12 Monaten erlebt	Verweigert	Weiß nicht																																																																																											
	2	1	1	7	8																																																																																											
<b>A</b> 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>B</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"/>																																																																																											
<b>C</b> 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"/>																																																																																											
<b>D</b> 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"/>																																																																																											
<b>E</b> 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"/>																																																																																											
<b>F</b> 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"/>																																																																																											
<b>G</b> 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"/>																																																																																											
<b>H</b> 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"/>																																																																																											
<b>J</b> 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"/>																																																																																											
<b>K</b> 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"/>																																																																																											
<b>L</b> 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"/>																																																																																											
<b>M</b> 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"/>																																																																																											
<b>N</b> 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;"> <b>Informeller Filter, bitte ankreuzen:</b> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>In 301 <b>mindestens 1 Kreuz</b> bei "ja" ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px dashed black;"/> <p>In 301 <b>alle "nein"</b> angekreuzt ..... <input type="checkbox"/> 2</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>303</p> <p><b>400</b> Seite 20</p> </div> </div>	
303	<p>Wenn Sie jetzt alle Situationen zusammennehmen, in denen Sie sexuell belästigt oder bedrängt wurden: Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen <b>durch wenig oder gar nicht bekannte Personen an öffentlichen Orten, Straßen, Plätzen</b> bisher erlebt?</p> <p>Würden Sie sagen... <span style="float: right;">häufig ..... <input type="checkbox"/> 1</span></p> <p style="text-align: right;">gelegentlich ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">selten ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">nur einmal ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;">oder nie? ..... <input type="checkbox"/> 5</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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p>	
304	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen <b>in der Arbeit, Schule oder Ausbildung</b> erlebt?</p> <p>Würden Sie sagen... <span style="float: right;">häufig ..... <input type="checkbox"/> 1</span></p> <p style="text-align: right;">gelegentlich ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">selten ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">nur einmal ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <hr style="border: 0; 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"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p>	<p>305</p> <p><b>306</b></p>
305	<p>Welche Personen waren das? Nennen Sie mir bitte nur die zutreffenden Kennziffern auf dieser Liste.</p> <p><b>Liste 305 vorlegen!</b> <b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">1</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;"> <p><b>31</b></p> <p><b>32</b></p> <p><b>33</b></p> <p><b>34</b></p> <p><b>35</b></p> <p><b>36</b></p> </div> <div style="width: 65%;"> <p>Arbeitskollege / Arbeitskollegin .....</p> <p>Vorgesetzte(r) / Chef(in) .....</p> <p>Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in) .....</p> <p>Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi .....</p> <p>Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in) .....</p> <p>Andere Personen (bitte angeben): .....</p> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> </div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 20px;"/> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p> </div> </div>	



Nr.		Weiter mit
306	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen, in denen Sie sexuell bedrängt oder belästigt wurden, <b>durch Personen erlebt, die eigentlich für Ihren Schutz, Ihre Gesundheit oder für Beratung und Betreuung zuständig sind</b>, z.B. durch Arzt/Ärztin, Betreuungspersonal in therapeutischen Einrichtungen, Sportverein oder Jugendtreff oder durch die Polizei?</p> <p>Würden Sie sagen...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">             häufig .....              gelegentlich .....              selten .....              nur einmal .....              -----              oder nie? .....              Verweigert ...              Weiß nicht ...           </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1  <input type="checkbox"/> 2  <input type="checkbox"/> 3  <input type="checkbox"/> 4  <hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/> <input type="checkbox"/> 5  <input type="checkbox"/> 97  <input type="checkbox"/> 98           </div> </div>	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;">307</div> <div style="text-align: center; margin-top: 100px;">308</div>
307	<p>Welche Personen waren das? Nennen Sie mir bitte nur die zutreffenden Buchstaben auf dieser Liste.</p> <p><b>Liste 307 vorlegen!</b> <b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">1</div> <div style="margin-left: 20px;"> <p><b>70</b> Arzt/Ärztin ..... <input type="checkbox"/></p> <p><b>71</b> Therapeut(in), Sozialarbeiter(in) ..... <input type="checkbox"/></p> <p><b>72</b> Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in) ..... <input type="checkbox"/></p> <p><b>73</b> Polizist(in) ..... <input type="checkbox"/></p> <p><b>74</b> Betreuungspersonen z.B. im Sportverein, Jugendtreff, Heim etc. .... <input type="checkbox"/></p> <p><b>75</b> Andere Personen (bitte angeben): ..... <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">             Verweigert ...              Weiß nicht ...           </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 97  <input type="checkbox"/> 98           </div> </div> </div>	
308	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen <b>durch Freunde, Bekannte oder Nachbarn</b> erlebt? Würden Sie sagen...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">             häufig .....              gelegentlich .....              selten .....              nur einmal .....              oder nie? .....              Verweigert ...              Weiß nicht ...           </div> <div 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"/> 97  <input type="checkbox"/> 98           </div> </div>	
309	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen <b>durch einen Partner oder Ehepartner</b> erlebt? Würden Sie sagen...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">             häufig .....              gelegentlich .....              selten .....              nur einmal .....              oder nie? .....              Trifft nicht zu,              hatte nie einen Partner ...              Verweigert ...              Weiß nicht ...           </div> <div 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  <input type="checkbox"/> 97  <input type="checkbox"/> 98           </div> </div>	

Nr.		Weiter mit
310	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen <b>durch andere Familienangehörige oder Verwandte</b> erlebt? Würden Sie sagen...</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> <hr/> <p>oder nie? ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p>311</p> <hr/> <p>312</p>
311	<p>Welche Familienangehörigen waren das?</p> <p>Nennen Sie mir bitte nur die zutreffenden Kennziffern auf dieser Liste.</p> <p><i>Liste 311 vorlegen!</i></p> <p><i>Mehrfachnennungen möglich!</i></p> <p>1</p> <p>51 Vater / Mutter ..... <input type="checkbox"/></p> <p>52 Bruder / Schwester ..... <input type="checkbox"/></p> <p>53 Tante / Onkel ..... <input type="checkbox"/></p> <p>54 Cousin / Cousine ..... <input type="checkbox"/></p> <p>55 Großvater / Großmutter ..... <input type="checkbox"/></p> <p>56 Stiefvater / Stiefmutter ..... <input type="checkbox"/></p> <p>57 Sohn / Tochter ..... <input type="checkbox"/></p> <p>58 Sonstige Verwandte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>59 Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte ... <input type="checkbox"/></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
312	<p>Wenn Sie jetzt <b>alle Personen in allen Situationen</b> 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</p> <p>überwiegend Männer ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>gleichermaßen Männer wie Frauen .... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>überwiegend Frauen ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>oder ausschließlich Frauen? ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
313	<p>Wenn Sie alle Situationen zusammennehmen: Waren diese Personen ...</p> <p><i>Vorgaben bitte vorlesen!</i></p> <p><i>Mehrfachnennungen möglich!</i></p> <p>1</p> <p>Erwachsene ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Jugendliche ..... <input type="checkbox"/></p> <p>oder Kinder unter 14 Jahren? ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>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?</p> <p>Würden Sie sagen...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></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"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p> </div>	
315	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Beschwerden aufgeführt, die in Folge einer solchen Situation auftreten können.</p> <p>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><b>Liste 315 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="text-align: right;">1</div> <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><b>Liste 316 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="text-align: right;">1</div> <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 style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Wie häufig war das? ←</p> <p style="text-align: right;">einmal ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">öfter und zwar: <input type="text"/> mal</p> <p style="text-align: right;">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 <b>langfristigen Folgen</b> geführt, wie z.B. Trennung, Umzug, Arbeitsplatzwechsel oder Therapie?</p> <div style="text-align: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1</div> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <div style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</div> <div style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</div> <div style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</div>	<div style="text-align: center;">319</div> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <div style="text-align: center;">320</div>
319	<p>Welche langfristigen Folgen waren das? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die zutreffen.</p> <p><b>Liste 319 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></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 (bitte notieren): ..... <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">_____</p>	

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

Nr.		Weiter mit
405	<p>Falls Sie einer Religionsgemeinschaft angehören: Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?</p> <p><b>Vorgaben <u>nicht</u> vorlesen!</b></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 (bitte notieren):</p> <p>_____</p> <p>Keiner Religionsgemeinschaft ..... <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p>	



Nr.		Weiter mit
408	<p>Sind Sie zur Zeit <b>erwerbstätig</b>?</p> <p>Unter <b>Erwerbstätigkeit</b> 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><b>Liste 408 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</b></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>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p><b>410</b></p> <hr/> <p><b>409</b></p>
409	<p>Sagen Sie mir bitte, zu welcher Gruppe auf dieser Liste Sie gehören?</p> <p><b>Liste 409 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></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>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p><b>500</b></p> <hr/> <p><b>410</b></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 <b>wiederholte Abwertung</b> Ihres Aussehens, Ihrer Art sich zu kleiden, Ihrer Denk-, Handlungs- oder Arbeitsweise oder <b>Ihrer Person</b> 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><b>Liste 501 vorlegen! Alle Situationen durchgehen und jeweils <u>nur</u> den Kennbuchstaben nennen!</b></p> <p><b>Beginnen wir mit A:</b>  Haben Sie persönlich diese Situation schon einmal erlebt?  <b>Wenn ja</b>, war das auch in den letzten 12 Monaten?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nein</th> <th>Ja</th> <th>Auch in den letzten 12 Monaten erlebt</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th>2</th> <th>1</th> <th>1</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Habe schon erlebt, ...</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>A</b> dass man mich schwer beleidigt, eingeschüchtert oder aggressiv angeschrien hat .....</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>B</b> dass man mich auf verletzende Art und Weise lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet oder gedemütigt hat .....</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>C</b> dass man mich regelmäßig schikaniert oder unterdrückt hat .....</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>D</b> dass man mich benachteiligt oder schlecht behandelt hat, weil ich eine Frau bin, wegen meines Alters oder meiner Herkunft .....</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>E</b> dass man mir Schlimmes angedroht hat oder mir Angst machte .....</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>F</b> dass man mich erpresst hat oder mich zu etwas zwingen wollte, was ich nicht wollte .....</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>G</b> dass man mich verleumdet oder systematisch bei anderen Schlechtes über mich verbreitet hat .....</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>H</b> dass man mich ausgegrenzt hat oder versucht hat, mich aus einer Gruppe auszuschließen .....</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>J</b> dass man mich psychisch so stark belastet hat, dass ich es als Psychoterror oder seelische Grausamkeit empfunden habe .....</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>						Nein	Ja	Auch in den letzten 12 Monaten erlebt	Verweigert	Weiß nicht		2	1	1	7	8	Habe schon erlebt, ...						<b>A</b> 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>B</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"/>	<b>C</b> dass man mich regelmäßig schikaniert oder unterdrückt hat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>D</b> 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"/>	<b>E</b> 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"/>	<b>F</b> 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"/>	<b>G</b> 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"/>	<b>H</b> 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"/>	<b>J</b> 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"/>	
	Nein	Ja	Auch in den letzten 12 Monaten erlebt	Verweigert	Weiß nicht																																																																									
	2	1	1	7	8																																																																									
Habe schon erlebt, ...																																																																														
<b>A</b> 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>B</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"/>																																																																									
<b>C</b> dass man mich regelmäßig schikaniert oder unterdrückt hat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
<b>D</b> 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"/>																																																																									
<b>E</b> 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"/>																																																																									
<b>F</b> 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"/>																																																																									
<b>G</b> 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"/>																																																																									
<b>H</b> 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"/>																																																																									
<b>J</b> 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;"> <b>Informeller Filter, bitte ankreuzen:</b> </div> <div style="margin-left: 20px;">           In 501 <b>mindestens 1 Kreuz</b> bei "ja" ..... <input type="checkbox"/> 1            -----            In 501 <b>alle "nein"</b> angekreuzt ..... <input type="checkbox"/> 2         </div>	503  <b>600</b> <b>Seite</b> <b>31</b>
503	<p>Wenn Sie jetzt alle Situationen zusammennehmen:            Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen <b>durch wenig oder gar nicht bekannte Personen an öffentlichen Orten, Straßen, Plätzen</b> bisher erlebt?</p> <p>Würden Sie sagen...</p> <p style="text-align: center;"><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div>           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         </div> </div>	
504	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen <b>in der Arbeit, Schule oder Ausbildung</b> erlebt?</p> <p>Würden Sie sagen...</p> <p style="text-align: center;"><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div>           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         </div> </div>	505  <b>506</b>
505	<p>Welche Personen waren das?            Nennen Sie mir bitte nur die zutreffenden Kennziffern auf dieser Liste.</p> <p style="text-align: center;"><b>Liste 505 vorlegen!</b>  <b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>31</b> Arbeitskollege / Arbeitskollegin .....  <b>32</b> Vorgesetzte(r) / Chef(in) .....  <b>33</b> Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in) .....  <b>34</b> Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi .....  <b>35</b> Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in) .....  <b>36</b> Andere Personen (bitte angeben): .....              -----         </div> <div>           1  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>              Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97            Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98         </div> </div>	

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

Nr.		Weiter mit
510	<p>Wie häufig haben Sie persönlich solche Situationen <b>durch andere Familienangehörige oder Verwandte</b> erlebt? Würden Sie sagen...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></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> <hr/> <p>oder nie? ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p>511</p> <p>512</p>
511	<p>Welche Familienangehörigen waren das?</p> <p>Nennen Sie mir bitte nur die zutreffenden Kennziffern auf dieser Liste.</p> <p><b>Liste 511 vorlegen!</b></p> <p><b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>51 Vater / Mutter ..... <input type="checkbox"/></p> <p>52 Bruder / Schwester ..... <input type="checkbox"/></p> <p>53 Tante / Onkel ..... <input type="checkbox"/></p> <p>54 Cousin / Cousine ..... <input type="checkbox"/></p> <p>55 Großvater / Großmutter ..... <input type="checkbox"/></p> <p>56 Stiefvater / Stiefmutter ..... <input type="checkbox"/></p> <p>57 Sohn / Tochter ..... <input type="checkbox"/></p> <p>58 Sonstige Verwandte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>59 Andere Person, die im Haushalt lebt ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
512	<p>Wenn Sie jetzt <b>alle Personen in allen Situationen</b> zusammennehmen:</p> <p>Waren das ...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <p>ausschließlich Männer ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>überwiegend Männer ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>gleichermaßen Männer wie Frauen ... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>überwiegend Frauen ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>oder ausschließlich Frauen? ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
513	<p>Wenn Sie alle Situationen zusammennehmen: Waren diese Personen ...</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <p><b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <p>Erwachsene ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Jugendliche ..... <input type="checkbox"/></p> <p>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?</p> <p>Würden Sie sagen...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></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>	
515	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Beschwerden aufgeführt, die in Folge einer solchen Situation auftreten können.</p> <p>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><b>Liste 515 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="text-align: right;">1</div> <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 (bitte notieren): ..... <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Nichts davon, hatte keine Beschwerden ..... <input type="checkbox"/></p> <div style="text-align: right;"> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p> </div>	

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. Aufputschmittel genommen haben, um damit besser fertig zu werden? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die auf Sie zutreffen.</p> <p><b>Liste 516 vorlegen!</b> <b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="text-align: right;">1</div> <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>	
517	<p>Führten eine oder mehrere dieser Situationen zu körperlichen Übergriffen?</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>	
518	<p>Hat eine oder mehrere dieser Situationen zu irgendwelchen <b>langfristigen Folgen</b> geführt, wie z.B. Trennung, Umzug, Arbeitsplatzwechsel oder Therapie?</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>	<p>519</p> <hr/> <p><b>600</b></p>
519	<p>Welche langfristigen Folgen waren das? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die zutreffen.</p> <p><b>Liste 519 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></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>_____</p>	





Nr.							
601	Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> häufig, gelegentlich, selten oder nie unter den Beschwerden auf dieser Liste gelitten?						
<b>Liste 601 vorlegen und Vorgaben vorlesen!</b>		<b>Häufig</b>	<b>Gele- gentlich</b>	<b>Selten</b>	<b>Nie</b>	<b>Ver- weigert</b>	<b>Weiß nicht</b>
		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 schmerzhaftes 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 (bitte notieren): .....		<input type="checkbox"/>					
_____							



Nr.		Weiter mit																																													
606	<p>Als Sie Ihr niedrigstes Gewicht hatten ...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>fanden Sie sich da trotzdem zu dick? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fanden Sie einzelne Körperpartien zu dick? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>War Ihr Selbstwertgefühl sehr stark von Ihrer Figur oder Ihrem Gewicht abhängig? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wurde Ihr Gewicht zu dieser Zeit als gesundheitlich bedenklich bezeichnet, obwohl Sie anderer Meinung waren? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht		1	2	7	8	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"/>																
	Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht																																											
	1	2	7	8																																											
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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <p><b><u>Nicht gemeint sind Gewichtsverluste durch Krankheit!</u></b></p> <table> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>dickmachende Nahrungsmittel vermieden? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sehr viel Sport getrieben? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Entwässerungsmittel eingenommen? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Medikamente eingenommen, z.B. Appetitzügler? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Erbrechen herbeigeführt? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Abführmittel eingenommen oder Einläufe gemacht? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Essen verweigert? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht		1	2	7	8	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"/>	
	Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht																																											
	1	2	7	8																																											
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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>eine Unterleibsoperation? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht		1	2	7	8	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"/>																										
	Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht																																											
	1	2	7	8																																											
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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Knochenbrüche? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verstauchungen? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muskelrisse? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verletzungen im Gesicht / ein blaues Auge etc.? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Brandwunden? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>schwere Stich- oder Schnittverletzungen? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ausgekugelte Gelenke? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>oder hatten Sie andere schwere Verletzungen? (bitte notieren): .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>↓</p> <p><b>Falls mindestens bei einer Verletzung "ja" angekreuzt: bitte nachfragen:</b></p> <p>War diese Verletzung bzw. war eine dieser Verletzungen schon einmal die Folge eines Streits oder einer gegen Sie gerichteten Gewalt?</p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>Ja, einmal .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ja, mehrmals .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nein .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>								Ja	Nein	Verweigert	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? (bitte notieren): .....	<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	Verweigert	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? (bitte notieren): .....	<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><b>Liste 610 vorlegen und Vorgaben vorlesen!</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Häufig</th> <th>Gelegentlich</th> <th>Selten</th> <th>Nie</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Stress / Überlastung .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gedächtnisschwäche / Konzentrationsschwierigkeiten .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Allgemeine Schwäche / Müdigkeit .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schlaflosigkeit / Schlafstörungen / Alpträume .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nervosität / Anspannung .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Angstanfälle / Panikattacken .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reizbarkeit .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Niedergeschlagenheit / Depressionen .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Antriebslosigkeit / Unentschlossenheit .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Das Gefühl, dass einem alles über den Kopf wächst .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Das Gefühl, nicht mehr leben zu wollen .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Das Gefühl, nichts wert zu sein .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Das Gefühl, sich selbst verletzen zu wollen .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kaufsucht / Konsumzwang .....</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> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>								Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Verweigert	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	Gelegentlich	Selten	Nie	Verweigert	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</p> <p>Ja, an körperlicher Behinderung ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Welche ist das? ←</p> <p>-----</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>612</p> <p><b>614</b></p>
612	<p>Wie stark sind Sie dadurch in Ihrem täglichen Leben eingeschränkt? Würden Sie sagen ...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <p>sehr stark eingeschränkt ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>stark eingeschränkt ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>mittelmäßig eingeschränkt ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>leicht eingeschränkt ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>oder gar nicht eingeschränkt? .... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p>613</p> <p><b>614</b></p> <p>613</p>
613	<p>Sind Sie dadurch so eingeschränkt, dass Sie regelmäßig Hilfe, Pflege oder Unterstützung durch andere benötigen?</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>	
614	<p>Wie oft haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> Bier, Wein oder andere alkoholische Getränke getrunken?</p> <p><b>Liste 614 vorlegen!</b></p> <p>A Jeden Tag ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Fast jeden Tag ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C 2-3mal die Woche ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D 1mal die Woche ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E 1mal alle zwei Wochen ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>F 1mal im Monat ..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>G 1mal alle zwei Monate ..... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>H Seltener als alle zwei Monate .... <input type="checkbox"/> 8</p> <p>J Nie ..... <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p>615</p> <p><b>616</b></p> <p>615</p>
615	<p>Wie oft haben Sie <u>in den letzten 4 Wochen</u> <b>fünf oder mehr</b> alkoholische Getränke hintereinander zu sich genommen?</p> <p>Als ein alkoholisches Getränk zählt eine Flasche Bier, ein Glas Wein, ein kleines Glas Wodka, Likör o.ä.</p> <p>Circa <input type="text"/> mal</p> <p>Nie, zu keiner Gelegenheit ..... <input type="checkbox"/> 95</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.		Weiter mit																														
616	<p>Nun zum Tabakkonsum.</p> <p>a) Haben Sie <b>schon einmal</b> eine Zigarette, Zigarre, Zigarillo oder Pfeife <b>geraucht</b>?</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 8</p> </div> </div> <p><b>Wenn "Ja": weiterfragen:</b></p> <p>b) Haben Sie <b>in den letzten 12 Monaten täglich</b> geraucht?</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 8</p> </div> </div> <p><b>Wenn "Ja": weiterfragen:</b></p> <p>c) Wie viele haben Sie <b>durchschnittlich pro Tag</b> geraucht?</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>Anzahl: ..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 998</p> </div> </div>																															
617	<p>Welche der Mittel auf dieser Liste haben Sie <u>in den letzten 5 Jahren</u> genommen?</p> <p><b>Liste 617 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>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 Aufputschmittel, 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>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p> </div> </div>																															
618	<p>Wie häufig hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> ...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <p><b>Gemeint sind nur Arztbesuche bei Beschwerden (z.B. nicht wegen Zahnschmerzen etc.)</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Anzahl (... mal)</th> <th>Keine in den letzten 12 Mtn.</th> <th>Ver- weigert</th> <th>Weiß nicht</th> <th>Trifft nicht zu</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th>97</th> <th>98</th> <th>96</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arztbesuche wegen Verletzungen oder ernsthaften Gesundheitsproblemen? .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Krankmeldungen in der Arbeitsstelle/Schule/Ausbildung? .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Krankenhausaufenthalte? .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><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 style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Krankmeldungen in der Arbeitsstelle/Schule/Ausbildung? .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhausaufenthalte? .....	<input style="width: 40px;" 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 style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
Krankmeldungen in der Arbeitsstelle/Schule/Ausbildung? .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Krankenhausaufenthalte? .....	<input style="width: 40px;" 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 <b>seit dem Alter von 16 Jahren</b> Situationen erlebt, in denen <b>jemand Sie körperlich angegriffen hat</b>, 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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></i></p> <div style="float: 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>	

Nr.							
701	<p>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 <b>seit dem Alter von 16 Jahren</b> einmal, mehrmals oder nie erlebt haben.</p> <p><b>Liste 701 vorlegen! Alle Handlungen durchgehen und jeweils nur den Kennbuchstaben nennen:</b></p> <p><b>Beginnen wir mit A:</b> Haben Sie dies seit dem Alter von 16 Jahren <b>einmal</b>, <b>mehrmals</b> oder <b>nie</b> erlebt?</p> <p><b>Für jede Handlung, die mit "einmal" oder "mehrmals" beantwortet wurde, sofort nachfragen:</b></p> <p>War das auch in den letzten 12 Monaten?</p>						
		Nie	Ein- mal	Mehr- mals	Auch in den letzten 12 Monaten	Ver- wei- gert	Weiß nicht
	Jemand hat ...	1	2	3	1	7	8
	<b>A</b> mich wütend weggeschubst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>B</b> mir eine leichte Ohrfeige gegeben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>C</b> mich gebissen oder gekratzt, so dass es mir weh tat oder ich Angst bekam .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>D</b> meinen Arm umgedreht oder mich an den Haaren gezogen, so dass es mir weh tat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>E</b> mich schmerzhaft getreten, gestoßen oder hart angefasst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>F</b> mich <u>heftig weggeschleudert</u> , so dass ich taumelte oder umgefallen bin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>G</b> mich <u>heftig geohrfeigt</u> oder mit der flachen Hand geschlagen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>H</b> etwas nach mir geworfen, das mich verletzen könnte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>J</b> mich mit etwas geschlagen, das mich verletzen könnte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>K</b> mir ernsthaft gedroht, mich körperlich anzugreifen oder zu verletzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>L</b> mir ernsthaft gedroht, mich umzubringen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>M</b> mit den Fäusten auf mich eingeschlagen, so dass es mir weh tat oder ich Angst bekam .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>N</b> mich verprügelt oder zusammengeschlagen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>O</b> mich gewürgt oder versucht, mich zu ersticken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>P</b> mich absichtlich verbrüht oder mit etwas Heissem gebrannt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Q</b> mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole, <u>bedroht</u> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>R</b> mich mit einer Waffe, zum Beispiel mit einem Messer oder einer Pistole, <u>verletzt</u> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>S</b> mich auf eine andere Art körperlich angegriffen, die mir Angst machte oder weh tat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
702	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Informeller Filter, bitte ankreuzen:</b> </div> <p>In 701 <b>mindestens ein Kreuz</b> in Spalte "<b>einmal</b>" oder "<b>mehrmals</b>" ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub></p> <p>In 701 <b>kein</b> Kreuz bei "<b>einmal</b>" oder "<b>mehrmals</b>" ..... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub></p>						
	<div style="text-align: right;"> <b>Weiter mit</b> 703   <b>800</b>  <b>Seite</b>  <b>59</b> </div>						



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"/> <small>96</small></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small></p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small></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"/> <small>96</small></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small></p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small></p>	
705	<p>Und wie ist das in Ihrem bisherigen Leben insgesamt gewesen? Wie häufig haben Sie Situationen, in denen solche Handlungen passiert sind, <b>seit dem Alter von 16 Jahren insgesamt</b> erlebt?</p> <p><i>Liste 705 vorlegen!</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>A Nur einmal ..... <input type="checkbox"/> <small>1</small></p> <hr/> <p>B 2 bis 3mal ..... <input type="checkbox"/> <small>2</small></p> <p>C 4 bis 10mal ..... <input type="checkbox"/> <small>3</small></p> <p>D 10 bis 20mal ..... <input type="checkbox"/> <small>4</small></p> <p>E 20 bis 40mal ..... <input type="checkbox"/> <small>5</small></p> <p>F Häufiger ..... <input type="checkbox"/> <small>6</small></p> <hr/> <p>G Nie ..... <input type="checkbox"/> <small>7</small></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small></p> <hr/> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small></p> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <p><b>716</b></p> <hr/> <p>706</p> <hr/> <p><b>800 Seite 59</b></p> <hr/> <p>706</p> </div> </div>	

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
<b>10</b>	<b>Jemand Unbekanntes / eine fremde Person</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b>	<b>Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes</b> .....	<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"/>
<b>30</b>	<b>Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule</b> .....	<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"/>
<b>40</b>	<b>Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen)</b> .....	<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"/>
<b>50</b>	<b>Jemand aus der Familie</b> .....	<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"/>
<b>60</b>	<b>Freunde / Bekannte / Nachbarn</b> .....	<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"/>
<b>70</b>	<b>Sonstige Personen</b> .....	<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 ... <span style="float: right;">1</span></p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b> <b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="text-align: right;">           Erwachsene ..... <input type="checkbox"/>            Jugendliche ..... <input type="checkbox"/>            oder Kinder unter 14 Jahren? ..... <input type="checkbox"/>            Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small>            Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small> </div>	
708	<p>Wo bzw. an welchen Orten haben Sie solche Situationen erlebt? Bitte sagen Sie es anhand der Kennbuchstaben auf dieser Liste.</p> <p><b>Liste 708 vorlegen!</b> <b>Mehrfachnennungen möglich!</b> <span style="float: right;">1</span></p> <div style="text-align: right;">           A <u>In</u> der eigenen Wohnung ..... <input type="checkbox"/>            B <u>Vor</u> der eigenen Wohnung ..... <input type="checkbox"/>            C In der Wohnung von anderen ..... <input type="checkbox"/>            D In der Arbeitsstelle / Ausbildungsstätte / Schule / Universität ..... <input type="checkbox"/>            E An einem öffentlichen Ort, z.B. auf der Straße, im Park ..... <input type="checkbox"/>            F In einem öffentlichen Gebäude, z.B. Cafe, Restaurant, Diskothek, Behörde ..... <input type="checkbox"/>            G In einem öffentlichen Verkehrsmittel, z.B. Bus, Bahn, U-Bahn, Taxi ..... <input type="checkbox"/>            H In einem Auto / Kraftfahrzeug ..... <input type="checkbox"/>            J Auf Parkplätzen, in Parkgaragen / Parkhäusern ..... <input type="checkbox"/>            K Sonstiges (bitte notieren): ..... <input type="checkbox"/>            _____            Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small>            Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small> </div>	
709	<p>Haben Sie solche Situationen bisher nur in Deutschland, nur im Ausland oder sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern erlebt?</p> <div style="text-align: right;">           Nur in Deutschland ..... <input type="checkbox"/> <small>1</small>            Nur im Ausland ..... <input type="checkbox"/> <small>2</small>            Sowohl in Deutschland als auch im Ausland ..... <input type="checkbox"/> <small>3</small>            Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>7</small>            Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>8</small> </div>	
710	<p>Haben Sie bei einer oder mehrerer solcher Situationen selbst damit angefangen, die andere Person körperlich anzugreifen?</p> <div style="text-align: right;">           Ja, einmal ..... <input type="checkbox"/> <small>1</small>            Ja, mehrmals ..... <input type="checkbox"/> <small>2</small>            Nein, nie ..... <input type="checkbox"/> <small>3</small>            Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>7</small>            Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>8</small> </div>	

Nr.		Weiter mit																									
711	<p>Hatten Sie infolge einer dieser Situationen schon einmal eine oder mehrere der folgenden Verletzungen?</p> <p><b>Liste 711 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">1</div> <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 (bitte notieren): ..... <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>Ich hatte keine dieser Verletzungen ..... <input type="checkbox"/></p> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97  Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98 </div>																										
712	<p>Hatten Sie in einer oder mehreren dieser Situationen schon einmal Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt werden zu können?</p> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> Ja ..... <input type="checkbox"/> 1  Nein ..... <input type="checkbox"/> 2  Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7  Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8 </div>																										
713	<p>Haben Sie infolge einer dieser Situationen schon einmal ...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">Ver- weigert</th> <th style="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																																				
714	<p>Hatten Sie jemals das Gefühl, dass eine oder mehrere dieser Situationen damit zu tun hatten, dass Sie ...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> <th>Trifft nicht zu</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>eine Frau sind? .....</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>weniger wohlhabend oder weniger gebildet sind? .....</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>Ausländerin sind oder so aussehen? .....</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>oder eine Behinderung haben? .....</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>		Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht	Trifft nicht zu		1	2	7	8	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	Nein	Verweigert	Weiß nicht	Trifft nicht zu																																	
	1	2	7	8	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 <b>eine</b> der Situationen, die Sie genannt haben, und zwar um die, die aus Ihrer Sicht <b>am schlimmsten oder am belastendsten war</b>: 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><b>Liste 715 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b>  <b>Falls "verweigert": bitte auf Anonymität hinweisen!</b></p> <p>Buchstabe eintragen: <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 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?</p> <p>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 0;"> <p>Verweigert ..... <input type="checkbox"/> 97 ..... <input type="checkbox"/> 9997</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 98 ..... <input type="checkbox"/> 9998</p> </div> <p><b>Falls Zeitangabe insgesamt "verweigert" oder "weiß nicht":</b></p> <p>In welchem Zeitraum war das ungefähr? Bitte sagen Sie es anhand dieser Liste.</p> <p><b>Liste 716 vorlegen!</b></p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>In den letzten 12 Monaten .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Innerhalb der letzten 2 bis 5 Jahre .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Vor 10 bis 20 Jahren .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>Vor 20 bis 30 Jahren .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>Vor 30 bis 40 Jahren .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>Vor 40 bis 50 Jahren .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>Schon länger her .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</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"/>	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									
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																																			

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
<b>10</b>	<b>Jemand Unbekanntes / eine fremde Person</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b>	<b>Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes</b> .....	<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"/>
<b>30</b>	<b>Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule</b> .....	<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"/>
<b>40</b>	<b>Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen)</b> .....	<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"/>
<b>50</b>	<b>Jemand aus der Familie</b> .....	<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"/>
<b>60</b>	<b>Freunde / Bekannte / Nachbarn</b> .....	<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"/>
<b>70</b>	<b>Sonstige Personen</b> .....	<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> <thead> <tr> <th></th> <th>Alter</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>97</th> <th>98</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Person</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> Jahre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Person</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> Jahre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Person</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> Jahre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Alter	Verweigert	Weiß nicht			97	98	1. Person	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Person	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Person	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Alter	Verweigert	Weiß nicht																											
		97	98																											
1. Person	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
2. Person	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
3. Person	<input type="text"/> <input type="text"/> 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><b>Nur <u>eine</u> Nennung!</b></p> <table> <tbody> <tr> <td>Ja, Alkohol .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ja, Drogen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ja, beides .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Nein .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>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><b>Nur <u>eine</u> Nennung!</b></p> <table> <tbody> <tr> <td>Ja, Alkohol .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ja, Drogen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ja, beides .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Nein .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table> <tbody> <tr> <td>die andere Person Sie zuerst körperlich angegriffen? ....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td><b>723</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4">-----</td> </tr> <tr> <td>oder haben Sie selbst die Person zuerst körperlich angegriffen? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td>722</td> </tr> <tr> <td colspan="4">-----</td> </tr> <tr> <td>Wir haben beide gleichzeitig angefangen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> <td><b>723</b></td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 10px;">Nicht vorlesen</div>	die andere Person Sie zuerst körperlich angegriffen? ....	<input type="checkbox"/>	1	<b>723</b>	-----				oder haben Sie selbst die Person zuerst körperlich angegriffen? .....	<input type="checkbox"/>	2	722	-----				Wir haben beide gleichzeitig angefangen .....	<input type="checkbox"/>	3	<b>723</b>	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7		Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8		
die andere Person Sie zuerst körperlich angegriffen? ....	<input type="checkbox"/>	1	<b>723</b>																											
-----																														
oder haben Sie selbst die Person zuerst körperlich angegriffen? .....	<input type="checkbox"/>	2	722																											
-----																														
Wir haben beide gleichzeitig angefangen .....	<input type="checkbox"/>	3	<b>723</b>																											
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><b>Bitte Stichworte notieren:</b></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><b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <p>Ja, Schusswaffe ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Ja, Messer ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, andere Waffe (bitte notieren): ..... <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	724
724	<p>Wurde diese Waffe gegen Sie gerichtet?</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>	
725	<p>Hatten Sie in der Situation Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt zu werden?</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>	
726	<p>Bitte sagen Sie mir anhand dieser Liste, was Sie alles in dieser Situation getan haben.</p> <p><b>Liste 726 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></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 (bitte notieren): ..... <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>G Nichts davon, konnte mich nicht wehren, war wie erstarrt / unter Schock ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	727
		728



Nr.		Weiter mit
727	<p>Konnten Sie damit die Situation abwenden?</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>	
728	<p>Hatten Sie infolge der Situation eine oder mehrere der folgenden Verletzungen? Bitte geben Sie alles an, was zutrifft.</p> <p><b>Liste 728 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></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 (bitte notieren): ..... <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</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p style="text-align: center;">729</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">733</p>
729	<p>Haben Sie infolge dieses Ereignisses medizinische Hilfe in Anspruch genommen? Was von dieser Liste trifft auf Sie zu?</p> <p><b>Liste 729 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</b></p> <p><b>Falls Punkt B genannt, fragen:</b> 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: 100px;">und zwar: <input 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</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p style="text-align: center;">730</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">733</p>

Nr.		Weiter mit
730	<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>	
731	<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>	
732	<p>Wie zufrieden waren Sie mit der medizinischen Hilfe?</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><b>Liste 732 vorlegen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>Sehr zufrieden</b></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><b>Sehr unzufrieden</b></p> </div> </div> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>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>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> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
734	<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																																																																																																																																
735	<p>Haben Sie nach dem Ereignis mit irgend jemandem darüber gesprochen?</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>	<p>736</p> <p><b>739</b></p>																																																																																																																																
736	<p>Mit welchen Personen haben Sie über das Ereignis gesprochen?</p> <p>Sagen Sie mir bitte nur die zutreffenden Kennziffern von dieser Liste.</p> <p><b>Liste 736 vorlegen!</b></p> <p><b>Bitte zuerst die Kennziffern eintragen, dann die Fragen 737 und 738 für die 1. Person stellen, anschließend – falls angegeben – für die 2. Person / 3. Person usw.</b></p>																																																																																																																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>1. Person</th><th>2. Person</th><th>3. Person</th><th>4. Person</th><th>5. Person</th><th>6. Person</th><th>7. Person</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>736 Gesprochen mit: <b>Kennziffern eintragen:</b></td><td> <div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98 </td><td> <div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98 </td><td> <div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98 </td><td> <div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98 </td><td> <div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98 </td><td> <div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98 </td><td> <div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98 </td></tr> <tr> <td>737 Wann war das genau, als Sie zum ersten Mal mit der Person ... <b>(Kennziffer nennen)</b> über das Ereignis gesprochen haben? War das ...</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>unmittelbar nach dem Ereignis? .....</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td></tr> <tr> <td>einen Tag später .....</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 2</td></tr> <tr> <td>mehrere Tage später .....</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 3</td></tr> <tr> <td>mehrere Wochen später .....</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 4</td></tr> <tr> <td>oder Monate oder Jahre später? .....</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 5</td></tr> <tr> <td><b>Nur eine Nennung!</b></td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td></tr> <tr> <td>738 Hatten Sie das Gefühl, dass Ihnen das Sprechen über das Ereignis mit der Person ... <b>(Kennziffer nennen)</b> geholfen hat? Würden Sie sagen, das Gespräch war für Sie ...</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>sehr hilfreich .....</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 1</td></tr> <tr> <td>etwas hilfreich .....</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 2</td></tr> <tr> <td>weniger hilfreich .....</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 3</td></tr> <tr> <td>gar nicht hilfreich .....</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 4</td></tr> <tr> <td>oder hat Ihnen das Gespräch mehr geschadet als geholfen? .....</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 5</td><td><input type="checkbox"/> 5</td></tr> <tr> <td></td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td><td> Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8 </td></tr> </tbody> </table>		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person	7. Person	736 Gesprochen mit: <b>Kennziffern eintragen:</b>	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	737 Wann war das genau, als Sie zum ersten Mal mit der Person ... <b>(Kennziffer nennen)</b> über das Ereignis gesprochen haben? War das ...								unmittelbar nach dem Ereignis? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	einen Tag später .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	mehrere Tage später .....	<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	mehrere Wochen später .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	oder Monate oder Jahre später? .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<b>Nur eine Nennung!</b>	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	738 Hatten Sie das Gefühl, dass Ihnen das Sprechen über das Ereignis mit der Person ... <b>(Kennziffer nennen)</b> geholfen hat? Würden Sie sagen, das Gespräch war für Sie ...								sehr hilfreich .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	etwas hilfreich .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	weniger hilfreich .....	<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	gar nicht hilfreich .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	oder hat Ihnen das Gespräch mehr geschadet als geholfen? .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5		Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	
	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person	7. Person																																																																																																																											
736 Gesprochen mit: <b>Kennziffern eintragen:</b>	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98	<div> <div></div> <div></div> </div> Vw. <input type="checkbox"/> 97 W.n. <input type="checkbox"/> 98																																																																																																																											
737 Wann war das genau, als Sie zum ersten Mal mit der Person ... <b>(Kennziffer nennen)</b> über das Ereignis gesprochen haben? War das ...																																																																																																																																		
unmittelbar nach dem Ereignis? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1																																																																																																																											
einen Tag später .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2																																																																																																																											
mehrere Tage später .....	<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																																																																																																																											
mehrere Wochen später .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4																																																																																																																											
oder Monate oder Jahre später? .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5																																																																																																																											
<b>Nur eine Nennung!</b>	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8																																																																																																																											
738 Hatten Sie das Gefühl, dass Ihnen das Sprechen über das Ereignis mit der Person ... <b>(Kennziffer nennen)</b> geholfen hat? Würden Sie sagen, das Gespräch war für Sie ...																																																																																																																																		
sehr hilfreich .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1																																																																																																																											
etwas hilfreich .....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2																																																																																																																											
weniger hilfreich .....	<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																																																																																																																											
gar nicht hilfreich .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4																																																																																																																											
oder hat Ihnen das Gespräch mehr geschadet als geholfen? .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5																																																																																																																											
	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8	Vw. <input type="checkbox"/> 7 W.n. <input type="checkbox"/> 8																																																																																																																											

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><b>Liste 739 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b> <span style="float: right;">1</span></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 (bitte notieren): ..... <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><b>Liste 740 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b> <span style="float: right;">1</span></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 <b>langfristigen Folgen</b> geführt wie z.B. Trennung, Umzug, Arbeitsplatzwechsel oder eine Therapie?</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>742</p> <p><b>743</b></p>																																			
742	<p>Welche langfristigen Folgen waren das? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die auf Sie persönlich zutreffen.</p> <p><b>Liste 742 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></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>_____</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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">Ver- weigert</th> <th style="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>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	Ver- weigert	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	Ver- weigert	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/> <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><b>746</b></p> <p><b>745</b></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><b>Liste 745 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="text-align: right;">1</div> <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> <hr/> <div style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97  Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98 </div>	<b>754</b> Seite <b>56</b>
746	<p>Wann genau wurde die Polizei eingeschaltet? War das unmittelbar nach der Situation oder später? <i>Wenn später: Wie viel später?</i></p> <div style="text-align: right;">1</div> <p>Unmittelbar danach ..... <input type="checkbox"/></p> <div style="text-align: right;">2</div> <p>Stunden später ..... <input type="checkbox"/></p> <p>und zwar: <input type="text"/> Stunden später ←</p> <div style="text-align: right;">3</div> <p>Tage später ..... <input type="checkbox"/></p> <p>und zwar: <input type="text"/> Tage später ←</p> <div style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7  Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8 </div>	

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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gab es ...</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>eine Vernehmung durch weibliche Spezialkräfte bei der Polizei? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><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><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>eine Betreuung durch polizeiliche Sozialarbeiterinnen? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht		1	2	7	8	Gab es ...					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																												
	1	2	7	8																												
Gab es ...																																
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><b>Liste 748 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Die Polizei hat mich eingehend befragt ..... <input type="checkbox"/></p> <p>B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt ..... <input type="checkbox"/></p> <p>C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt ..... <input type="checkbox"/></p> <p>D Die Polizei hat versucht, zu schlichten ..... <input type="checkbox"/></p> <p>E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben ..... <input type="checkbox"/></p> <p>G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt ..... <input type="checkbox"/></p> <p>H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stuft ihn als zu geringfügig ein ..... <input type="checkbox"/></p> <p>J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam ..... <input type="checkbox"/></p> <p>K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet ..... <input type="checkbox"/></p> <p>L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln ..... <input type="checkbox"/></p> <p>M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt ..... <input type="checkbox"/></p> <p>P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Q Sonstiges (bitte notieren): ..... <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>Nichts davon trifft zu ..... <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.		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><b>Liste 749 vorlegen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>Sehr zufrieden</b> 1 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"> <b>Sehr un- zufrieden</b> 6 <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">           Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97            Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98         </div>	
750	<p>Was hätte von polizeilicher Seite besser laufen können?</p> <p><b>Bitte Stichworte notieren:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
751	<p>Haben Sie selbst gegen die Person Anzeige erstattet?</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">           Ja ..... <input type="checkbox"/> 1            -----            Nein ..... <input type="checkbox"/> 2            Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7            Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8         </div>	752    <b>753</b>
752	<p>Haben Sie die Anzeige aufrecht erhalten oder sie später wieder zurückgezogen?</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">           Aufrecht erhalten ..... <input type="checkbox"/> 1            -----            Später zurückgezogen ..... <input type="checkbox"/> 2            Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7            Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8         </div>	754    <b>753</b>



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><b>Liste 753 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b> <span style="float: right;">1</span></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 ----- Nein ..... <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>755</p> <p><b>763</b></p> <p><b>Seite 58</b></p>
755	<p>Vor ein Strafgericht oder ein Zivilgericht/ Familiengericht? <span style="float: right;">1</span></p> <p>Strafgericht ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Zivilgericht/Familiengericht ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Weiß nicht, Gericht nicht bekannt ..... <input type="checkbox"/></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><b>Liste 762 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b> <span style="float: right;">1</span></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</p> <p style="text-align: right;">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><b>Bitte Stichworte notieren:</b></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 <b>ungewollte sexuelle Handlungen, die Sie seit dem Alter von 16 Jahren</b> erlebt haben, auch wenn sie vielleicht nicht so schlimm waren.</p> <p>Wie häufig haben Sie <b>seit dem Alter von 16 Jahren</b> ungewollte sexuelle Handlungen erlebt, zu denen Sie gedrängt oder psychisch oder moralisch unter Druck gesetzt wurden?</p> <p>Würden Sie sagen...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <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> </div> <div> <p>oder nie? ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p> </div> </div>	<p>801</p> <hr/> <p>802</p>
801	<p>Haben Sie in diesen Situationen ...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>sich vorher <b>nicht getraut</b>, 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 <b>deutlich gesagt oder gezeigt</b>, dass Sie das nicht wollten? ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>War unterschiedlich ..... <input type="checkbox"/> 3</p> </div> <div> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px; display: inline-block;">Nicht vorlesen</div>	

Nr.		Weiter mit																																																	
802	<p>Im folgenden geht es um <b>erzwungene sexuelle Handlungen, also solche, zu denen Sie gegen Ihren Willen durch körperlichen Zwang oder Drohungen gezwungen wurden.</b> 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 <b>seit dem Alter von 16 Jahren</b> solche <b>erzwungenen</b> sexuellen Handlungen erlebt? War das...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <p>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>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97  Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																																																		
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 <b>seit dem Alter von 16 Jahren</b> schon einmal erlebt haben.</p> <p><b>Liste 803 vorlegen! Alle Handlungen durchgehen und jeweils <u>nur</u> den Kennbuchstaben nennen:</b></p> <p><b>Beginnen wir mit A:</b> Haben Sie dies <b>seit dem Alter von 16 Jahren einmal, mehrmals</b> oder <b>nie</b> erlebt?</p> <p><b>Für jede Handlung, die mit "einmal" oder "mehrmals" beantwortet wurde, <u>sofort</u> nachfragen:</b></p> <p>War das auch in den letzten 12 Monaten?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nie</th> <th>Ein- mal</th> <th>Mehr- mals</th> <th>Auch in den letzten 12 Monaten</th> <th>Ver- wei- gert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>1</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>A</b> Jemand hat mich zum <b>Geschlechtsverkehr</b> gezwungen und ist gegen meinen Willen mit dem Penis oder etwas anderem in meinen Körper eingedrungen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> → <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>B</b> Jemand hat gegen meinen Willen <b>versucht</b>, mit dem Penis oder etwas anderem in mich einzudringen, <b>es kam dann aber nicht dazu</b> .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> → <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>C</b> Jemand hat mich zu <b>intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting</b> und ähnlichem gezwungen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> → <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>D</b> Ich wurde zu <b>anderen sexuellen Handlungen oder Praktiken</b> gezwungen, die ich nicht wollte .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> → <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>E</b> Jemand hat mich gezwungen, <b>pornographische Bilder oder Filme anzusehen</b> und sie nachzuspielen, obwohl er/sie wusste, dass ich das nicht wollte .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> → <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>		Nie	Ein- mal	Mehr- mals	Auch in den letzten 12 Monaten	Ver- wei- gert	Weiß nicht		1	2	3	1	7	8	<b>A</b> Jemand hat mich zum <b>Geschlechtsverkehr</b> 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>B</b> Jemand hat gegen meinen Willen <b>versucht</b> , mit dem Penis oder etwas anderem in mich einzudringen, <b>es kam dann aber nicht dazu</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>C</b> Jemand hat mich zu <b>intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting</b> und ähnlichem gezwungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>D</b> Ich wurde zu <b>anderen sexuellen Handlungen oder Praktiken</b> 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"/>	<b>E</b> Jemand hat mich gezwungen, <b>pornographische Bilder oder Filme anzusehen</b> 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	Mehr- mals	Auch in den letzten 12 Monaten	Ver- wei- gert	Weiß nicht																																													
	1	2	3	1	7	8																																													
<b>A</b> Jemand hat mich zum <b>Geschlechtsverkehr</b> 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>B</b> Jemand hat gegen meinen Willen <b>versucht</b> , mit dem Penis oder etwas anderem in mich einzudringen, <b>es kam dann aber nicht dazu</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<b>C</b> Jemand hat mich zu <b>intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting</b> und ähnlichem gezwungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<b>D</b> Ich wurde zu <b>anderen sexuellen Handlungen oder Praktiken</b> 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"/>																																													
<b>E</b> Jemand hat mich gezwungen, <b>pornographische Bilder oder Filme anzusehen</b> 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; margin-bottom: 10px;"> <b>Informeller Filter, bitte ankreuzen:</b> </div> <p>Wenn in 802 "häufig" / "gelegentlich" / "selten" / "nur einmal" angegeben oder wenn in 803 mindestens ein Kreuz in Spalte "einmal" oder "mehrmals" ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Wenn in 802 <b>und</b> 803 immer "<b>nie</b>" angekreuzt ..... <input type="checkbox"/> 2</p>	805  <b>900</b> <b>Seite</b> <b>79</b>																																																	

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"/> <small>96</small></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small></p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small></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"/> <small>96</small></p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small></p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small></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, <b>seit dem Alter von 16 Jahren insgesamt</b> erlebt?</p> <p><i>Liste 807 vorlegen!</i></p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> <p>A Nur einmal ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <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> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>G Nie ..... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small></p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small></p> </div> <div style="text-align: center; margin-right: 10px;"> <p>816 S. 65</p> <p>808</p> <p>900 Seite 79</p> </div> </div>	

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

Verweigert ..... ☐ 97

Weiß nicht ..... ☐ 98

Nr.		Weiter mit
809	<p>Waren diese Personen ... <span style="float: right;">1</span></p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b> <b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="text-align: right;"> Erwachsene ..... <input type="checkbox"/>  Jugendliche ..... <input type="checkbox"/>  oder Kinder unter 14 Jahren? ..... <input type="checkbox"/>    Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small>  Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small> </div>	
810	<p>Wo bzw. an welchen Orten haben Sie solche Situationen erlebt? Bitte sagen Sie es anhand der Kennbuchstaben auf dieser Liste.</p> <p><b>Liste 810 vorlegen!</b> <b>Mehrfachnennungen möglich!</b> <span style="float: right;">1</span></p> <div style="margin-left: 40px;"> A <u>In</u> der eigenen Wohnung ..... <input type="checkbox"/>  B <u>Vor</u> der eigenen Wohnung ..... <input type="checkbox"/>  C In der Wohnung von anderen ..... <input type="checkbox"/>  D In der Arbeitsstelle / Ausbildungsstätte / Schule / Universität ..... <input type="checkbox"/>  E An einem öffentlichen Ort, z.B. auf der Straße, im Park ..... <input type="checkbox"/>  F In einem öffentlichen Gebäude, z.B. Cafe, Restaurant, Diskothek, Behörde ..... <input type="checkbox"/>  G In einem öffentlichen Verkehrsmittel, z.B. Bus, Bahn, U-Bahn, Taxi ..... <input type="checkbox"/>  H In einem Auto / Kraftfahrzeug ..... <input type="checkbox"/>  J Auf Parkplätzen, in Parkgaragen / Parkhäusern ..... <input type="checkbox"/>  K Sonstiges (<i>bitte notieren</i>): ..... <input type="checkbox"/>    <div style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small>  Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small> </div> </div>	
811	<p>Haben Sie solche Situationen bisher nur in Deutschland, nur im Ausland oder sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern erlebt?</p> <div style="text-align: right;"> Nur in Deutschland ..... <input type="checkbox"/> <small>1</small>  Nur im Ausland ..... <input type="checkbox"/> <small>2</small>  Sowohl in Deutschland als auch im Ausland ..... <input type="checkbox"/> <small>3</small>    Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>7</small>  Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>8</small> </div>	



Nr.		Weiter mit																									
812	<p>Hatten Sie infolge einer dieser Situationen schon einmal eine oder mehrere der folgenden Verletzungen?</p> <p><b>Liste 812 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">1</div> <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 (bitte notieren): ..... <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>Ich hatte keine dieser Verletzungen ..... <input type="checkbox"/></p> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97  Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98 </div>																										
813	<p>Hatten Sie in einer oder mehreren dieser Situationen schon einmal Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt werden zu können?</p> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> Ja ..... <input type="checkbox"/> 1  Nein ..... <input type="checkbox"/> 2  Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7  Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8 </div>																										
814	<p>Haben Sie infolge einer dieser Situationen schon einmal ...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">Ver- weigert</th> <th style="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 <b>eine</b> der Situationen, die Sie genannt haben, und zwar um die, die aus Ihrer Sicht <b>am schlimmsten oder am belastendsten war</b>: 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><b>Liste 815 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b> <b>Falls "verweigert": bitte auf Anonymität hinweisen!</b></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-top: 10px;"> <p>Verweigert ..... <input type="checkbox"/> 97 ..... <input type="checkbox"/> 9997 Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 98 ..... <input type="checkbox"/> 9998</p> </div> <p><b>Falls Zeitangabe insgesamt "verweigert" oder "weiß nicht":</b> In welchem Zeitraum war das ungefähr? Bitte sagen Sie es anhand dieser Liste.</p> <p><b>Liste 816 vorlegen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A In den letzten 12 Monaten ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Innerhalb der letzten 2 bis 5 Jahre .... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C Vor 10 bis 20 Jahren ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D Vor 20 bis 30 Jahren ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E Vor 30 bis 40 Jahren ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>F Vor 40 bis 50 Jahren ..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>G Schon länger her ..... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p> </div> <div style="width: 45%;"></div> </div>	
816a	<p><b>Bitte übertragen Sie jetzt die Monats- und Jahresangabe aus Frage 716 von Seite 44 (falls angegeben) und kreuzen Sie zusätzlich an:</b></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: right;">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>816b</p> <p><b>817</b></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><b>900</b> <b>S. 79</b></p> <p>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!**

		1	männl.	1	weibl.	2
<b>10</b>	<b>Jemand Unbekanntes / eine fremde Person</b> .....	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
<b>20</b>	<b>Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes</b> .....	<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"/>
<b>30</b>	<b>Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule</b> .....	<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"/>
<b>40</b>	<b>Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen)</b> .....	<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"/>
<b>50</b>	<b>Jemand aus der Familie</b> .....	<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"/>
<b>60</b>	<b>Freunde / Bekannte / Nachbarn</b> .....	<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"/>
<b>70</b>	<b>Sonstige Personen</b> .....	<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> <thead> <tr> <th></th> <th>Alter</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>97</th> <th>98</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Person</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> Jahre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Person</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> Jahre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Person</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> Jahre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Alter	Verweigert	Weiß nicht			97	98	1. Person	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Person	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Person	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Alter	Verweigert	Weiß nicht																				
		97	98																				
1. Person	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
2. Person	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
3. Person	<input type="text"/> <input type="text"/> 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? <b>Nur <u>eine</u> Nennung!</b></p> <table> <tbody> <tr> <td>Ja, Alkohol .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ja, Drogen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ja, beides .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Nein .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>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>? <b>Nur <u>eine</u> Nennung!</b></p> <table> <tbody> <tr> <td>Ja, Alkohol .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ja, Drogen .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ja, beides .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Nein .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>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? <b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <table> <tbody> <tr> <td>Ja, Schusswaffe .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ja, Messer .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ja, andere Waffe (bitte notieren): .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td>Nein .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	Ja, Schusswaffe .....	<input type="checkbox"/>	1	Ja, Messer .....	<input type="checkbox"/>		Ja, andere Waffe (bitte notieren): .....	<input type="checkbox"/>		<hr/>			Nein .....	<input type="checkbox"/>	4	Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8	822
Ja, Schusswaffe .....	<input type="checkbox"/>	1																					
Ja, Messer .....	<input type="checkbox"/>																						
Ja, andere Waffe (bitte notieren): .....	<input type="checkbox"/>																						
<hr/>																							
Nein .....	<input type="checkbox"/>	4																					
Verweigert ...	<input type="checkbox"/>	7																					
Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/>	8																					
			823																				
822	<p>Wurde diese Waffe gegen Sie gerichtet?</p> <table> <tbody> <tr> <td>Ja .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Nein .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>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> <tbody> <tr> <td>Ja .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Nein .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Verweigert ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht ...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>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.</p> <p><b>Liste 824 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></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> <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</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p style="text-align: center;">825</p> <p style="text-align: center;">826</p>
825	<p>Konnten Sie damit die Situation abwenden?</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>	
826	<p>Hatten Sie infolge der Situation eine oder mehrere der folgenden Verletzungen?</p> <p>Bitte geben Sie alles an, was zutrifft.</p> <p><b>Liste 826 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></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 Verletzung ..... <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;">827</p> <p style="text-align: center;">831</p>

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><b>Liste 827 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</b></p> <p><b>Falls Punkt B genannt, fragen:</b> 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>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
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><b>Liste 830 vorlegen!</b></p> <p style="text-align: center;"> <b>Sehr zufrieden</b> <span style="margin-left: 100px;">1</span> <span style="margin-left: 20px;">2</span> <span style="margin-left: 20px;">3</span> <span style="margin-left: 20px;">4</span> <span style="margin-left: 20px;">5</span> <span style="margin-left: 20px;">6</span> <b>Sehr unzufrieden</b> </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>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>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><b>Liste 837 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b> <span style="float: right;">1</span></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 (bitte notieren): ..... <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><b>Liste 838 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b> <span style="float: right;">1</span></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 <b>langfristigen Folgen</b> geführt wie z.B. Trennung, Umzug, Arbeitsplatzwechsel oder eine Therapie?</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>840</p> <hr/> <p><b>841</b></p>																																								
840	<p>Welche langfristigen Folgen waren das? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die auf Sie persönlich zutreffen.</p> <p><b>Liste 840 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></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>_____</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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">Ver- weigert</th> <th style="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	Ver- weigert	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	Ver- weigert	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/> <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><b>843</b></p> <hr/> <p>844</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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></p> <table> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Verweigert</th> <th>Weiß nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>7</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gab es ...</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>eine Vernehmung durch weibliche Spezialkräfte bei der Polizei? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><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><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>eine Betreuung durch polizeiliche Sozialarbeiterinnen? .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Verweigert	Weiß nicht		1	2	7	8	Gab es ...					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																												
	1	2	7	8																												
Gab es ...																																
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><b>Liste 847 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Die Polizei hat mich eingehend befragt ..... <input type="checkbox"/></p> <p>B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt ..... <input type="checkbox"/></p> <p>C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt ..... <input type="checkbox"/></p> <p>D Die Polizei hat versucht, zu schlichten ..... <input type="checkbox"/></p> <p>E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben ..... <input type="checkbox"/></p> <p>G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt ..... <input type="checkbox"/></p> <p>H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stuft ihn als zu geringfügig ein ..... <input type="checkbox"/></p> <p>J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam ..... <input type="checkbox"/></p> <p>K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet ..... <input type="checkbox"/></p> <p>L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln ..... <input type="checkbox"/></p> <p>M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt ..... <input type="checkbox"/></p> <p>P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Q Sonstiges (bitte notieren): ..... <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>Nichts davon trifft zu ..... <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.		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><b>Liste 848 vorlegen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>Sehr zufrieden</b> 1 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;"> <b>Sehr un- zufrieden</b> 6 <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">           Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97            Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98         </div>	
849	<p>Was hätte von polizeilicher Seite besser laufen können?</p> <p><b>Bitte Stichworte notieren:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
850	<p>Haben Sie selbst gegen die Person Anzeige erstattet?</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">           Ja ..... <input type="checkbox"/> 1            -----            Nein ..... <input type="checkbox"/> 2            Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7            Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8         </div>	851    <b>852</b>
851	<p>Haben Sie die Anzeige aufrecht erhalten oder sie später wieder zurückgezogen?</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">           Aufrecht erhalten ..... <input type="checkbox"/> 1            -----            Später zurückgezogen ..... <input type="checkbox"/> 2            Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7            Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8         </div>	<b>853</b>    852

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><b>Liste 852 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b> <span style="float: right;">1</span></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? <span style="float: right;">Ja ..... <input type="checkbox"/> 1</span></p> <hr/> <p style="text-align: right;">Nein ..... <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>853b</p> <p><b>861</b> <b>Seite 78</b></p>
853b	<p>Vor ein Strafgericht oder ein Zivilgericht/ Familiengericht? <span style="float: right;">1</span></p> <p>Strafgericht ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Zivilgericht/Familiengericht ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Weiß nicht, Gericht nicht bekannt ..... <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>854</p> <p><b>861</b> <b>Seite 78</b></p>



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><b>Liste 860 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b> <span style="float: right;">1</span></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</p> <p style="text-align: right;">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><b>Bitte Stichworte notieren:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Nr.		Weiter mit
900	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;"><b>An alle</b></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><b>Liste 901 vorlegen und bis Frage 903 liegenlassen!</b> <b>Falls Ja: Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="border-bottom: 1px dashed black; padding-bottom: 10px;"> <p><b>Trifft nicht zu</b>, war nicht in einer solchen Situation ..... <input type="checkbox"/> 1</p> </div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; padding-bottom: 10px;"> <p><b>Ja</b>, in Anspruch genommen: 1</p> <p>A Frauennotruf ..... <input type="checkbox"/></p> <p>B Frauenhaus ..... <input type="checkbox"/></p> <p>C Frauenberatungsstelle ..... <input type="checkbox"/></p> <p>D Andere Beratungsstelle ..... <input type="checkbox"/></p> <p>E Krisendienst ..... <input type="checkbox"/></p> <p>F Telefonseelsorge ..... <input type="checkbox"/></p> <p>G Therapeutische Praxis ..... <input type="checkbox"/></p> <p>H Psychiatrische Einrichtung ..... <input type="checkbox"/></p> <p>J Opferberatungsstelle ..... <input type="checkbox"/></p> <p>K Frauenbeauftragte der Polizei ..... <input type="checkbox"/></p> <p>L Frauenbeauftragte der Stadt/Gemeinde ..... <input type="checkbox"/></p> <p>M Frauenbeauftragte des Betriebes ..... <input type="checkbox"/></p> <p>N Gerichtliche Hilfen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>O Andere Hilfe (bitte notieren): ..... <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> </div> <div style="padding-top: 10px;"> <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> </div>	<p style="text-align: center;"><b>905</b></p> <p style="text-align: center;"><b>902</b></p> <p style="text-align: center;"><b>904</b></p>





Nr.							
903	<p><b>Kennbuchstaben der betreffenden Einrichtung erneut übertragen und fragen:</b></p> <p>Wir haben hier eine Liste von Problemen, die Frauen manchmal mit solchen Einrichtungen haben. Welche dieser Probleme hatten Sie mit der Einrichtung ... <b>(Kennbuchstaben nennen)?</b> Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</p> <p><b>Liste 903 vorlegen!</b></p>						
<b>Kennbuchstaben der Einrichtung von Frage 901, Seite 79, erneut übertragen:</b>		<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						
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 (bitte notieren):						
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
	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><b>Liste 904 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Der Fall schien mir zu <b>geringfügig</b> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>B Ich wusste nicht, <b>wo ich Hilfe finden könnte</b> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>C Solche Hilfen standen mir <b>nicht zur Verfügung</b> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>D Ich hatte <b>Schwierigkeiten</b>, die Hilfeeinrichtung mit Verkehrsmitteln <b>zu erreichen</b> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>E Die <b>Öffnungszeiten</b> passten für mich zeitlich nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p>F Zu lange <b>Wartezeiten</b> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>G Ich <b>schämte</b> mich ..... <input type="checkbox"/></p> <p>H Ich hatte Angst davor, dass <b>niemand mir glauben</b> würde ..... <input type="checkbox"/></p> <p>J Ich hatte <b>Angst vor unangenehmen Nachfragen</b> ..... <input type="checkbox"/></p> <p>K Ich hatte <b>Angst vor Rache</b> oder negativen Folgen durch Täter ..... <input type="checkbox"/></p> <p>L Ich hatte Angst davor, dass die <b>Anonymität</b> nicht gewährleistet wäre ..... <input type="checkbox"/></p> <p>M Ich <b>brauchte keine dieser Hilfen</b> ..... <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	<p>Wir haben jetzt noch einige allgemeine Fragen zu den Themen Haushalt, Familie und Partnerschaft.</p> <p>Leben Sie in einem privaten Haushalt oder in einem Heim oder in einer vorübergehenden Unterkunft?</p> <p><b>Liste 907 vorlegen!</b></p> <p>A Privater Haushalt ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Wohnheim, Pflegeheim etc.: dauerhaft ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C Wohnheim, Pflegeheim etc.: vorübergehend ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D Vorübergehende Unterkunft: Hotel ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E Vorübergehende Unterkunft: Frauenhaus ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>F Vorübergehende Unterkunft: bei Freunden ..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>G Sonstiges (bitte notieren): ..... <input type="checkbox"/> 7</p>								908
908	<p>Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Kinder und Sie selbst mit eingeschlossen?</p> <p>Lebe allein ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>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.</p> <p>Insgesamt <input type="text"/> Personen</p>								910
909	<p>Bitte nennen Sie mir zunächst die Vornamen dieser Personen, beginnend mit der <u>ältesten</u> Person.</p> <p><b>Namen auf in erste Zeile notieren und anschließend für jede Person die Fragen 909 B bis 909 E stellen!</b></p> <p><b>Zielperson hier <u>nicht</u> eintragen!</b></p>								
Frage 909A	Zielperson	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person	7. Person	8. Person	
Vorname:									
Frage 909B		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		<input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	<input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	<input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	<input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	<input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	<input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	<input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 9998 Verw. <input type="checkbox"/> 9997	
Frage 909D		Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	
Frage 909E		Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	Kenn- buchstabe: <input type="text"/> W.n. <input type="checkbox"/> 98 Verw. <input type="checkbox"/> 97	
<p><b>Wenn mehr als 8 Personen eingetragen werden müssten: Anzahl dieser weiteren Personen eintragen: → <input type="text"/></b></p> <p><b>Bitte nochmals prüfen, ob <u>alle</u> im Haushalt lebenden Personen auch aufgeführt sind!</b></p>									

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><b>Liste 910 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <div style="text-align: right;">1</div> <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</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
911	<p>Wenn Sie jetzt alle Einkommensarten von allen Personen Ihres Haushalts zusammennehmen: Wie hoch ist das <b>monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts</b> 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><b>Liste 911 vorlegen!</b> <b>Falls "verweigert": bitte auf Anonymität hinweisen!</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>unter 150 Euro</p> <p>150 bis unter 300 Euro</p> <p>300 bis unter 500 Euro</p> <p>500 bis unter 700 Euro</p> <p>700 bis unter 900 Euro</p> <p>900 bis unter 1200 Euro</p> <p>1200 bis unter 1800 Euro</p> <p>1800 bis unter 2300 Euro</p> <p>2300 bis unter 2800 Euro</p> <p>2800 bis unter 3300 Euro</p> <p>3300 bis unter 3800 Euro</p> <p>3800 bis unter 5100 Euro</p> <p>5100 bis unter 7600 Euro</p> <p>7600 Euro und mehr</p> </div> <div> <p><b>A</b> <input type="checkbox"/> 01</p> <p><b>B</b> <input type="checkbox"/> 02</p> <p><b>C</b> <input type="checkbox"/> 03</p> <p><b>D</b> <input type="checkbox"/> 04</p> <p><b>E</b> <input type="checkbox"/> 05</p> <p><b>F</b> <input type="checkbox"/> 06</p> <p><b>G</b> <input type="checkbox"/> 07</p> <p><b>H</b> <input type="checkbox"/> 08</p> <p><b>J</b> <input type="checkbox"/> 09</p> <p><b>K</b> <input type="checkbox"/> 06</p> <p><b>L</b> <input type="checkbox"/> 07</p> <p><b>M</b> <input type="checkbox"/> 08</p> <p><b>N</b> <input type="checkbox"/> 09</p> <p><b>O</b> <input type="checkbox"/> 10</p> </div> </div> <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
912	<p>Wie hoch ist Ihr <b>eigenes monatliches Nettoeinkommen</b> 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><b>Liste 912 vorlegen!</b>  <b>Falls "verweigert": bitte auf Anonymität hinweisen!</b></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>913</p> <hr/> <p><b>914</b></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><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></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><b>916</b></p> <hr/> <p>915</p>
915	<p>Leben Sie zur Zeit in einer <b>festen</b> 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><b>Zielperson soll selbst einschätzen, was für sie eine <u> feste Partnerschaft </u> ist!</b></p>	<p>916</p> <hr/> <p><b>929</b></p> <p><b>Seite 90</b></p>
916	<p>Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu Ihrem <b>heutigen (Ehe-)Partner</b> bzw. Ihrer <b>heutigen Partnerin</b> 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
917	<p>Seit wann sind Sie mit Ihrem heutigen Partner / Ihrer heutigen Partnerin zusammen? Bitte nennen Sie mir Monat und Jahr.</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"/> <input type="text"/></p> <p>Verweigert ..... <input type="checkbox"/> 97 ..... <input type="checkbox"/> 9997</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 98 ..... <input type="checkbox"/> 9998</p>	
918	<p>Sind Sie mit Ihrem heutigen Partner / Ihrer heutigen Partnerin zusammengezogen?</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Wenn ja: in welchem Monat und in welchem Jahr?</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"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Verweigert ..... <input type="checkbox"/> 97 ..... <input type="checkbox"/> 9997</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 98 ..... <input type="checkbox"/> 9998</p>	
919	<p>Haben Sie Ihren heutigen Partner / Ihre heutige Partnerin geheiratet?</p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Wenn ja: in welchem Monat und in welchem Jahr?</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"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Verweigert ..... <input type="checkbox"/> 97 ..... <input type="checkbox"/> 9997</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 98 ..... <input type="checkbox"/> 9998</p>	
920	<p>Ist Ihr heutiger Partner etwa gleich alt wie Sie, älter oder jünger als Sie?</p> <p><b>Falls älter oder jünger:</b> Um wie viele Jahre?</p> <p>Etwa gleich alt ... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Älter ..... <input type="checkbox"/> 2 um <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre</p> <p>Jünger ..... <input type="checkbox"/> 3 um <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre</p> <p>Verweigert ..... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ..... <input type="checkbox"/> 8</p>	
921	<p>Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr Partner / Ihre Partnerin?</p> <p><b>Mehrfachnennungen möglich!</b></p> <p>Deutsch ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Türkisch ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Italienisch ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Griechisch ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Russisch ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Polnisch ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Andere (bitte angeben): ..... <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
S30a	<p>Wurde Ihr Partner / Ihre Partnerin im Gebiet des heutigen Deutschland geboren?</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>	<p><b>924</b></p> <p><b>923</b></p>

Nr.		Weiter mit																																													
923	<p>In welchem Land wurde Ihr heutiger Partner / Ihre heutige Partnerin geboren?</p> <p><b>Liste 923 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Griechenland ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Italien ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Polen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Türkei ..... <input type="checkbox"/></p> <p>USA ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Staaten des ehemaligen Jugoslawien ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Staaten der ehemaligen Sowjetunion ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Anderes Land (bitte angeben): ..... <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Ist staatenlos ..... <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p> </div> </div>																																														
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><b>Liste 924 vorlegen!</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Vater</th> <th style="text-align: center;">Mutter</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A In Ostdeutschland (ehemalige DDR) .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B In Westdeutschland / Westberlin .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C In den früheren deutschen Ostgebieten .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D In Griechenland .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E In Italien .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F In Polen .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G In der Türkei .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>H In den USA .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>J In den Staaten des ehemaligen Jugoslawien .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>K In den Staaten der ehemaligen Sowjetunion .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>L In einem anderen Land .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Verweigert .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 97</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 97</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 98</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 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"/>	Verweigert .....	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 97	Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 98	<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"/>																																													
Verweigert .....	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 97																																													
Weiß nicht .....	<input type="checkbox"/> 98	<input type="checkbox"/> 98																																													



Nr.		Weiter mit
925	<p>Welchen höchsten Schulabschluss hat Ihr Partner / Ihre Partnerin?</p> <p><b>Liste 925 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</b></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>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
926	<p>Und welchen höchsten Ausbildungsabschluss hat Ihr Partner / Ihre Partnerin?</p> <p><b>Liste 926 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</b></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>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

Nr.		Weiter mit
927	<p>Ist Ihr Partner / Ihre Partnerin derzeit ...</p> <p><b>Vorgaben bitte vorlesen!</b></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><b>Liste 928 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</b></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 <b>feste</b> Partnerschaften waren?  Bitte denken Sie jetzt auch an Ihren <b>letzten Partner</b>, 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: 100%;"/> <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><b>Zielperson soll selbst einschätzen, was für sie eine <u>feste Partnerschaft</u> ist!</b></i></p>	<p>930</p> <hr style="width: 100%;"/> <p><b>945</b> <b>Seite</b> <b>92</b></p>
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><b>Bitte die Fragen 932 bis 943 für jeden anderen Partner stellen und im Schema Seite 91 eintragen!</b></i></p> <p>In den nächsten Fragen geht es nur um die <b>drei letzten</b> Partnerschaften.</p> <p>Falls Sie derzeit <b>in einer</b> Partnerschaft leben, beginnen Sie bitte mit der letzten Partnerschaft davor.</p> <p>Falls Sie derzeit <b>in keiner</b> 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"/> <sub>1</sub> weiblich <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_____ männlich <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> weiblich <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	_____ männlich <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> weiblich <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
933 Von wann bis wann waren Sie mit diesem Partner zusammen? Nennen Sie mir bitte Monat und Jahr.	<div> <div>von</div> <div>bis</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> </div> </div>	<div> <div>von</div> <div>bis</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> </div> </div>	<div> <div>von</div> <div>bis</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> <div>Monat</div> <div>Jahr</div> </div> </div>
934 War dieser Partner etwa gleich alt wie Sie, älter oder jünger als Sie? Um wie viele Jahre?	Gleich alt ... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Älter .... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> um <div><div></div><div></div></div> Jahre Jünger. <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> um <div><div></div><div></div></div> Jahre	Gleich alt ... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Älter .... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> um <div><div></div><div></div></div> Jahre Jünger. <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> um <div><div></div><div></div></div> Jahre	Gleich alt ... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Älter .... <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> um <div><div></div><div></div></div> Jahre Jünger. <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> um <div><div></div><div></div></div> Jahre
935 Sind Sie mit diesem Partner zusammengezogen? Wenn ja: In welchem Monat und welchem Jahr?	Ja ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <div><div></div><div></div></div> Monat Jahr Nein .. <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Ja ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <div><div></div><div></div></div> Monat Jahr Nein .. <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Ja ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <div><div></div><div></div></div> Monat Jahr Nein .. <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
936 Haben Sie diesen Partner geheiratet? Wenn ja: In welchem Monat und welchem Jahr?	Ja ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <div><div></div><div></div></div> Monat Jahr Nein .. <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Ja ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <div><div></div><div></div></div> Monat Jahr Nein .. <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Ja ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <div><div></div><div></div></div> Monat Jahr Nein .. <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
937 In welchem Jahr wurde die Partnerschaft beendet?	Im Jahr <div><div></div><div></div></div>	Im Jahr <div><div></div><div></div></div>	Im Jahr <div><div></div><div></div></div>
938 Wurde die Partnerschaft durch Trennung, Scheidung oder Tod beendet? Mehrfachnennungen möglich!	<div>1</div> Trennung .... <input type="checkbox"/> Scheidung .. <input type="checkbox"/> Tod ..... <input type="checkbox"/>	<div>1</div> Trennung .... <input type="checkbox"/> Scheidung .. <input type="checkbox"/> Tod ..... <input type="checkbox"/>	<div>1</div> Trennung .... <input type="checkbox"/> Scheidung .. <input type="checkbox"/> Tod ..... <input type="checkbox"/>
939 Welche Staatsangehörigkeit hatte dieser Partner? Mehrfachnennungen möglich!	<div>1</div> 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"/> <sub>98</sub>	<div>1</div> 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"/> <sub>98</sub>	<div>1</div> 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"/> <sub>98</sub>
940 Ist dieser Partner im Gebiet des heutigen Deutschland geboren?	Ja ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ► 942 Nein .. <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> W.n. <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> ▼	Ja ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ► 942 Nein .. <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> W.n. <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> ▼	Ja ..... <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ► 942 Nein .. <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> W.n. <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> ▼
941 Liste 941 vorlegen! In welchem Land wurde dieser Partner geboren?	Kennbuchstaben eintragen: <input type="checkbox"/> W.n. <input type="checkbox"/> <sub>98</sub>	Kennbuchstaben eintragen: <input type="checkbox"/> W.n. <input type="checkbox"/> <sub>98</sub>	Kennbuchstaben eintragen: <input type="checkbox"/> W.n. <input type="checkbox"/> <sub>98</sub>
942 Liste 942 vorlegen! Welchen höchsten Schulabschluss hatte dieser Partner am Ende Ihrer Partnerschaft?	Kennbuchstaben eintragen: <input type="checkbox"/> W.n. <input type="checkbox"/> <sub>98</sub>	Kennbuchstaben eintragen: <input type="checkbox"/> W.n. <input type="checkbox"/> <sub>98</sub>	Kennbuchstaben eintragen: <input type="checkbox"/> W.n. <input type="checkbox"/> <sub>98</sub>
943 Liste 943 vorlegen! Welchen höchsten Ausbildungsabschluss hatte dieser Partner?	Kennbuchstaben eintragen: <input type="checkbox"/> W.n. <input type="checkbox"/> <sub>98</sub>	Kennbuchstaben eintragen: <input type="checkbox"/> W.n. <input type="checkbox"/> <sub>98</sub>	Kennbuchstaben eintragen: <input type="checkbox"/> W.n. <input type="checkbox"/> <sub>98</sub>
944 Waren Sie davor schon einmal mit einem festen Lebenspartner zusammen?	Ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ► 932 <b>vorletzter Partner</b> _____ Nein <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ► 945	Ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ► 932 <b>drittletzter Partner</b> _____ Nein <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ► 945	Ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ► 945 _____ Nein <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ► 945

945  
(Panel)

So, damit wären wir mit dem mündlichen Teil der Befragung fertig.  
Bevor es weiter geht, kurz noch eine ganz andere Frage:

Es ist zwar noch nicht entschieden, wird aber überlegt, dieses Forschungsprojekt zu einem späteren Zeitpunkt mit einer weiteren Befragung fortzusetzen.

Wären Sie gegebenenfalls dazu bereit, noch einmal mitzumachen?

Wenn Sie sich dazu entschließen könnten, wäre Ihr Mitwirken sehr wertvoll, und wir möchten Ihnen für Ihre Zustimmung gerne schon heute danken!

Zum Zweck einer weiteren Befragung müssen wir Ihre Adresse aufbewahren.

Das Datenschutzgesetz setzt dabei zu Recht Ihr Einverständnis voraus, um das wir Sie hiermit herzlich bitten möchten. Ihre Adresse wird getrennt vom Fragebogen ausschließlich für den Zweck einer weiteren Befragung aufgehoben, sie kann niemals mit den von Ihnen angegebenen Antworten in Verbindung gebracht werden. Ihre Angaben bleiben absolut anonym.

Nach Abschluss des Forschungsprojektes wird Ihre Adresse dann endgültig gelöscht.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn wir Sie für das weitere Mitwirken an unserem Forschungsprojekt gewinnen könnten.

**Panelblatt übergeben, von Zielperson ausfüllen lassen,  
Lfd.-Nr. übertragen und mit dem Fragebogen an infas zurückschicken.**

**Bitte unbedingt ankreuzen:** ZP hat Panelblatt ausgefüllt ..... ☐ 1  
ZP hat Panelblatt nicht ausgefüllt ..... ☐ 2

**Bitte jetzt schriftlichen Fragebogen (Teil II) an Zielperson übergeben!**

**Lassen Sie der Zielperson Zeit zum Ausfüllen!**

**Bitte übertragen Sie unbedingt die Lfd.-Nr. auf den schriftlichen Fragebogen!**

**Bei Übergabe:**

Wir haben hier noch einen kurzen schriftlichen Fragebogen zum Selbstausfüllen, der sich mit den Themen Familie und Partnerschaft befasst.

Der Fragebogen ist nicht so lang wie er aussieht, da unter Umständen nicht alle Fragen auf Ihre Situation zutreffen.

**Fragebogen (Teil II) an Zielperson übergeben:**

Ja ..... 1 ☐

Nein ..... 2 ☐ Warum wurde der Fragebogen nicht übergeben?

---



---




---

Nr.		Weiter mit
I.	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Ab hier ohne Zielperson ausfüllen!</div> <p>Lage zum Ort:</p> <p>Einzel-/Streubebauung außerhalb ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Geschlossene Siedlung außerhalb ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Randlage ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Zentrumsnähe ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ortskern / Innenstadt / City ..... <input type="checkbox"/> 5</p>	
II.	<p><b>Falls nicht Großstadt mit mindestens 100.000 Einwohnern:</b></p> <p>Entfernung des Zentrums der nächstgelegenen Großstadt (mind. 100.000 Einwohner) <span style="float: right;">_____ km</span></p>	
III.	<p>Überwiegende Gebäudeart in der Straße / Quartierstyp:</p> <p>Landwirtschaftliche Gebäude ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p><b>1- bis 2-Familienhäuser</b></p> <p>    freistehend ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>    in Reihenbebauung ..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p><b>Mehrfamilienhäuser</b></p> <p>    freistehend ..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>    in Reihenbebauung ..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>    in geschlossener Bebauung ..... <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Hochhausbebauung (mind. 6 Stockwerke) ..... <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Industrie- oder Gewerbegebiet ..... <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Nicht zuzuordnen ..... <input type="checkbox"/> 9</p>	
IV.	<p>Haustyp:</p> <p>Einfamilienhaus oder Doppelhaushälfte ..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mehrfamilienhaus ..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>mit ca. _____ Parteien <span style="margin-left: 20px;">←</span></p>	
V.	<p>Einschätzung der Wohnlage:</p> <p style="text-align: center;">1      2      3      4      5</p> <p>Eindeutig gehoben <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sehr einfach</p>	
VI.	<p>Überwiegender Zustand von Gebäudeumfeld, Freiflächen usw.:</p> <p style="text-align: center;">1      2      3      4      5</p> <p>Sehr gepflegt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ungepflegt</p>	
VII.	<p>Zustand des Gebäudes, in dem die Zielperson lebt:</p> <p style="text-align: center;">1      2      3      4      5</p> <p>Sehr gut erhalten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baufällig</p>	
VIII.	<p><b>Bitte eintragen:</b></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 <b>nicht</b> in der Wohnung der Zielperson statt .... <input type="checkbox"/> 2</p>	<p style="text-align: center;">IX</p> <hr style="border-top: 1px solid black;"/> <p style="text-align: center;">XII</p>



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;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px 10px; display: inline-block;"><b>bitte notieren:</b></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="position: relative; top: -10px; left: -10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="position: relative; top: -10px; left: -10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> </div>	
XVI.	<p>Der Zielperson bereitete die Beantwortung folgender Fragen Schwierigkeiten:</p> <p><b>Frage-Nr. Welcher Art waren diese Schwierigkeiten?</b>  <b>(Bitte kurz notieren):</b></p> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 600px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 600px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 600px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 600px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 600px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 600px; display: inline-block;"></div> </div>	



Nr.		Weiter mit
XVII.	<p><b>Zum schriftlichen Fragebogen (Teil II),</b> 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>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"/></p> <p>Postleitzahl des Befragungsortes: ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
XIX.	<p><b>Zu mir selbst:</b></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"/></p>	
	<p><b>Ich versichere mit meiner Unterschrift, das Interview entsprechend allen Anwei- sungen korrekt durchgeführt zu haben:</b></p> <p>_____</p> <p>Unterschrift</p>	



## **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**

<b>Trifft genau zu</b>	<b>Trifft eher zu</b>	<b>Trifft eher nicht zu</b>	<b>Trifft gar nicht zu</b>
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

<b>Mache ich derzeit</b>			
<b>häufig</b>	<b>gelegent- lich</b>	<b>selten</b>	<b>nie</b>

- 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**

<b>Häufig</b>	<b>Gelegentlich</b>	<b>Selten</b>	<b>Nie</b>
---------------	---------------------	---------------	------------

**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**    **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*)**

- 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**

## 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

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

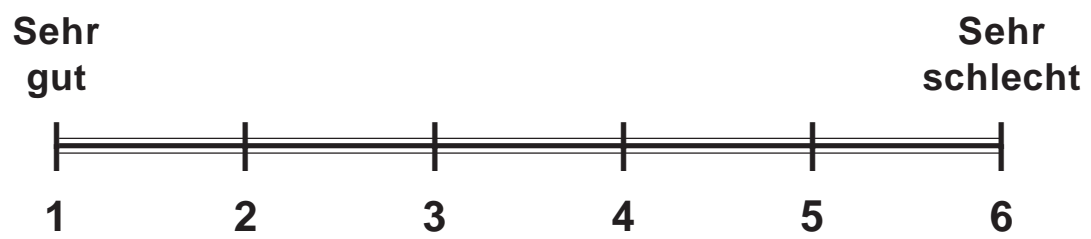


- A**    **Niedergeschlagenheit oder Depressionen**
- B**    **Schlafstörungen oder Alpträume**
- C**    **Dauerndes Grübeln über die Situation**
- D**    **Erhöhte Krankheitsanfälligkeit, häufigere Krankschreibungen**
- E**    **Vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühle von Erniedrigung**
- F**    **Erhöhte 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			
<b>häufig</b>	<b>gelegentlich</b>	<b>selten</b>	<b>nie</b>

- 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*)

<b>In Anspruch genommen:</b>
------------------------------

- 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**

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

<b>A</b>	<b>unter 150 Euro</b>
<b>B</b>	<b>150 bis unter 300 Euro</b>
<b>C</b>	<b>300 bis unter 500 Euro</b>
<b>D</b>	<b>500 bis unter 700 Euro</b>
<b>E</b>	<b>700 bis unter 900 Euro</b>
<b>F</b>	<b>900 bis unter 1200 Euro</b>
<b>G</b>	<b>1200 bis unter 1800 Euro</b>
<b>H</b>	<b>1800 bis unter 2300 Euro</b>
<b>J</b>	<b>2300 bis unter 2800 Euro</b>
<b>K</b>	<b>2800 bis unter 3300 Euro</b>
<b>L</b>	<b>3300 bis unter 3800 Euro</b>
<b>M</b>	<b>3800 bis unter 5100 Euro</b>
<b>N</b>	<b>5100 bis unter 7600 Euro</b>
<b>O</b>	<b>7.600 Euro und mehr</b>
<b>P</b>	<b>Habe kein eigenes Einkommen</b>

**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**

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

- 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**