



Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland

Hauptstudie 2003 – mündlicher Fragebogen –

Vor Interview: Lfd.-Nr. eintragen:

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

1-6

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

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

Dezember 2002

3144 Hd, Pa

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

Nr.									Weiter mit
104	Haben Sie eigene Kinder? Denken Sie bitte auch an Stief-, Pflege- bzw. Adoptivkinder und Kinder, die bereits verstorben sind.								105 106
Ja, Anzahl: <input type="text"/> <input type="text"/>									
Nein, keine Kinder <input type="checkbox"/> 96									
Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97									
Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98									
105	Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zu diesen Kindern stellen. Beginnen wir mit Ihrem ältesten Kind: Bitte die Fragen A bis D für jedes Kind nacheinander abfragen!								
	1. Kind (ältestes)	2. Kind	3. Kind	4. Kind	5. Kind	6. Kind	7. Kind	8. Kind	
A Nennen Sie mir bitte den Vornamen oder Kürzel des Kindes:									
B Welches Geschlecht hat es?	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	männ. <input type="checkbox"/> 1 weib. <input type="checkbox"/> 2	
C Ist dieses Kind ...									
– Ihr leibliches Kind <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 <input type="checkbox"/> 1	
– das Kind Ihres Partners <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 <input type="checkbox"/> 2	
– ein Adoptivkind <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3	
– ein Pflegekind? <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 <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 Lebt ... bei Ihnen im Haushalt?									
Ja	<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	<input type="checkbox"/> 1	
Nein	<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	<input type="checkbox"/> 2	
W.n.	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
Kind ist verstorben <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3	

Wenn mehr als 8 Kinder, hier Anzahl eintragen →

Nr.		Weiter mit
106	<p>Wenn Sie jetzt an Ihre Kindheit zurückdenken: Sind Sie in dieser Zeit ganz oder überwiegend bei Ihren beiden leiblichen Eltern aufgewachsen, also sowohl bei Ihrer leiblichen Mutter als auch bei Ihrem leiblichen Vater?</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen! Nur <u>eine</u> Nennung! Falls Nachfrage: Gemeint ist bis zum Alter von 16 Jahren!</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> </div> <div> <p>Ja, ganze Zeit bei beiden leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Ja, überwiegend bei beiden leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> 2</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Nein, überwiegend bei <u>nur einem</u> leiblichen Elternteil <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Nein, bei anderen Personen <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht <input type="checkbox"/> 5</p> </div> </div> <p>Falls bei <u>beiden leiblichen Eltern</u> aufgewachsen: In Schema 108 (Seite 5) in Spalte 1. Person "A" eintragen (leibliche Mutter) 2. Person "B" eintragen (leiblicher Vater)</p>	<p style="text-align: center;">108</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">107</p>
107	<p>Bei welchen Personen sind Sie in dieser Zeit ganz oder überwiegend aufgewachsen?</p> <p>Liste 107 vorlegen! Bitte maximal 2 Personen nennen lassen; die beiden Hauptbezugspersonen sollen ermittelt werden!</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <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="width: 15%; text-align: center;"> <p>1</p> </div> </div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>P Nur im Heim aufgewachsen <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">108</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">109</p>

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

108	<i>Bitte eintragen:</i>	1. Person Kennbuchstabe aus Liste 107: <input type="checkbox"/> männlich ... 1 <input type="checkbox"/> weiblich 2 <input type="checkbox"/>	2. Person Kennbuchstabe aus Liste 107: <input type="checkbox"/> männlich ... 1 <input type="checkbox"/> weiblich 2 <input type="checkbox"/>
108.1	Ist ... in Deutschland geboren?	Ja 1 <input type="checkbox"/> ► 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> <p> <input type="checkbox"/> Ja 1 <input type="checkbox"/> Nein 2 <input type="checkbox"/> Verweigert ... 7 <input type="checkbox"/> Weiß nicht ... 8 </p> <p> Falls Ja: Wie viele Brüder und wie viele Schwestern haben Sie? </p> <p> Anzahl Brüder <input type="text"/> <input type="text"/> Anzahl Schwestern <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Verweigert ... 97 <input type="checkbox"/> Weiß nicht ... 98 </p>																																																																		
110	<p>Im folgenden geht es um Ihre Einschätzung von sich selbst und Ihrem Leben. Wir möchten Sie bitten, sich anhand der folgenden Aussagen selbst einzuschätzen. Geben Sie bitte für jede Aussage an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.</p> <p>Liste 110 vorlegen und bis Frage 111 liegenlassen! Vorgaben nacheinander vorlesen!</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Trifft genau zu</th> <th>Trifft eher zu</th> <th>Trifft eher nicht zu</th> <th>Trifft gar nicht zu</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>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	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu		1	2	3	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	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu																																																															
	1	2	3	4																																																															
Die Zukunft wird für mich viel Gutes mit sich bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Der Blick auf mein weiteres Leben erfüllt mich mit Sorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Ich finde auch dann noch Wege, ein Problem zu lösen, wenn andere schon entmutigt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
111	<p>Nun geht es um die Beziehungen zu anderen Menschen. Bitte geben Sie an, inwieweit die Aussagen auf Sie zutreffen. Wenn Sie nicht ganz sicher sind, dann wählen Sie die Antwort, die Ihrer Meinung am nächsten kommt.</p> <p>Vorgaben nacheinander vorlesen!</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Trifft genau zu</th> <th>Trifft eher zu</th> <th>Trifft eher nicht zu</th> <th>Trifft gar nicht zu</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>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	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu		1	2	3	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	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu																																																															
	1	2	3	4																																																															
Es gibt immer jemanden in meiner Umgebung, mit dem ich die alltäglichen Probleme besprechen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohl fühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Mir fehlt eine richtig gute Freundin bzw. ein richtig guter Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Ich fühle mich häufig im Stich gelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Ich vermisse Geborgenheit und Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Ich finde, dass mein Freundes- und Bekanntenkreis zu klein ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Es gibt genügend Menschen, mit denen ich mich eng verbunden fühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Wenn ich sie brauche, sind meine Freunde immer für mich da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															
Ich vermisse eine wirklich enge Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																															

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

Nr.		Weiter mit
200	<p>In den nächsten Fragen geht es um Ihr persönliches Sicherheitsgefühl in verschiedenen Lebensbereichen.</p> <p>Wie sicher fühlen Sie sich, wenn Sie spät abends oder nachts alleine im Dunkeln nach Hause gehen?</p> <p>Benutzen Sie für Ihre Antwort bitte die Skala hier. 1 bedeutet dabei "sehr sicher", 6 bedeutet "überhaupt nicht sicher". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p>Liste 200 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <div style="text-align: center;"> <p>Sehr sicher Überhaupt nicht sicher</p> <p>1 2 3 4 5 6</p> <p><input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/></p> </div> <hr/> <p>Gehe spät abends nicht allein nach Hause <input type="checkbox"/> <small>95</small></p> <hr/> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> <small>97</small></p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small></p>	<p style="text-align: right;">201</p> <hr/> <p style="text-align: right;">202</p> <hr/> <p style="text-align: right;">203</p>
201	<p>Wie oft gehen Sie spät abends oder nachts im Dunkeln alleine nach Hause? Sagen Sie es bitte anhand dieser Liste.</p> <p>Liste 201 vorlegen!</p> <div style="text-align: right;"> <p>Täglich <input type="checkbox"/> 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"/> <small>97</small></p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> <small>98</small></p> </div>	<p style="text-align: right;">203</p> <hr/> <p style="text-align: right;">202</p>
202	<p>Wenn Sie sich sicherer fühlen würden, würden Sie dann öfter spät abends oder nachts im Dunkeln alleine nach Hause gehen?</p> <div style="text-align: right;"> <p>Ja <input type="checkbox"/> 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	Haben Sie häufig, gelegentlich, selten oder nie Angst ...																											
<i>Liste 203 vorlegen und Vorgaben nacheinander vorlesen!</i>																												
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%; text-align:center;">Häufig</td> <td style="width:12.5%; text-align:center;">Gelegentlich</td> <td style="width:12.5%; text-align:center;">Selten</td> <td style="width:12.5%; text-align:center;">Nie</td> <td style="width:12.5%; text-align:center;">Trifft für mich nicht zu</td> <td style="width:12.5%; text-align:center;">Verweigert</td> <td style="width:12.5%; text-align:center;">Weiß nicht</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">6</td> <td style="text-align:center;">7</td> <td style="text-align:center;">8</td> </tr> </table>									Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Trifft für mich nicht zu	Verweigert	Weiß nicht		1	2	3	4	6	7	8					
	Häufig	Gelegentlich	Selten	Nie	Trifft für mich nicht zu	Verweigert	Weiß nicht																					
	1	2	3	4	6	7	8																					
dass ein Fremder Sie körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																												
dass jemand aus Ihrem Bekanntenkreis Sie körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																												
dass jemand aus Ihrer Familie oder Ihr Partner Sie körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																												
dass jemand aus Arbeit, Schule, Studium oder Ausbildung Sie körperlich oder sexuell angreifen oder verletzen könnte? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																												
204	Wenn Sie abends alleine auf ein öffentliches Verkehrsmittel wie Bus, U- bzw. S-Bahn, Straßenbahn oder Zug warten oder damit fahren, wie sicher fühlen Sie sich dann? Nennen Sie mir bitte die entsprechende Kennziffer von dieser Liste. 1 bedeutet dabei "sehr sicher", 6 bedeutet "überhaupt nicht sicher". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen. <i>Liste 204 vorlegen! Nur eine Nennung!</i>																											
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:12.5%; text-align:center;">Sehr sicher</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="2" style="width:12.5%; text-align:center;">Überhaupt nicht sicher</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">5</td> <td style="text-align:center;">6</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>								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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>																						
Fahre nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln <input type="checkbox"/> ⁹⁵								205																				
Es gibt keine öffentlichen Verkehrsmittel bei uns <input type="checkbox"/> ⁹⁶								206																				
Verweigert ... <input type="checkbox"/> ⁹⁷								207																				
Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> ⁹⁸																												
205	Wie oft benutzen Sie abends alleine öffentliche Verkehrsmittel? Was von dieser Liste trifft zu? <i>Liste 205 vorlegen!</i>																											
Täglich <input type="checkbox"/> 1								207																				
Mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/> 2																												
Einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 3																												
1-3mal im Monat <input type="checkbox"/> 4								206																				
Mehrmals im Jahr <input type="checkbox"/> 5																												
Seltener <input type="checkbox"/> 6																												
Nie <input type="checkbox"/> 7																												
Es gibt keine öffentlichen Verkehrsmittel bei uns <input type="checkbox"/> 8								207																				
Verweigert ... <input type="checkbox"/> ⁹⁷																												
Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> ⁹⁸																												

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

Nr.		Weiter mit																						
213	<p>Wurden Sie schon einmal beraubt oder waren Sie Opfer eines Überfalls, wo Ihnen jemand Ihre Tasche, Geldbörse, Schmuck etc. gewaltsam entrissen hat?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p style="text-align: center;">214</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">215</p>																						
214	<p>Wie häufig haben Sie solche Situationen ... in Ihrem Leben insgesamt erlebt? Wie häufig in den letzten 5 Jahren? Und wie häufig in den letzten 12 Monaten?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Verw. 97</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht 98</th> <th style="width: 25%;">Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th style="width: 10%;">Verw. 97</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht 98</th> <th style="width: 25%;">Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th style="width: 10%;">Verw. 97</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht 98</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i>	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	<input 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 <i>Anzahl</i>	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98														
<input 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, in Ihre Wohnung eingebrochen ist und Sie beraubt oder Ihnen Gewalt angetan hat?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p style="text-align: center;">216</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">217</p>																						
216	<p>Wie häufig haben Sie solche Situationen ... in Ihrem Leben insgesamt erlebt? Wie häufig in den letzten 5 Jahren? Und wie häufig in den letzten 12 Monaten?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Verw. 97</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht 98</th> <th style="width: 25%;">Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th style="width: 10%;">Verw. 97</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht 98</th> <th style="width: 25%;">Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 10%;">Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th style="width: 10%;">Verw. 97</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht 98</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i>	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	<input 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 <i>Anzahl</i>	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98														
<input 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 im Rahmen einer Geiselnahme, eines Überfalls oder ähnlichem, erlebt, dass Sie für längere Zeit eingesperrt, gefesselt oder sonstwie in Ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt wurden?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>218</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>300</p>																						
218	<p>Wie häufig haben Sie solche Situationen ... in Ihrem Leben insgesamt erlebt? Wie häufig in den letzten 5 Jahren? Und wie häufig in den letzten 12 Monaten?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 12.5%;">Erlebt im Leben insgesamt <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 12.5%;">Verw. 97</th> <th style="width: 12.5%;">Weiß nicht 98</th> <th style="width: 12.5%;">Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 12.5%;">Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th style="width: 12.5%;">Verw. 97</th> <th style="width: 12.5%;">Weiß nicht 98</th> <th style="width: 12.5%;">Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i></th> <th style="width: 12.5%;">Nicht in diesem Zeitraum 96</th> <th style="width: 12.5%;">Verw. 97</th> <th style="width: 12.5%;">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 <i>Anzahl</i>	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	<input 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 <i>Anzahl</i>	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 5 Jahren <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98	Erlebt in den letzten 12 Monaten <i>Anzahl</i>	Nicht in diesem Zeitraum 96	Verw. 97	Weiß nicht 98														
<input 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"/>														
219	<p>Waren die Personen, die das getan haben, Ihnen bekannte Personen oder waren es Fremde?</p> <p><i>Nur eine Nennung!</i></p> <p style="text-align: right;">Bekannte Personen <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Fremde <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Beides, sowohl bekannte als auch fremde Personen <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>																							

Nr.		Weiter mit
300	<p>Viele Frauen fühlen sich in ihrem Alltag manchmal durch Bemerkungen, Berührungen oder Gesten sexuell bedrängt oder belästigt. Das kann auf der Straße oder an öffentlichen Orten sein, aber auch am Arbeitsplatz, in Ausbildung oder Studium sowie im Freundes-, Bekannten- und Familienkreis.</p> <p>Wie häufig haben Sie sich persönlich schon sexuell bedrängt oder belästigt gefühlt? Würden Sie sagen ...</p> <p style="text-align: center;">Vorgaben bitte vorlesen!</p> <div style="text-align: right;"> <p>häufig <input type="checkbox"/> 1</p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/> 2</p> <p>selten <input type="checkbox"/> 3</p> <p>oder nie? <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="margin-left: 100px;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="margin-left: 100px;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p> </div>	

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

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

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

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

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

Nr.		Weiter mit
400	<p>Wissen Sie, dass es ein Beschäftigtenschutzgesetz gegen sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz gibt?</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>	
401	<p>Ich habe nun einige Fragen zu Ihrer Person. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? Wenn Sie mehrere Staatsangehörigkeiten besitzen, nennen Sie mir bitte alle.</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>Mehrfachnennungen möglich!</p> <p>Deutsch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Griechisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Polnisch <input type="checkbox"/> Andere Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> <i>(bitte notieren):</i></p> <p style="text-align: center;">_____</p>	
402	<p>Sind Sie im Gebiet des heutigen Deutschlands geboren?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 ----- Nein <input type="checkbox"/> 2</p>	<p style="text-align: center;">404</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">403</p>
403	<p>Seit wann leben Sie im Gebiet des heutigen Deutschlands? Bitte geben Sie das Jahr an.</p> <p style="text-align: right;">Jahr <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 9997 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 9998</p>	
404	<p>Wenn Sie an Ihre Kindheit bis zum Alter von 16 Jahren zurückdenken: In welchem Land sind Sie in dieser Zeit ganz oder überwiegend aufgewachsen?</p> <p>Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <p>In Ostdeutschland (ehemalige DDR) <input type="checkbox"/> 1 In Westdeutschland / Westberlin <input type="checkbox"/> 2 In den früheren deutschen Ostgebieten <input type="checkbox"/> 3 In Griechenland <input type="checkbox"/> 4 In Italien <input type="checkbox"/> 5 In Polen <input type="checkbox"/> 6 In der Türkei <input type="checkbox"/> 7 In den USA <input type="checkbox"/> 8 In den Staaten des ehemaligen Jugoslawien <input type="checkbox"/> 9 In den Staaten der ehemaligen Sowjetunion <input type="checkbox"/> 10 In einem anderen Land (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/> 11</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

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

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

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

Liste 410 vorlegen! Nur eine Nennung!

Ich bin zur Zeit bzw. war:

Selbständige Landwirtin bzw. Genossenschaftsbäuerin 1

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

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

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

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

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

Beamtin, Richterin, Berufssoldatin, und zwar:

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

Angestellte, und zwar:

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

Arbeiterin, und zwar:

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

in Ausbildung, und zwar:

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

Verweigert ... 97

Weiß nicht ... 98

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nr.

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

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

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

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

706 Welche Personen waren das?

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

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

Liste 706 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!

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

Verweigert 97

Weiß nicht 98

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

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

Nr.		Weiter mit																																				
714	<p>Hatten Sie jemals das Gefühl, dass eine oder mehrere dieser Situationen damit zu tun hatten, dass Sie ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Verweigert</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Weiß nicht</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Trifft nicht zu</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>eine Frau sind?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>weniger wohlhabend oder weniger gebildet sind?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ausländerin sind oder so aussehen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>oder eine Behinderung haben?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	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 eine der Situationen, die Sie genannt haben, und zwar um die, die aus Ihrer Sicht am schlimmsten oder am belastendsten war: Welche Dinge von dieser Liste sind dabei passiert?</p> <p>Bitte nennen Sie mir alle auf der Liste aufgeführten Handlungen, die Sie in dieser Situation erlebt haben.</p> <p>Liste 715 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! Falls "verweigert": bitte auf Anonymität hinweisen!</p> <p>Buchstabe eintragen: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																																					
716	<p>In welchem Monat und in welchem Jahr war das ungefähr? Wenn Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte.</p> <p style="text-align: right;">Monat <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Verweigert <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 9997 Weiß nicht <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 9998</p> </div> <p>Falls Zeitangabe insgesamt "verweigert" oder "weiß nicht": In welchem Zeitraum war das ungefähr? Bitte sagen Sie es anhand dieser Liste.</p> <p>Liste 716 vorlegen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 5%;">A</td> <td style="width: 80%;">In den letzten 12 Monaten</td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Innerhalb der letzten 2 bis 5 Jahre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Vor 10 bis 20 Jahren</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>Vor 20 bis 30 Jahren</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>Vor 30 bis 40 Jahren</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>Vor 40 bis 50 Jahren</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>Schon länger her</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">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
10	Jemand Unbekanntes / eine fremde Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21	Jemanden, den/die ich nur vom Sehen kenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22	Eine flüchtige Zufallsbekanntschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30	Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31	Arbeitskollege / Arbeitskollegin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32	Vorgesetzte(r) / Chef(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33	Lehrer(in), Ausbilder(in), Professor(in), Erzieher(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34	Mitschüler(in), Mitstudierende, andere(r) Azubi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35	Kunde/Kundin, Klient(in), Patient(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40	Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41	Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich zusammenlebe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42	Aktuelle(r) Partner(in) oder Ehemann (mit dem ich nicht zusammenlebe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43	Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich zusammengelebt habe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
44	Frühere(r) Partner(in) oder Ex-Ehemann (mit dem ich nicht zusammengelebt habe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
45	Erster Freund / erste Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
46	Geliebte(r), mit dem/der ich keine feste Partnerschaft hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
47	Jemand, mit dem/der ich nur eine sehr lockere sexuelle Beziehung hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
50	Jemand aus der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51	Vater / Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
52	Bruder / Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53	Tante / Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
54	Cousin / Cousine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55	Großvater / Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
56	Stiefvater / Stiefmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
57	Sohn / Tochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
58	Sonstige Verwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
59	Andere Person, die im Haushalt lebt/lebte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
60	Freunde / Bekannte / Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
61	Jemand aus der Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
62	Jemand aus dem engsten Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
63	Jemand aus dem weiteren Freundes- und Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
70	Sonstige Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
71	Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
72	Therapeut(in), Sozialarbeiter(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
73	Pastor(in), Pfarrer(in), Seelsorger(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
74	Polizist(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
75	Betreuungsperson, Leiter(in) von Jugendgruppe, Trainer(in) im Sportverein etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
76	Andere Personen: _____		

Verweigert 97

Weiß nicht 98

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

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

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

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

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

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

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

Nr.		Weiter mit																																										
747	<p>Ich nenne Ihnen verschiedene Besonderheiten, die bei der Polizei für Fälle wie Ihren möglich sind, und Sie sagen mir bitte, ob das in Ihrem Fall vorkam oder nicht.</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ver- weigert</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <td>Gab es ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>eine Vernehmung durch weibliche Spezialkräfte bei der Polizei?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>einen Sonderbereich der Polizei, etwa für Sexualdelikte oder Gewalt in der Familie, der für Sie zuständig war?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>eine Betreuung durch polizeiliche Sozialarbeiterinnen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Ver- weigert	Weiß nicht	Gab es ...	1	2	7	8	eine Vernehmung durch weibliche Spezialkräfte bei der Polizei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	einen Sonderbereich der Polizei, etwa für Sexualdelikte oder Gewalt in der Familie, der für Sie zuständig war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eine Betreuung durch polizeiliche Sozialarbeiterinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	Ja	Nein	Ver- weigert	Weiß nicht																																								
Gab es ...	1	2	7	8																																								
eine Vernehmung durch weibliche Spezialkräfte bei der Polizei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
einen Sonderbereich der Polizei, etwa für Sexualdelikte oder Gewalt in der Familie, der für Sie zuständig war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
eine Betreuung durch polizeiliche Sozialarbeiterinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
748	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Möglichkeiten genannt, was die Polizei alles tun kann. Was hat die Polizei in Ihrem Fall alles unternommen?</p> <p>Liste 748 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 90%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Die Polizei hat mich eingehend befragt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D Die Polizei hat versucht, zu schlichten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stufte ihn als zu geringfügig ein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Q Sonstiges (<i>bitte notieren</i>):</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding-top: 20px;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> </td> </tr> <tr> <td>Nichts davon trifft zu</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Verweigert ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 97</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 20px;">Weiß nicht ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 98</td> </tr> </tbody> </table>		1	A Die Polizei hat mich eingehend befragt	<input type="checkbox"/>	B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt	<input type="checkbox"/>	C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt	<input type="checkbox"/>	D Die Polizei hat versucht, zu schlichten	<input type="checkbox"/>	E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen	<input type="checkbox"/>	F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben	<input type="checkbox"/>	G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt	<input type="checkbox"/>	H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stufte ihn als zu geringfügig ein	<input type="checkbox"/>	J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam	<input type="checkbox"/>	K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet	<input type="checkbox"/>	L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln	<input type="checkbox"/>	M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen	<input type="checkbox"/>	N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen	<input type="checkbox"/>	O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt	<input type="checkbox"/>	P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet	<input type="checkbox"/>	Q Sonstiges (<i>bitte notieren</i>):	<input type="checkbox"/>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>		Nichts davon trifft zu	<input type="checkbox"/>	Verweigert ...	<input type="checkbox"/> 97	Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/> 98	
	1																																											
A Die Polizei hat mich eingehend befragt	<input type="checkbox"/>																																											
B Die Polizei hat die Person, die es getan hat, eingehend befragt	<input type="checkbox"/>																																											
C Die Polizei hat andere Zeugen/Zeuginnen (gegebenenfalls auch die Kinder) befragt	<input type="checkbox"/>																																											
D Die Polizei hat versucht, zu schlichten	<input type="checkbox"/>																																											
E Die Polizei hat Schritte eingeleitet, um mich vor weiterer Gewalt zu schützen	<input type="checkbox"/>																																											
F Die Polizei hat mir Informationen über Hilfsangebote gegeben	<input type="checkbox"/>																																											
G Die Polizei hat mich über meine rechtlichen Möglichkeiten aufgeklärt	<input type="checkbox"/>																																											
H Die Polizei verfolgte den Fall nicht weiter oder stufte ihn als zu geringfügig ein	<input type="checkbox"/>																																											
J Die Ermittlungen/die Strafverfolgung wurde eingestellt, bevor es zu einem Prozess kam	<input type="checkbox"/>																																											
K Gegen die Person wurde Anzeige erstattet	<input type="checkbox"/>																																											
L Die Polizei hat versucht, die Person, die es getan hat, zu ermitteln	<input type="checkbox"/>																																											
M Die Polizei nahm die Person in die Dienststelle mit / sie wurde in Gewahrsam genommen	<input type="checkbox"/>																																											
N Die Polizei erteilte gegen die Person einen Platzverweis / die Person musste die Wohnung verlassen	<input type="checkbox"/>																																											
O Die Polizei nahm die Person längerfristig fest / es wurde ein Haftbefehl ausgestellt	<input type="checkbox"/>																																											
P Es wurde ein Strafverfahren eingeleitet	<input type="checkbox"/>																																											
Q Sonstiges (<i>bitte notieren</i>):	<input type="checkbox"/>																																											
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>																																												
Nichts davon trifft zu	<input type="checkbox"/>																																											
Verweigert ...	<input type="checkbox"/> 97																																											
Weiß nicht ...	<input type="checkbox"/> 98																																											

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

Nr.		Weiter mit
753	<p>Was waren die wichtigsten Gründe dafür, dass Sie keine Anzeige erstattet oder sie nicht aufrecht erhalten haben? Bitte nennen Sie mir alle Kennbuchstaben, die auf Sie zutreffen.</p> <p>Liste 753 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! 1</p> <p>A Der Fall war nicht so ernsthaft oder schlimm, dass ich es für nötig hielt <input type="checkbox"/></p> <p>B Ich hatte einen Schock / war zu nichts fähig <input type="checkbox"/></p> <p>C Ich wollte meine Ruhe haben und das Ereignis vergessen <input type="checkbox"/></p> <p>D Ich schämte mich bzw. fühlte mich selbst schuldig <input type="checkbox"/></p> <p>E Es war mir zu intim; ich hielt es für eine Privatsache <input type="checkbox"/></p> <p>F Es war eine einmalige Sache, die für mich abgeschlossen war <input type="checkbox"/></p> <p>G Ich hatte Angst, die Polizei würde mir nicht glauben, mich nicht ernst nehmen, das Problem mir anlasten <input type="checkbox"/></p> <p>H Ich glaubte nicht daran, dass die Polizei etwas tun könnte oder dass am Ende eine Verurteilung oder angemessene Bestrafung herauskommen würde <input type="checkbox"/></p> <p>J Ich wurde von jemandem (einer Beratungsstelle o.ä.) auf mangelnde Erfolgsaussichten bzw. auf die schwierige Beweislage hingewiesen <input type="checkbox"/></p> <p>K Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch den Täter <input type="checkbox"/></p> <p>L Ich wollte mit der Polizei und mit Gerichten nichts zu tun haben <input type="checkbox"/></p> <p>M Ich wollte nicht, dass der Täter verhaftet oder verurteilt wird <input type="checkbox"/></p> <p>N Ich habe es für mich selbst geregelt, private Rache geübt, meine Familie eingeschaltet <input type="checkbox"/></p> <p>O Ich wollte nicht die Partnerschaft mit der Person oder den Familienzusammenhalt gefährden; ich hatte Angst, die Kinder zu verlieren <input type="checkbox"/></p> <p>P Andere Gründe (bitte notieren): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
754	<p>Kam der Fall jemals vor Gericht?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <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>755</p> <p>763</p> <p>Seite 58</p>
755	<p>Vor ein Strafgericht oder ein Zivilgericht/ Familiengericht? 1</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
756	Sind Sie vor Gericht als Nebenklägerin aufgetreten? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8	
757	Wann begann der Gerichtsprozess? Bitte nennen Sie mir Monat und Jahr. Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Verweigert <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 9997 Weiß nicht <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 9998	
758a	Wie viele Monate dauert /dauerte der Gerichtsprozess? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8	
758b	Ist der Prozess bereits abgeschlossen oder dauert er noch an? Prozess abgeschlossen <input type="checkbox"/> 1 ----- Prozess dauert noch an <input type="checkbox"/> 2	759 760
759	<p>Falls Prozess abgeschlossen ist:</p> <p>Mit welchem Ergebnis wurde der Gerichtsprozess abgeschlossen?</p> <p>Das Verfahren wurde eingestellt <input type="checkbox"/> 1 mit der Begründung: _____</p> <p>Der Täter wurde verurteilt <input type="checkbox"/> 1 zu einem Strafmaß von: _____</p> <p>Ist noch nicht abgeschlossen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Verweigert <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Weiß nicht <input type="checkbox"/> 8</p>	
760	<p>Wie zufrieden waren (sind) Sie alles in allem mit dem Gerichtsprozess?</p> <p>Nennen Sie mir bitte einen Wert von dieser Liste. 1 bedeutet "sehr zufrieden", 6 "sehr unzufrieden". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p>Liste 760 vorlegen!</p> <p style="text-align: center;"> Sehr zufrieden Sehr un- </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98 </p>	
761	<p>Sind vor Gericht irgendwelche Probleme oder besondere Belastungen für Sie aufgetreten?</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1 und zwar: _____</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8 </p>	

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

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

803	<p>Oft fällt es schwer, über solche Ereignisse zu sprechen oder sich daran zu erinnern. Auf dieser Liste sind einige Handlungen beschrieben. Ich würde gerne wissen, ob Sie eine oder mehrere dieser Handlungen seit dem Alter von 16 Jahren schon einmal erlebt haben.</p> <p style="text-align: center;">Liste 803 vorlegen! Alle Handlungen durchgehen und jeweils <u>nur</u> den Kennbuchstaben nennen:</p> <p>Beginnen wir mit A: Haben Sie dies seit dem Alter von 16 Jahren einmal, mehrmals oder nie erlebt?</p> <p style="text-align: center;">Für jede Handlung, die mit "einmal" oder "mehrmals" beantwortet wurde, <u>sofort</u> nachfragen:</p> <p>War das auch in den letzten 12 Monaten?</p>																																																		
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%;">Nie</th> <th style="width: 10%;">Einmal</th> <th style="width: 10%;">Mehrmals</th> <th style="width: 15%; border-left: 1px dashed black;">Auch in den letzten 12 Monaten</th> <th style="width: 10%;">Verweigert</th> <th style="width: 10%;">Weiß nicht</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Jemand hat mich zum Geschlechtsverkehr gezwungen und ist gegen meinen Willen mit dem Penis oder etwas anderem in meinen Körper eingedrungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B Jemand hat gegen meinen Willen versucht, mit dem Penis oder etwas anderem in mich einzudringen, es kam dann aber nicht dazu</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C Jemand hat mich zu intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting und ähnlichem gezwungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D Ich wurde zu anderen sexuellen Handlungen oder Praktiken gezwungen, die ich nicht wollte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E Jemand hat mich gezwungen, pornographische Bilder oder Filme anzusehen und sie nachzuspielen, obwohl er/sie wusste, dass ich das nicht wollte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px dashed black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Nie	Einmal	Mehrmals	Auch in den letzten 12 Monaten	Verweigert	Weiß nicht		1	2	3	1	7	8	A Jemand hat mich zum Geschlechtsverkehr gezwungen und ist gegen meinen Willen mit dem Penis oder etwas anderem in meinen Körper eingedrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B Jemand hat gegen meinen Willen versucht , mit dem Penis oder etwas anderem in mich einzudringen, es kam dann aber nicht dazu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C Jemand hat mich zu intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting und ähnlichem gezwungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D Ich wurde zu anderen sexuellen Handlungen oder Praktiken gezwungen, die ich nicht wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E Jemand hat mich gezwungen, pornographische Bilder oder Filme anzusehen und sie nachzuspielen, obwohl er/sie wusste, dass ich das nicht wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nie	Einmal	Mehrmals	Auch in den letzten 12 Monaten	Verweigert	Weiß nicht																																													
	1	2	3	1	7	8																																													
A Jemand hat mich zum Geschlechtsverkehr gezwungen und ist gegen meinen Willen mit dem Penis oder etwas anderem in meinen Körper eingedrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
B Jemand hat gegen meinen Willen versucht , mit dem Penis oder etwas anderem in mich einzudringen, es kam dann aber nicht dazu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
C Jemand hat mich zu intimen Körperberührungen, Streicheln, Petting und ähnlichem gezwungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
D Ich wurde zu anderen sexuellen Handlungen oder Praktiken gezwungen, die ich nicht wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
E Jemand hat mich gezwungen, pornographische Bilder oder Filme anzusehen und sie nachzuspielen, obwohl er/sie wusste, dass ich das nicht wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													

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

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

808 Welche Personen waren das?

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

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

Liste 808 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!

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

Verweigert 97

Weiß nicht 98

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

Nr.		Weiter mit																									
812	<p>Hatten Sie infolge einer dieser Situationen schon einmal eine oder mehrere der folgenden Verletzungen?</p> <p>Liste 812 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Blaue Flecken, Prellungen <input type="checkbox"/></p> <p>B Offene Wunden, z.B. Schnitte, Hautaufschürfungen, Verbrennungen <input type="checkbox"/></p> <p>C Vaginale Verletzungen; Blutungen im Genitalbereich <input type="checkbox"/></p> <p>D Unterleibsschmerzen <input type="checkbox"/></p> <p>E Verstauchungen, Zerrungen, Muskelrisse <input type="checkbox"/></p> <p>F Knochenbrüche am Körper <input type="checkbox"/></p> <p>G Kopfverletzungen / Verletzungen im Gesichtsbereich (Nasenbruch, Verletzungen an den Zähnen) <input type="checkbox"/></p> <p>H Gehirnerschütterung <input type="checkbox"/></p> <p>J Fehlgeburt <input type="checkbox"/></p> <p>K Innere Verletzungen <input type="checkbox"/></p> <p>L Schmerzen im Körper <input type="checkbox"/></p> <p>M Andere Verletzungen (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Ich hatte keine dieser Verletzungen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																										
813	<p>Hatten Sie in einer oder mehreren dieser Situationen schon einmal Angst, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt werden zu können?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>																										
814	<p>Haben Sie infolge einer dieser Situationen schon einmal ...</p> <p>Vorgaben bitte vorlesen!</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></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 eine der Situationen, die Sie genannt haben, und zwar um die, die aus Ihrer Sicht am schlimmsten oder am belastendsten war: Welche Dinge von dieser Liste sind dabei passiert? Bitte nennen Sie mir alle auf der Liste aufgeführten Handlungen, die Sie in dieser Situation erlebt haben.</p> <p>Liste 815 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! Falls "verweigert": bitte auf Anonymität hinweisen!</p> <p style="text-align: right;">Buchstabe eintragen: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
816	<p>In welchem Monat und in welchem Jahr war das ungefähr? Wenn Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte.</p> <p style="text-align: right;">Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>Verweigert <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 9997 Weiß nicht <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 9998</p> </div> <p><i>Falls Zeitangabe insgesamt "verweigert" oder "weiß nicht":</i> In welchem Zeitraum war das ungefähr? Bitte sagen Sie es anhand dieser Liste.</p> <p>Liste 816 vorlegen!</p> <ul style="list-style-type: none"> A In den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> 1 B Innerhalb der letzten 2 bis 5 Jahre <input type="checkbox"/> 2 C Vor 10 bis 20 Jahren <input type="checkbox"/> 3 D Vor 20 bis 30 Jahren <input type="checkbox"/> 4 E Vor 30 bis 40 Jahren <input type="checkbox"/> 5 F Vor 40 bis 50 Jahren <input type="checkbox"/> 6 G Schon länger her <input type="checkbox"/> 7 <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
816a	<p>Bitte übertragen Sie jetzt die Monats- und Jahresangabe aus Frage 716 von Seite 44 (falls angegeben) und kreuzen Sie zusätzlich an:</p> <p style="text-align: right;">Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Monat und Jahr aus Frage 716 ist mit Monat und Jahr aus Frage 816</p> <p style="text-align: right;">identisch <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">nicht identisch <input type="checkbox"/> 2</p>	<p style="text-align: right;">816b</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">817</p>
816b	<p>Handelt es sich bei dieser Situation, die Sie mir gerade genannt haben, um die gleiche Situation, über die Sie bereits bei körperlicher Gewalt berichtet haben?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> 2</p>	<p style="text-align: right;">900 S. 79</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: right;">817</p>

817 Welche Personen waren das?

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

Liste 817 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!

		männl. weibl.	
		1	1 2
10	Jemand Unbekanntes / eine fremde Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Jemand mir kaum oder nur flüchtig Bekanntes	<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"/>
30	Jemand aus Arbeit, Ausbildung, Studium oder Schule	<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"/>
40	Partner(innen), Geliebte oder Ex-Partner(innen)	<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 ich nur eine sehr lockere sexuelle Beziehung hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Jemand aus der Familie	<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"/>
60	Freunde / Bekannte / Nachbarn	<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"/>
70	Sonstige Personen	<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
837	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Beschwerden aufgeführt, die in Folge einer solchen Situation auftreten können. Bitte sagen Sie mir, welche gesundheitlichen und seelischen Folgen die Situation für Sie hatte. Bitte nennen Sie mir nur die Kennbuchstaben.</p> <p>Liste 837 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! 1</p> <p>A Niedergeschlagenheit oder Depressionen <input type="checkbox"/></p> <p>B Schlafstörungen oder Alpträume <input type="checkbox"/></p> <p>C Dauerndes Grübeln über die Situation <input type="checkbox"/></p> <p>D Erhöhte Krankheitsanfälligkeit, häufigere Krankschreibungen <input type="checkbox"/></p> <p>E Vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühle von Erniedrigung <input type="checkbox"/></p> <p>F Erhöhte Ängste (z.B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen) <input type="checkbox"/></p> <p>G Probleme im Umgang mit Männern <input type="checkbox"/></p> <p>H Schwierigkeiten in Beziehungen, zu anderen Vertrauen aufzubauen <input type="checkbox"/></p> <p>J Probleme mit der Sexualität <input type="checkbox"/></p> <p>K Scham- oder Schuldgefühle <input type="checkbox"/></p> <p>L Ärger oder Rachegefühle <input type="checkbox"/></p> <p>M Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/></p> <p>N Schwierigkeiten bei Arbeit, Ausbildung und Studium <input type="checkbox"/></p> <p>O Selbstmordgedanken <input type="checkbox"/></p> <p>P Selbstverletzung <input type="checkbox"/></p> <p>Q Essstörungen <input type="checkbox"/></p> <p>R Andere Probleme (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nichts davon, hatte keine Beschwerden <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
838	<p>Hat dieses Ereignis dazu geführt, dass Sie Alkohol, Drogen oder Medikamente, wie z.B. Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder auch Antidepressiva bzw. Aufputschmittel genommen haben, um mit dem Ereignis besser fertig zu werden? Nennen Sie mir bitte alle Kennbuchstaben, die auf Sie zutreffen.</p> <p>Liste 838 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich! 1</p> <p>A Ja, Alkohol <input type="checkbox"/></p> <p>B Ja, Drogen <input type="checkbox"/></p> <p>C Ja, Beruhigungs- oder Schlafmittel <input type="checkbox"/></p> <p>D Ja, Antidepressiva oder Aufputschmittel ... <input type="checkbox"/></p> <p>E Nein, nichts davon genommen <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	

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

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

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

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

Nr.		Weiter mit
848	<p>Wie zufrieden waren Sie mit der Polizei? Nennen Sie mir bitte einen Wert von dieser Liste. 1 bedeutet "sehr zufrieden", 6 "sehr unzufrieden". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.</p> <p>Liste 848 vorlegen!</p> <p style="text-align: center;"> Sehr zufrieden Sehr unzufrieden 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: right;"> Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98 </p>	
849	<p>Was hätte von polizeilicher Seite besser laufen können?</p> <p>Bitte Stichworte notieren:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
850	<p>Haben Sie selbst gegen die Person Anzeige erstattet?</p> <p style="text-align: right;"> Ja <input type="checkbox"/> 1 ----- Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8 </p>	851 ----- 852
851	<p>Haben Sie die Anzeige aufrecht erhalten oder sie später wieder zurückgezogen?</p> <p style="text-align: right;"> Aufrecht erhalten <input type="checkbox"/> 1 ----- Später zurückgezogen <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8 </p>	853 ----- 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>Liste 852 vorlegen! Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>A Der Fall war nicht so ernsthaft oder schlimm, dass ich es für nötig hielt <input type="checkbox"/></p> <p>B Ich hatte einen Schock / war zu nichts fähig <input type="checkbox"/></p> <p>C Ich wollte meine Ruhe haben und das Ereignis vergessen <input type="checkbox"/></p> <p>D Ich schämte mich bzw. fühlte mich selbst schuldig <input type="checkbox"/></p> <p>E Es war mir zu intim; ich hielt es für eine Privatsache <input type="checkbox"/></p> <p>F Es war eine einmalige Sache, die für mich abgeschlossen war <input type="checkbox"/></p> <p>G Ich hatte Angst, die Polizei würde mir nicht glauben, mich nicht ernst nehmen, das Problem mir anlasten <input type="checkbox"/></p> <p>H Ich glaubte nicht daran, dass die Polizei etwas tun könnte oder dass am Ende eine Verurteilung oder angemessene Bestrafung herauskommen würde <input type="checkbox"/></p> <p>J Ich wurde von jemandem (einer Beratungsstelle o.ä.) auf mangelnde Erfolgsaussichten bzw. auf die schwierige Beweislage hingewiesen <input type="checkbox"/></p> <p>K Ich hatte Angst vor Rache oder negativen Folgen durch den Täter/die Täterin <input type="checkbox"/></p> <p>L Ich wollte mit der Polizei und mit Gerichten nichts zu tun haben <input type="checkbox"/></p> <p>M Ich wollte nicht, dass der Täter/die Täterin verhaftet oder verurteilt wird <input type="checkbox"/></p> <p>N Ich habe es für mich selbst geregelt, private Rache geübt, meine Familie eingeschaltet <input type="checkbox"/></p> <p>O Ich wollte nicht die Partnerschaft mit der Person oder den Familienzusammenhalt gefährden; ich hatte Angst, die Kinder zu verlieren <input type="checkbox"/></p> <p>P Andere Gründe (bitte notieren): <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
853a	<p>Kam der Fall jemals vor Gericht?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 ----- Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	853b 861 Seite 78
853b	<p>Vor ein Strafgericht oder ein Zivilgericht/ Familiengericht?</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p>Strafgericht <input type="checkbox"/></p> <p>Zivilgericht/Familiengericht <input type="checkbox"/></p> <p>Weiß nicht, Gericht nicht bekannt <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7</p>	854 861 Seite 78

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

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

Nr.		Weiter mit
900	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">An alle</div> <p>In vielen Städten und Gemeinden gibt es Hilfsangebote für Menschen, die Opfer von körperlichen, sexuellen oder psychischen Übergriffen geworden sind. Kennen Sie solche Einrichtungen oder Institutionen?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Verweigert ... <input type="checkbox"/> 7 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 8</p>	
901	<p>Auf dieser Liste sind verschiedene Einrichtungen aufgeführt, die Hilfe anbieten. Haben Sie selbst schon einmal solche Einrichtungen genutzt, als Sie in einer solchen Situation waren? Nennen Sie mir bitte alle Buchstaben, die zutreffen.</p> <p>Liste 901 vorlegen und bis Frage 903 liegenlassen! Falls Ja: Mehrfachnennungen möglich!</p> <p style="text-align: right;">Trifft nicht zu, war nicht in einer solchen Situation <input type="checkbox"/> 1</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Ja, in Anspruch genommen: 1</p> <p>A Frauennotruf <input type="checkbox"/></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> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Nein, nichts davon in Anspruch genommen, obwohl ich in einer solchen Situation war <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97 Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	<p style="text-align: center;">905</p> <p style="text-align: center;">902</p> <p style="text-align: center;">904</p>

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

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

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

Kennbuchstabe

Nr.						
903	<p>Kennbuchstaben der betreffenden Einrichtung erneut übertragen und fragen:</p> <p>Wir haben hier eine Liste von Problemen, die Frauen manchmal mit solchen Einrichtungen haben. Welche dieser Probleme hatten Sie mit der Einrichtung ... (Kennbuchstaben nennen)? Sagen Sie es mir bitte anhand dieser Liste.</p> <p>Liste 903 vorlegen!</p>					
<p>Kennbuchstaben der Einrichtung von Frage 901, Seite 79, erneut übertragen:</p>	<p>☐</p>	<p>☐</p>	<p>☐</p>	<p>☐</p>	<p>☐</p>	<p>☐</p>
	1	1	1	1	1	1
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 (<i>bitte notieren</i>):						
_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P Trifft nicht zu, ich hatte keines dieser Probleme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verweigert	☐ ₉₇	☐ ₉₇	☐ ₉₇	☐ ₉₇	☐ ₉₇	☐ ₉₇
Weiß nicht	☐ ₉₈	☐ ₉₈	☐ ₉₈	☐ ₉₈	☐ ₉₈	☐ ₉₈

Weiter mit Frage 905, Seite 82

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

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

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

Nr.		Weiter mit																																													
923	<p>In welchem Land wurde Ihr heutiger Partner / Ihre heutige Partnerin geboren?</p> <p>Liste 923 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung</p> <p>Griechenland <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Italien <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Polen <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Türkei <input type="checkbox"/> 4</p> <p>USA <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Staaten des ehemaligen Jugoslawien <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Staaten der ehemaligen Sowjetunion <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Anderes Land (<i>bitte angeben</i>): <input type="checkbox"/> 8</p> <p>_____</p> <p>Ist staatenlos <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p>Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>																																														
924	<p>In welchem Land ist der Vater und in welchem Land ist die Mutter Ihres Partners / Ihrer Partnerin geboren?</p> <p>Bitte nennen Sie mir den jeweiligen Kennbuchstaben von dieser Liste.</p> <p>Liste 924 vorlegen!</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Vater 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>Liste 925 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <p>A Schule beendet ohne Abschluss <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Volks- oder Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C Mittlere Reife, Realschulabschluss (Fachschulreife) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 8. Klasse <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 10. Klasse <input type="checkbox"/> 5</p> <p>F Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> 6</p> <p>G Abitur (Hochschulreife) oder erweiterte Oberschule (EOS) mit Abschluss 12. Klasse; Berufsausbildung mit Abitur <input type="checkbox"/> 7</p> <p>H Anderen Abschluss (<i>bitte notieren</i>): <input type="checkbox"/> 8</p> <p>_____</p> <p>J Geht noch zur Schule <input type="checkbox"/> 9</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	
926	<p>Und welchen höchsten Ausbildungsabschluss hat Ihr Partner / Ihre Partnerin?</p> <p>Liste 926 vorlegen! Nur <u>eine</u> Nennung!</p> <p>A Beruflich-betrieblichen Anlernzeit mit Abschlusszeugnis (aber keine Lehre) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B Teilfacharbeiterabschluss <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C Abgeschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D Abgeschlossene kaufmännische Lehre <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E Abgeschlossene hauswirtschaftliche Lehre <input type="checkbox"/> 5</p> <p>F Berufliches Praktikum, Volontariat <input type="checkbox"/> 6</p> <p>G Berufsfachschulabschluss <input type="checkbox"/> 7</p> <p>H Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> 8</p> <p>J Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> 9</p> <p>K Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> 10</p> <p>L Hochschulabschluss <input type="checkbox"/> 11</p> <p>M Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> 12</p> <p>N Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> 13</p> <p>O Noch keinen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> 14</p> <p style="text-align: right;">Verweigert ... <input type="checkbox"/> 97</p> <p style="text-align: right;">Weiß nicht ... <input type="checkbox"/> 98</p>	

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

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

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

945 So, damit wären wir mit dem mündlichen Teil der Befragung fertig.
(Panel) 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:

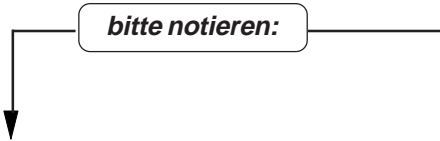
Wir haben hier noch einen kurzen schriftlichen Fragebogen zum Selbstausfüllen, der sich mit den Themen Familie und Partnerschaft befasst.

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

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