

## Herzlich Willkommen zur Befragung!

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

herzlich Willkommen zur Befragung im Rahmen unseres "Forschungsprojektes PSNV"!

Vor einigen Tagen war eine Einsatzkraft des Krisen-Interventions-Teams KIT-München bei Ihnen. Heute möchten wir Ihnen gerne einige Fragen dazu stellen, wie es Ihnen in der Zeit seit dem belastenden Ereignis ergangen ist, und welche Rolle dabei der Einsatz des KIT-München gespielt hat. Daher werden wir Ihnen im ersten Teil der Befragung unterschiedliche Fragen in Bezug auf das Ereignis und seine Folgen für Sie und Ihre Lebenssituation stellen.

Anschließend stellen wir Ihnen im (kleineren) zweiten Teil des heutigen Fragebogens einzelne Fragen zu Ihrer Lebensgeschichte, die nichts mit den Ereignissen der letzten Tage und Wochen zu tun haben. Da jede Person andere Vorerfahrungen mitbringt und die Lebensgeschichte jede und jeden von uns bekanntermaßen stark prägt, sind dies sehr wichtige Informationen für uns, um Ihre Empfindungen der letzten Wochen besser einordnen und verstehen zu können.

Ziel unserer Befragung ist es, mehr über die Wirkung unserer Tätigkeit zu erfahren, um damit unsere Arbeit für die Zukunft nachhaltig zu verbessern. Dazu sind Auskünfte und Rückmeldungen derjenigen, die wir in unseren Einsätzen begleitet haben, für uns von zentraler Bedeutung.

Für Ihre Bereitschaft, an unserer Befragung teilzunehmen, danken wir Ihnen sehr herzlich!

## Folgende Hinweise sind uns noch wichtig:

Bitte beantworten Sie alle Fragen so wahrheitsgetreu wie möglich – es gibt keine "richtigen" und keine "falschen" Antworten.

Beim Ausfüllen dieses Fragebogens werden keine persönlichen Daten wie Name, IP-Adresse oder Ähnliches an uns übermittelt. Ihre Antworten liegen uns ausschließlich in pseudonymisierter Form vor. Die Zuordnung erfolgt nur über Ihren persönlichen Code, nicht aber über Ihren realen Namen. Sämtliche Daten behandeln wir streng vertraulich und gemäß der in der Teilnahmeinformationen genannten Richtlinien.

Sie können die Befragung selbstverständlich jederzeit pausieren. Klicken Sie dazu einfach auf den Button "Befragung unterbrechen" im unteren Bereich der Seite.

Sollten Fragen auftreten, oder sollten Sie sich stark belastet fühlen, melden Sie sich gerne ohne zu zögern bei uns: Tel. +49 157 38306102.

Erfahrungsgemäß nimmt das Ausfüllen aller Fragen in etwa 40-60 Minuten in Anspruch. Es gibt kein Zeitlimit beim Ausfüllen, lassen Sie sich also die Zeit, die Sie brauchen, und machen Sie bei Bedarf auch Pausen.













**17. Aus heutiger Sicht halte ich die Betreuung durch das KIT-München rückblickend für hilfreich.**



trifft überhaupt nicht zu



trifft ein wenig zu



trifft etwas zu



trifft ziemlich genau zu



trifft ganz genau zu

18. Was an der KIT-Betreuung haben Sie als besonders hilfreich erlebt?

19. Was an der KIT-Betreuung haben Sie als besonders wenig hilfreich erlebt?

20. Wenn ich auf Basis meiner eigenen Erfahrung einem guten Freund/einer guten Freundin in ein paar Worten erklären sollte, was das KIT-München macht, was würde ich sagen?

Haben Sie seit dem Ereignis eines oder mehrere der folgenden Angebote in Anspruch genommen bzw. ziehen Sie dies für die nächste Zeit in Erwägung? Bitte beantworten Sie, für wie wahrscheinlich Sie es halten, dass Sie sich tatsächlich an eine oder mehrere der genannten Stellen wenden.

	ausgeschlossen	unwahrscheinlich	wahrscheinlich	bereits geschehen	weiß nicht
1. Institution/Beratungsstelle, die mir durch das KIT-München genannt worden war	<input type="radio"/>				
2. andere Beratungsstelle	<input type="radio"/>				
3. Psychotherapeutische Unterstützung	<input type="radio"/>				
4. Ärztliche Unterstützung	<input type="radio"/>				

Bitte beantworten Sie folgende Aussagen, indem Sie die Antwort anklicken, die Ihre Empfindungen und Verhaltensweisen während oder sofort nach dem Ereignis, in dessen Folge das KIT-München bei Ihnen war, am ehesten beschreiben.

	trifft		trifft		
	überhaupt	trifft ein	trifft etwas	ziemlich	trifft ganz
	nicht zu	wenig zu	zu	genau zu	genau zu
1. Ich hatte Momente, in denen ich nicht mehr wußte, was vor sich ging. Ich fühlte mich so, als ob ich nicht Teil von dem war, was passierte.	<input type="radio"/>				
2. Ich fühlte mich so, als ob ich automatisch handelte. Ich habe Dinge gemacht, zu denen ich mich gar nicht bewusst entschlossen habe, wie ich später merkte.	<input type="radio"/>				
3. Mein Zeitgefühl war verändert – alles schien wie im Zeitlupentempo zu passieren.	<input type="radio"/>				
4. Was geschah, erschien mir wie unwirklich, als ob ich in einem Traum sei oder einen Film oder ein Theaterstück sehe.	<input type="radio"/>				
5. Ich fühlte mich wie ein Zuschauer, der zusieht, was passiert – so als ob ich über dem Geschehen schwebte oder es als ein Außenstehender beobachtete.	<input type="radio"/>				
6. Es gab Momente, in denen mein Gefühl für meinen Körper verändert oder gestört zu sein schien. Ich fühlte mich wie abgetrennt von meinem Körper oder als ob mein Körper aussergewöhnlich groß oder klein sei.	<input type="radio"/>				
7. Ich empfand, als ob Dinge, die eigentlich anderen passierten, mir geschahen – so als wäre ich direkt in einen Vorgang verwickelt, obwohl ich es gar nicht war.	<input type="radio"/>				
8. Ich war überrascht, danach herauszufinden, dass damals vieles passiert war, was ich nicht mitbekommen hatte, ganz besonders Dinge, die ich normalerweise bemerken würde.	<input type="radio"/>				
9. Ich fühlte mich verwirrt, das heißt, ich erlebte Augenblicke, in denen mir nicht klar wurde, was um mich herum vor sich ging.	<input type="radio"/>				
10. Ich fühlte mich desorientiert, das heißt, es gab Momente, in denen ich mir unsicher war, wo ich mich befand und welche Zeit es gerade war.	<input type="radio"/>				

**Bitte beantworten sie die folgenden Fragen daraufhin, ob sie für den Zeitpunkt oder Zeitraum des Ereignisses und unmittelbar danach zutrafen.**

	stimmt nicht	stimmt ein wenig	stimmt etwas	stimmt weitgehend	stimmt vollständig
1. Ich fühlte mich hilflos.	<input type="radio"/>				
2. Ich empfand Traurigkeit und seelischen Schmerz.	<input type="radio"/>				
3. Ich fühlte mich frustriert und ärgerlich nicht mehr tun zu können.	<input type="radio"/>				
4. Ich fürchtete mich um meine Sicherheit.	<input type="radio"/>				
5. Ich fühlte mich schuldig, dass nicht mehr getan wurde.	<input type="radio"/>				
6. Ich schämte mich für meine Gefühlsreaktionen.	<input type="radio"/>				
7. Ich war beunruhigt über die Sicherheit der Anderen.	<input type="radio"/>				
8. Ich war nahe dran, die Kontrolle über meine Gefühle zu verlieren.	<input type="radio"/>				
9. Ich hatte Schwierigkeiten meinen Darm und meine Blase zu beherrschen.	<input type="radio"/>				
10. Ich war entsetzt über das Geschehene.	<input type="radio"/>				
11. Ich hatte Körperreaktionen wie Schwitzen, Zittern und Herzklopfen.	<input type="radio"/>				
12. Ich fühlte, ich würde ohnmächtig werden.	<input type="radio"/>				
13. Ich dachte, ich müsste sterben.	<input type="radio"/>				





Nachfolgend sind Probleme aufgelistet, die Menschen manchmal als Reaktion auf ein sehr belastendes Erlebnis haben. Bitte lesen Sie jedes Problem sorgfältig durch und denken Sie dabei weiterhin an das Ereignis, wegen dem das KIT-München bei Ihnen war.

In der Zeit seit dem Ereignis, wie sehr waren Sie belastet durch:	überhaupt				
	nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Wiederholte, beunruhigende und ungewollte Erinnerungen an das belastende Erlebnis?	<input type="radio"/>				
2. Wiederholte, beunruhigende Träume von dem belastenden Erlebnis?	<input type="radio"/>				
3. Sich plötzlich fühlen oder sich verhalten, als ob das belastende Erlebnis tatsächlich wieder stattfinden würde (als ob Sie tatsächlich wieder dort wären und es wiedererleben würden)?	<input type="radio"/>				
4. Sich emotional sehr belastet fühlen, wenn Sie etwas an das Erlebnis erinnert hat?	<input type="radio"/>				
5. Starke körperliche Reaktionen haben, wenn Sie etwas an das belastende Erlebnis erinnert hat (z.B. Herzklopfen, Schwierigkeiten beim Atmen, schwitzen)?	<input type="radio"/>				
6. Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen in Bezug auf das belastende Erlebnis?	<input type="radio"/>				
7. Vermeidung äußerer Auslöser für Erinnerungen an das belastende Erlebnis (z.B. Personen, Plätze, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände oder Situationen)?	<input type="radio"/>				
8. Schwierigkeiten, sich an wichtige Teile des belastenden Erlebnisses zu erinnern?	<input type="radio"/>				
9. Starke negative Überzeugungen über sich selbst, andere Menschen oder die Welt haben (z.B. Gedanken haben wie: Ich bin schlecht, mit mir stimmt ernsthaft etwas nicht, man kann niemandem vertrauen, die Welt ist absolut gefährlich)?	<input type="radio"/>				

In der Zeit seit dem Ereignis, wie sehr waren Sie belastet durch:	überhaupt				
	nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
10. Sich selbst oder jemand anderem Vorwürfe machen in Bezug auf das belastende Erlebnis oder was danach passiert ist?	<input type="radio"/>				
11. Starke negative Gefühle haben, wie zum Beispiel Angst, Schrecken, Ärger, Schuld oder Scham?	<input type="radio"/>				
12. Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen früher Spaß gemacht haben?	<input type="radio"/>				
13. Sich von anderen Menschen entfernt oder wie abgeschnitten fühlen?	<input type="radio"/>				
14. Schwierigkeiten, positive Gefühle zu erleben (z.B. keine Freude empfinden können oder keine liebevollen Gefühle haben können gegenüber Menschen, die Ihnen nahestehen)?	<input type="radio"/>				
15. Reizbares Verhalten, Wutausbrüche oder aggressives Verhalten?	<input type="radio"/>				
16. Zu viele Risiken eingehen oder Dinge tun, die Ihnen Schaden zufügen könnten?	<input type="radio"/>				
17. In erhöhter Alarmbereitschaft, wachsam oder auf der Hut sein?	<input type="radio"/>				
18. Sich nervös oder schreckhaft fühlen?	<input type="radio"/>				
19. Konzentrationsschwierigkeiten haben?	<input type="radio"/>				
20. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	<input type="radio"/>				

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

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen.**

überhaupt nicht erschwert     
  etwas erschwert     
  relativ stark erschwert     
  sehr stark erschwert





Bitte schätzen nun Sie ein, inwiefern Ihr Schlaf in den letzten beiden Wochen beeinträchtigt wurde durch ...

	gar nicht	leicht	mittel	schwer	sehr schwer
1. Einschlafstörungen	<input type="radio"/>				
2. Durchschlafstörungen	<input type="radio"/>				
3. Früherwachen	<input type="radio"/>				

	sehr zufrieden	zufrieden	neutral	unzufrieden	sehr unzufrieden
4. Wie zufrieden/unzufrieden sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Schlaf?	<input type="radio"/>				

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	stark	sehr stark
5. Wie stark glauben Sie, dass andere Personen die Auswirkung Ihres (schlechten) Schlafes auf Ihre Lebensqualität wahrnehmen?	<input type="radio"/>				
6. Inwiefern macht Ihnen Ihr (schlechter) Schlaf zur Zeit Sorgen?	<input type="radio"/>				
7. Wie stark ist Ihre Leistungsfähigkeit (z.B. Konzentration, Gedächtnis) und Ihr Wohlbefinden (z.B. Müdigkeit, Stimmung) tagsüber durch Ihren (schlechten) Schlaf beeinträchtigt?	<input type="radio"/>				

**Einige Menschen neigen dazu, nach belastenden Erfahrungen (mehr) Alkohol, Drogen oder Medikamente zu konsumieren.**

**Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

Wie bei allen anderen Fragen gilt: Es gibt keine richtigen und keine falschen Antworten.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
1. Seit dem Ereignis trinke ich mehr Alkohol als früher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Seit dem Ereignis konsumiere ich mehr Cannabis als früher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Seit dem Ereignis nehme ich mehr Medikamente als früher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Sofern Sie angegeben haben, mehr Medikamente zu nehmen als vor dem Ereignis: Um welche Medikamente handelt es sich?**

will ich nicht angeben

Im nun folgenden Abschnitt geht es darum, wie Sie typischerweise über negative Erlebnisse oder Probleme nachdenken. Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen und geben Sie an, in welchem Ausmaß diese auf Sie zutreffen, wenn Sie über negative Erlebnisse oder Probleme nachdenken.

	nie	selten	manchmal	häufig	fast immer
1. Dieselben Gedanken gehen mir immer und immer wieder durch den Kopf.	<input type="radio"/>				
2. Meine Gedanken drängen sich mir auf.	<input type="radio"/>				
3. Ich kann nicht aufhören, darüber nachzudenken.	<input type="radio"/>				
4. Ich denke an viele Probleme, ohne eines von ihnen zu lösen.	<input type="radio"/>				
5. Wenn ich über meine Probleme nachdenke, kann ich gleichzeitig nichts anderes tun.	<input type="radio"/>				
6. Meine Gedanken wiederholen sich.	<input type="radio"/>				
7. Gedanken tauchen auf, ohne dass ich dies will.	<input type="radio"/>				
8. Ich hänge an bestimmten Themen fest und kann mich nicht davon lösen.	<input type="radio"/>				
9. Ich stelle mir immer wieder Fragen, ohne zu einer Antwort zu kommen.	<input type="radio"/>				
10. Meine Gedanken verhindern, dass ich mich auf andere Dinge konzentrieren kann.	<input type="radio"/>				
11. Ich denke die ganze Zeit über dasselbe Thema nach.	<input type="radio"/>				
12. Meine Gedanken treten ganz plötzlich auf.	<input type="radio"/>				
13. Ich fühle mich gezwungen, immer weiter über die Sache nachzudenken.	<input type="radio"/>				
14. Meine Gedanken bringen mich nicht weiter.	<input type="radio"/>				
15. Meine Gedanken nehmen meine volle Aufmerksamkeit in Anspruch.	<input type="radio"/>				

Nun nennen wir Ihnen einige Aussagen über Gefühle und Gedanken. Bitte kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, die Ihre Erfahrung während der letzten zwei Wochen am besten beschreibt.

	niemals	selten	manchmal	oft	immer
1. Ich habe mich in Bezug auf die Zukunft optimistisch gefühlt.	<input type="radio"/>				
2. Ich habe mich nützlich gefühlt.	<input type="radio"/>				
3. Ich habe mich entspannt gefühlt.	<input type="radio"/>				
4. Ich bin mit Problemen gut umgegangen.	<input type="radio"/>				
5. Ich konnte klar denken.	<input type="radio"/>				
6. Ich habe mich anderen Menschen nahe gefühlt.	<input type="radio"/>				
7. Ich war in der Lage, Entscheidungen zu treffen.	<input type="radio"/>				







Im Folgenden bitten wir Sie um einige nähere Angaben zu diesem früheren belastenden Ereignis.

Falls Sie auf der vorherigen Seite etwas bei Frage Nr. 7 („Irgendein anderes sehr belastendes Ereignis oder Erlebnis“) angekreuzt haben, nennen Sie bitte kurz das Ereignis, an das Sie gedacht haben:

Falls Sie mehr als eines der soeben genannten Ereignisse erlebt haben, denken Sie bitte an das Ereignis, das Sie als das schlimmste Ereignis betrachten. Falls Sie nur eines der zuvor genannten Ereignisse erlebt haben, nehmen Sie dieses als das schlimmste Ereignis. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Bezug auf dieses schlimmste Ereignis (kreuzen Sie alle Auswahlmöglichkeiten an, die zutreffen):

Nochmal zur Erinnerung: Bitte lassen Sie bei diesen Fragen das aktuelle Ereignis außenvor und denken Sie stattdessen an Ihre Vergangenheit bis zurück zur Kindheit und Jugend.

1. Beschreiben Sie kurz das schlimmste Ereignis (z.B. was passierte, wer beteiligt war, usw.)

will ich nicht angeben

2. Wie lange ist es her? (bitte schätzen Sie, falls Sie nicht sicher sind)

will ich nicht angeben

### 3. Auf welche Weise haben Sie es erlebt?

- Es ist mir selbst passiert.
- Ich habe es beobachtet.
- Ich habe erfahren, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund passiert ist.
- Ich wurde im Rahmen meines Berufes wiederholt mit Details des Ereignisses konfrontiert (z.B. Rettungssanitäter, Polizist, Soldat oder anderer Ersthelfer).

Sonstiges, bitte beschreiben:

#### 4. War jemand in Lebensgefahr?

Mehrfachnennung möglich.

- Ja, ich
- Ja, jemand anders
- Nein

#### 5. Wurde jemand schwer verletzt oder getötet?

Mehrfachnennung möglich.

- Ja, ich wurde schwer verletzt
- Ja, jemand anderes wurde schwer verletzt oder getötet
- Nein

#### 6. Beinhaltete es sexuelle Gewalt?

- Ja
- Nein
- will ich nicht angeben

#### 7. Wie häufig haben Sie insgesamt ein ähnliches Ereignis erlebt, das genauso belastend oder fast genauso belastend war wie das schlimmste Ereignis?

- Nur einmal
- Mehr als einmal (bitte nennen oder schätzen Sie die Anzahl):
- will ich nicht angeben

Vielen Dank für Ihre Angaben zu früheren belastenden Erlebnissen!

Zum Abschluss dieser Befragung möchten wir Sie noch um einige persönliche Angaben bitten. Diese Angaben lassen keinen Rückschluss auf Ihre Identität zu, sind für unsere Auswertungen jedoch sehr wichtig.

### 1. Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- weiblich
- männlich
- divers

### 2. Wie alt sind Sie?

Kreuzen Sie bitte die zutreffende Altersspanne an.

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65
- 66-75
- 76-85
- > 85

### 3. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- kein Schulabschluss
- Grund-/Hauptschulabschluss
- Realschule (Mittlere Reife)
- Gymnasium (Abitur)
- Abgeschlossene Ausbildung
- Fachhochschulabschluss
- Hochschule (Bachelor, Master, Diplom, Magister)
- Hochschule (Promotion)

### Wurde Ihnen schon einmal eine psychische Erkrankung diagnostiziert?

Falls Ja, bitten wir um kurze Nennung der Erkrankung/Diagnose.

Ja, und zwar:

Nein

will ich nicht angeben

### Sind Sie infolge dieser Diagnose behandelt worden?

Mehrfachnennungen sind möglich.

Ja, psychotherapeutisch

Ja, ärztlich

Ja, medikamentös

Nein

will ich nicht angeben

Sie sind auf der Zielgeraden des Fragebogens! Doch bevor Sie diese Befragung beenden, möchten wir uns vergewissern, wie es Ihnen jetzt gerade geht. Uns ist bewusst, dass die Auseinandersetzung mit den Geschehnissen der letzten Wochen (und auch mit möglichen früheren Ereignissen) belastend und aufwühlend sein kann. Umso mehr danken wir Ihnen, dass Sie dennoch an dieser Befragung teilnehmen.

Erfahrungsgemäß klingen mögliche Belastungssymptome innerhalb weniger Stunden wieder ab. Sollten Sie den Eindruck haben, dass Ihnen ein Gespräch guttun würde, haben Sie mehrere Möglichkeiten: Sie können sich mit unserem Projektleiter in Verbindung setzen (Tel.: +49 157 38306102). Er ist nicht immer erreichbar, meldet sich aber so bald wie möglich bei Ihnen zurück. Oder Sie kreuzen weiter unten auf dieser Seite an, dass Sie einen Anruf vom Projektleiter wünschen (bitte tragen Sie dann die für den Rückruf gewünschte Telefonnummer und idealerweise einen Zeitraum ein, in dem Sie am ehesten zu erreichen sind).

Auch viele andere Institutionen bieten (telefonische oder persönliche) Unterstützung an. Eine Auswahl von Hilfsangeboten im Münchner Raum finden Sie u.a. auf der Internetseite unseres Forschungsprojekts: [www.forschung-psnv.de/hilfe-fuer-betroffene/](http://www.forschung-psnv.de/hilfe-fuer-betroffene/)

Uns ist sehr wichtig: Sollten Sie sich belastet fühlen, zögern Sie bitte nicht, uns oder eine andere Institution, bei der Sie Unterstützung erhalten, zu kontaktieren. Auch generell bzw. für die Zukunft gilt natürlich: Es gibt eine Vielzahl sehr kompetenter Hilfsangebote, die Sie bei Bedarf unterstützen werden.

### Wünschen Sie einen Anruf vom Projektteam?

Sofern Sie mit „Ja“ antworten, werden wir uns so bald wie möglich mit Ihnen in Verbindung setzen. Gewöhnlich geschieht dies werktags innerhalb der nächsten 24-48 Stunden.

Ja, ich bitte um einen baldigen Anruf (bitte tragen Sie eine Telefonnummer sowie ggf. Zeiten ein, in denen Sie am ehesten zu erreichen sind (z.B. Wochentage, Uhrzeiten).

Nein, ich wünsche mir nicht speziell einen Anruf.

### Wie geht es Ihnen jetzt gerade?

extrem schlecht

sehr schlecht

eher schlecht

ganz okay

eher gut

sehr gut

**Sie haben soeben an einer der ersten Studien zur Arbeit von Krisen-Interventions-Teams teilgenommen. Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, an einer Studie dieser Art erneut teilzunehmen?**

(Dies ist keine konkrete Anfrage, sondern nur zur internen Auswertung gedacht.)



sicher nicht



eher nicht



eher ja



sehr sicher

**Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie sich noch einen Moment Zeit nehmen, uns Rückmeldungen zur Art und Umsetzung dieser Studie zu geben. Vielen Dank!**

1. Was hat Ihnen an der heutigen Befragung gut oder nicht so gut gefallen?

2. Was hat Ihnen an der Form der Kontaktaufnahme und Organisation rund um die Studie gut oder nicht so gut gefallen?

3. Haben Sie weitere Rückmeldungen an uns?

---

## Geschafft!

Sie haben es geschafft! All unsere Fragen sind beantwortet.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme und Ihre Zeit, die Sie in die Beantwortung der Befragung investiert haben! Sie tragen wesentlich dazu bei, dass wir unsere Arbeit für die Zukunft verbessern können.

Wie Sie wissen, wird es in einigen Monaten eine weitere Befragung geben (diese wird kürzer sein als die heutige Befragung). Wir melden uns dazu rechtzeitig bei Ihnen. Sollten Sie in der Zwischenzeit Fragen zur Untersuchung haben, melden Sie sich gern bei uns. Tel.: +49 157 38306102

Wir wünschen Ihnen alles Gute für die bevorstehende Zeit und freuen uns auf den erneuten Kontakt in einigen Monaten!

Sebastian Hoppe  
Projektleiter