

Eine längsschnittliche Untersuchung zu chronischen Schmerzen und Zusammenhängen mit Suizidalität und respektiven Risikofaktoren

Herzlich Willkommen zu unserer Studie!

Wir danken Ihnen sehr für Ihr Interesse und Ihre Bereitschaft, mit Ihrer Mitarbeit unsere Studie zu unterstützen. Um an der Studie teilzunehmen, möchten wir Sie bitten, die folgenden Informationen aufmerksam zu lesen. Sie werden darin über Ihre Rechte als Teilnehmende sowie unsere Pflichten als Studienleitung aufgeklärt. Teilnahmevoraussetzungen sind, dass Sie mindestens 18 Jahre alt sind, der deutschen Sprache mächtig sind und chronische Schmerzen haben. Chronische Schmerzen sind Schmerzen, die seit mindestens 3 Monaten bestehen (entweder durchgängig oder in wiederkehrenden Attacken).

Um an dieser Studie teilzunehmen ist es nicht erforderlich, dass Sie Erfahrungen mit Suizidalität gemacht haben. Neben Risikofaktoren wollen wir auch Schutzfaktoren untersuchen und freuen uns über alle Teilnehmenden, die die oben genannte Kriterien erfüllen.

1. Hintergrund und Ziele der Studie

Suizidale Gedanken und Handlungen sind im Kontext chronischer Schmerzen keine Seltenheit, wurden bislang aber nur selten untersucht. Diese Forschungslücke wollen wir schließen. Deshalb möchten wir in dieser Studie untersuchen, welche schmerzspezifischen Risikofaktoren dazu beitragen, dass es bei Personen mit chronischen Schmerzen zu suizidalen Gedanken oder Handlungen kommen kann. Gleichzeitig interessieren uns auch die Schutzfaktoren, die das Risiko suizidaler Gedanken und Handlungen bei chronischen Schmerzen senken können. In einem letzten Abschnitt möchten wir Sie außerdem gerne zu Ihren Einstellungen zum Thema assistierter Suizid befragen.

2. Ablauf der Studie

Die Befragung teilt sich in zwei Fragebögen im Abstand von vier Wochen. Den ersten Teil füllen Sie direkt im Anschluss aus, dieser Teil wird in etwa 20-30 Minuten in Anspruch nehmen und besteht aus verschiedenen Fragebögen. Hierbei handelt es sich um Selbstbeurteilungsfragebögen. Möglicherweise empfinden Sie einzelne Fragen als unangenehm. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie insbesondere auf Ihr Abbruchrecht (Punkt 3) hinweisen.

Hilfsangebote bei psychischer Belastung finden Sie außerdem hier:

Telefonseelsorge (24/7, anonym): 0800-1110111 sowie 0800-1110222,
www.telefonseelsorge.de

App KrisenKompass der Telefonseelsorge: <https://www.telefonseelsorge.de/krisenkompass/>

Im Falle einer akuten Krisensituation können Sie Ihre örtlichen Psychiatrien kontaktieren oder den Notruf wählen:

Notruf: 112

Darüber hinaus bietet die Studienleitung dienstags-freitags von 11-12 Uhr eine telefonische Sprechstunde als „Notfallereichbarkeit“ an: 015737259194. Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Namen und Ihren aktuellen Aufenthaltsort benötigen, um Ihnen im Rahmen dieser Notfallereichbarkeit angemessen helfen zu können. In dringenden Fällen, bei akuter Belastung sowie außerhalb dieser Sprechzeit wenden Sie sich bitte an die für Sie zuständige Klinik für Psychiatrie oder den Notruf.

Für chronische Schmerzen gibt es spezifische Behandlungsmöglichkeiten, die Ihnen hier aufgezeigt werden:

Deutschland: Die Deutsche Schmerzgesellschaft stellt unter <https://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen> zahlreiche Informationen für Personen mit chronischen Schmerzen zur Verfügung, unter anderem auch ausführliche Informationen zu medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten. Auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerzforschung und -therapie (DGPSF) finden Sie [hier](#) ebenfalls eine Zusammenfassung der Behandlungsmöglichkeiten. Die DGPSF bietet weiterhin eine [Liste der psychologischen Psychotherapeut:innen](#) mit der Zusatzqualifikation für Spezielle Schmerzpsychotherapie an. Eine psychologische Psychotherapeutin oder einen psychologischen Psychotherapeuten können Sie auch über die für Sie zuständige Kassenärztliche Vereinigung oder Landespsychotherapeutenkammer suchen. Eine Übersicht einiger Selbsthilfegruppen für Personen mit chronischen Schmerzen finden Sie [hier](#).

Schweiz: Für Betroffene in der Schweiz stellt die Swiss Pain Society [Informationen](#) zum Umgang mit chronischen Schmerzen bereit. Wenn Sie Zugang zu Fachpersonal benötigen, können Sie sich hier über hilfreiche Kontakte informieren und [Schmerzspezialist:innen in Ihrer Nähe](#) zu finden.

Österreich: Auch die Österreichische Schmerzgesellschaft stellt [Informationen](#) zu chronischen Schmerzen bereit. Hier finden Sie [Schmerzeinrichtungen](#), die Sie kontaktieren können.

Bei weiteren Fragen zum Ablauf wenden Sie sich gerne an die Studienleitung. Die zweite Befragung findet vier Wochen später statt, hierzu bekommen Sie eine E-Mail mit einem Teilnahmelink. Diese zweite Befragung wird in etwa 10-15 Min. in Anspruch nehmen, sodass Sie insgesamt max. 45 Minuten mit den Fragebögen über beide Befragungen hinweg, beschäftigt sein werden.

Vergütung

Als Vergütung erhalten Sie für die Teilnahme an der Studie einen Wunschgutschein in Höhe von 15.00 Euro. Wenn Sie die Fragebögen vorher abbrechen, erhalten Sie keine Vergütung. Nach Abschluss des zweiten Fragenogens in 4 Wochen erhalten Sie Ihren Gutscheincode per E-Mail.

3. Freiwilligkeit der Teilnahme und Abbruchsrecht

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an dieser Studie beenden, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

4. Recht auf Aufklärung und Ergebnisse der Studie

Sie haben Anspruch darauf, über die Ergebnisse der Studie informiert zu werden. Bitte kontaktieren Sie hierfür die Studienleitung. Aufgrund der anonymen Datenerhebung ist es jedoch nicht möglich, individuelle Ergebnisse zu nennen.

5. Gewährleistung der Anonymität und Datenschutz

Ihre Daten werden pseudonymisiert erhoben. Eine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person ist nicht möglich. Die Auswertung und Verwendung der Daten erfolgt ausschließlich im Rahmen des Forschungsprojekts. Die Erhebung und Verarbeitung der persönlichen Daten erfolgt pseudonymisiert unter Verwendung eines Proband:innen-Codes (um die zwei Befragungen einander zuordnen zu können) und ohne Angabe des Namens. Werden Ergebnisse der Studie veröffentlicht, so ist es nicht möglich, dass die Daten Ihrer Person zugeordnet werden können. Es werden keine anderen Informationen gespeichert, welche eine Identifizierung ermöglichen könnten, z.B. IP-Adresse. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, dass dies bei der Veröffentlichung der Ergebnisse gefordert wird. Eine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person ist auch in diesem Falle nicht möglich. Sie können Ihre Zustimmung zur Teilnahme an dem Forschungsprojekt gemäß der gesetzlichen Bestimmungen jederzeit widerrufen. Aufgrund der pseudonymisierten Datenerhebung ist eine nachträgliche Löschung der Daten auf Nachfrage möglich. Erst nach vollständiger Datenerhebung und Zusammenführung der Datensätze im vierten Quartal des Jahres 2024 ist eine Rückverfolgung und somit eine nachträgliche Löschung der Daten aufgrund der Entfernung des Pseudonymisierungs-codes und der daraus resultierenden vollständigen Anonymisierung nicht mehr möglich. Alle bereits erhobenen Daten müssen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben 10 Jahre gespeichert werden (§ 630f BGB).

6. Studienleitung

Prof. Dr. Inken Höller
Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Charlotte Fresenius Hochschule

University of Psychology
Franklinstr. 41-43
40479 Düsseldorf

Dr. Beatrice Korwisi
Abteilung für Klinisch-psychologische Intervention
Institut für Psychologie
Universität Duisburg-Essen
Universitätsstr. 2
45141 Essen

Wenn Sie sich mit der Teilnahme an der Studie einverstanden erklärt haben, beginnt auf der folgenden Seite die Befragung.

EI02

1. Einverständniserklärung

Ich habe die Teilnahmeinformationen zur Studie vollständig gelesen und verstanden, bin volljährig und stimme einer Teilnahme an der Studie zu.

- Ja
 Nein

1 aktive(r) Filter

Filter EI02/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
Dann Seite(n) **Fehlende Einwilligung** des Fragebogens anzeigen
(sonst ausblenden)

Seite 02

Fehlende Einwilligung

NT01

Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Sie können das Fenster jetzt schließen.

Datenschutzerklärung

Bitte lesen Sie aufmerksam die Datenschutzerklärung und klicken Sie danach auf Weiter.

Wir halten uns die Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung:

Universität Duisburg-Essen
Vertreten durch die Rektorin,
Prof. Dr. Barbara Albert
Forsthausweg 2
47057 Duisburg
Telefon: +49 201 183-0
Telefax: +49 0201 183-3536
www.uni-due.de

Datenschutzbeauftragter:

Dr. Kai-Uwe Loser
(Behörderlicher Datenschutz-
beauftragter der Universität Duisburg-Essen)
Forsthausweg 2
47057 Duisburg
Telefon: +49 234 32 28 720
E-Mail: kai-uwe.loser@uni-due.de

Zweck der Datenverarbeitung:

Zweck der Datenverarbeitung ist die Durchführung des Forschungsprojekts Eine längsschnittliche Untersuchung zu chronischen Schmerzen und Zusammenhängen mit Suizidalität und respektiven Risikofaktoren. Sie werden am Ende dieser Umfrage mehrfach nach Ihrer E-Mailadresse gefragt werden. Dabei ermöglicht die erste Abfrage Ihrer Mailadresse uns, Ihnen in vier Wochen den Link zur Abschlussbefragung zu zusenden, deren Beantwortung zum Erhalt der Studienvergütung notwendig ist. Bei der zweiten Abfrage können Sie Ihre Mailadresse angeben, wenn Sie an der Teilnahme zukünftiger Studien interessiert sein sollten. Durch die separate Abfrage ist sichergestellt, dass keine Zuordnung Ihrer Antworten zu Ihrer Person möglich ist. Möchten Sie nach Abschluss der zweiten Befragung (in vier Wochen) die Studienvergütung in Form eines Gutscheins erhalten, bitten wir Sie am Ende der zweiten Befragung erneut darum, Ihre Mailadresse in dem dafür vorgesehenen Feld anzugeben. Es ist Ihnen darüber hinaus natürlich möglich, eine anonyme Mailadresse anzugeben, aus der kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist. Die getätigten Angaben sind freiwillig und werden nach Abschluss der Studie gelöscht. Sie haben jeder Zeit das Recht die

Löschung der Daten zu verlangen. Mit Teilnahme an dieser Studie und der Angabe Ihrer Mailadresse willigen Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten zum hier angegebenen Zweck ein.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung:

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten).

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung (bei besonders schützenswerten Daten, z.B. Gesundheit, ethnische Zugehörigkeiten etc.):

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO (Einwilligung in die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten).

Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Dauer der Datenspeicherung

Die online ausgefüllten Fragebögen werden für 10 Jahre aufbewahrt und danach vernichtet.

Übermittlung der Daten an Dritte

Eine Übermittlung der Daten an Dritte findet nicht statt.

Ihre Rechte:

Sie haben das Recht, von uns Auskunft über die Verarbeitung Sie betreffender, personenbezogener Daten zu verlangen. Dieses Auskunftsrecht umfasst neben einer Kopie der personenbezogenen Daten auch die Zwecke der Datenverarbeitung, Datenempfänger sowie die Speicherdauer. Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, können Sie von uns unverzüglich die Berichtigung dieser Daten verlangen. Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen aus Art. 17 bzw. 18 DSGVO vor, steht Ihnen zudem grundsätzlich das Recht auf unverzügliche Löschung personenbezogener Daten oder auf eine Einschränkung der Verarbeitung zu. Des Weiteren können Sie unter den Voraussetzungen von Art. 21 DSGVO der Verarbeitung widersprechen.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Rechte auf Auskunft und Löschung der Daten nur bis zur vollständigen Anonymisierung der Daten erfolgen kann (Dezember 2024). Nach diesem Zeitpunkt ist es nicht mehr möglich, Sie im Datensatz zu identifizieren und somit die Daten zu löschen oder Auskunft zu erteilen.

Wir möchten Sie darum bitten, sich zur Ausübung Ihrer oben genannten Rechte auf Widerruf, Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung zu wenden an:

Dr. Beatrice Korwisi

Arbeitsgruppe für Klinisch-psychologische Intervention
Universität Duisburg-Essen
Fakultät für Bildungswissenschaften
Institut für Psychologie
Universitätsstraße 2
45141 Essen
Telefon: 0201-183-6441
E-Mail: beatrice.korwisi@uni-due.de

Zudem haben Sie das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen
Aufsichtsbehörde:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf
Tel.: 0211-38424-0
Fax: 0211-38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Teilnehmendencode

Bitte erstellen Sie sich nun Ihren persönlichen Teilnahmecode. Sie können ihn auch notieren. Der Code dient dazu, dass wir die Daten der verschiedenen Messzeitpunkte zuordnen können, ohne Ihren Namen zu erfahren.

1. Bitte geben sie den letzten Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters an (falls nicht bekannt oder nicht zutreffend: N)
2. Bitte geben Sie den Monat des Geburtstags des Vaters an im Format 01-12 (Falls nicht bekannt oder nicht zutreffend: 12). Beispiel: 01.01.1970 -> 01
3. Bitte geben Sie den Tag des Geburtstags Ihrer Mutter im Format 01-31 an (falls nicht bekannt oder nicht zutreffend: 01)
4. Bitte geben Sie die ersten zwei Buchstaben Ihrer Grundschule ein (wenn Sie mehrere Grundschulen besucht haben: Ihre allererste Grundschule). Beispiel: Emmy-Noether-Schule -> EM

Bitte geben sie den letzten Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters an (falls nicht bekannt oder nicht zutreffend: N)

Bitte geben Sie den Monat des Geburtstags des Vaters an im Format 01-12 (Falls nicht bekannt oder nicht zutreffend: 12)

Bitte geben Sie den Tag des Geburtstags Ihrer Mutter im Format 01-31 an (falls nicht bekannt oder nicht zutreffend: 01)

Bitte geben Sie die ersten zwei Buchstaben Ihrer Grundschule ein (wenn Sie mehrere Grundschulen besucht haben: Ihre allererste Grundschule)

Bitte denken Sie sich ein ungewöhnliches Tier aus und merken Sie sich dieses Tier unbedingt für alle folgenden Messzeitpunkte. Das Tier dient dazu, damit wir – falls bei den anderen Daten mal ein Dreher drin ist – trotzdem mit Zuversicht Ihre Datensätze einander zuordnen können. Bitte denken Sie jetzt an ein ungewöhnliches Tier und stellen Sie es sich bildlich vor: Wie sieht es aus? Stellen Sie sich vor, dass Sie es mit nach Hause bringen – wie würden Sie es transportieren? Prägen Sie sich das Tier gut ein – wir bitten Sie sich jedesmal an Ihr Tier zu erinnern!
Bsp.: Tausendfüßler

SD01

2. Bitte geben Sie Ihr biologisches Geschlecht an

- Weiblich
- Männlich
- Non-binär
- Keine Angabe

SD07

3. Weicht Ihre Geschlechtsidentität von Ihrem biologischen Geschlecht ab?

- Ja
- Nein

1 aktive(r) Filter**Filter SD07/F1**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **SD08** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

SD02

4. Wie alt sind Sie? (Angabe in Jahren)

SD03

5. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- Kein Schulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Abitur
- Hochschulabschluss
- Promotion

6. Sind Sie aktuell berufstätig?

SD04 

- Vollzeitbeschäftigung
- Teilzeitbeschäftigung
- In Ausbildung / Schule / Studium
- Hausfrau / Hausmann
- Berentet / pensioniert
- Arbeitsunfähig
- Erwerbslos

7. Beeinflussen Ihre chronischen Schmerzen Ihre Berufstätigkeit?

SD05 

- Ja
- Nein

SD06 

8. Was ist Ihr Familienstand?

- Alleinstehend
- Verheiratet / in einer festen Beziehung
- Verwitwet

Seite 06

Geschlechtsidentitaet

SD08

9. Was ist Ihre Geschlechtsidentität?

- Weiblich
- Männlich
- Non-binär
- Keine Angabe

BE03

10. Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?

- Nein
- Depression
- Angststörungen
- somatoforme Störung
- Sonstige: bitte nennen

BE10

11. Wurde bei Ihnen von einem Arzt oder einer Ärztin, bzw. von einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten, eine Diagnose (ICD-10) offiziell gestellt?

- Nein
- Depressionen
- Angststörungen
- Somatoforme Störung (beinhaltet eine offizielle Diagnose der Chronischen Schmerzen nach ICD-10)
- Sonstige: bitte nennen

BE01

12. Sind Sie aufgrund dieser Erkrankung aktuell in psychotherapeutischer Behandlung?

- Ja
- Nein
- Keine Angabe

1 aktive(r) Filter

Filter BE01/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **BE04** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

13. Waren Sie aufgrund dieser Erkrankung in der Vergangenheit in psychotherapeutischer Behandlung?

BE08

- Ja
- Nein
- Keine Angabe

1 aktive(r) Filter

Filter BE08/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **BE09** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

14. Sind Sie aktuell für Ihre chronischen Schmerzen in Behandlung?

BE02

- Ja
- Nein
- Keine Angabe

1 aktive(r) Filter**Filter BE02/F1**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **BE05** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

BE07 **15. Waren Sie in der Vergangenheit für Ihre chronischen Schmerzen in Behandlung?**

- Ja
- Nein
- Keine Angabe

1 aktive(r) Filter**Filter BE07/F1**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **BE06** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

16. Wo sind Sie aktuell in psychotherapeutischer Behandlung?BE04 

- stationär
- teilstationär
- ambulant
- Rehabilitation

17. Wo waren Sie in der Vergangenheit in psychotherapeutischer Behandlung?BE09 

- stationär
- teilstationär
- ambulant
- Rehabilitation

18. Wo sind Sie aktuell in Behandlung für Ihre chronischen Schmerzen?BE05 

- stationär
- teilstationär
- ambulant
- Rehabilitation

BE06 

19. Wo waren Sie in der Vergangenheit in Behandlung für Ihre chronischen Schmerzen?

- stationär
- teilstationär
- ambulant
- Rehabilitation

SC01

20. Wo haben Sie Schmerzen? Bitte kreuzen Sie alle Körperteile an, in denen Sie seit min. 3 Monaten Schmerzen haben.

- Kopf
- Gesicht
- Nacken
- Schultern
- Rücken
- Arme
- Hände
- Brust
- Bauch
- Unterleib
- Beine
- Knie
- Füße

SC02

21. Seit wann haben Sie Schmerzen?

Jahr:

Monat (falls
Sie sich noch
erinnern):

SC04

Wie stark waren Ihre chronischen Schmerzen in der letzten Woche (im Durchschnitt)?

Keine Schmerzen											Extreme Schmerzen
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>											

22. Einige Menschen mit chronischen Schmerzen machen die Erfahrung, dass ihre Schmerzen ihre Alltagsaktivitäten beeinträchtigen, zum Beispiel Arbeit, Sport oder Schlaf.

SC05

Wie stark haben Ihre Schmerzen Sie in der letzten Woche beeinträchtigt (im Durchschnitt)?

Keine Beeinträchtigung											Totale Beeinträchtigung
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Einige Menschen mit chronischen Schmerzen berichten, aufgrund ihrer Schmerzen auch emotional belastet zu sein (z. B. geringes Selbstwertgefühl, Hoffnungslosigkeit, Wut, Sorgen).

SC06

Wie stark war Ihre emotionale Belastung aufgrund Ihrer Schmerzen in der letzten Woche (im Durchschnitt)?

Keine emotionale Belastung											Extreme emotionale Belastung
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**24. Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück?
(Mehrfachnennungen sind möglich)**

SC07 

für mich ist keine Ursache erkennbar

auf eine bestimmte Krankheit

wenn ja: welche

auf eine Operation

auf einen Unfall

auf körperliche Belastung

auf seelische Belastung

auf eine andere Ursache

wenn ja: welche

Fragen zu Ihrem Befinden

Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage während der **letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

0 Traf gar nicht auf mich zu

1 Traf bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal

2 Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft

3 Traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit

	0	1	2	3
1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich fand alles anstrengend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

konnte.

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Ich fühlte mich einer Panik nahe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Ich fand mich ziemlich empfindlich. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Ich empfand das Leben als sinnlos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Im folgenden finden Sie eine Liste mit Feststellungen zu chronischen Schmerzen. Bitte lesen Sie sich jeden Satz durch und wählen Sie aus den sieben möglichen Antworten diejenige aus, die am besten angibt, in welchem Ausmaß Sie der Aussage zustimmen. Bitte kreuzen Sie bei jeder Feststellung die für Sie zutreffende Zahl an.

Ich stimme zu...

	nie 0	fast nie 1	selten 2	manchmal 3	häufig 4	fast immer 5	immer 6
1. Ich komme mit meinen täglichen Aufgaben klar, egal wie stark meine Schmerzen sind.	<input type="radio"/>						
2. Mein Leben verläuft gut, auch wenn ich an chronischen Schmerzen leide.	<input type="radio"/>						
3. Es ist in Ordnung	<input type="radio"/>						

Schmerzen
zu
erleben.

4.

Ich
würde
liebend
gerne
Dinge,
die
mir
wichtig
sind,
opfern,
wenn
ich
dann
meine
Schmerzen
besser
kontrollieren
könnte.

5.

Es ist für mich nicht notwendig, meine Schmerzen im Griff zu haben, um mein Leben gut bewältigen zu können.

6.

Auch wenn es Veränderungen gegeben hat, führe ich trotz meiner chronischen Schmerzen ein normales Leben.

7.

Ich muss mich darauf

konzentrieren,
meine
Schmerzen
los
zu
werden.

8.

Es
gibt
viele
Aktivitäten,
denen
ich
nachgehe,
wenn
ich
Schmerzen
habe.

9.

Obwohl
ich
an
chronischen
Schmerzen
leide,
führe
ich
ein
erfülltes
Leben.

10.

Meine
anderen
Lebensziele
sind
mir
alle
wichtiger
als
die
Kontrolle

meiner
Schmerzen.

11.

Bevor
ich
wichtige
Veränderungen
in
meinem
Leben
vornehmen
kann,
müssen
sich
meine
Gedanken
und
Gefühle
dem
Schmerz
gegenüber
verändern.

12.

Trotz
der
Schmerzen
verfolge
ich
inzwischen
einen
bestimmten
Lebensweg.

13.

Immer,
wenn
ich
etwas
mache,
hat
die
Kontrolle

meiner
Schmerzen
erste
Priorität.

14.

Bevor
ich
irgendwelche
ernsthaften
Pläne
schmieden
kann,
muss
ich
zunächst
etwas
Kontrolle
über
meine
Schmerzen
gewinnen.

15.

Auch
wenn
meine
Schmerzen
stärker
werden,
kann
ich
meinen
Verpflichtungen
immer
noch
nachkommen.

16.

Ich
würde
mein
Leben
besser

im
Griff
haben,
wenn
ich
meine
negativen
Gedanken
in
Bezug
auf
die
Schmerzen
besser
kontrollieren
könnte.

17.

Ich
vermeide
es,
mich
in
Situationen
zu
bringen,
in
denen
meine
Schmerzen
schlimmer
werden
könnten.

18.

Meine
Sorgen
und
Ängste
darüber,
was
der
Schmerz
mit

mir
machen
könnte,
stimmen.

19.

Es
ist
eine
Erleichterung
zu
erkennen,
dass
ich
an
meinen
Schmerzen
nichts
verändern
muss,
um
mit
meinem
Leben
klar
zu
kommen.

20.

Wenn
ich
Schmerzen
habe,
kostet
es
mich
große
Überwindung
etwas
zu
machen.

Erlittene Schmerzen können schwerwiegende Veränderungen im Leben zur Folge haben. Dieser Fragebogen wurde entwickelt, um zu ermitteln, in welchem Maße Ihre Schmerzen Ihr Leben beeinflusst haben.

Im Folgenden werden 12 Aussagen aufgelistet, die verschiedene Gedanken und Gefühle beschreiben, die Sie möglicherweise empfinden, wenn Sie an ihre Schmerzen denken. Bitte geben Sie anhand der rechts stehenden Skala die Häufigkeit an, mit der Sie diese Gedanken und Gefühle erfahren, wenn Sie an Ihre Schmerzen denken.

	nie 0	selten 1	manchmal 2	häufig 3	ständig 4
1. Die meisten Leute verstehen nicht, wie ernst mein Zustand ist.	<input type="radio"/>				
2. Mein Leben wird nie wieder so sein wie zuvor.	<input type="radio"/>				
3. Ich leide aufgrund der Unachtsamkeit eines Anderen.	<input type="radio"/>				
4. So sollte niemand leben müssen.	<input type="radio"/>				
5. Ich will einfach mein altes Leben zurück haben.	<input type="radio"/>				
6. Ich fühle, dass dies mich dauerhaft beeinflusst hat.	<input type="radio"/>				
7. Es kommt mir alles so ungerecht vor.	<input type="radio"/>				
8. Ich befürchte, dass mein Zustand nicht ernst genommen wird.	<input type="radio"/>				
9. Nichts wird jemals gutmachen können, was	<input type="radio"/>				

ich durchgemacht habe.

10. Ich fühle mich als
wurde ich etwas sehr
Wertvollem beraubt.

11. Die Angst meine
Träume möglicherweise
nie verwirklichen zu
können, belastet mich.

12. Ich kann nicht
fassen, dass mir dies
zustoßen konnte.

Hier finden Sie verschiedene Fragen vor. Bitte lesen Sie jeweils die Einleitung und füllen Sie alle nachfolgenden Fragen aus.

Irgendwann im Leben erleidet jeder Mensch einmal Schmerzen. Dies können z.B. Kopf-, Zahn-, Gelenk- oder Muskelschmerzen sein. Menschen sind oft Situationen ausgesetzt, die Schmerzen verursachen, wie Krankheiten, Verletzungen, Zahnbehandlungen oder Operationen. Wir sind an den Gedanken und Gefühlen interessiert, die Sie haben, wenn Sie Schmerzen erleiden.

Die folgenden dreizehn Sätze beschreiben verschiedene Gedanken und Gefühle, die bei Schmerzen auftreten können. Bitte markieren Sie auf der folgenden Skala, wie stark diese Gedanken und Gefühle auf Sie zutreffen, wenn Sie Schmerzen haben.

Wenn ich Schmerzen habe, beschäftigen mich folgende Gedanken...

1. Ich mache mir ständig Sorgen, ob die Schmerzen wohl jemals wieder aufhören werden.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

2. Ich denke, ich kann nicht mehr.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

3. Der Zustand ist schrecklich und ich denke, dass es nie mehr besser wird.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

4. Der Zustand ist furchtbar und droht mich zu überwältigen.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

5. Ich habe das Gefühl, ich halte es nicht mehr aus.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

6. Ich bekomme Angst, dass die Schmerzen noch stärker werden.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

7. Ich denke ständig an andere Situationen, in denen ich Schmerzen hatte.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

8. Ich wünsche mir verzweifelt, dass die Schmerzen weggehen.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

9. Ich kann nicht aufhören, an die Schmerzen zu denken.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

10. Ich denke ständig daran, wie sehr es schmerzt.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

11. Ich denke ständig daran, wie sehr ich mir ein Ende der Schmerzen herbeiwünsche.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

12. Es gibt nichts, was ich tun kann, um die Schmerzen zu lindern.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

13. Ich mache mir Sorgen, dass die Schmerzen auf etwas Schlimmes hindeuten.

trifft überhaupt nicht zu 0	trifft eher nicht zu 1	teils- teils 2	trifft eher zu 3	trifft immer zu 4
--------------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------------------	-------------------------

Dieser Fragenbogen hilft uns besser zu verstehen, wie Sie über Ihre chronischen Schmerzen/ Ihre körperlichen Symptome denken. Im Folgenden werden Sie mehrere Aussagen lesen, die Menschen mit chronischen Schmerzen/körperlichen Symptomen manchmal denken. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, wie weit Sie den Aussagen zustimmen bzw. nicht zustimmen. Es ist wichtig, dass Sie entsprechend Ihrer tatsächlichen Überzeugung antworten, und nicht so, wie Sie glauben antworten zu müssen. Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie sich im Moment fühlen, nicht wie Sie sich in der Vergangenheit gefühlt haben oder wie Sie sich gerne fühlen würden.

1. Stress hat einen Einfluss auf meinen chronischen Schmerz/ meine körperlichen Symptome.

stimme überhaupt nicht zu 1	stimme nicht zu 2	stimme zu 3	stimme voll und ganz zu 4
-----------------------------	-------------------	-------------	---------------------------

2. Die Behandlung meiner chronischen Schmerzen sollte meine Gedanken und Gefühle miteinbeziehen.

stimme überhaupt nicht zu 1	stimme nicht zu 2	stimme zu 3	stimme voll und ganz zu 4
-----------------------------	-------------------	-------------	---------------------------

3. Wenn ich mich ängstlich fühle, hat das einen Einfluss auf meinen chronischen Schmerz/meine körperlichen Symptome.

stimme überhaupt nicht zu 1	stimme nicht zu 2	stimme zu 3	stimme voll und ganz zu 4
-----------------------------	-------------------	-------------	---------------------------

4. Die Art und Weise, wie ich über meinen chronischen Schmerz/ meine körperlichen Symptome denke, wirkt sich auf mein Schmerzerleben/Symptomerleben aus.

stimme überhaupt nicht zu 1	stimme nicht zu 2	stimme zu 3	stimme voll und ganz zu 4
-----------------------------	-------------------	-------------	---------------------------

5. Meine Gefühle und Emotionen haben einen Einfluss auf meinen chronischen Schmerz/meine körperlichen Symptome.

stimme überhaupt nicht zu 1	stimme nicht zu 2	stimme zu 3	stimme voll und ganz zu 4
-----------------------------	-------------------	-------------	---------------------------

6. Wenn ich mich verzweifelt oder deprimiert fühle, hat das einen Einfluss auf meinen chronischen Schmerz/meine körperlichen Symptome.

stimme überhaupt nicht zu 1	stimme nicht zu 2	stimme zu 3	stimme voll und ganz zu 4
-----------------------------	-------------------	-------------	---------------------------

7. Gewisse Situationen und Erfahrungen haben Einfluss auf meinen chronischen Schmerz/ meine körperlichen Symptome.

stimme überhaupt nicht zu 1	stimme nicht zu 2	stimme zu 3	stimme voll und ganz zu 4
-----------------------------	-------------------	-------------	---------------------------

8. Chronischer Schmerz/ meine körperlichen Symptome ist/sind oder entsteht/entstehen nicht nur in meinem Körper, sondern auch in meinem Kopf.

stimme überhaupt nicht zu 1	stimme nicht zu 2	stimme zu 3	stimme voll und ganz zu 4
-----------------------------	-------------------	-------------	---------------------------

9. Mein chronischer Schmerz/ meine körperlichen Symptome ist/sind nicht nur ein rein medizinisches Problem.

stimme überhaupt nicht zu 1	stimme nicht zu 2	stimme zu 3	stimme voll und ganz zu 4
-----------------------------	-------------------	-------------	---------------------------

10. Mein chronischer Schmerz/ meine körperlichen Symptome hat/haben einen Einfluss auf meine Gefühle und Emotionen.

stimme überhaupt nicht zu 1	stimme nicht zu 2	stimme zu 3	stimme voll und ganz zu 4
-----------------------------	-------------------	-------------	---------------------------

11. Die Menschen, mit denen ich Zeit verbringe, können einen Einfluss auf meinen chronischen Schmerz/ meine körperlichen Symptome haben. Wenn ich zum Beispiel mit Menschen zu tun habe, mit denen ich im Konflikt stehe, kann/können mein Schmerz/meine körperlichen Symptome schlimmer werden. Wenn ich mit Menschen zu tun habe, mit denen ich gerne Zeit verbringe, wird mein Schmerz/ meine körperlichen Symptome besser.

stimme überhaupt nicht zu 1	stimme nicht zu 2	stimme zu 3	stimme voll und ganz zu 4
-----------------------------	-------------------	-------------	---------------------------

Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, wie Sie sich während der letzten Woche gefühlt haben.

Während der letzten Woche ...

1. ... fühlte ich mich wie gefangen.

überhaupt
nicht 0

ein
bisschen
1

mittelmäßig
2

ziemlich
3

sehr
stark
4

2. ... hatte ich den Wunsch, von gewissen Dingen in meinem Leben Abstand zu nehmen.

überhaupt
nicht 0

ein
bisschen
1

mittelmäßig
2

ziemlich
3

sehr
stark
4

3. ... befand ich mich in einer Beziehung, aus der ich nicht hinaus konnte.

überhaupt
nicht 0

ein
bisschen
1

mittelmäßig
2

ziemlich
3

sehr
stark
4

4. ... hatte ich oft den Wunsch, einfach wegzurennen.

überhaupt
nicht 0

ein
bisschen
1

mittelmäßig
2

ziemlich
3

sehr
stark
4

5. ... fühlte ich mich machtlos, gewisse Dinge zu ändern.

überhaupt
nicht 0

ein
bisschen
1

mittelmäßig
2

ziemlich
3

sehr
stark
4

6. ... fühlte ich mich gefangen durch meine Verpflichtungen.

überhaupt
nicht 0

ein
bisschen
1

mittelmäßig
2

ziemlich
3

sehr
stark
4

7. ... konnte ich keinen Weg aus meiner momentanen Situation sehen.

überhaupt
nicht 0

ein
bisschen
1

mittelmäßig
2

ziemlich
3

sehr
stark
4

8. ... hätte ich mich gerne von gewissen Leuten ferngehalten, die stärker sind als ich.

überhaupt nicht 0	ein bisschen 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	sehr stark 4
-------------------	----------------	---------------	------------	--------------

9. ... hatte ich den Wunsch, meine momentane Situation zu verlassen und von ihr fernzubleiben.

überhaupt nicht 0	ein bisschen 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	sehr stark 4
-------------------	----------------	---------------	------------	--------------

10. ... fühlte ich mich von anderen Personen gefangen oder blockiert.

überhaupt nicht 0	ein bisschen 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	sehr stark 4
-------------------	----------------	---------------	------------	--------------

11. ... wäre ich gerne vor mir selbst geflüchtet.

überhaupt nicht 0	ein bisschen 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	sehr stark 4
-------------------	----------------	---------------	------------	--------------

12. ... fühlte ich mich machtlos, mich selbst zu ändern.

überhaupt nicht 0	ein bisschen 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	sehr stark 4
-------------------	----------------	---------------	------------	--------------

13. ... wäre ich gerne vor meinen Gedanken und Gefühlen geflüchtet.

überhaupt nicht 0	ein bisschen 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	sehr stark 4
-------------------	----------------	---------------	------------	--------------

14. ... fühlte ich mich in mir selbst gefangen.

überhaupt nicht 0	ein bisschen 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	sehr stark 4
-------------------	----------------	---------------	------------	--------------

15. ... wäre ich gerne nicht mehr ich selbst gewesen und hätte nochmals von vorne begonnen.

überhaupt nicht 0	ein bisschen 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	sehr stark 4
-------------------	----------------	---------------	------------	--------------

16. ... fühlte ich mich in einem tiefen Loch, aus dem ich nicht hinaus konnte.

überhaupt
nicht 0

ein
bisschen
1

mittelmäßig
2

ziemlich
3

sehr
stark
4

Bitte lesen Sie jede der folgenden Aussagen sorgfältig durch und kreuzen Sie die Antwort an, die ihr eigenes Erleben und Verhalten am besten beschreibt.

Während der vergangenen 4 Wochen ...

1. ... habe ich gedacht, dass es besser wäre, wenn ich nicht am Leben wäre.

nie	weniger als einmal pro Woche	einmal pro Woche	2-5 mal pro Woche	täglich od. fast täglich	jeden Tag viele Male
-----	--	------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------

2. ... habe ich darüber nachgedacht, mich selbst zu töten.

nie	weniger als einmal pro Woche	einmal pro Woche	2-5 mal pro Woche	täglich od. fast täglich	jeden Tag viele Male
-----	--	------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------

3. ... habe ich ernsthaft erwogen, mich selbst zu töten.

nie	weniger als einmal pro Woche	einmal pro Woche	2-5 mal pro Woche	täglich od. fast täglich	jeden Tag viele Male
-----	--	------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------

4. ... habe ich die Absicht gehabt, mich selbst zu töten.

nie	weniger als einmal pro Woche	einmal pro Woche	2-5 mal pro Woche	täglich od. fast täglich	jeden Tag viele Male
-----	--	------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------

5. ... habe ich den Impuls gehabt, mich selbst zu töten.

nie	weniger als einmal pro Woche	einmal pro Woche	2-5 mal pro Woche	täglich od. fast täglich	jeden Tag viele Male
-----	--	------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------

6. ... habe ich genau geplant, wie ich mich selbst töten werde.

nie	weniger als einmal pro Woche	einmal pro Woche	2-5 mal pro Woche	täglich od. fast täglich	jeden Tag viele Male
-----	--	------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------

7. ... habe ich versucht mich selbst zu töten (und wollte auch wirklich sterben). SS02

- nein
 ja

Im Laufe meines Lebens...

SS03

8. ... habe ich versucht mich selbst zu töten (und wollte auch wirklich sterben).

- nein
 ja

9. Wie häufig haben Sie bereits versucht sich selbst zu töten? SS04

mal



10. ... habe ich schon einmal Suizidgedanken gehabt?

nein

ja

Bei den folgenden Aussagen sollen Sie über sich und andere Menschen nachdenken. Bitte beantworten Sie jede Frage mit Ihren eigenen aktuellen Einstellungen und Erfahrungen und NICHT mit dem, was generell oder für andere Menschen zutreffend sein könnte. Bitte stützen Sie Ihre Antworten darauf, wie Sie sich in letzter Zeit gefühlt haben. Benutzen Sie die Antwortskala um die Zahl zu finden, die am besten dazu passt wie Sie sich fühlen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, es geht nur darum was Sie denken und fühlen.

	trifft überhaupt nicht auf mich zu 1	2	3	trifft ein bisschen auf mich zu 4	5	6	trifft voll und ganz auf mich zu 7
1. Zurzeit ginge es den Menschen in meinem Leben besser wenn ich nicht mehr da wäre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Zurzeit wären die Menschen in meinem Leben glücklicher ohne mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.

Zurzeit
denke
ich,
dass
ich
eine
Belastung
für
die
Gesellschaft
bin.

4.

Zurzeit
denke
ich,
dass
mein
Tod
eine
Erleichterung
für
die
Menschen
in
meinem
Leben
wäre.

5.

Zurzeit
denke
ich,
dass
die
Menschen
in
meinem
Leben
wünschen,
sie
könnten

mich
los
sein.

6.

Zurzeit
denke
ich,
dass
ich
die
Dinge
für
die
Menschen
in
meinem
Leben
schlimmer
mache.

7.

Zurzeit
bin
ich
anderen
Menschen
wichtig.

8.

Zurzeit
fühle
ich
mich,
als
würde
ich
dazugehören.

9.

Zurzeit
komme
ich
selten

mit
Menschen
in
Kontakt,
denen
ich
wichtig
bin.

10.

Zurzeit
habe
ich
das
Glück,
viele
fürsorgliche
und
unterstützende
Freunde
zu
haben.

11.

Zurzeit
fühle
ich
mich
abgeschnitten
von
anderen
Menschen.

12.

Zurzeit
fühle
ich
mich
bei
sozialen
Zusammenkünften
oft
wie
ein

Außenseiter.

13.

Zurzeit
habe
ich
das
Gefühl,
dass
es
Menschen
gibt,
an
die
ich
mich
in
schweren
Zeiten
wenden
kann.

14.

Zurzeit
bin
ich
anderen
Menschen
nahe.

15.

Zurzeit
habe
ich
jeden
Tag
mindestens
eine
zufriedenstellende
Begegnung.

Sie finden nachfolgend mehrere Aussagen. Bitte geben Sie für jede Aussage an, in welchem Maße diese Aussage für Sie persönlich am ehesten zutrifft. Benutzen Sie hierfür bitte die vorgegebene Skala von 1 („Stimme voll zu“) bis 5 („Stimme gar nicht zu“).

1. Die Tatsache, dass ich sterben werde, berührt mich.

stimme
voll zu 1

stimme
etwas
zu 2

weder
zutreffend
noch
unzutreffend
3

stimme
kaum
zu 4

stimme
gar
nicht zu
5

2. Der Schmerz, den Sterben mit sich bringt, ängstigt mich.

stimme
voll zu 1

stimme
etwas
zu 2

weder
zutreffend
noch
unzutreffend
3

stimme
kaum
zu 4

stimme
gar
nicht zu
5

3. Ich habe große Angst zu sterben.

stimme
voll zu 1

stimme
etwas
zu 2

weder
zutreffend
noch
unzutreffend
3

stimme
kaum
zu 4

stimme
gar
nicht zu
5

4. Die Aussicht meines eigenen Todes, ruft Angst in mir hervor.

stimme
voll zu 1

stimme
etwas
zu 2

weder
zutreffend
noch
unzutreffend
3

stimme
kaum
zu 4

stimme
gar
nicht zu
5

5. Ich bin beunruhigt durch den Tod als Ende vom Leben, wie ich es kenne.

stimme
voll zu 1

stimme
etwas
zu 2

weder
zutreffend
noch
unzutreffend
3

stimme
kaum
zu 4

stimme
gar
nicht zu
5

6. Ich könnte mich selbst umbringen, wenn ich es wollte. (Bitte beantworten Sie diese Frage auch, wenn Sie sich noch nie umbringen wollten.)

stimme voll zu 1	stimme etwas zu 2	weder zutreffend noch unzutreffend 3	stimme kaum zu 4	stimme gar nicht zu 5
------------------	-------------------	--------------------------------------	------------------	-----------------------

7. Ich vertrage mehr Schmerzen, als die meisten anderen Menschen.

stimme voll zu 1	stimme etwas zu 2	weder zutreffend noch unzutreffend 3	stimme kaum zu 4	stimme gar nicht zu 5
------------------	-------------------	--------------------------------------	------------------	-----------------------

8. Ich werde oft für wehleidig gehalten.

stimme voll zu 1	stimme etwas zu 2	weder zutreffend noch unzutreffend 3	stimme kaum zu 4	stimme gar nicht zu 5
------------------	-------------------	--------------------------------------	------------------	-----------------------

9. Schmerzen kann ich nur schwer aushalten.

stimme voll zu 1	stimme etwas zu 2	weder zutreffend noch unzutreffend 3	stimme kaum zu 4	stimme gar nicht zu 5
------------------	-------------------	--------------------------------------	------------------	-----------------------

10. Wenn ich Schmerzen habe, leide ich stärker als die meisten anderen Menschen.

stimme voll zu 1	stimme etwas zu 2	weder zutreffend noch unzutreffend 3	stimme kaum zu 4	stimme gar nicht zu 5
------------------	-------------------	--------------------------------------	------------------	-----------------------

11. Bei Schmerzen beiße ich die Zähne zusammen und mache einfach weiter.

stimme voll zu 1	stimme etwas zu 2	weder zutreffend noch unzutreffend 3	stimme kaum zu 4	stimme gar nicht zu 5
------------------	-------------------	--------------------------------------	------------------	-----------------------

DE01

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die beschreiben wie Menschen sich fühlen können. Lesen Sie jede Aussage sorgfältig und wählen Sie die Antwort rechts von der Aussage aus, die am besten beschreibt wie Sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt haben. Bitte lassen Sie keine Aussage aus.

1. Ich fühle mich vom Leben besiegt.

nie 0

selten 1

manchmal

meistens

immer

2

3

4

2. Ich fühle mich machtlos.

nie 0

selten 1

manchmal

meistens

immer

2

3

4

3. Ich habe das Gefühl, dass ich keinen Kampfgeist mehr habe.

nie 0

selten 1

manchmal

meistens

immer

2

3

4

4. Ich habe das Gefühl, zu den Verlierern im Leben zu gehören.

nie 0

selten 1

manchmal

meistens

immer

2

3

4

Wenn Sie das hier gelesen haben, geben Sie bitte in das Feld 768 ein.

AC01

Viele Menschen, die darüber nachdenken sich das Leben zu nehmen, befinden sich in einem Zustand der Ambivalenz, d.h. sie fühlen sich hin- und hergerissen zwischen Gründen zu sterben und Gründen weiter zu leben. Bitte lesen Sie jede der folgenden Aussagen sorgfältig durch und kreuzen Sie die Antwort an, die ihr eigenes Erleben und Verhalten während der vergangenen 4 Wochen am besten beschreibt.

1. Ich bin mir sicher, dass ich weiterleben möchte.

 nie 0 selten 1 manchmal
2 oft 3 immer 4

2. Ich fühle mich innerlich zerrissen zwischen dem Wunsch zu sterben und dem Wunsch weiterzuleben.

 nie 0 selten 1 manchmal
2 oft 3 immer 4

3. Ich fühle mich innerlich zerrissen zwischen dem Wunsch zu sterben und der Hoffnung auf eine bessere Zukunft.

 nie 0 selten 1 manchmal
2 oft 3 immer 4

4. Ich fühle mich innerlich zerrissen zwischen dem Wunsch zu sterben und einem Verpflichtungsgefühl weiterzuleben.

 nie 0 selten 1 manchmal
2 oft 3 immer 4

5. Ich fühle mich innerlich zerrissen zwischen dem Wunsch zu sterben und der Scham, den dieser Wunsch in mir auslöst.

 nie 0 selten 1 manchmal
2 oft 3 immer 4

6. Ich fühle mich innerlich zerrissen zwischen dem Wunsch zu sterben und der Sorge, dass ich damit anderen schaden werde.

nie 0

selten 1

manchmal
2

oft 3

immer 4

7. Ich fühle mich innerlich zerrissen zwischen dem Wunsch zu sterben und der Unsicherheit, ob der Tod die beste Lösung für meine Probleme ist.

nie 0

selten 1

manchmal
2

oft 3

immer 4

8. Ich fühle mich innerlich zerrissen zwischen dem Wunsch zu sterben und Ängsten vor einer Selbsttötung.

nie 0

selten 1

manchmal
2

oft 3

immer 4

9. Ich fühle mich innerlich zerrissen zwischen dem Wunsch zu sterben und Ängsten vor dem Totsein.

nie 0

selten 1

manchmal
2

oft 3

immer 4

10. Ich bin mir sicher, dass ich sterben möchte.

nie 0

selten 1

manchmal
2

oft 3

immer 4

Geben Sie bitte für jede Aussage an, wie sehr Sie ihr zustimmen. Bitte lassen Sie keine Aussage aus.

1. Ich bin oft unbeschwert und gut aufgelegt.

stimme nicht zu 0	stimme eher nicht zu 1	stimme eher zu 2	stimme zu 3
-------------------------	---------------------------------	------------------------	----------------

2. Ich genieße mein Leben.

stimme nicht zu 0	stimme eher nicht zu 1	stimme eher zu 2	stimme zu 3
-------------------------	---------------------------------	------------------------	----------------

3. Alles in allem bin ich zufrieden mit meinem Leben.

stimme nicht zu 0	stimme eher nicht zu 1	stimme eher zu 2	stimme zu 3
-------------------------	---------------------------------	------------------------	----------------

4. Im Allgemeinen bin ich zuversichtlich.

stimme nicht zu 0	stimme eher nicht zu 1	stimme eher zu 2	stimme zu 3
-------------------------	---------------------------------	------------------------	----------------

5. Es gelingt mir gut, meine Bedürfnisse zu erfüllen.

stimme nicht zu 0	stimme eher nicht zu 1	stimme eher zu 2	stimme zu 3
-------------------------	---------------------------------	------------------------	----------------

6. Ich bin in guter körperlicher und seelischer Verfassung.

stimme nicht zu 0	stimme eher nicht zu 1	stimme eher zu 2	stimme zu 3
-------------------------	---------------------------------	------------------------	----------------

7. Ich fühle mich dem Leben und seinen Schwierigkeiten eigentlich gut gewachsen.

stimme nicht zu 0	stimme eher nicht zu 1	stimme eher zu 2	stimme zu 3
-------------------------	---------------------------------	------------------------	----------------

8. Vieles, was ich tue, macht mir Freude.

stimme nicht zu 0	stimme eher nicht zu 1	stimme eher zu 2	stimme zu 3
-------------------------	---------------------------------	------------------------	----------------

9. Ich bin ein ruhiger, ausgeglichener Mensch.

stimme nicht zu 0	stimme eher nicht zu 1	stimme eher zu 2	stimme zu 3
-------------------------	---------------------------------	------------------------	----------------

Seite 22

PTSQ

PT01

In diesem Fragebogen geht es darum, wie Sie lebensmüde Gedanken und Suizidgedanken typischerweise erleben. Bitte lesen Sie folgende Aussagen und geben Sie an, in welchem Ausmaß diese auf Sie zutreffen.

Haben Sie schon einmal an Suizid gedacht oder sich ausgemalt durch einen Suizid zu sterben?

- Ja
- Nein

1 aktive(r) Filter

Filter PT01/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **PT02** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

PT02 

1. Suizidgedanken gehen mir immer und immer wieder durch den Kopf.

nie 0

selten 1

manchmal
2

häufig 3

fast
immer 4

2. Suizidgedanken drängen sich mir auf.

nie 0

selten 1

manchmal
2

häufig 3

fast
immer 4

3. Ich kann nicht aufhören, über Suizid nachzudenken.

nie 0

selten 1

manchmal
2

häufig 3

fast
immer 4

4. Meine Suizidgedanken wiederholen sich.

nie 0

selten 1

manchmal
2

häufig 3

fast
immer 4

5. Suizidgedanken tauchen auf, ohne dass ich dies will.

nie 0

selten 1

manchmal
2

häufig 3

fast
immer 4

6. Ich hänge an Suizidgedanken fest und kann mich nicht davon lösen.

nie 0

selten 1

manchmal
2

häufig 3

fast
immer 4

7. Ich denke die ganze Zeit über Suizid nach.

nie 0

selten 1

manchmal
2

häufig 3

fast
immer 4

8. Suizidgedanken treten ganz plötzlich auf.

nie 0

selten 1

manchmal
2

häufig 3

fast
immer 4

9. Ich fühle mich gezwungen, immer weiter über Suizid nachzudenken.

nie 0

selten 1

manchmal
2

häufig 3

fast
immer 4

S001

Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernsthafte persönliche Probleme haben?

- keine
- 1 bis 2
- 3 bis 5
- 6 oder mehr

S002

Wie viel Interesse zeigen andere Menschen für Sie und das, was Sie tun?

- keines
- wenig
- weder viel noch wenig
- viel
- sehr viel

S003

Wie einfach ist es, von Ihren Nachbarn praktische Hilfe zu bekommen, wenn Sie diese brauchen?

- sehr schwierig
- schwierig
- möglich
- einfach
- sehr einfach

AB01

Sie haben mit Ihren bisherigen Angaben einen wertvollen Beitrag geleistet. Es folgt ein letzter Fragebogen, der nochmal ca. 5 Minuten in Anspruch nehmen wird. Wir möchten Sie an dieser Stelle nochmal auf Ihr Abbruchrecht hinweisen.

Wenn Sie den letzten Fragebogen ausfüllen möchten und auch in 4 Wochen am zweiten Teil der Studie teilnehmen möchten, klicken Sie bitte auf weiter.

AS01

Unter einem assistierten Suizid versteht man eine Selbsttötung, bei der Dritte dem:r Suizidwilligen

Hilfsmittel zur Verfügung stellen, zum Beispiel ein tödliches Medikament. Die Entscheidung zum Suizid und die Durchführung unternehmen aber allein die Suizidierenden, ohne Mitwirkung oder Eingreifen eines:r Helfer:in. Davon begrifflich klar unterschieden wird die Tötung auf Verlangen, bei welcher Dritte den Tod durch eine aktive Handlung herbeiführen. Die Tötung auf Verlangen ist eine Straftat, die Suizidassistenz nicht. Von 2015 bis 2020 war die gewerbsmäßige Suizidassistenz ebenfalls verboten, die entsprechende Strafvorschrift wurde aber vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) für nichtig erklärt. Das BVerfG hat festgestellt, dass das Recht auf einen freiverantwortlichen Suizid auch die Freiheit umfasst, hierfür von Dritten angebotene Hilfe anzunehmen. Zwei Gesetzesentwürfe zur Neuregelung der Suizidhilfe wurden im Juli 2023 vom Bundestag abgelehnt. Gerne würden wir mehr zu Ihrer Einstellung zu diesem Thema erfahren. Die folgenden Fragen und Aussagen sollen sich insbesondere auf volljährige Personen beziehen.

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu:

AS02

Die Würde des Menschen ist unantastbar.

- Stimme überhaupt nicht zu
- Stimme eher nicht zu
- Stimme etwas zu
- Stimme voll zu

AS03

**Aktuell gibt es kein Gesetz, dass den assistierten Suizid regelt:
Eine gesetzliche Regelung halte ich für...**

- Unbedingt notwendig
- Eher notwendig
- Eher nicht notwendig
- Gar nicht notwendig

AS04 

Schätzen Sie bitte ein, ob Ihrer Ansicht nach folgende Faktoren die Freiverantwortlichkeit sich für einen assistierten Suizid zu entscheiden (also Selbstbestimmtheit, zeitliche Konstanz und Ernsthaftigkeit) beeinträchtigen könnten:

Schmerzen

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

depressive Symptome

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

psychotische Symptome

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

Suchterkrankungen

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

kognitive Beeinträchtigungen

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

Angst- und Zwangssymptome

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

Schlafstörungen

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

Schuldgefühle

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

unbewusste konflikthafte
Beweggründe

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

akute psychosoziale Belastungen

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

Mobilitätseinschränkungen

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

Abhängigkeit von anderen bei
Intimhygiene/Toilettengang

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

eigene finanzielle Sorgen

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

finanzielle Belastungen für
Angehörige

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

Befürchtungen, anderen zur Last
zu fallen

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

Druck durch Dritte, z.B.
Familienangehörige

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

familiäre Konflikte

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

Erwartungen der Gesellschaft

Gar
nicht

Eher
nicht

Etwas

Stark

AS05

andere Faktoren und zwar:

Vorausgesetzt der Suizidwunsch ist freiverantwortlich, halten Sie dann eine Suizidassistenz für legitim?

AS06

- Ja immer
- Ja, unter bestimmten Umständen
- Nein, keinesfalls

AS07

In welchen Situationen halten Sie die Assistenz bei einem freiverantwortlichen Suizid für legitim?

- bei gesunden Volljährigen
- bei psychisch Erkrankten (einschl. Demenz) mit hohem Leidensdruck
- bei körperlich Erkrankten mit hohem Leidensdruck
- bei Personen mit chronischen Schmerzen
- bei Menschen, die krankheitsbedingt voraussichtlich in kurzer Zeit (Tage, Wochen, Monate) sterben werden und hohen Leidensdruck haben
- unter anderen Bedingungen und zwar:

AS08

Welche Berufsgruppen sind Ihrer Meinung nach qualifiziert, die Freiverantwortlichkeit (also Selbstbestimmtheit, zeitliche Konstanz und Ernsthaftigkeit) des Suizidwunsches einzuschätzen?

- alle Ärztinnen und Ärzte
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- andere Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie
- Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- approbierte psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation als Psychotherapeut:in
- Gesundheits- und Krankheitspfleger:innen
- Juristinnen und Juristen
- Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
- sonstige, und zwar:
- Niemand ist dafür qualifiziert.

AS09

Von wie vielen qualifizierten Personen sollte die Freiverantwortlichkeit eingeschätzt werden?

- von einer Person
- von mindestens zwei Personen
- Es kommt auf die Fallkonstellation an, unter folgenden Bedingungen sollten es mindestens zwei Personen sein:
-
- Die Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunsches kann niemand beurteilen.

Die häufigste Methode der Suizidassistenz ist die Zurverfügungstellung einer tödlichen Dosis eines Medikamentes.

AS10

Wenn ein Medikament zum Suizid zur Verfügung gestellt werden soll, wie sollte der Zugang zu diesem Medikament genau geregelt werden?

- Es sollte eine ärztliche Verordnung notwendig sein.
- Es sollte durch eine Behörde oder mit Genehmigung einer Behörde durch eine Apotheke zur Verfügung gestellt werden.
- Es sollte jegliche Zurverfügungstellung eines tödlichen Medikaments zur Suizidassistenz untersagt sein.

Wie hoch schätzen Sie Ihre eigene Kompetenz in der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit (also Selbstbestimmtheit, zeitliche Konstanz und Ernsthaftigkeit) des Suizidwunsches ein?

AS11

- keine Kompetenz
- geringe Kompetenz
- eher hohe Kompetenz
- sehr hohe Kompetenz

Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen zur Freiverantwortlichkeit (also Selbstbestimmtheit, zeitliche Konstanz und Ernsthaftigkeit) ein.

AS12

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme etwas zu	Stimme voll zu
Ein Suizidwunsch ist nie freiverantwortlich, er ist immer Ausdruck einer psychischen Erkrankung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Suizidwunsch kann nur freiverantwortlich sein, wenn keine psychische Erkrankung besteht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Suizidwunsch kann freiverantwortlich sein, auch wenn eine psychische Erkrankung besteht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AS13

Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht Suizidassistenz in Anspruch zu nehmen?

- ja
- nein
- weiß nicht
- keine Angabe

AS14

Würden Sie selbst Suizidassistentz in Anspruch nehmen?

- ja
- nein
- weiß nicht
- keine Angabe

Sind Sie ein gläubiger Mensch?

AS15

- nicht gläubig
- weniger gläubig
- eher gläubig
- sehr gläubig

Wie häufig besuchen Sie über das Jahr hinweg eine Kirche, ein Gotteshaus oder ein anderes einer Religion zugeordnetes Gebäude?

GL01

- Gar nicht
- Wenige Tage im Jahr
- Etwa einmal im Monat
- Etwa einmal in der Woche
- Öfter als einmal in der Woche

GL02

Würden Sie sich (jenseits Ihrer religiösen Überzeugungen) als einen spirituellen Menschen bezeichnen?

- Gar nicht
- Ein wenig
- Eher
- Sehr

Seite 28

Link Mail

LM01

Vielen Dank für Ihre bisherige Teilnahme! Wie bereits angekündigt, beinhaltet diese Befragung einen zweiten Fragebogen in vier Wochen. Bitte klicken Sie nun auf den Link, um Ihre Mailadresse getrennt von allen anderen Daten zu erheben. Sie bekommen dann in vier Wochen den zweiten Link zugesendet. Erst wenn Sie den zweiten Fragebogen in vier Wochen per Mail bekommen und ausgefüllt haben, können Sie am Ende der Befragung einen Wunschgutschein über 15€ erhalten.

Bitte klicken Sie auf den Link und bestätigen daraufhin Ihre Mailadresse:

<https://www.soscisurvey.de/chronischeSchmerzen1/?q=Mail>

Vielen Dank!

Letzte Seite

Prof. Dr. Inken Höller, Charlotte-Fresenius Hochschule und Dr. Beatrice Korwisi, Universität Duisburg-Essen, – 2024