



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Soziologie
Dr. Christopher Kofahl
Dr. Daniel Lüdecke
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Web 2.0 gestützte institutionelle Selbsthilfe in einer vernetzten Welt

ENTWURF

Allgemeine Angaben

A1	Sind Sie die Mutter oder der Vater des Kindes?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> andere sorgende Person			
a)	Falls andere sorgende Person, in welcher Beziehung stehen Sie zum Kind? (z.B. Großmutter, Partner/in der Kindesmutter oder des Kindesvaters, Pflegemutter oder -vater o.ä.)	Ich bin der/die... <input type="text"/>					
A2	Welchen Familienstand haben Sie?	<input type="checkbox"/> Verheiratet (mit dem Ehepartner zusammenlebend) <input type="checkbox"/> Verheiratet (in Trennung lebend) <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet					
a)	Falls Sie nicht mit einem Ehepartner zusammenleben, haben Sie zurzeit einen festen Partner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein				
A3	Ist Ihr (Ehe-)Partner die Mutter/der Vater des Kindes?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein				
A4	Wie viele Personen, Sie selbst mit eingeschlossen, wohnen ständig in Ihrem Haushalt? Gemeint sind alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften. Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.	_____ Personen					
A5	Wer ist hinsichtlich der notwendigen Betreuungszeit die Hauptbezugsperson Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/> Überwiegend ich <input type="checkbox"/> Überwiegend mein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Wir beide in etwa gleich <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Großmutter):					
a)	Falls „sonstige“, bitte benennen:	<input type="text"/>					
A6	Wann wurde Ihr Kind geboren?	____ / ____ (MM / JJJ)					
A7	Wurde bei Ihrem Kind eine Diagnose (bezogen auf die Allergie) erstellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein				
A8	Um welche Allergie-Diagnose bzw. bei keiner Diagnose, um welches Problem handelt es sich?	<input type="text"/>					
A9	Hat Ihr Kind noch andere chronische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein				
A10	Hat Ihr Kind eine Pflegestufe oder (seit 1.1.2017) einen Pflegegrad?	ja, Pflegestufe:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3+
		ja, Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		Nein, ->	<input type="checkbox"/> nie beantragt	<input type="checkbox"/> wurde abgelehnt	<input type="checkbox"/> Antrag läuft		
A11	Falls begutachtet, wurde die Situation Ihres Kindes bei der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst (MDK) Ihrer Meinung nach angemessen berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein					
A12	Hat Ihr Kind eine anerkannte Behinderung (im Sinne des SGB IX)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar mit: Merkzeichen: <input type="text"/> GdB: <input type="text"/>					
A13	Haben Sie weitere Kinder?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja ->	Falls ja, wie viele?: <input type="text"/>			
a)	Falls „ja“, wie alt sind Ihre weiteren Kinder? (bei jünger als 1 Jahr, bitte eine „0“ eintragen, falls mehr als 5 weitere Kinder, bitte nur für die 5 jüngsten angeben).			Mädchen	Junge		
	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b)	Ist eines der Geschwisterkinder ebenfalls an Allergien erkrankt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja ->				
	Falls ja, wie viele Geschwisterkinder?	<input type="text"/>					
A14	Sind Sie oder Ihr Partner an einer Allergie erkrankt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja				

Die gesundheitliche Situation Ihres Kindes

In diesem Abschnitt geht es um **Ihre Einschätzung der gesundheitlichen Situation Ihres Kindes**. Die folgenden Fragen werden international in verschiedenen Familienstudien eingesetzt (KIDSCREEN 10 – Parents).

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

B1 - KIDSCREEN	überhaupt nicht	ein wenig	mittel-mäßig	ziemlich	sehr
a) Hat sich Ihr Kind fit und wohl gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	manchmal	oft	immer
b) Ist Ihr Kind voller Energie gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hat sich Ihr Kind traurig gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hat Ihr Kind sich einsam gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hat Ihr Kind genug Zeit für sich selbst gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Konnte Ihr Kind in seiner Freizeit die Dinge machen, die es tun wollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hat sich Ihr Kind durch seine Mutter / seinen Vater gerecht behandelt gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Hat Ihr Kind mit seinen Freunden Spaß gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht	ein wenig	mittel-mäßig	ziemlich	sehr
i) Ist Ihr Kind in der Schule gut zurechtgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	manchmal	oft	immer
j) Konnte Ihr Kind gut aufpassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

k) Was denken Sie: Wie würde Ihr Kind seine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet sehr gut weniger gut schlecht

B2 **Wie häufig konnte Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten krankheitsbedingt nicht zur Schule oder in die Kindertagesbetreuungseinrichtung gehen?** ☞ Tage

B3 **Nimmt Ihr Kind aufgrund der Allergie Medikamente ein?** Ja Nein

B13 **Bestehen innerhalb Ihrer Wohnung mögliche Schadstoffbelastungen für Ihr Kind?**
Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Punkte auf Ihre Situation zu Hause zutreffen.

	Ja	Nein
a) Nikotinrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Schimmelpilze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Haustiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kamine / Öfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Möbel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Renovierung / Neubau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sonstige: ☞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B14 **Bestehen außerhalb Ihrer Wohnung mögliche Schadstoffbelastungen für Ihr Kind?**
Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Punkte auf Ihr Wohnumfeld zutreffen.

	Ja	Nein
a) Abgase / Feinstaub durch Straßenverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Industrieabgase / Feinstaub durch Industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) (Kohle-)Kraftwerke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sonstige: ☞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B15 Bestehen mögliche Schadstoffbelastungen für Ihr Kind durch folgende Produkte? Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Punkte auf Ihren Haushalt zutreffen.	Ja	Nein
a) Duftstoffe und Lösungsmittel in Filzstiften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Duftstoffe in Putzmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Duft- oder Parfümstoffe in Körperpflegemitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) sonstige Duft- oder Parfümstoffe (z.B. Moschus, Duftkerzen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sonstige: ☞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Verhalten Ihres Kindes

Die folgenden Fragen (*Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ*) werden weltweit in verschiedenen Familienstudien eingesetzt, in Deutschland unter anderem durch das Robert Koch-Institut. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres betroffenen Kindes in den letzten sechs Monaten bzw. in diesem Schuljahr.

C - (Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ)	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
a) Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x) Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y) Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die schulische und soziale Situation Ihres Kindes

D1 Welche der folgenden Einrichtungen besucht Ihr Kind? (mehrere Nennungen sind möglich, bitte Zutreffendes ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Krippe _____Stunden/Woche	<input type="checkbox"/> Tagesmutter _____Stunden/Woche	<input type="checkbox"/> Regelkindergarten _____Stunden/Woche	<input type="checkbox"/> Sonderkindergarten _____Stunden/Woche
<input type="checkbox"/> Schule (Regelklasse) _____Stunden/Woche	<input type="checkbox"/> Schule (Förderklasse) _____Stunden/Woche	<input type="checkbox"/> Ausbildungsstätte _____Stunden/Woche	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz _____Stunden/Woche
<input type="checkbox"/> Sonstige: ✎ _____ für ✎ _____Stunden/Woche			<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend

D2 Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Betreuung Ihres Kindes durch die oben genannte Einrichtung?
<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> Eher zufrieden <input type="checkbox"/> Eher unzufrieden <input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden
Wenn Sie mögen, können Sie Ihre Erfahrungen in Stichworten wiedergeben: ✎

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Ihr Kind bereits zur Schule geht bzw. die Schule bereits hinter sich hat. Falls Ihr Kind noch nicht zur Schule geht, springen Sie bitte zur Frage XX. Wie schätzen Sie die schulische Situation Ihres Kindes während des letzten Monats ein, in dem es zur Schule gegangen ist? (Falls Ihr Kind längere Zeit nicht mehr in der Schule ist, wie war der letzte Schulmonat?)

D3 Teilhabe an der Schule	Trifft zu	Trifft meist zu	Trifft selten zu	Trifft gar nicht zu
a) Mein Kind geht gern zur Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Meinem Kind fällt es leicht, den Schulstoff zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Schulleistungen und Noten meines Kindes sind besser als die seiner Mitschüler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die Krankheit meines Kindes wirft es in seinen Leistungen zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mein Kind fühlt sich wegen seiner Krankheit in seiner schulischen Leistung benachteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mein Kind nimmt am Sportunterricht teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Mein Kind nimmt an schulischen Aktivitäten wie Ausflüge, Wandertage oder Klassenfahrten teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4 Mitschüler	Trifft zu	Trifft meist zu	Trifft selten zu	Trifft gar nicht zu
a) Die Mitschüler gehen sehr achtsam und fürsorglich mit meinem Kind um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Mitschüler verhalten sich rücksichtslos meinem Kind gegenüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Mitschüler möchten nicht mit meinem Kind spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die Mitschüler meines Kindes möchten wegen seiner/ihrer Krankheit nicht mit ihm/ihr zusammen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mein Kind wird von seinen Mitschülern gemobbt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Die Mitschüler lästern über die Erkrankung meines Kindes oder machen sich darüber lustig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Mein Kind ist für seine/ihre Mitschüler „eine/einer von ihnen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D5 Lehrer	Trifft zu	Trifft meist zu	Trifft selten zu	Trifft gar nicht zu
a) Die Lehrer nehmen Rücksicht auf mein Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Lehrer sind verständnisvoll meinem Kind gegenüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Lehrer verhalten sich fair meinem Kind gegenüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die Lehrer sind mit der Situation meines Kindes überfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Die Lehrer geben meinem Kind das Gefühl, ein Außenseiter zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Die Lehrer sprechen mit meinem Kind über seine gesundheitliche Situation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Die Lehrer behandeln mein Kind wie jeden anderen Schüler auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6 Freunde	Trifft zu	Trifft meist zu	Trifft selten zu	Trifft gar nicht zu
a) Mein Kind hat Freunde, denen es alles erzählen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mein Kind kann seinen Freunden hundertprozentig vertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Freunde meines Kindes sind mit seiner gesundheitlichen Situation überfordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die Freunde meines Kindes schützen es, wenn's drauf ankommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D7 Schule insgesamt	Trifft zu	Trifft meist zu	Trifft selten zu	Trifft gar nicht zu
a) Insgesamt wird die gesundheitliche Situation meines Kindes im Schulbetrieb adäquat berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Macht Ihr Kind sich Gedanken um seine persönliche Zukunft? Falls Ihr Kind sich dazu (noch) keine Gedanken macht, z.B. weil es noch zu jung ist, kreuzen Sie bitte einfach "trifft gar nicht zu" an.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
D8 Mein Kind macht sich Gedanken, welche Ausbildung oder welcher Beruf sich mit seiner gesundheitlichen Situation vereinbaren lässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D9 Mein Kind macht sich aufgrund seiner Erkrankung/Allergie Sorgen um seine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information und Beratung

Die nächsten Fragen behandeln das Thema „Information und Beratung“. Wir möchten Sie um Ihre Einschätzung bitten, wie gut Sie im Kontext der Erkrankung Ihres Kindes informiert und beraten wurden.

E1 – Informationen bei Diagnosestellung über die Allergie Ihres Kindes	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
a) Erfolgte die Diagnose über die Allergie Ihres Kindes in einem zeitlich akzeptablen Rahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wurden Sie über Diagnosemaßnahmen (Bluttests, Hauttests, Lebensmitteldiät etc.) informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Waren die damaligen Informationen aus Ihrer heutigen Sicht ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Empfanden Sie sich in den Informations- und Beratungsgesprächen als gleichberechtigter Gesprächspartner „auf Augenhöhe“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sind Sie in diesen Gesprächen oder bei der Behandlung Ihres Kindes auf mögliche Einflüsse auf seine Gesundheit, z.B. durch Feinstaub, hingewiesen worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Wurden Sie auf mögliche Hilfen oder Hilfsangebote zur Versorgung Ihres Kindes hingewiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E2 Wer hat Ihnen bzgl. dieser Informationen und Beratung geholfen?
Bitte wählen Sie aus den nachfolgenden Antworten alle zutreffenden aus!

Krankenhaus-Ärztin/-arzt Hausärztin/-arzt Psychologe, Seelsorger Fachärztin/-arzt
 Ernährungstherapeut/in Ergotherapeut/in Bewegungstherapeut/in Physiotherapeut/in
 Sonstige/r Therapeut/in Pflegekraft Selbsthilfegruppe Familie/Freunde
 Erzieher/in, Lehrerin Behörde/Amt Kranken-/Pflegekasse Sozialarbeiter/in
 Sonstige

Falls „Sonstige“, wer war dies?: ✎

Falls „Fachärztin/-arzt“, welche Fachrichtung?: ✎

E3 Wer hat Ihnen bzgl. dieser Informationen und Beratung am meisten geholfen? Bitte wählen Sie aus den nachfolgenden Antworten aus! (bitte nur eine Organisation/Person ankreuzen!)

Krankenhaus-Ärztin/-arzt Hausärztin/-arzt Psychologe, Seelsorger Fachärztin/-arzt
 Ernährungstherapeut/in Ergotherapeut/in Bewegungstherapeut/in Physiotherapeut/in
 Sonstige/r Therapeut/in Pflegekraft Selbsthilfegruppe Familie/Freunde
 Erzieher/in, Lehrerin Behörde/Amt Kranken-/Pflegekasse Sozialarbeiter/in
 Sonstige

Falls „Sonstige“, wer war dies?: ✎

Falls „Fachärztin/-arzt“, welche Fachrichtung?: ✎

E4 Wie zufrieden waren und sind Sie insgesamt mit der bisherigen Information und Beratung?

Sehr zufrieden Eher zufrieden Eher unzufrieden Sehr unzufrieden

E5 Wurden Sie auf *psychologische* Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen? Ja Nein

E6 Haben Sie eine *psychologische* Unterstützung in Anspruch genommen? Ja Nein

E7 Welche Erfahrungen haben Sie in Bezug auf Information und Beratung gemacht?
(Bitte in Stichworten kurz skizzieren)

a) Positive Erfahrungen: ✎

b) Negative Erfahrungen: ✎

E8 Als wie wichtig bewerten Sie die folgenden Unterstützungsangebote hinsichtlich Allergierkrankungen?	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Ganz unwichtig
a) Beratung durch Fachleute (Therapeuten, Ärzte, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Beratung durch Selbsthilfeorganisation/Eltern-Initiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hilfen zur Bewältigung sozialer Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hilfen zur Bewältigung des Alltags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sonstige: ✎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E9 Sind Sie oder ggf. Ihr (Ehe-)Partner Mitglied in einer Selbsthilfegruppe, Selbsthilfeorganisation oder Elterninitiative?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: ✎
E10 Sind Sie mit anderen Familien/Betroffenen zum Thema „Allergien“ digital vernetzt? (z.B. Facebook etc.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: ✎

E11 Mit welchen Personen oder Gruppen wünschen Sie sich mehr Erfahrungsaustausch?	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
a) Familien in gleicher Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Betroffene Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Betroffene Kinder untereinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sonstige: ✎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E12 Über welche Wege informieren Sie sich zum Thema der Erkrankung/Allergie Ihres Kindes?	Gar nicht	Eher wenig	Eher viel	Sehr viel
a) Internet, passiv (z.B. lesen redaktioneller Beiträge)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Internet, aktiv (z.B. selbst schreiben in Foren, Facebook etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Selbsthilfeorganisation/Eltern-Initiative o.ä.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fachzeitschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fernsehen/Radio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ärzte/Therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Andere betroffene Familien (außerhalb von SHG/Eltern-Initiativen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sonstige: ✎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E13 Welche dieser Informationsquellen zum Thema der Erkrankung/Allergie hilft Ihnen am meisten? (Bitte nur <u>eine</u> Quelle ankreuzen!)	
a) Internet, passiv (z.B. lesen redaktioneller Beiträge)	<input type="checkbox"/>
b) Internet, aktiv (z.B. selbst schreiben in Foren, Facebook etc.)	<input type="checkbox"/>
c) Selbsthilfeorganisation/Eltern-Initiative o.ä.	<input type="checkbox"/>
d) Fachzeitschriften	<input type="checkbox"/>
e) Fernsehen/Radio	<input type="checkbox"/>
f) Ärzte/Therapeuten	<input type="checkbox"/>
g) Andere betroffene Familien (außerhalb von SHG/Eltern-Initiativen)	<input type="checkbox"/>
h) Sonstige: ✎	<input type="checkbox"/>

E14 Welche Informationsquellen zum Thema der Erkrankung/Allergie Ihres Kindes möchten Sie zukünftig intensiver nutzen als bisher?	Gar nicht	Etwas weniger	Etwas häufiger	Viel häufiger
a) Internet, passiv (z.B. lesen redaktioneller Beiträge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Internet, aktiv (z.B. selbst schreiben in Foren, Facebook etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Selbsthilfeorganisation/Eltern-Initiative o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fachzeitschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fernsehen/Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ärzte/Therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Andere betroffene Familien (außerhalb von SHG/Eltern-Initiativen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sonstige: ✎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E15 Über welche Aspekte von Allergien würden Sie gerne noch mehr erfahren?	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
a) Krankheitsentstehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Krankheitsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Umwelteinflüsse auf die Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Heilungschancen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Behandlungsverfahren, Therapieformen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ernährungsempfehlungen bei Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Spezialisierte Ärzte mit Allergie-Versorgungsschwerpunkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Kliniken / Zentren mit Allergie-Versorgungsschwerpunkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sonstige: ☞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsangeboten

E16 Kennen Sie das „MITMACHNetz“ des AAK?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
E17 Haben Sie das „MITMACHNetz“ bereits einmal genutzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
a) Falls Sie das „MITMACHNetz“ bereits genutzt haben, wie häufig nutzen Sie dieses Angebot?	<input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/> ca. 1x pro Woche <input type="checkbox"/> ca. 1x pro Monat <input type="checkbox"/> seltener	
b) Falls Sie das "MITMACHNetz" bereits genutzt haben, wie zufrieden waren und sind Sie mit diesem Angebot?	<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> Eher zufrieden <input type="checkbox"/> Eher unzufrieden <input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden	
c) Was können wir am MITMACHNETZ verbessern?: ☞		

E18 Welche Therapieangebote nutzen Sie?	Gar nicht	Selten	Regelmäßig	Nicht zutreffend
a) Ernährungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Heilklimaaufenthalten (z.B. Kuren etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Roborierende Maßnahmen (z.B. Naturheilverfahren, Brustwickel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sonstige: ☞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E19 Wie zufrieden waren und sind Sie insgesamt mit den Therapieangeboten?	<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> Eher zufrieden	<input type="checkbox"/> Eher unzufrieden	<input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden
---	---	---	---	---

E20 Welche Therapieangebote, die Sie noch nicht nutzen, würden Sie künftig gerne in Anspruch nehmen? Bitte wählen Sie aus den nachfolgenden Antworten <u>alle zutreffenden</u> aus!	<input type="radio"/> Ernährungstherapie	<input type="radio"/> Bewegungstherapie	<input type="radio"/> Ergotherapie	<input type="radio"/> Physiotherapie
	<input type="radio"/> Heilklimaaufenthalten	<input type="radio"/> Roborierende Maßnahmen	<input type="radio"/> Sonstige	
Falls „Sonstige“, wer war dies?: ☞				

E21 Gibt es irgendwelche Therapieangebote, die Sie bzw. Ihr Kind immer noch benötigen, die Sie aber nicht mehr in Anspruch nehmen?	
<input type="checkbox"/> Ja (bitte weiter bei Frage E22)	<input type="checkbox"/> Nein (bitte weiter bei Frage E23)
E22 Wenn ja, was waren die Gründe für Ihre Entscheidung?	
a) Das Therapieangebot war zu teuer	<input type="checkbox"/>
b) Das Therapieangebot war zu weit entfernt	<input type="checkbox"/>
c) Die Qualität des Therapieangebots war nicht ausreichend	<input type="checkbox"/>
d) Das Therapieangebot wurde eingestellt	<input type="checkbox"/>
e) Wir hatten keinen Anspruch mehr auf das Therapieangebot	<input type="checkbox"/>
f) Sonstige: ✎	<input type="checkbox"/>

Informations- und Schulungsveranstaltungen

Frage E23 bezieht sich auf kostenpflichtige Schulungsangebote, die von den Krankenkassen bezahlt werden.

E23 Haben Sie bereits an Schulungsmaßnahmen oder Fortbildungen zum Thema „Allergien“ teilgenommen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: ✎		
a) Wie zufrieden waren und sind Sie <i>insgesamt</i> mit diesen Veranstaltungen?	<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> Eher zufrieden	<input type="checkbox"/> Eher unzufrieden	<input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden
b) Wünschen Sie sich mehr Veranstaltungen zum Thema „Allergien“?	<input type="checkbox"/> Eher ja	<input type="checkbox"/> Eher nein		

Frage E24 bezieht sich auf kostenpflichtige oder kostenlose Schulungsangebote und Informationsveranstaltungen, die nicht als „Therapie“ gelten und daher nicht von den Krankenkassen bezahlt werden.

E24 Haben Sie bereits an sonstigen (z.B. VHS, Vortragsreihen...) Informationsveranstaltungen oder Fortbildungen zum Thema „Allergien“ teilgenommen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: ✎			
a) Falls ja, wie häufig nehmen Sie an diesen Veranstaltungen teil?	<input type="checkbox"/> ca. 1x pro Woche	<input type="checkbox"/> ca. 1x pro Monat	<input type="checkbox"/> ca. 1x im Quartal	<input type="checkbox"/> ca. 1x im Halbjahr	<input type="checkbox"/> ca. 1x pro Jahr oder seltener
b) Wie zufrieden waren und sind Sie <i>insgesamt</i> mit diesen Veranstaltungen?	<input type="checkbox"/> Sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> Eher zufrieden	<input type="checkbox"/> Eher unzufrieden	<input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden	
c) Wünschen Sie sich mehr Veranstaltungen zum Thema „Allergien“?	<input type="checkbox"/> Eher ja	<input type="checkbox"/> Eher nein			

E25 Wie gut kennen Sie sich mit den rechtlichen Regelungen zur Inanspruchnahme der folgenden Leistungen aus?	Fast gar nicht	Ein wenig	Ziemlich gut	Gut bis sehr gut
a) Medizinische Therapien (z.B. Krankengymnastik, Ernährungs-, Ergotherapie, Logopädie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Maßnahmen zur Familienentlastung, familienentlastende Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Integration/Inklusion in Kita oder Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Frühförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Administration, Behörden und Verwaltung

F1 Wie *belastend* haben Sie die Anträge, Begutachtungen und Kontakte zu Versicherungen und Ämtern im Rahmen der Versorgung Ihres Kindes empfunden?
 Sehr Eher Eher nicht Gar nicht Frage nicht zutreffend

F2 Haben Sie auf Antragstellungen für Leistungen wegen des damit verbundenen Aufwands verzichtet? Ja Nein Frage nicht zutreffend

F3 Wie wichtig wäre es Ihnen, dass alle Hilfsangebote und Leistungen bei ein- und derselben Stelle beantragt und vermittelt werden können?
 Sehr wichtig Eher wichtig Eher unwichtig Unwichtig

F4 Haben Sie den Eindruck, dass Sie alle relevanten Informationen gebündelt an einer Stelle erhalten?
 Ja Eher ja Eher nein Nein

Falls (eher) ja, wo ist dies am besten gelungen (z.B. Pflegestützpunkte, etc.)?

F5 Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Versorgung Ihres Kindes durch?	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Nicht in Anspruch genommen
a) Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Therapeuten (Ernährung, Bewegung...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Wenn Sie mögen, können Sie Ihre Erfahrungen in Stichworten wiedergeben:					

F6 Brauchen Sie mehr Hilfe für den Haushalt? Ja Eher ja Eher nein Nein

F7 Wurde Ihnen schon einmal die Hilfe eines familienentlastenden oder familienunterstützenden Dienstes angeboten? Nein Ja ->
 Bitte angeben: _____

Partnerschaft und Familie

Im Folgenden Abschnitt geht es um Ihre Familiensituation. Wieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	Sehr gestärkt	Eher gestärkt	Eher belastet	Sehr belastet	Nicht zutreffend
G1 Unser Familienzusammenhalt insgesamt ist in Folge der Allergie/Erkrankung meines betroffenen Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
G2 Meine Partnerschaft ist in Folge der Allergie/Erkrankung meines betroffenen Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3 Schildern Sie, wenn Sie mögen, Ihre Erfahrungen in Stichworten:					

G4 – Familienklima	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
a) In unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Am Wochenende geht es bei uns zu Hause häufig ziemlich eintönig und langweilig zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) In unserer Familie gibt es nur wenige Regeln, an die man sich halten muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Wir kommen wirklich alle gut miteinander aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Wir gehen oft ins Kino, besuchen Sportveranstaltungen oder machen Ausflüge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) An den Regeln, die es in unserer Familie gibt, wird ziemlich starr festgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Bei allem, was wir zu Hause tun, sind wir mit Begeisterung dabei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Bei uns vergeht kein Wochenende, ohne dass wir etwas unternehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Bei uns zu Hause ist ziemlich genau festgelegt, was getan werden darf und was nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) In unserer Familie hat jeder das Gefühl, dass man ihm zuhört und auf ihn eingeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Abends und an den Wochenenden unternehmen wir selten etwas, sondern bleiben lieber zu Hause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Bei uns ist man eher großzügig, wenn bestimmte Dinge nicht so hundertprozentig gemacht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen entstammen einem Fragebogen (FaBel, Kurzversion, modifiziert), der für die Belastungen von Familien mit chronisch kranken und/oder behinderten Kindern konzipiert wurde. Dieser wurde auch kürzlich in der Kindernetzwerkstudie mit 1.600 betroffenen Familien eingesetzt.

G5 – FaBel	trifft ganz zu	trifft weitge- hend zu	trifft weitge- hend nicht zu	trifft über- haupt nicht zu	Frage nicht zu- treffend
a) Die Krankheit verursacht der Familie finanzielle Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
b) Ich muss meine Arbeitszeit verkürzen, weil ich mich um mein krankes Kind kümmern muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Um die medizinischen Kosten decken zu können, ist zusätzliches Einkommen nötig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
d) Ich habe wegen der Krankheit meines Kindes aufgehört zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Die Leute in der Nachbarschaft meiden uns wegen der Krankheit unseres Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
f) Es ist schwer, eine zuverlässige Person zu finden, die auf das kranke Kind aufpasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
g) Wegen der Krankheit unseres Kindes sehen wir unsere Familie und unsere Freunde seltener.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
h) Wir stehen uns wegen der gemeinsamen Erfahrung als Familie näher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
i) Wegen der Krankheit wollte ich bzw. will ich keine weiteren Kinder bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
j) Mein Lebenspartner und ich besprechen die Probleme des Kindes gemeinsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Wir versuchen unser Kind so zu behandeln, als wäre es ein ganz ‚normales‘ Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---

l)	Die Pflege meines kranken Kindes nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass ich kaum noch Zeit für mich und die anderen Familienmitglieder habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m)	Die Verwandten mischen sich ein und glauben, besser zu wissen, was für mein krankes Kind gut ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n)	Unsere Familie muss aufgrund der Krankheit meines Kindes auf einige Dinge (z.B. Besuche, kulturelle Veranstaltungen, Hobbys) verzichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o)	Aufgrund der Krankheit meines Kindes bin ich ständig übermüdet und abgespant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
p)	Niemand versteht, mit welcher ungeheuren Belastung ich fertig werden muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---
q)	Die Fahrten zu Ärzten, Therapeuten oder ins Krankenhaus sind eine Belastung für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---

Geschwisterkinder

Die folgenden Fragen treffen nur zu, falls Sie mehrere Kinder haben. Ist Ihr von Allergien oder Asthma betroffenes Kind Ihr einziges Kind, überspringen Sie bitte diese Fragen und machen bitte weiter mit **XX**.

G5 – FaBel, Geschwister	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
a) Es ist schwer, den anderen Kindern genügend Aufmerksamkeit zu schenken, weil mein krankes Kind mich so sehr in Anspruch nimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Durch die Krankheit des einen Kindes sorge ich mich ständig um die Gesundheit der anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Durch die besonderen Bedürfnisse des kranken Kindes kommt es zwischen den anderen Kindern zu Streitereien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die Krankheit des einen Kindes macht den anderen Kindern Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Meine anderen Kinder scheinen öfter krank zu sein und öfter unter Schmerzen und Beschwerden zu leiden als andere Kinder ihres Alters.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Die Schulnoten meiner anderen Kinder leiden aufgrund der Krankheit des einen Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Lebensqualität (H)

Bei diesen Fragen geht es um die **Einschätzung Ihrer allgemeinen Gesundheit und möglicher gesundheitlicher Belastungen**. Die folgenden Fragen werden in Deutschland u.a. im Sozio-Ökonomischen Panel (SOEP) eingesetzt. Seit 1984 werden hier ca. 20.000 Menschen in 12.000 repräsentativ ausgewählten Haushalten jährlich wiederholend befragt.

a) Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?					
<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zufriedenstellend	<input type="checkbox"/> weniger gut	<input type="checkbox"/> schlecht	
b) Wenn Sie Treppen steigen müssen, also mehrere Stockwerke zu Fuß hochgehen: Beeinträchtigt Sie dabei Ihr Gesundheitszustand stark, ein wenig oder gar nicht?				<input type="checkbox"/> stark	
				<input type="checkbox"/> ein wenig	
				<input type="checkbox"/> gar nicht	
c) Und wie ist das mit anderen anstrengenden Tätigkeiten im Alltag, wenn man z.B. etwas Schweres heben muss oder Beweglichkeit braucht: Beeinträchtigt Sie dabei Ihr Gesundheitszustand stark, ein wenig oder gar nicht?				<input type="checkbox"/> stark	
				<input type="checkbox"/> ein wenig	
				<input type="checkbox"/> gar nicht	
Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor, ...					
	immer	oft	manchmal	fast nie	nie
d) dass Sie sich gehetzt oder unter Zeitdruck fühlten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) dass Sie sich niedergeschlagen und trübsinnig fühlten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) dass Sie sich ruhig und ausgeglichen fühlten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) dass Sie starke körperliche Schmerzen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte denken Sie einmal an die letzten vier Wochen. Wie oft kam es in dieser Zeit vor, ...					
	immer	oft	manchmal	fast nie	nie
dass Sie wegen <u>gesundheitlicher Probleme körperlicher Art</u> in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen...					
h) – weniger geschafft haben als Sie eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) – in der Art Ihrer Tätigkeiten eingeschränkt waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass Sie wegen <u>seelischer oder emotionaler Probleme</u> in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Beschäftigungen...					
j) – weniger geschafft haben als Sie eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) – Ihre Arbeit oder Tätigkeit weniger sorgfältig als sonst gemacht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) dass Sie wegen gesundheitlicher oder seelischer Probleme in Ihren sozialen Kontakten, z.B. mit Freunden, Bekannten oder Verwandten, eingeschränkt waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität in den letzten vier Wochen beurteilen?					
<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut	

Berufliche und sozioökonomische Situation

11	In welchem Jahr wurden Sie geboren?	19_____
12	Welchen höchsten Schulabschluss bzw. Hochschulabschluss haben Sie?	<input type="checkbox"/> Ohne Schulabschluss abgegangen <input type="checkbox"/> Sonder-/Haupt-/ Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife/Abitur <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss/ Hochschulabschluss
13	Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zu? (nur eine Nennung möglich) Sie sind zurzeit...	<input type="checkbox"/> Nicht berufstätig (einschließlich: arbeitslos, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rentner/in, Student/in, der/ die nicht gegen Geld arbeitet, Praktikant/in) <input type="checkbox"/> Geringfügig beschäftigt bzw. üben einen Mini-Job (450€ pro Monat) oder 1-Euro-Job aus <input type="checkbox"/> Teilzeit berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 10 bis 34 Stunden) <input type="checkbox"/> Vollzeit berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr) <input type="checkbox"/> Selbständig beschäftigt
14	Wie viele Stunden umfasst derzeit Ihre wöchentliche Arbeitszeit	_____ Stunden
15	Welchen Beruf üben Sie aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt?	_____
16	Hat sich Ihre heutige Arbeitszeit seit der Erkrankung Ihres betroffenen Kindes verändert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Arbeit beendet <input type="checkbox"/> Ja, Arbeit reduziert, und zwar um _____ Stunden/Woche <input type="checkbox"/> Ja, Arbeitsumfang erhöht, und zwar um _____ Stunden/Woche
17	Aus welchem Grund haben Sie Ihre Erwerbstätigkeit verändert (Mehrfachantwort möglich):	<input type="checkbox"/> Wegen der Krankheit meines betroffenen Kindes <input type="checkbox"/> Wegen der Kinderbetreuung unabhängig von der Krankheit <input type="checkbox"/> Aus gesundheitlichen Gründen <input type="checkbox"/> Aus finanziellen Gründen <input type="checkbox"/> Aus anderen/weiteren Gründen:
18	Wohnen Sie im ländlichen oder städtischen Raum?	<input type="checkbox"/> Ländlich (weniger als 10.000 Einwohner) <input type="checkbox"/> Städtisch (10.000 bis 100.000 Einwohner) <input type="checkbox"/> Großstädtisch (mehr als 100.000 Einwohner)
19	Wie lauten die ersten drei Stellen der Postleitzahl Ihres Wohnortes?	_____
110	Wie wohnen Sie?	<input type="checkbox"/> in einer Wohnung zur Miete <input type="checkbox"/> in einem Haus zur Miete <input type="checkbox"/> in einer Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> in einem eigenen Haus
111	Wie würden Sie die Größe Ihres Zuhauses beschreiben?	<input type="checkbox"/> eher beengt <input type="checkbox"/> für unsere Bedürfnisse angemessen <input type="checkbox"/> eher großzügig
110	Wie hoch etwa ist das monatliche Haushaltsnettoeinkommen, d.h. das Nettoeinkommen, das Sie (alle zusammen) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben haben? (Gemeint sind alle Einkünfte zum Beispiel aus Arbeit, Rente, Sozialhilfe, Vermietung, Kindergeld, Pflegeversicherung und anderen Quellen)	<input type="checkbox"/> unter 1.000 € <input type="checkbox"/> 2.000 € bis unter 2.500 € <input type="checkbox"/> 3.500 € bis unter 4.000 € <input type="checkbox"/> 1.000 € bis unter 1.500 € <input type="checkbox"/> 2.500 € bis unter 3.000 € <input type="checkbox"/> 4.000 € bis unter 4.500 € <input type="checkbox"/> 1.500 € bis unter 2.000 € <input type="checkbox"/> 3.000 € bis unter 3.500 € <input type="checkbox"/> über 5.000 €
111	Sind Sie oder ein Mitglied Ihres Haushaltes Bezieher von Hartz IV Leistungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<p>I12 Bitte schätzen Sie, wieviel Sie insgesamt aufgrund der Erkrankung Ihres Kindes zusätzlich ausgeben (z.B. Anfahrten, Hotelübernachtungen für Untersuchungen, Zuzahlungen zu Heil- und Hilfsmitteln, etc.) ✎ _____ €/Jahr</p>
<p>E4 Hat Ihre Familie zurzeit ausreichend Geld zum Leben?</p> <p> <input type="checkbox"/> Ja, finanziell sind wir sorgenfrei <input type="checkbox"/> Nein, wir müssen ständig „Abstriche machen“ <input type="checkbox"/> Ja, aber es reicht gerade so eben <input type="checkbox"/> Nein, wir sind in ernster finanzieller Not </p>
<p>E6 Wie ist Ihre Familie krankenversichert? (Bitte nur zutreffendes ankreuzen)</p> <p> Mutter: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt (z.B. als Beamte) Vater: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt (z.B. als Beamte) Kind(er): <input type="checkbox"/> gesetzlich (z.B. familienversichert) <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt (über ein Elternteil) </p>
<p>Sonstige Krankenversicherungsformen (falls zutreffend bitte angeben ob für Mutter, Vater und/oder Kind): ✎</p>

Wir sind nun am Ende des Fragebogens. Vielen Dank, dass Sie mitgemacht haben!

Falls Ihnen beim Beantworten noch weitere Gedanken gekommen sind, die Ihnen bedeutsam sind, oder falls Ihnen wichtige Aspekte noch fehlen, schreiben Sie sie gern noch auf. Sie können uns auch ganz offen und ehrlich mitteilen, ob Sie an den Fragen etwas gestört hat oder ob manche Fragen schlecht formuliert waren.

✎