



Südwürttemberg

Versorgungsforschung Weissenau  
ZfP Südwürttemberg  
Weingartshofer Str. 2  
88214 Ravensburg

# WFB-MuT

## Weissenauer Fragebogen zu Menschenrechten und Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Ein Fragebogen zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten  
Nationen bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung

### Studienleitung

Prof. Dr. Tilman Steinert

### Projektleitung

Dipl. Psych. Erich Flammer

### Ansprechpartner

Dipl.-Psych. Erich Flammer

ZfP Südwürttemberg

Versorgungsforschung Weissenau

Weingartshofer Straße 2

88214 Ravensburg

Durchwahl: 0751/7601-2371

Fax: 0751/7601-2987

E-Mail: [erich.flammer@zfp-zentrum.de](mailto:erich.flammer@zfp-zentrum.de)

<http://www.zfp-web.de>

**Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer**

mit diesem Fragebogen möchten wir, die Forschergruppe der Versorgungsforschung Weissenau, herausfinden, ob Menschen mit einer psychischen Erkrankung im alltäglichen Leben benachteiligt werden. Dazu sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Ihre Erfahrungen und Ihre Meinung sind uns sehr wichtig.

Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen hat zum Ziel, die Menschenrechte und Grundfreiheiten von Personen, die langfristige seelische Beeinträchtigungen haben, zu schützen und zu gewährleisten. Die Bundesrepublik Deutschland hat sich verpflichtet, diese Konvention umzusetzen.

Mit diesem Fragebogen soll untersucht werden, ob Menschen mit einer psychischen Erkrankung gleichberechtigt am alltäglichen Leben teilnehmen können. Dazu möchten wir Ihnen einige Fragen stellen. Bitte beantworten Sie die Fragen im Hinblick darauf, ob Sie sich durch Ihre psychische Erkrankung benachteiligt fühlen.

Die Fragen sind in Blöcke eingeteilt. Am Anfang eines jeden Blocks ist kurz das Thema der Fragen beschrieben. Sie finden auch einen Block mit Fragen, die sich gezielt auf Ihre psychiatrische Behandlung beziehen. Mit den Fragen in diesem Block wollen wir herausfinden, ob und wie weit Sie selbstbestimmt an Ihrer psychiatrischen Behandlung teilhaben bzw. mitwirken können. Uns interessiert dabei besonders, welche Punkte für Sie in der Umsetzung der Behindertenrechtskonvention bezogen auf eine psychiatrische Behandlung wichtig sind. Bei den meisten Fragen haben Sie Platz für Bemerkungen. Am Ende des Fragebogens haben Sie außerdem Platz, Bemerkungen zu Themen zu machen, die Ihnen sonst noch wichtig sind und die im Fragebogen nicht angesprochen wurden.

**Die Befragung ist vollkommen anonym. Daher bitten wir Sie, auf den Fragebogen keinesfalls Ihren Namen oder Ihre Adresse zu schreiben. Andernfalls würde der Fragebogen unausgewertet sofort vernichtet.**

**Wir bedanken uns schon im Voraus ganz herzlich für Ihre Teilnahme!**

**Block 1: In diesem Block kommen einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person und zu Ihren Lebensumständen.**

		Bemerkungen
1	Bitte geben Sie Ihr Alter an  <input type="checkbox"/> 18-30 <input type="checkbox"/> 31-40 <input type="checkbox"/> 41-50  <input type="checkbox"/> 51-60 <input type="checkbox"/> über 60	
2	Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an  <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	
3	Haben sie einen Schulabschluss?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Höchster Schulabschluss:	
4	Haben sie einen Berufsabschluss?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, höchster Berufsabschluss:	
5	Beziehen sie eine Erwerbsminderungsrente?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6	Wovon leben sie hauptsächlich?  <input type="checkbox"/> Arbeitseinkommen <input type="checkbox"/> Rente  <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I oder II (Hartz IV)  <input type="checkbox"/> Grundsicherung <input type="checkbox"/> Sonstiges	
7	Haben Sie körperliche Beschwerden, die Ihren Bewegungsspielraum oder Ihre Handlungsfreiheit einschränken?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8	Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
9	Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal in psychiatrischer Behandlung waren?  _____Jahre	
10	Besteht bei Ihnen eine gesetzliche Betreuung?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Block 2: Jetzt kommen einige Fragen zum Zugang zu Information und Kommunikation und zum Zugang zu Transportmitteln.**

		Bemerkungen
11	Haben Sie die Möglichkeit eine Tages- oder Wochenzeitung zu lesen, wenn Sie das wollen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
12	Nutzen Sie diese Möglichkeit?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
13	Haben Sie die Möglichkeit Radio zu hören, wenn Sie das wollen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
14	Nutzen Sie diese Möglichkeit?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
15	Haben Sie die Möglichkeit Fernsehen zu schauen, wenn Sie das wollen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
16	Nutzen Sie diese Möglichkeit?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Haben Sie...	
17	...einen eigenen Festnetzanschluss?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
18	...ein eigenes Handy?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
19	...einen eigenen Computer (PC, Laptop, Notepad)?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
20	...einen eigenen Internetzugang?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
21	Haben Sie die Möglichkeit zu telefonieren, wenn Sie das wollen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

	Haben Sie eine Flatrate...	
22	...für das Festnetz? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
23	...für das Handy? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
24	...für das Internet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
25	Können Sie ins Internet gehen, wenn Sie das wollen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
26	Nutzen Sie das Internet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
27	Haben Sie die Möglichkeit, SMS, E-Mail oder eine andere Form der elektronischen Nachrichtenübermittlung zu nutzen, wenn Sie das wollen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
28	Nutzen Sie diese Möglichkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
29	Haben Sie eigene motorisierte Mittel zur Fortbewegung (Auto, Motorrad, Roller)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
30	Nutzen Sie diese? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
31	Haben Sie ein eigenes Fahrrad zur Verfügung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
32	Nutzen Sie dieses? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
33	Wie ist in Ihrer näheren Wohnumgebung die Verkehrsanbindung? <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Schlecht	

34	Haben Sie Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
35	Nutzen Sie diese?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
36	Falls Sie öffentliche Verkehrsmittel nutzen, haben Sie eine Monatskarte oder eine Jahreskarte?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
37	Sehen Sie für sich Probleme bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmitteln?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Block 3: Jetzt kommen einige Fragen zur Ausübung Ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit.**

		Bemerkungen
38	Können Sie sich über Ihre Rechte informieren, wenn Sie das wollen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
39	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten daran gehindert, Rechte, die Ihnen zustehen, auszuüben?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
40	Gibt es eine Person, an die Sie sich wenden können, wenn es darum geht, Ihre Rechte wahrzunehmen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
41	Kam dies in den letzten 12 Monaten vor?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
42	Konnten Sie in den vergangenen 12 Monaten über ärztliche Behandlungen, die Sie erhalten, mitentscheiden?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

43	Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Schwierigkeiten bei Entscheidungen im Zusammenhang mit ärztlichen Behandlungen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
44	Falls Sie Schwierigkeiten hatten, haben Sie angemessene Unterstützung erhalten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
45	Bekommen Sie die Informationen über Ihre ärztlichen Behandlungen, die Sie möchten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
46	Konnten Sie in Ihren eigenen finanziellen Angelegenheiten in den vergangenen 12 Monaten frei entscheiden?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
47	Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Schwierigkeiten bei Entscheidungen im Zusammenhang mit Ihren finanziellen Angelegenheiten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
48	Falls Sie Schwierigkeiten hatten, haben Sie angemessene Unterstützung erhalten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
49	Haben Sie Zugang zu klar verständlicher und umfassender Information hinsichtlich Ihrer finanziellen Angelegenheiten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Block 4: Jetzt kommen einige Fragen zu Erfahrungen mit der Justiz und der Polizei.**

		Bemerkungen
50	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakte mit der Polizei oder der Justiz?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
51	Falls Sie in den letzten 12 Monaten Kontakte mit der Polizei oder der Justiz, fühlten Sie sich dabei in irgendeiner Weise diskriminiert?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

52	<p>Wurden Sie in den letzten 12 Monaten in irgendeiner Weise Opfer einer Straftat?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
53	<p>Wenn Ja, fühlten Sie sich in irgendeiner Weise diskriminiert, als es um die Untersuchung/Verfolgung dieser Straftat ging?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	

**Block 5: Jetzt kommen einige Fragen zu Erfahrungen mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.**

		Bemerkungen
54	<p>Wurden Sie jemals in den vergangenen 12 Monaten im Zusammenhang mit Ihrer psychischen Erkrankung der Freiheit beraubt (z. B. eingeschlossen an einem Ort, wo Sie nicht sein wollten)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
55	<p>Falls Ja, wie lang dauerte dies?</p> <p>_____</p>	
56	<p>Falls Ja, gab es eine persönliche Anhörung durch einen Richter?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	

**Block 6: Jetzt kommen einige Fragen zu Erfahrungen mit erniedrigender oder menschenunwürdiger Behandlung.**

		Bemerkungen
57	<p>Erfuhren Sie im Verlauf der vergangenen 12 Monate im Zusammenhang mit ärztlicher Behandlung eine Behandlung, die Sie als erniedrigend, grausam oder menschenunwürdig empfunden haben?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
58	<p>Erfuhren Sie im Verlauf der vergangenen 12 Monate in einem anderen Zusammenhang eine Behandlung, die Sie als erniedrigend, grausam oder menschenunwürdig empfunden haben?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	



**Block 7: Jetzt kommen einige Fragen zu Erfahrungen von Ausbeutung, Gewalt oder Missbrauch.**

		Bemerkungen
59	<p>Waren Sie im Verlauf der vergangenen 12 Monate gezwungen, eine Tätigkeit auszuüben, deren Entlohnung Sie als unangemessen ansehen (Ausbeutung)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
60	<p>Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten in irgendeiner Weise Opfer von körperlicher Gewalt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
61	<p>Falls Sie in den vergangenen 12 Monaten in irgendeiner Weise Opfer von körperlicher Gewalt wurden, wurde Ihnen angemessen geholfen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
62	<p>Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten in irgendeiner Weise Opfer von sexueller Gewalt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
63	<p>Falls Sie in den vergangenen 12 Monaten in irgendeiner Weise Opfer von sexueller Gewalt wurden, wurde Ihnen angemessen geholfen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	

**Block 8: Jetzt kommen einige Fragen zur Freizügigkeit beim Reisen.**

		Bemerkungen
64	<p>Haben Sie Ihre notwendigen persönlichen Dokumente wie Personalausweis, Versicherungskarten etc. in Ihrem persönlichen Besitz oder auf Wunsch jeder Zeit zu Ihrer Verfügung?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
65	<p>Hätten Sie die Möglichkeit, auf Wunsch aus Deutschland auszureisen und (falls Sie eine andere Staatsangehörigkeit haben) in Ihr Heimatland einzureisen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	

**Block 9: Jetzt kommen einige Fragen zu Wahlmöglichkeiten beim Leben in der Gemeinschaft.**

		Bemerkungen
66	Leben Sie in einer eigenen Wohnung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
67	Leben Sie in einer Wohngemeinschaft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
68	Leben Sie in einer betreuten Wohnform? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
69	Leben Sie in einem Heim? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
70	Falls Sie in einer betreuten Wohnform oder in einem Heim leben, würden Sie sich wünschen, dass die Wohnbetreuung nicht mehr fortbesteht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
71	Falls Sie in einer nicht betreuten Wohnform oder in einem Heim leben, würden Sie sich wünschen, dass Sie in Zukunft eine Wohnbetreuung hätten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
72	Entsprach Ihre Wohnsituation in den vergangenen 12 Monaten Ihrer eigenen Wahl? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
73	Falls Ihre Wohnsituation nicht Ihrer eigenen Wahl entsprach, wurde Ihre eigene Meinung dabei trotzdem berücksichtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
74	Entspricht es Ihrer eigenen freien Entscheidung, wie Sie gegenwärtig leben - d. h. ob Sie alleine oder mit anderen Menschen zusammen wohnen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
75	Waren Sie irgendwelchen Zwängen bei der Wahl Ihrer gegenwärtigen Wohnsituation ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

76	Leben Sie in der Stadt/ in dem Ort, wo Sie leben möchten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn Sie ihre eigene Möglichkeiten mit denen Ihrer Mitmenschen vergleichen: Haben Sie dieselbe Möglichkeit,...	
77	...Einkäufe zu erledigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
78	...alkoholische Getränke zu kaufen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
79	...in ein Kino, Konzert oder Theater zu gehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
80	...öffentliche Veranstaltungen zu besuchen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
81	...Behörden oder Ämter zu besuchen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
82	...ein Museum zu besuchen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
83	...eine Bücherei zu besuchen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
84	...ein Sportangebot wahrzunehmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Block 10: Jetzt kommen einige Fragen zur Meinungsfreiheit und zum Zugang zu Informationen.**

		Bemerkungen
85	Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten Diskriminierungen erfahren wegen Ihrer Hautfarbe, Ihrer Religion, Ihrer Ansichten oder wegen anderer persönlicher Eigenschaften? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

86	Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten wegen Ihrer Hautfarbe, Ihrer Religion, Ihrer Ansichten oder wegen anderer persönlicher Eigenschaften daran gehindert, Ihre Meinung frei zu äußern?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
87	Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten wegen Ihrer Hautfarbe, Ihrer Religion, Ihrer Ansichten oder wegen anderer persönlicher Eigenschaften am Zugang zu Informationen gehindert?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Block 11: Jetzt kommen einige Fragen dazu, inwieweit Ihre Privatsphäre geachtet wird.**

		Bemerkungen
88	Haben Sie die Möglichkeit, ohne Kontrolle durch irgendwelche andere Menschen zu telefonieren?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
89	Haben Sie die Möglichkeit, ohne Kontrolle durch irgendwelche anderen Menschen Briefe oder elektronische Mitteilungen zu versenden und zu empfangen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Block 12: Jetzt kommen einige Fragen zu partnerschaftlichen Beziehungen.**

		Bemerkungen
90	Haben Sie die Möglichkeit, frei zu entscheiden, mit wem Sie eine partnerschaftliche Beziehung eingehen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
91	Können Sie frei über ihr Sexualleben entscheiden, auch im Hinblick auf Fragen der Verhütung und der Familienplanung?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Block 13: Jetzt kommen einige Fragen zur Möglichkeit von Aus- und Weiterbildung.**

		Bemerkungen
92	<p>Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten in irgendeiner Weise daran gehindert, eine Schule oder Hochschule zu besuchen, eine Ausbildung zu machen oder sich sonst weiter zu bilden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
93	<p>Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten in irgendeiner Weise dazu gezwungen, eine Aus- oder Weiterbildungseinrichtung zu besuchen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	

**Block 14: Jetzt kommen einige Fragen zur Gesundheitsversorgung.**

		Bemerkungen
94	<p>Können Sie selbst entscheiden, wenn Sie einen Arzt aufsuchen möchten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
95	<p>Sind Sie krankenversichert?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
96	<p>Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten in irgendeiner Weise gezwungen, ärztliche Termine zur Untersuchung oder Behandlung wahrzunehmen, die Sie nicht wollten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
97	<p>Wurde Ihnen in den vergangenen 12 Monaten einmal in irgendeiner Weise der Zugang zu einer ärztlichen Behandlung verwehrt, die Sie gewünscht hatten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	

**Block 15: Jetzt kommen einige Fragen zu Arbeit und Beschäftigung.**

		Bemerkungen
98	Haben Sie eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
99	Haben Sie einen sogenannten beschützenden Arbeitsplatz (z.B. WfbM)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
100	Befinden Sie sich in einer Rehabilitationsmaßnahme? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
101	Falls Sie eine Arbeit oder Beschäftigung haben, gibt es dort eine Interessensvertretung für Sie (z. B. Gewerkschaft, Werkstattrat etc.)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
102	Bestand in den vergangenen 12 Monaten aus Ihrer Sicht ein Bedarf für Hilfen, Unterstützung oder Training bzgl. einer Arbeitstätigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
103	Falls Bedarf an Unterstützung bestand, haben Sie diese erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Block 16: Jetzt kommen einige Fragen zu Ihrem Wohnstandard und zur Wohnsituation.**

		Bemerkungen
104	Ist Ihre Wohnung trocken, hygienisch einwandfrei, beheizbar und mit fließend Wasser versorgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
105	Falls nein, erhalten Sie Hilfe bei der Suche nach geeignetem Wohnraum? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

106	Wie groß ist die Wohnfläche, die Sie alleine für sich zur Verfügung haben? (Zählen Sie dabei nicht Räume, die Sie in der Benutzung mit anderen teilen).  _____Quadratmeter	
107	Haben Sie einen oder mehrere Räume, die Sie für sich allein haben oder wohin Sie sich im Bedarfsfall zurückziehen können, ohne von anderen gestört zu werden?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Haben Sie Zugang zu...	
108	...einer Waschmaschine?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
109	...einem Wäschetrockner?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
110	Bestand in den vergangenen 12 Monaten aus Ihrer Sicht ein Bedarf für Hilfen oder Unterstützung bzgl. Ihrer Wohnsituation?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
111	Falls Bedarf an Unterstützung bestand, haben Sie diese erhalten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
112	Haben Sie die Möglichkeit, bei Problemen im Zusammenhang mit der Haushaltsführung Unterstützung zu bekommen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Block 17: Jetzt kommen einige Fragen zur Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben.**

		Bemerkungen
113	Haben Sie die Möglichkeit an politischen Wahlen und anderen Wahlen an dem Ort, wo Sie leben, teilzunehmen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

114	Falls in den letzten 12 Monaten eine politische Wahl stattfand, haben Sie daran teilgenommen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
115	Hätten Sie die Möglichkeit, sich in irgendeiner Weise politisch zu engagieren, falls Sie das wollten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
116	Hätten Sie die Möglichkeit, sich in einem Verein in Ihrer Umgebung zu engagieren, falls Sie das wollten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Block 18: Jetzt kommen abschließend einige Fragen zur psychiatrischen Behandlung.**

		Bemerkungen
117	Konnten Sie in den vergangenen 12 Monaten über psychiatrische Behandlungen, die Sie erhalten, mitentscheiden?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
118	Falls Sie Schwierigkeiten hatten, haben Sie angemessene Unterstützung erhalten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
119	Bekommen Sie die Informationen über Ihre psychiatrische Behandlung, die Sie möchten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
120	Erfuhren Sie im Verlauf der vergangenen 12 Monate im Zusammenhang mit psychiatrischer Behandlung eine Behandlung, die Sie als erniedrigend, grausam oder menschenunwürdig empfunden haben?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
121	Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten in irgendeiner Weise gezwungen, ärztliche Termine zur psychiatrischen Untersuchung oder Behandlung wahrzunehmen, die Sie nicht wollten?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	



122	<p>Wurde Ihnen in den vergangenen 12 Monaten einmal in irgendeiner Weise der Zugang zu einer psychiatrischen Behandlung verwehrt, die Sie gewünscht hatten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
123	<p>Denken Sie, dass Sie insgesamt betrachtet an Ihrer psychiatrischen Behandlung selbstbestimmt mitwirken können?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	
124	<p>Was ist Ihnen in der psychiatrischen Behandlung ganz besonders wichtig? (Mehrfachnennungen möglich!)</p> <p><input type="checkbox"/> Gleichberechtigte Entscheidungen</p> <p><input type="checkbox"/> Information</p> <p><input type="checkbox"/> Barrierefreiheit (z.B. durch einfache Sprache oder bauliche Maßnahmen wie Fahrstühle, einen ebenerdigen Zugang)</p> <p><input type="checkbox"/> Zugang zur Privaten Krankenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Vertrauen zum Behandler</p> <p><input type="checkbox"/> Wertschätzung</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungsvereinbarung</p> <p><input type="checkbox"/> Patientenverfügung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>	

**Block 19: Jetzt kommen einige allgemeine Fragen, die Sie frei beantworten können.**

125	Haben Sie die Möglichkeit, im Rahmen Ihrer finanziellen Verhältnisse, so zu wohnen, wie Sie es möchten?
126	Können Sie frei und ungehindert mit Personen Kontakt aufnehmen, sofern diese auch Kontakt wollen?
127	Können Sie sich, im Rahmen Ihrer körperlichen Verfassung, in Ihrer Umgebung frei und ungehindert bewegen?
128	Können Sie, im Rahmen Ihrer finanziellen Verhältnisse, frei und ungehindert reisen?
129	Können Sie frei und ungehindert Ihre Rechte wahrnehmen?
130	Können Sie sich, im Rahmen Ihrer finanziellen Verhältnisse und im Rahmen allgemein geltender Gesetze, frei und ungehindert über Themen informieren, die Sie interessieren?

131	Können Sie, im Rahmen Ihrer finanziellen Verhältnisse, frei und ungehindert an kulturellen Veranstaltungen teilnehmen?
132	Können Sie, im Rahmen Ihrer finanziellen Verhältnisse, frei und ungehindert an Sportveranstaltungen teilnehmen?
133	Können Sie, im Rahmen Ihrer finanziellen Verhältnisse, frei und ungehindert an politischen Veranstaltungen teilnehmen?
134	Wenn Sie sich mit anderen Menschen in Ihrer Umgebung vergleichen, haben Sie die gleichen Möglichkeiten, am Alltagsleben teilzunehmen?
135	Wenn Sie sich mit anderen Menschen in Ihrer Umgebung vergleichen, haben Sie die gleichen Möglichkeiten, sich weiter zu bilden?
136	Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen will die Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit langfristigen Beeinträchtigungen stärken. Welche Erwartungen haben Sie diesbezüglich, wenn Sie an Ihre psychiatrische Behandlung denken?

WFB-MuT FbNr: \_\_\_\_\_

**Hier haben Sie die Möglichkeit, das zu notieren, was Ihnen sonst noch wichtig ist:**

**Ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**