The **C**o**R**onav**I**ru**S** Health **I**mpact **S**urvey (CRISIS) V0.2

*Basisformular für die Selbstberichterstattung von Erwachsenen*

**Namensnennungslizenz:** CC-BY-4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Die CRISIS Fragebögen wurden in Zusammenarbeit zwischen den Forschungsteams von Kathleen Merikangas und Argyris Stringaris am National Institute of Mental Health Intramural Research Program Mood Spectrum Collaboration und denen von Michael P. Milham am Child Mind Institute und dem NYS Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research entwickelt.  
   
**Inhaltliche Mitwirkende und Berater:** Evelyn Bromet, Stan Colcombe, Kathy Georgiadis, Dan Klein, Giovanni Salum  
  
**Koordinatoren:** Lindsay Alexander, Ioanna Douka, Julia Dunn, Diana Lopez, Anna MacKay-Brandt, Ken Towbin

**Technische und redaktionelle Unterstützung:** Irene Droney, Beth Foote, Jianping He, Georgia O' Callaghan, Judith Milham, Courtney Quick, Diana Paksarian, Kayla Sirois

**Übersetzung vom Englischen ins Deutsche:** Jeanne Winterer, Carolin Harder, Bob Vogel & Henrik Walter, Charité Universitätsmedizin Berlin, Germany

Unser Team ermutigt zu einer frühzeitigen Benachrichtigung über Medien, wissenschaftliche Berichte oder Veröffentlichungen von Daten, die mit dem CRISIS (merikank@mail.nih.gov) gesammelt wurden, obwohl dies nicht erforderlich ist. Wir ermutigen auch zur freiwilligen Weitergabe von Daten zum Zweck psychometrischer Studien, die von Dr. Stringaris (argyris.stringaris@nih.gov) geleitet werden.

**Identifikationsnummer:**

**Land:**

**Staat/Provinz/Region:**

**Ihr Alter (Jahre):**

**HINTERGRUND**

**Bevor wir mit den Hauptfragen beginnen, würden wir gerne einige Hintergrundinformationen über Sie erhalten.**

1. **Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:**
2. Männlich
3. Weiblich
4. Sonstige \_\_\_\_\_
5. **Wenn Sie über Ihre Familiengeschichte nachdenken, welche der folgenden geographischen Regionen beschreibt am besten, wo Ihre Vorfahren (z.B. Ihre Ur-Ur-Großeltern) herkommen? Sie können so viele Antwortmöglichkeiten auswählen wie Sie möchten.**

a. Deutschland

b. England, Irland, Schottland oder Wales  
c. Australien – nicht abstammend von den Aborigines oder Torres-Strait-

Inseln  
d. Australien – von den Aborigines oder Torres-Strait-Inseln abstammend  
e. Neuseeland – nicht abstammend von den Maori  
f. Neuseeland – abstammend von den Maori  
g. Nordeuropa einschließlich Schweden, Norwegen, Finnland und

umliegende Länder  
h. Westeuropa einschließlich Frankreich, Deutschland, Niederlande und

umliegende Länder  
i. Südeuropa einschließlich Italien, Griechenland, Spanien, Portugal und

umliegende Länder

j. Osteuropa einschließlich Russland, Polen, Ungarn und umliegende

Länder  
k. Mittlerer Osten einschließlich Libanon, Türkei und umliegende Länder  
l. Ostasien einschließlich China, Japan, Südkorea, Nordkorea, Taiwan und

umliegende Länder  
m. Südostasien einschließlich Thailand, Malaysia, Indonesien, Singapur und

umliegende Länder  
n. Südasien einschließlich Indien, Pakistan, Sri Lanka und umliegende

Länder  
o. Polynesien, Mikronesien oder Melanesien einschließlich Tonga, Fidschi,

Papua-Neuguinea und umliegende Länder  
p. Afrika  
q. Nordamerika – nicht abstammend von den „First Nations“, Ureinwohnern

Nordamerikas, Inuits oder Métis  
q. Nordamerika – abstammend von den „First Nations“, Ureinwohnern

Nordamerikas, Inuits oder Métis  
r. Weiß nicht  
s. Andere

1. **Sind Sie spanischer oder lateinamerikanischer Herkunft – nämlich, mexikanisch, mexikanisch-amerikanisch, Chicano, puertorikanisch, kubanisch, süd- oder zentralamerikanisch oder anderer spanischer Kultur oder Herkunft?**
2. Ja
3. Nein
4. **Sind Sie derzeit berufstätig oder in der Schule?**

a. im Angestelltenverhältnis/ Selbstständig

b. Beurlaubt

c. Arbeitslos und arbeitssuchend

d. Im Ruhestand

e. Hausfrau/ Hausmann

f. arbeitsunfähig

g. Schüler/ Student

h. Sonstige

**5. Als was sind die tätig?** \_\_\_\_\_\_

**6. Haben Sie beim Militär gedient?**

a. Ja

b. Nein

**7. Was beschreibt am besten die Gegend, in der Sie leben?**

a Große Stadt

b. Vorort einer großen Stadt

c. Kleinstadt

d. Landgemeinde oder Dorf

e. Ländliche Gegend

1. **Was ist das höchste Bildungsniveau, dass SIE abgeschlossen haben?**

a.  Schüler/in, besuche eine allgemein bildende Vollzeitschule

b.  Schüler/in, besuche eine berufsorientierte Aufbau-, Fachschule o.ä.

c.  Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss  
    (Volksschulabschluss)

d.  Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)

e.  Realschulabschluss (Mittlere Reife)

f.  Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)

g.  Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule

h.  Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur  
     (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)

i.  Fachhochschulabschluss oder Hochschulabschluss (Bachelor)

j.  Abgeschlossenes Hochschulstudium (Master)

k. Einen anderen Schulabschluss und zwar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l. Wie viele Bildungsjahre haben sie absolviert (Schule + weitere Ausbildung (Lehre/Studium)? \_\_\_\_\_\_

1. **Was ist das höchste Bildungsniveau, dass Ihre MUTTER abgeschlossen hat?**

a.  Schülerin, besucht eine allgemein bildende Vollzeitschule

b.  Schülerin, besucht eine berufsorientierte Aufbau-, Fachschule o.ä.

c.  Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss  
    (Volksschulabschluss)

d.  Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)

e.  Realschulabschluss (Mittlere Reife)

f.  Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)

g.  Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule

h.  Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur  
     (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)

i.  Fachhochschulabschluss oder Hochschulabschluss (Bachelor)

j.  Abgeschlossenes Hochschulstudium (Master)

k. Einen anderen Schulabschluss und zwar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l. Wie viele Bildungsjahre hat Ihre Mutter absolviert (Schule + weitere Ausbildung (Lehre/Studium)? \_\_\_\_\_\_

**10.Was ist das höchste Bildungsniveau, dass Ihr VATER abgeschlossen hat?**

a.  Schüler, besucht eine allgemein bildende Vollzeitschule

b.  Schüler, besucht eine berufsorientierte Aufbau-, Fachschule o.ä.

c.  Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss  
    (Volksschulabschluss)

d.  Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)

e.  Realschulabschluss (Mittlere Reife)

f.  Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)

g.  Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule

h.  Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur  
     (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)

i.  Fachhochschulabschluss oder Hochschulabschluss (Bachelor)

j.  Abgeschlossenes Hochschulstudium (Master)

k. Einen anderen Schulabschluss und zwar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l. Wie viele Bildungsjahre hat Ihr Vater absolviert (Schule + weitere Ausbildung (Lehre/Studium)? \_\_\_\_\_\_

**11. Wie viele Personen leben derzeit in Ihrem Haushalt (Sie ausgeschlossen)?**

\_\_\_\_\_\_

**12. Bitte geben Sie an, in welcher Beziehung Sie zu den Personen in Ihrem Haushalt stehen (Kreuzen Sie alles Zutreffende an):**

a. (Ehe-)Partner

b. Eltern

c. Großeltern

d. Geschwister

e. Kinder

f. Andere Angehörige

g. Nicht verwandte Person(en)

**13.Wie viele Räume gibt es (insgesamt) in Ihrem Haushalt?** \_\_\_\_

**14. Sind Sie krankenversichert?**

a. Ja, gesetzlich

b. Ja, privat

c. Nein

**15. In den 3 Monaten vor der Coronavirus/COVID-10 Krise in Ihrer Region,**

**waren Sie auf staatliche Unterstützung angewiesen wie Arbeitslosengeld, Hartz 4 oder Ähnliches?**

a. Ja

b. Nein

**16. Wie würden Sie Ihre allgemeine körperliche Gesundheit einschätzen?**

a. Hervorragend

b. Sehr gut

c. Gut

d. Befriedigend

e. Schlecht

**17. Hat Ihnen eine Gesundheitsfachkraft jemals gesagt, dass Sie eine der folgenden gesundheitlichen Probleme hatten? (kreuzen Sie alles Zutreffende an)**

a. Saisonale Allergien

b. Asthma oder andere Lungenprobleme

c. Herzprobleme

d. Nierenprobleme

e. Immunerkrankung

f. Diabetes oder hoher Blutzuckerspiegel

g. Krebs

h. Arthritis

i. Häufige oder schwerwiegende Kopfschmerzen

j. Epilepsie oder Krampfanfälle

k. Ernsthafte Magen- oder Darmprobleme

l. Ernsthafte Akne oder Hautprobleme

m. Emotionale oder psychische Probleme wie Depression oder Angst

n. Probleme mit Alkohol oder Drogen

**18.Wie groß sind Sie?\_\_\_\_ Zentimeter (cm)**

**19.Wie viel wiegen Sie?\_\_\_\_\_Kilogramm (kg)**

**20.Wie würden Sie Ihre allgemeine psychische/emotionale Gesundheit vor der Coronavirus/COVID-19-Krise in Ihrer Region einschätzen?**

a. Hervorragend

b. Sehr gut

c. Gut

d. Befriedigend

e. Schlecht

**CORONAVIRUS/COVID-19 GESUNDHEITS-/BELASTUNGSSTATUS**

**Während der LETZTEN ZWEI WOCHEN:**

**21. ... sind Sie mit jemandem in Kontakt gewesen, der wahrscheinlich eine Coronavirus-Infektion/COVID-19 hat? (kreuzen Sie alles Zutreffende an)**

a. Ja, jemand mit positivem Test

b. Ja, jemand mit ärztlicher Diagnose, aber ohne Test

c. Ja, jemand mit möglichen Symptomen, aber ohne ärztliche Diagnose

d. Nein

**22. ... bestand bei Ihnen der Verdacht auf eine Coronavirus-Infektion/COVID-19?**

a. Ja, positiver Test

b. Ja, ärztliche Diagnose, aber kein Test

c. Ja, einige mögliche Symptome, aber keine ärztliche Diagnose

d. Keine Symptome oder Anzeichen

**23. ... haben Sie eines der folgenden Symptome gehabt? (kreuzen Sie alles Zutreffende an)**

a. Fieber

b. Husten

c. Kurzatmigkeit

d. Halsschmerzen

e. Müdigkeit

f. Verlust von Geschmack oder Geruch

g. Andere \_\_\_\_

**24. ... wurde bei jemandem in Ihrer Familie eine Coronavirus-Infektion/COVID-19 diagnostiziert? (kreuzen Sie alles Zutreffende an)**

a. Ja, Haushaltsmitglied

b. Ja, kein Haushaltsmitglied

c. Nein

**25. ... ist Ihren Familienmitgliedern aufgrund einer Coronavirus-Infektion/COVID-19 etwas von dem Folgenden passiert? (kreuzen Sie alles Zutreffende an)**

a. Körperlich erkrankt

b. Krankenhausaufenthalt

c. In Selbstquarantäne mit Symptomen

d. In Selbstquarantäne ohne Symptome (z.B. wegen möglichen Kontakts)

e. Verlust des Arbeitsplatzes

f. Verminderte Fähigkeit, Geld zu verdienen

g. Verstorben

h. Keine der oben genannten

**Während der VERGANGENEN ZWEI WOCHEN, wie besorgt waren Sie:**

**26. .... infiziert zu sein oder infiziert zu werden?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**27. ... dass Freunde oder Familie infiziert werden?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**28. ... dass Ihre *körperliche* Gesundheit durch eine Coronavirus-Infektion/COVID-19 beeinflusst wird?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**29. ...dass Ihre *psychische/emotionale* Gesundheit durch eine Coronavirus-Infektion/COVID-19 beeinflusst wird?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**30. Wie viel lesen oder sprechen Sie über Coronavirus/COVID-19?**

a. Niemals

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Die meiste Zeit

**31. Hat die Coronavirus/COVID-19-Krise in Ihrer Region zu positiven Veränderungen in Ihrem Leben geführt?**

a. Keine

b. Nur wenige

c. Einige

* **Wenn Sie Frage 31 mit b oder c beantwortet haben, geben Sie dies bitte genauer an:** \_\_\_\_

**LEBENSVERÄNDERUNGEN AUFGRUND DER CORONAVIRUS/COVID-19-KRISE IN DEN LETZTEN ZWEI WOCHEN**

**Während der LETZTEN ZWEI WOCHEN:**

**32. ... wenn Sie die Schule besuchen, ist ihre Schule geschlossen worden?** J/N

a. **Falls nein,**

• Findet Unterricht statt? J/N

• Nehmen Sie persönlich teil? J/N

b. **Falls ja,**

• Wurde der Unterricht online weitergeführt? J/N

• Verfügen Sie über einen einfachen Zugang zum Internet und einen Computer? J/N

• Haben Sie Hausaufgaben erhalten? J/N

• Werden weiterhin Schulmahlzeiten angeboten? J/N

**33. ...wenn Sie arbeiten, ist Ihr Arbeitsplatz geschlossen worden?** J/N

**34. ...wenn Sie arbeiten, konnten Sie (von) zu Hause (aus) arbeiten(?)** J/N

**35. ...... mit wie vielen Personen, außerhalb Ihres Haushalts, haben Sie ein persönliches Gespräch geführt**? \_\_\_\_

**36. ...... wie viel Zeit haben Sie außerhalb des Hauses verbracht (z.B. in Geschäften, Parks usw.)?**

a. Überhaupt nicht

b. 1-2 Mal pro Woche

c. Ein paar Tage pro Woche

d. Mehrere Tage pro Woche

e. Jeden Tag

**37. .... wie belastend waren für Sie die Ausgangsbeschränkungen?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**38. ...... haben sich Ihre Kontakte zu Menschen außerhalb Ihres Hauses im Vergleich zu vor der Coronavirus/COVID-19-Krise in Ihrer Region verändert?**

a. Viel weniger

b. Etwas weniger

c. Gleich geblieben

d. Etwas mehr

e. Viel mehr

**39. .... wie schwierig war es für Sie, die Empfehlungen zur Vermeidung von engem Kontakt mit anderen Menschen zu folgen?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**40. ...... hat sich die Qualität der Beziehungen zwischen Ihnen und Ihrer Familie verändert?**

a. Viel schlechter

b. Ein wenig schlechter

c. Gleich geblieben

d. Etwas besser

e. Viel besser

**41. ...wie belastend waren diese Veränderungen der familiären Kontakte für Sie?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**42. ...hat sich die Qualität der Beziehungen zu Ihren Freunden verändert?**

a. Viel schlechter

b. Ein wenig schlechter

c. Gleich geblieben

d. Etwas besser

e. Viel besser

**43. ...... wie belastend waren diese Veränderungen bei sozialen Kontakten für Sie?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**44. ...Wie sehr ist die Absage wichtiger Ereignisse (wie z.B. Abschlussfeier, Abschlussball, Urlaub usw.) in Ihrem Leben für Sie schwierig gewesen?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**45. .. inwieweit haben Änderungen im Zusammenhang mit der Coronavirus/COVID-19- Krise in Ihrer Region zu finanziellen Problemen für Sie oder Ihre Familie geführt?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**46. ... inwieweit sind Sie über die Stabilität Ihrer Lebenssituation besorgt?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**47. ... haben Sie sich Sorgen gemacht, ob Ihnen wegen Geldmangels die Lebensmittel ausgehen würden?**

a. Ja

b. Nein

**48. ... wie zuversichtlich sind Sie, dass die Coronavirus/COVID-19-Krise in Ihrer Region bald ein Ende findet?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**TÄGLICHES VERHALTEN (DREI MONATE VOR DER KRISE)**

**Während der DREI MONATE VOR dem Ausbruch der Coronavirus/COVID-19-Krise in Ihrer Region:**

**49. ...wie viele Stunden haben sie im Durchschnitt pro Nacht geschlafen?**

a. weniger als 6 Stunden

b. 6-8 Stunden

c. 8-10 Stunden

d. mehr als 10 Stunden

**50. ... an wie vielen Tagen pro Woche haben Sie mindestens 30 Minuten lang trainiert (z.B. erhöhte Herzfrequenz, Atmung)?**

a. Keine

b. 1-2 Tage

c. 3-4 Tage

d. 5-6 Tage

e. Täglich

**51. ... an wie vielen Tagen pro Woche haben Sie sich im Freien aufgehalten?** a. Keine

b. 1-2 Tage

c. 3-4 Tage

d. 5-6 Tage

e. Täglich

**EMOTIONEN/SORGEN (DREI MONATE VOR DER KRISE)**

**Während der DREI MONATE VOR dem Ausbruch der Coronavirus/COVID-19-Krise in Ihrer Region:**

**52. ... wie besorgt waren Sie im Allgemeinen?**

a. Überhaupt nicht besorgt

b. Wenig besorgt

c. Mäßig besorgt

d. Ziemlich besorgt

e. Sehr besorgt

**53. ... wie glücklich oder traurig waren Sie?**

a. Sehr traurig/depressiv/unglücklich

b. Wenig traurig/depressiv/unglücklich

c. Neutral

d. Etwas glücklich/fröhlich

e. Sehr glücklich/fröhlich

**54. ... wie sehr konnten Sie Ihre üblichen Aktivitäten genießen?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**55. ... wie entspannt oder ängstlich waren Sie?**

a. Sehr entspannt/ruhig

b. Mäßig entspannt/ruhig

c. Neutral

d. Mäßig nervös/ängstlich;

e. Sehr nervös/ängstlich

**56. ... wie zappelig oder unruhig waren Sie?**

a. Überhaupt nicht zappelig/unruhig

b. Wenig zappelig/unruhig

c. Mäßig zappelig/unruhig

d. Ziemlich zappelig/unruhig

e. Sehr zappelig/unruhig

**57. ... wie erschöpft oder müde waren Sie?**

a. Überhaupt nicht erschöpft oder müde

b. Wenig erschöpft oder müde

c. Mäßig erschöpft oder müde

d. Ziemlich erschöpft oder müde

e. Sehr erschöpft oder müde

**58 ... wie gut konnten Sie sich konzentrieren oder fokussieren?**

a. Sehr fokussiert/aufmerksam

b. Mäßig fokussiert/aufmerksam

c. Neutral

d. Mäßig fokussiert/ablenkbar

e. Sehr unfokussiert/ablenkbar

**59. ... wie irritierbar oder reizbar sind Sie gewesen?**

a. Überhaupt nicht

b. Wenig

c. Mäßig

d. Ziemlich

e. Sehr

**60. ... wie einsam waren Sie?**

a. Überhaupt nicht einsam

b. Wenig einsam

c. Wenig einsam

d. Ziemlich einsam

e. Sehr einsam

**61. ... inwieweit haben Sie negative Gedanken gehabt und über unangenehme Erfahrungen oder Dinge nachgedacht, die Ihnen ein schlechtes Gefühl bereitet haben?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Die meiste Zeit

**MEDIENNUTZUNG (DREI MONATE VOR DER KRISE)**

**Während der DREI MONATE VOR dem Ausbruch der Coronavirus/COVID-19-Krise in Ihrer Region, wie viel Zeit pro Tag haben Sie damit verbracht:**

**62. ... fernzusehen oder digitale Medien zu nutzen (z.B. Netflix, YouTube, Web-Surfen)?**

a. Kein Fernsehen oder digitale Medien

b. Unter 1 Stunde

c. 1-3 Stunden

d. 4-6 Stunden

e. Mehr als 6 Stunden

**63. ... soziale Medien zu nutzen (z.B. Facetime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok)?**

a. Keine sozialen Medien

b. Unter 1 Stunde

c. 1-3 Stunden

d. 4-6 Stunden

e. Mehr als 6 Stunden

**64. ... Videospiele zu spielen?**

a. Keine Videospiele

b. Unter 1 Stunde

c. 1-3 Stunden

d. 4-6 Stunden

e. Mehr als 6 Stunden

**SUBSTANZKONSUM (DREI MONATE VOR DER KRISE)**

**Während der DREI MONATE VOR dem Ausbruch der Coronavirus/COVID-19-Krise in Ihrer Region, wie häufig haben sie folgende Substanzen konsumiert:**

**65. ... Alkohol?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**66. … E-Zigaretten?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**67. … Zigaretten oder anderen Tabak?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**68. ... Marihuana, Cannabis (z.B. Joint, Blunt, Pfeife, Bong)?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**69. ... Opiate, Heroin, oder Betäubungsmittel?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**70. ... andere Drogen (Kokain, Crack, Amphetamine, Metamphetamine, Halluzinogene, oder Ecstasy)?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**71. … Schlaftabletten oder Beruhigungsmittel?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**TÄGLICHES VERHALTEN (LETZTE ZWEI WOCHEN)**

**Während der LETZTEN ZWEI WOCHEN:**

**72. ... wie viele Stunden haben sie im Durchschnitt pro Nacht geschlafen?**

a. weniger als 6 Stunden

b. 6-8 Stunden

c. 8-10 Stunden

d. mehr als 10 Stunden

**73. ... an wie vielen Tagen pro Woche haben Sie mindestens 30 Minuten lang trainiert (z.B. erhöhte Herzfrequenz, Atmung)?**

a. Keine

b. 1-2 Tage

c. 3-4 Tage

d. 5-6 Tage

e. Täglich

**74. ... an wie vielen Tagen pro Woche haben Sie sich im Freien aufgehalten?** a. Keine

b. 1-2 Tage

c. 3-4 Tage

d. 5-6 Tage

e. Täglich

**EMOTIONEN/SORGEN (LETZTE ZWEI WOCHEN)**

**Während der LETZTEN ZWEI WOCHEN:**

**75. ... wie besorgt waren Sie im Allgemeinen?**

a. Überhaupt nicht besorgt

b. Etwas besorgt

c. Mäßig besorgt

d. Ziemlich besorgt

e. Sehr besorgt

**76. ... wie glücklich oder traurig waren Sie?**

a. Sehr traurig oder depressiv oder unglücklich

b. Mäßig traurig oder depressiv oder unglücklich

c. Neutral

d. Mäßig glücklich oder fröhlich

e. Sehr glücklich oder fröhlich

**77. ... wie sehr konnten Sie Ihre üblichen Aktivitäten genießen?**

a. Überhaupt nicht  
 b. Wenig

c. Mäßig  
 d. Ziemlich  
 e. Sehr

**78. ... wie entspannt oder ängstlich waren Sie?**

a. Sehr entspannt oder ruhig

b. Mäßig entspannt oder ruhig

c. Neutral

d. Mäßig nervös oder ängstlich

e. Sehr nervös oder ängstlich

**79. ... wie zappelig oder unruhig waren Sie?**

a. Überhaupt nicht zappelig oder unruhig

b. Wenig zappelig oder unruhig

c. Mäßig zappelig oder unruhig

d. Ziemlich zappelig oder unruhig

e. Sehr zappelig oder unruhig

**80. ... wie erschöpft oder müde waren Sie?**

a. Überhaupt nicht erschöpft oder müde

b. Wenig erschöpft oder müde

c. Mäßig erschöpft oder müde

d. Ziemlich erschöpft oder müde

e. Sehr erschöpft oder müde

**81... wie gut konnten Sie sich konzentrieren oder fokussieren?**

a. Sehr fokussiert oder aufmerksam

b. Mäßig fokussiert oder aufmerksam

c. Neutral

d. Mäßig fokussiert oder ablenkbar

e. Sehr unfokussiert oder ablenkbar

**82. ... wie irritierbar oder reizbar sind Sie gewesen?**

a. Überhaupt nicht reizbar oder irritiert

b. Wenig reizbar oder irritiert

c. Mäßig reizbar oder irritiert

d. Ziemlich reizbar oder irritiert

e. Sehr reizbar oder irritiert

**83. ... wie einsam waren Sie?**

a. Überhaupt nicht einsam

b. Wenig einsam

c. Mäßig einsam

d. Ziemlich einsam

e. Sehr einsam

**84. ... inwieweit hatten Sie negative Gedanken gehabt und über unangenehme Erfahrungen oder Dinge nachgedacht, die Ihnen ein schlechtes Gefühl geben?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Die meiste Zeit

**MEDIENNUTZUNG (LETZTE ZWEI WOCHEN)**

**Während der LETZTEN ZWEI WOCHEN, wie viel Zeit pro Tag haben Sie damit verbracht:**

**85. ... fernzusehen oder digitale Medien (z.B. Netflix, YouTube, Web-Surfen) anzuschauen?**

a. Kein Fernsehen oder digitale Medien

b. Unter 1 Stunde

c. 1-3 Stunden

d. 4-6 Stunden

e. Mehr als 6 Stunden

**86. ... soziale Medien zu nutzen (z.B. Facetime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok)?**

a. Keine sozialen Medien

b. Unter 1 Stunde

c. 1-3 Stunden

d. 4-6 Stunden

e. Mehr als 6 Stunden

**87. ... Videospiele zu spielen?**

a. Keine Videospiele

b. Unter 1 Stunde

c. 1-3 Stunden

d. 4-6 Stunden

e. Mehr als 6 Stunden

**SUBSTANZKONSUM (LETZTE ZWEI WOCHEN)**

**Während der LETZTEN ZWEI WOCHEN, wie häufig haben Sie folgende Substanzen konsumiert:**

**88. ... Alkohol?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**89. … E-Zigaretten?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**90. … Zigaretten oder anderen Tabak?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**91. ... Marihuana, Cannabis (e.g., Joint, Blunt, Pfeife, Bong)?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**92. ... Opiate, Heroin, oder Betäubungsmittel?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**93. ... andere Drogen (Kokain, Crack, Amphetamine, Metamphetamine, Halluzinogene, oder Ecstasy)?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**94. … Schlaftabletten oder Beruhigungsmittel?**

a. Überhaupt nicht

b. Selten

c. Gelegentlich

d. Oft

e. Regelmäßig

**UNTERSTÜTZUNGEN**

**95. Welche der folgenden Unterstützungsangebote waren für Sie vor der Coronavirus/COVID-19 Krise vorhanden und waren in den LETZTEN ZWEI WOCHEN beeinträchtigt? (kreuzen Sie alle Zutreffenden an)**

a. Zugang zu Lehr- oder Studienmaterial (z.B. Schulbücher)

b. Hausaufgabenunterstützung oder Nachhilfe

c. Unterstützung durch Tutoren oder Mentoren

d. Außerschulische Aktivitäten

e. Ehrenamtliche Hilfe

f. Psychotherapie

g. Psychiatrische Versorgung

h. Ergotherapie

i. Physiotherapie

j. Sprachtherapie/ Logopädie

k. Sportaktivitäten

l. Medizinische Versorgung chronischer Erkrankungen

m. Andere: genau angeben \_\_\_\_\_\_\_

**ZUSÄTZLICHE BEDENKEN UND KOMMENTARE**

**Beschreiben Sie hier bitte alles, was Sie über Auswirkungen von Coronavirus/COVID-auf Sie, Ihre Freunde oder Ihre Familie beunruhigt.**

**[TEXTFELD]**

**Bitte notieren Sie hier alle Kommentare zu dieser Umfrage und/oder verwandten Themen, die Sie gerne abgeben würden.**

**[TEXTFELD]**