

# ECHOES: European Community Health Worker Internet Survey

(ECHOES: German)

## ECHOES: Europäische Community Health Worker Internetumfrage

**Willkommen zur größten jemals durchgeführten Umfrage unter Gesundheitshelfern, die außerhalb des normalen medizinischen Versorgungssystems (Krankenhäuser, Arztpraxen) tätig sind. Die Umfrage findet gleichzeitig in ganz Europa statt.**

**Bitte nehmen Sie an dieser Umfrage teil, wenn Sie...**

- 18 Jahre oder älter sind UND;
- derzeit oder in den letzten 12 Monaten mit schwulen, bisexuellen Männern oder mit Männern die Sex mit Männern haben arbeiten oder mit ihnen gearbeitet haben UND;
- sexuelle Gesundheitsförderung und Gesundheitsbetreuung außerhalb von Krankenhaus oder Arztpraxis anbieten und zwar für schwule, bisexuelle Männer oder Männer, die Sex mit Männern haben.

### Worum geht's?

Die **ECHOES** Umfrage erhebt Angaben zum Wissen, zur Einstellung und Arbeitspraxis von Community Health Workern (CHWs = Gesundheitshelfer, die außerhalb von Krankenhäusern und Arztpraxen tätig sind), die Gesundheitsförderung und Gesundheitsbetreuung für schwule, bisexuelle Männer und Männer die Sex mit Männern (MSM) haben, anbieten. Ein Ziel ist, Bedarf und Wünsche von CHW hinsichtlich Unterstützung, Aus- und Weiterbildung und neuer Kenntnisse zu erfassen.

Community Health Worker (CHWs) sind unter verschiedenen Namen bekannt: *outreach worker* = Sozialarbeiter/in, *health promoter* = Fachperson für Gesundheitsförderung, *peer educator* = Peer-Pädagoge/in, *community health advisor* = Gesundheitsberater/in usw., wenn Sie also den Ausdruck 'Community Health Worker' (oder 'CHW') in dieser Umfrage sehen, bedeutet das:

*Eine Person, die schwulen, bisexuellen Männern und MSM Gesundheitsbetreuung in Verbindung mit HIV/AIDS, Virushepatitis und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) anbietet. Ein CHW bietet Gesundheitsförderung bzw. Tätigkeiten im Bereich der öffentlichen Gesundheit im communitynahen Umfeld an (also nicht in Krankenhaus oder Arztpraxis).*

Ihre Antworten sind streng **anonym und vertraulich**. Keiner, der die Studienergebnisse betrachtet, kann Sie in irgendeiner Weise identifizieren.

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Bitte nehmen Sie sich Zeit, um zu entscheiden, ob Sie mitmachen möchten.

### Wie lange dauert es?

Es dauert ca. 15-20 Minuten, diese Umfrage auszufüllen. Sie können dies auf jedem Gerät mit einem Internet-Zugang tun, aber es geht schneller, wenn Sie es auf einem größeren Bildschirm machen. Es gibt 10 Abschnitte in der Umfrage.

### Datenschutz

Wir **garantieren** Ihre Anonymität. Wir werden **weder** Ihre IP-Adresse erheben, **noch** Cookies auf Ihrem Computer installieren. Wir erheben keine Informationen, die Ihre Identifikation ermöglichen. Dies bedeutet Folgendes: Sobald Sie mit der Umfrage beginnen, müssen Sie die Fragen bis zum Ende beantworten. Sie können nicht zu einem angefangenen Fragebogen zurückkehren. Bitte beantworten Sie ALLE Fragen, damit die Studie erfolgreich wird.

### Wer sind wir?

Wir sind ein internationales Team von Sozialwissenschaftlern/Gesundheitsforschern und Experten in öffentlichen Gesundheitsinstituten, Universitäten und Nichtregierungsorganisationen, die auf dem Gebiet der sexuellen Gesundheit und der Menschenrechte arbeiten. Dieses Projekt wird durch das Gesundheitsprogramm der Europäischen Kommission 2014-2020 ([http://ec.europa.eu/chafea/health/tender-38-2015\\_en.html](http://ec.europa.eu/chafea/health/tender-38-2015_en.html)) finanziert. Es konzentriert sich auf die EU-Mitgliedstaaten sowie auf Bosnien-Herzegowina, Island, Moldawien, Norwegen, Russland, Serbien und die Schweiz.

### Wann werden die Ergebnisse der Studie verfügbar sein?

Die Ergebnisse der **ECHOES**-Umfrage werden Anfang 2018 verfügbar sein. Sie werden auf der Projektwebseite [www.esticom.eu](http://www.esticom.eu) zur Verfügung gestellt.

### Zustimmung

Bitte **alle drei** Aussagen anklicken. Dies wird uns mitteilen, ob Sie an der Umfrage teilnehmen möchten und dass Sie verstehen, was Ihre Teilnahme bedeutet. (ECHOES2017)

1)

#### COMPULSORY QUESTION

- Ich bestätige, dass ich die oben genannten Informationen gelesen und verstanden habe. Ich verstehe, dass ich anonym bleiben werde und dass Informationen, die ich zur Verfügung stelle, nicht zu mir zurückverfolgt werden können. [\[Zum Zustimmung klicken Sie hier\]](#)

2)

#### COMPULSORY QUESTION

- Ich verstehe, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass es mir jederzeit frei steht, die Umfrage abzubrechen. [\[Zum Zustimmung klicken Sie hier\]](#)

3)

#### COMPULSORY QUESTION

- Durch Anklicken dieses Feldes erkläre ich meine Zustimmung zur Teilnahme an der Umfrage. [\[Zum Zustimmung klicken Sie hier\]](#)

**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen nur EIN MAL aus.**

## [ECHOES]

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen sorgfältig durch.

Haben Sie **in den letzten 12 Monaten** sexuelle Gesundheitsförderung und Gesundheitsbetreuung für schwule, bisexuelle Männer oder sonstige MSM **im communitynahen Umfeld (also nicht in einem Krankenhaus oder einer normalen Arztpraxis)** angeboten?

COMPULSORY QUESTION

Nein  Ja

In welchem Land haben Sie **in den letzten 12 Monaten hauptsächlich** gearbeitet, wenn Sie sexuelle Gesundheitsförderung und Gesundheitsbetreuung für schwule, bisexuelle Männer oder sonstige MSM im communitynahen Umfeld angeboten haben? (country\_worked\_in)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION HABEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN SEXUELLE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND GESUNDHEITSBETREUUNG FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER ODER SONSTIGE MSM IM COMMUNITYNAHEN UMFELD (ALSO NICHT IN EINEM KRANKENHAUS ODER EINER NORMALEN ARZTPRAXIS) ANGEBOTEN? IS ANY OF JA

COMPULSORY QUESTION

[Bitte auswählen]

- Österreich
- Belgien
- Bosnien-Herzegowina
- Bulgarien
- Kroatien
- Zypern
- Tschechien
- Dänemark
- Estland
- Finnland
- Frankreich
- Deutschland
- Griechenland
- Ungarn
- Island
- Irland
- Italien
- Lettland
- Litauen
- Luxemburg
- Malta
- Moldawien
- Die Niederlande
- Norwegen
- Polen
- Portugal
- Rumänien
- Russland
- Serbien
- Slovakei
- Slovenien
- Spanien
- Schweden
- Schweiz
- Ukraine
- Großbritannien
- Irgendein anderes Land

## [Optional exit page - non CHW]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION HABEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN SEXUELLE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND GESUNDHEITSBETREUUNG FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER ODER SONSTIGE MSM IM COMMUNITYNAHEN UMFELD (ALSO NICHT IN EINEM KRANKENHAUS ODER EINER NORMALEN ARZTPRAXIS) ANGEBOTEN? IS ANY OF NEIN

Es sieht so aus, als ob Sie die Teilnahmebedingungen für diese Umfrage nicht erfüllen. Diese Umfrage richtet sich an Personen, die in den letzten 12 Monaten sexuelle Gesundheitsförderung und Gesundheitsbetreuung für schwule, bisexuelle Männer und sonstige MSM im communitynahen Umfeld angeboten haben. Die Ergebnisse werden europaweit im Jahr 2018 verfügbar sein. Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.esticom.eu](http://www.esticom.eu).

## [Optional exit page - non-eligible country]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION IN WELCHEM LAND HABEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN HAUPTSÄCHLICH GEARBEITET, WENN SIE SEXUELLE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND GESUNDHEITSBETREUUNG FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER ODER SONSTIGE MSM IM COMMUNITYNAHEN UMFELD ANGEBOTEN HABEN? IS ANY OF IRGEND EIN ANDERES LAND

Es sieht so aus, als ob Sie die Teilnahmebedingungen für diese Umfrage nicht erfüllen. Diese Umfrage richtet sich an CHWs, die in den EU-Mitgliedstaaten sowie in Bosnien-Herzegowina, Island, Moldawien, Norwegen, Russland, Serbien und der Schweiz arbeiten. Die Ergebnisse werden europaweit im Jahr 2018 verfügbar sein. Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.esticom.eu](http://www.esticom.eu).

## ABSCHNITT 1: Informationen über Sie

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION IN WELCHEM LAND HABEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN HAUPTSÄCHLICH GEARBEITET, WENN SIE SEXUELLE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND GESUNDHEITSBETREUUNG FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER ODER SONSTIGE MSM IM COMMUNITYNAHEN UMFELD ANGEBOTEN HABEN? IS ANY OF ÖSTERREICH, BELGIEN, BOSNIEN-HERZEGOWINA, BULGARIEN, KROATIEN, ZYPERN, TSCHECHIEN, DÄNEMARK, ESTLAND, FINNLAND, FRANKREICH, DEUTSCHLAND, GRIECHENLAND, UNGARN, ISLAND, IRLAND, ITALIEN, LETTLAND, LITAUEN, LUXEMBURG, MALTA, MOLDAWIEN, DIE NIEDERLANDE, NORWEGEN, POLEN, PORTUGAL, RUMÄNIEN, RUSSLAND, SERBIEN, SLOVAKEI, SLOVENIEN, SPANIEN, SCHWEDEN, SCHWEIZ, UKRAINE, GROSSBRITANNIEN

In diesem Abschnitt werden Ihnen einige grundlegende Fragen gestellt. Dies wird uns helfen zu beschreiben, wer die Umfrage ausgefüllt hat.

Wie alt sind Sie?

COMPULSORY QUESTION

[Bitte auswählen]

- 17 oder jünger
- 18
- 19
- 20

- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67
- 68
- 69
- 70
- 71
- 72
- 73
- 74
- 75 oder älter

Welche der folgenden Beschreibungen trifft auf Sie am besten zu?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE ALT SIND SIE? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 ODER ÄLTER

COMPULSORY QUESTION

- Mann
- Frau
- Non-binär
- Sonstiges
- Ich möchte es lieber nicht mitteilen

Denken Sie an Ihre Antwort auf die vorherige Frage. Entspricht das dem Geschlecht, dem Sie bei Ihrer Geburt zugeordnet wurden?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE DER FOLGENDEN BESCHREIBUNGEN TRIFFT AUF SIE AM BESTEN ZU? IS ANY OF MANN, FRAU

- Nein
- Ja
- Ich weiss nicht/unsicher

Welche der folgenden Bezeichnungen beschreibt am besten, wie Sie sich selbst definieren?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE ALT SIND SIE? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 ODER ÄLTER

COMPULSORY QUESTION

- Schwul
- Homosexuell
- Lesbisch
- Bisexuell
- Queer
- Hetero/heterosexuell
- Irgendeine andere Beschreibung
- Ich benutze normalerweise keinen Begriff

Wenn Sie an alle Leute denken, die Sie kennen (Ihre Familie, Freunde/Freundinnen, Arbeits- oder Studienkolleg(inn)en), wie viele von ihnen wissen davon?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE ALT SIND SIE? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 ODER ÄLTER

- Alle oder fast alle
- Mehr als die Hälfte
- Weniger als die Hälfte
- Wenige
- Niemand

Betrachten Sie sich als Mitglied einer ethnischen Minderheit in dem Land, in dem Sie leben?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE ALT SIND SIE? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 ODER ÄLTER

- Nein
- Ja

Welcher ethnischen Minderheit gehören Sie an?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION BETRACHTEN SIE SICH ALS MITGLIED EINER ETHNISCHEN MINDERHEIT IN DEM LAND, IN DEM SIE LEBEN? IS ANY OF JA

Als ein CHW, arbeiten Sie in...

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE ALT SIND SIE? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 ODER ÄLTER

- einem ländlichen Gebiet mit maximal 5.000 Einwohnern
- einer Kleingemeinde mit maximal 20.000 Einwohnern
- einer Großgemeinde/Stadt mit maximal 100.000 Einwohnern
- einer größeren Stadt mit maximal 500.000 Einwohnern
- einer Großstadt mit mehr als 500.000 Einwohnern

Wie viele Jahre haben Sie seit dem 16. Lebensjahr in Vollzeitausbildung verbracht?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE ALT SIND SIE? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 ODER ÄLTER

[Bitte auswählen] ▲

Keins

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Mehr als 10 ▼

Welche der folgenden Aussagen entspricht Ihrer gefühlten Einkommenssituation am besten?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE ALT SIND SIE? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 ODER ÄLTER

- Mein aktuelles Einkommen erlaubt mir ein sehr komfortables Leben
- Mein aktuelles Einkommen erlaubt mir ein komfortables Leben
- Mein aktuelles Einkommen ist weder besonders gut noch besonders schlecht
- Mein aktuelles Einkommen ist knapp bemessen
- Mein aktuelles Einkommen reicht nicht aus

Welches ist Ihre Muttersprache?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE ALT SIND SIE? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 ODER ÄLTER

[Bitte auswählen] ▲

Bulgarisch

Kroatisch

Tschechisch

Dänisch

Niederländisch

Englisch

Estnisch

Finnisch

Französisch

Deutsch

Griechisch

Ungarisch

Italienisch

Lettisch

Litauisch

Norwegisch

Polnisch

Portugiesisch

Rumänisch

Russisch

Serbisch

Slowenisch

Spanisch

Schwedisch

Ukrainisch

Eine andere, hier nicht aufgelistete Sprache ▼

Geben Sie hier Ihre Muttersprache an.

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHES IST IHRE MUTTERSPRACHE? IS ANY OF UKRAINISCH

Welche Sprachen sprechen Sie noch fließend außer Ihrer Muttersprache? (Bitte alle zutreffenden Sprachen ankreuzen.)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE ALT SIND SIE? IS ANY OF 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 ODER ÄLTER

- Englisch
- Französisch
- Deutsch
- Italienisch
- Polnisch
- Russisch
- Spanisch
- Keine dieser Sprachen

## [Optional exit page - under 18]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE ALT SIND SIE? IS ANY OF 17 ODER JÜNGER

Es sieht so aus, als ob Sie die Teilnahmebedingungen für diese Umfrage nicht erfüllen. Diese Umfrage richtet sich an CHWs, die mindestens 18 Jahre oder älter sind. Die Ergebnisse werden europaweit im Jahr 2018 verfügbar sein. Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.esticom.eu](http://www.esticom.eu).

## [Exit page 1 - those who are not eligible]

THIS IS AN EXIT PAGE PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION HABEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN SEXUELLE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND GESUNDHEITSBETREUUNG FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER ODER SONSTIGE MSM IM COMMUNITYNAHEN UMFELD (ALSO NICHT IN EINEM KRANKENHAUS ODER EINER NORMALEN ARZTPRAXIS) ANGEBOTEN? IS ANY OF NEIN OR ANSWER TO QUESTION IN WELCHEM LAND HABEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN HAUPTSÄCHLICH GEARBEITET, WENN SIE SEXUELLE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND GESUNDHEITSBETREUUNG FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER ODER SONSTIGE MSM IM COMMUNITYNAHEN UMFELD ANGEBOTEN HABEN? IS ANY OF IRGENDWANN ANDERES LAND OR ANSWER TO QUESTION WIE ALT SIND SIE? IS ANY OF 17 ODER JÜNGER

Es tut uns Leid, dass Sie sich an der ECHOES-Umfrage nicht beteiligen konnten. Diese Umfrage wird am **31. Januar 2018** abgeschlossen. Sie können uns aber weiterhelfen, indem Sie diesen Link mit allen interessierten Leuten teilen:

[echoessurvey.eu](http://echoessurvey.eu)

### Wem kann ich zu der Umfrage Fragen stellen?

Das ECHOES-Team arbeitet an der University of Brighton in Großbritannien. Sie können dem ECHOES-Team an die folgende Adresse eine Email senden: [echoessurvey@brighton.ac.uk](mailto:echoessurvey@brighton.ac.uk). Wir sind immer gerne bereit, die Studie mit Ihnen zu besprechen.

Über die Ergebnisse der Umfrage wird Anfang 2018 ein Bericht erstellt. Der Bericht wird auf der Projektwebseite [www.esticom.eu](http://www.esticom.eu) zur Verfügung gestellt.

## ABSCHNITT 2: Ihr Job, Arbeitsstatus und Ihre Organisation

Dieser Abschnitt der Umfrage fragt Sie nach Ihrer **Rolle** (bezahlt oder unbezahlt) in dem Arbeitsbereich, in dem Sie als CHW sexuelle Gesundheitsförderung und Gesundheitsbetreuung für schwule, bisexuelle Männer oder andere MSM anbieten. Eine solche sexuelle Gesundheitsförderung/Gesundheitsbetreuung kann im Bereich von HIV/AIDS, Virushepatitis oder sonstigen STI erfolgen. Wenn Sie zur Zeit nicht als CHW arbeiten, beantworten Sie diese Fragen bitte auf Grundlage Ihrer letzten CHW-Rolle in den letzten 12 Monaten.

**Bitte beachten Sie:** Unter CHW (oder Ähnliches) verstehen wir Community Health Worker.

Wir wissen, dass manche den Ausdruck 'Community Health Worker' nicht benutzen. Wie würden Sie Ihren Job beschreiben? - z.B.: outreach worker = Sozialarbeiter/in, sexual health worker = Gesundheitsberater/in für sexuelle Gesundheit, health promoter = Fachperson für Gesundheitsförderung usw.

COMPULSORY QUESTION

Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Status als CHW beschreiben?

Vollzeit = 30 Stunden oder mehr pro Woche.

Teilzeit = Weniger als 30 Stunden pro Woche.

- Angestellt (bezahlt) – Vollzeit
- Angestellt (bezahlt) – Teilzeit
- Freiberuflich (bezahlt) – Vollzeit
- Freiberuflich (bezahlt) – Teilzeit
- Ehrenamtlich (unbezahlt)- Vollzeit
- Ehrenamtlich (unbezahlt)- Teilzeit

Ist Ihre Stelle...

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE WÜRDEN SIE IHREN GEGENWÄRTIGEN STATUS ALS CHW BESCHREIBEN? VOLLZEIT = 30 STUNDEN ODER MEHR PRO WOCHE. TEILZEIT = WENIGER ALS 30 STUNDEN PRO WOCHE. IS ANY OF ANGESTELLT (BEZAHLT) – VOLLZEIT, ANGESTELLT (BEZAHLT) – TEILZEIT

- kurzfristig/befristet
- langfristig/unbefristet

Sie bekommen für Ihre Arbeit als CHW...

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE WÜRDEN SIE IHREN GEGENWÄRTIGEN STATUS ALS CHW BESCHREIBEN? VOLLZEIT = 30 STUNDEN ODER MEHR PRO WOCHE. TEILZEIT = WENIGER ALS 30 STUNDEN PRO WOCHE. IS ANY OF ANGESTELLT (BEZAHLT) – VOLLZEIT, ANGESTELLT (BEZAHLT) – TEILZEIT

- Festes Einkommen - z.B. Gehalt
- Variables Einkommen - z.B. Stundenrate

Welche Aussage trifft auf Sie zu, wenn Sie **nicht** als CHW arbeiten?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE WÜRDEN SIE IHREN GEGENWÄRTIGEN STATUS ALS CHW BESCHREIBEN? VOLLZEIT = 30 STUNDEN ODER MEHR PRO WOCHE. TEILZEIT = WENIGER ALS 30 STUNDEN PRO WOCHE. IS ANY OF ANGESTELLT (BEZAHLT) – TEILZEIT, FREIBERUFLICH (BEZAHLT) – VOLLZEIT, FREIBERUFLICH (BEZAHLT) – TEILZEIT, EHRENAMTLICH (UNBEZAHLT)- VOLLZEIT, EHRENAMTLICH (UNBEZAHLT)- TEILZEIT

- Nicht zutreffend (CHW-Arbeit ist mein einziger Job)
- Angestellte/r – Vollzeit oder Teilzeit
- Freiberuflich - Vollzeit oder Teilzeit
- Arbeitslos
- Ehrenamtliche Tätigkeit (neben CHW-Arbeit)
- Rentner/in
- Student/in

Welche Bezeichnung trifft auf Ihre Rolle in Ihrem Job zu, wenn Sie **nicht** als CHW arbeiten? (Wählen Sie nur eine Beschreibung aus.)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE AUSSAGE TRIFFT AUF SIE ZU, WENN SIE NICHT ALS CHW ARBEITEN? IS ANY OF ANGESTELLTE/R – VOLLZEIT ODER TEILZEIT, FREIBERUFLICH - VOLLZEIT ODER TEILZEIT, EHRENAMTLICHE TÄTIGKEIT (NEBEN CHW-ARBEIT)

- Arzt/Ärztin (klinische/r oder sonstige/r Spezialist/in)
- Arzt/Ärztin (Hausarzt/Hausärztin)
- Arzt/Ärztin (HIV-Spezialist oder Facharzt/Fachärztin für sexuelle Gesundheit)
- Arbeitslosenbetreuer/in
- Familienberater/in
- Wohn- und Obdachlosenberater/in
- Berater/in für psychische Gesundheit
- Krankenpfleger/in (Diplomkrankenpfleger/in oder registriert)
- Gefängnis/Bewährung
- Sozialarbeiter/in
- Suchtmittelberater/in
- Lehrer/in oder Bildungsfachkraft
- Jugendhelfer/in
- Sonstiges, hier nicht aufgelistet
- Keine/r von diesen

Beschreiben Sie Ihre Rolle, wenn Sie **nicht** als CHW arbeiten.

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE BEZEICHNUNG TRIFFT AUF IHRE ROLLE IN IHREM JOB ZU, WENN SIE NICHT ALS CHW ARBEITEN? (WÄHLEN SIE NUR EINE BESCHREIBUNG AUS.) IS ANY OF KEINE/R VON DIESEN

## ABSCHNITT 2 (fortgesetzt):

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE WÜRDEN SIE IHREN GEGENWÄRTIGEN STATUS ALS CHW BESCHREIBEN? VOLLZEIT = 30 STUNDEN ODER MEHR PRO WOCHE. TEILZEIT = WENIGER ALS 30 STUNDEN PRO WOCHE. IS ANY OF ANGESTELLT (BEZAHLT) – VOLLZEIT, ANGESTELLT (BEZAHLT) – TEILZEIT, EHRENAMTLICH (UNBEZAHLT)- VOLLZEIT, EHRENAMTLICH (UNBEZAHLT)- TEILZEIT

### Über die Organisation, für die Sie arbeiten

Wie würden Sie die Organisation beschreiben, wo Sie als CHW arbeiten? Wenn Sie bei mehr als einer Organisation als CHW tätig sind, beantworten Sie diese Frage mit Bezug auf Ihre Hauptorganisation.

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WIE WÜRDEN SIE IHREN GEGENWÄRTIGEN STATUS ALS CHW BESCHREIBEN? VOLLZEIT = 30 STUNDEN ODER MEHR PRO WOCHE. TEILZEIT = WENIGER ALS 30 STUNDEN PRO WOCHE. IS ANY OF ANGESTELLT (BEZAHLT) – VOLLZEIT, ANGESTELLT (BEZAHLT) – TEILZEIT, EHRENAMTLICH (UNBEZAHLT)- VOLLZEIT, EHRENAMTLICH (UNBEZAHLT)- TEILZEIT

- Privat gemeinnützig - z.B. Nichtregierungsorganisation, Wohltätigkeitsorganisation, communitynahe Organisation, zivilgesellschaftliche Organisation, Basisorganisation (grassroots)
- Private profitorientierte/kommerzielle Organisation
- Regierungs-/Gemeinde- oder staatliche Organisation
- Sonstiges

Was ist der Hauptzweck dieser Organisation?

- Sexuelle Gesundheit
- Allgemeine Gesundheit - z.B. Krankenhaus, Arztpraxis, communitynahe Gesundheitsförderung, Checkpoint, Hausarzt
- LGBT-spezifische Belange
- Psychologische Gesundheit und/oder Wohlbefinden
- Drogenberatung
- Religion
- Bildungswesen - z.B. Schule, Hochschule oder Universität
- Wohn- und Obdachlosenberatung
- Interessenvertretung
- Transport
- Gefängnis/Bewährung
- Sonstiges

Grob gerechnet, wie groß ist Ihre Organisation, was die Anzahl der (bezahlten oder unbezahlten) Mitarbeiter betrifft?

- Nicht mehr als 5 Personen
- 6 bis 9 Personen
- 10 bis 49 Personen
- 50 bis 249 Personen
- 250 Personen oder mehr
- Ich weiss es nicht

Wie wird Ihres Wissens diese Organisation finanziert? (Bitte alle zutreffenden Optionen ankreuzen.)

- Zuschüsse von der Bundes- oder Landes- oder kantonalen Regierung und/oder der Gemeinde
- Karitative oder private Zuschüsse
- Fundraising-Aktivitäten

- Europäische Finanzierung
- Einkommen aus Gebühren und Leistungen - z.B. Schulung
- Sonstiges
- Ich weiss es nicht

### ABSCHNITT 3: Was machen Sie in Ihrer Rolle as CHW?

Ein Zweck dieser Umfrage ist, genauere Informationen darüber zu sammeln, was CHWs eigentlich machen. Deswegen werden Sie jetzt nach **Ihrer persönlichen Teilnahme** an CHW-Aktivitäten **in den letzten 12 Monaten** befragt. Diese Aktivitäten umfassen Unterstützung im Feld der sexuellen Gesundheit, die Sie für schwule, bisexuelle Männer oder MSM auf dem Gebiet von HIV/AIDS, Virushepatitis und anderen STI anbieten. Wenn Sie gegenwärtig nicht als CHW tätig sind, beantworten Sie diese Frage auf Grundlage Ihrer letzten CHW-Rolle in den letzten 12 Monaten.

**Anmerkung:** Sie können jederzeit zurückgehen und Ihre Antwort ändern, wenn nötig. Sie können auch Antworten löschen, falls Sie feststellen, dass diese nicht auf Sie zutreffen.

Ich arbeite in... (bitte alle zutreffenden Optionen ankreuzen, auch wenn Ihre Arbeit geringfügig ist)

#### COMPULSORY QUESTION

- Prävention** von HIV, Virushepatitis und/oder anderen STI (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Kondome, Safer Sex, Schutzimpfungen, PrEP, PEP, Drogenkonsum, psychische Gesundheit, usw.)
- Screening und/oder Testen** auf HIV, Virushepatitis und/oder andere STI (einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Bewerbung von Screening/Testen, Beratung vor und nach dem Test, Durchführen der Testung usw.)
- Behandlung und/oder Unterstützung** bei HIV, Virushepatitis und/oder anderen STI (einschließlich, aber nicht beschränkt auf HIV/AIDS-Behandlung, Behandlung von Virushepatitis und anderen STI, Unterstützung der Therapietreue, Weiterverweisung an andere Gesundheitsdienste usw.)
- Keinem dieser Bereiche

Mit welchen CHW-Aktivitäten beschäftigen Sie sich?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH ARBEITE IN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN OPTIONEN ANKREUZEN, AUCH WENN IHRE ARBEIT GERINGFÜGIG IST) IS ANY OF KEINEM DIESER BEREICHE

### Prävention von HIV, Virushepatitis und anderen STI

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH ARBEITE IN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN OPTIONEN ANKREUZEN, AUCH WENN IHRE ARBEIT GERINGFÜGIG IST) IS ANY OF PRÄVENTION VON HIV, VIRUSHEPATITIS UND/ODER ANDEREN STI (EINSCHLIESSLICH, ABER NICHT BESCHRÄNKT AUF KONDOME, SAFER SEX, SCHUTZIMPFUNGEN, PREP, PEP, DROGENKONSUM, PSYCHISCHE GESUNDHEIT, USW.)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **PRÄVENTIONSAKTIVITÄTEN**, an denen Sie sich **persönlich beteiligten** als Teil Ihrer Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsförderung von schwulen, bisexuellen Männern und anderen MSM, und zwar im Hinblick auf HIV, Virushepatitis und andere STI in den **letzten 12 Monaten**.

Auf dem Gebiet der Prävention bin ich in den folgenden Bereichen tätig... (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Informationsarbeit
- Interventionen - z.B. Outreach-Tätigkeiten
- Weiterverweisungen in das Versorgungssystem
- Strategische und administrative Tätigkeiten - z.B. Berichte, Management
- Ich arbeite nicht in der Prävention

Ich **biete Informationen über** die folgenden Themen im Feld der Prävention an... (bitte alle zutreffenden Aussagen ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION AUF DEM GEBIET DER PRÄVENTION BIN ICH IN DEN FOLGENDEN BEREICHEN TÄTIG... (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN) IS ANY OF INFORMATIONSARBEIT

	Täglich oder fast täglich	Einmal die Woche oder öfter	Einmal jede zweite Woche oder öfter	Einmal im Monat oder seltener	Nie
Übertragung von HIV, Virushepatitis und/oder anderen STI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Safer Sex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Testen und Kenntnis des HIV-Status	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schutzimpfungen und präventive Medikamente (z.B. Hepatitisimpfung, PrEP oder PEP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/AIDS-Behandlung, Behandlung von Virushepatitis und/oder anderen STI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Therapietreue bei HIV/AIDS, Virushepatitis und/oder anderen STI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intravenöser Drogenkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Substanzen - z.B. Alkohol, Marijuana, Kokain, Ketamin usw.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chemsex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine physische Gesundheit und gesundes Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Psychologische Gesundheit, darunter Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wegweisung zu z.B. Test- oder schwulenfreundlichen Dienstleistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere, hier nicht aufgelistete Tätigkeit oder Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zu welchen anderen Bereichen bieten Sie Beratung an, die hier nicht erwähnt sind?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIETE INFORMATIONEN ÜBER DIE FOLGENDEN THEMEN IM FELD DER PRÄVENTION AN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF ANDERE, HIER NICHT AUFGEListETE TÄTIGKEIT ODER ANGELEGENHEITEN=TÄGLICH ODER FAST TÄGLICH, ANDERE, HIER NICHT AUFGEListETE TÄTIGKEIT ODER ANGELEGENHEITEN=EINMAL DIE WOCHE ODER ÖFTER, ANDERE, HIER NICHT AUFGEListETE TÄTIGKEIT ODER ANGELEGENHEITEN=EINMAL JEDE ZWEIFTE WOCHE ODER ÖFTER, ANDERE, HIER NICHT AUFGEListETE TÄTIGKEIT ODER ANGELEGENHEITEN=EINMAL IM MONAT ODER SELTENER

Auf dem Gebiet der Prävention nehme ich an den folgenden **Interventionsaktivitäten** teil...

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION AUF DEM GEBIET DER PRÄVENTION BIN ICH IN DEN FOLGENDEN BEREICHEN TÄTIG... (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN) IS ANY OF INTERVENTIONEN - Z.B. OUTREACH-TÄTIGKEITEN

	Täglich oder fast täglich	Einmal die Woche oder öfter	Einmal jede zweite Woche oder öfter	Einmal im Monat oder seltener	Nie
Unterstützung sexueller Gesundheit - z.B. Verteilung von Kondomen und Gleitmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Support beim Drogenkonsum - z.B. sterile Nadeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei der Nutzung von oder dem Zugang zu Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei der Nutzung von oder dem Zugang zu Post-Expositionsprophylaxe (PEP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zugang zu Lebensmitteln, Wasser und anderen lebensnotwendigen Gütern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erste Hilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung bei der Arbeit, im Haushalt und in finanziellen Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung der physischen Gesundheit und eines gesunden Lebens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung von Verhaltensänderungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologische Gesundheit einschließlich Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gezielter Peer-Support	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Online-Support und Support in sozialen Medien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere, hier nicht aufgelistete Tätigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

An welchen anderen Interventionsaktivitäten sind Sie beteiligt, die hier nicht aufgelistet sind?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION AUF DEM GEBIET DER PRÄVENTION NEHME ICH AN DEN FOLGENDEN INTERVENTIONSAKTIVITÄTEN TEIL... IS ANY OF ANDERE, HIER NICHT AUFGEListETE TÄTIGKEIT=TÄGLICH ODER FAST TÄGLICH, ANDERE, HIER NICHT AUFGEListETE TÄTIGKEIT=EINMAL DIE WOCHE ODER ÖFTER, ANDERE, HIER NICHT AUFGEListETE TÄTIGKEIT=EINMAL JEDE ZWEIFTE WOCHE ODER ÖFTER, ANDERE, HIER NICHT AUFGEListETE TÄTIGKEIT=EINMAL IM MONAT ODER SELTENER

Im Rahmen der Prävention beschäftige ich mich mit der **Weiterverweisung** von schwulen, bisexuellen Männern und anderen MSM an die folgenden Gesundheitsdienste... (bitte alle zutreffenden Aussagen ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION AUF DEM GEBIET DER PRÄVENTION BIN ICH IN DEN FOLGENDEN BEREICHEN TÄTIG... (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN) IS ANY OF WEITERVERWEISUNGEN IN DAS VERSORGUNGSSYSTEM

	Täglich oder fast täglich	Einmal die Woche oder öfter	Einmal jede zweite Woche oder öfter	Einmal im Monat oder seltener	Nie
Krankenhaus, Arztpraxis, Hausarzt oder andere Gesundheitsfachkräfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung der psychologischen Gesundheit, einschließlich Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ehrenamtliche Hilfen oder von der Community betriebene Organisation für Gesundheit und Soziales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polizei - z.B. Anzeige von Hassverbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Sozialdienste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Religiöse / spirituelle Leistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soziale Klubs oder Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suppenküche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Support beim Drogenkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere, hier nicht aufgelistete Leistungen oder Organisationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

An welche anderen, hier nicht aufgelisteten Dienstleistungen oder Organisationen verweisen Sie im Rahmen der Prävention?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION IM RAHMEN DER PRÄVENTION BESCHÄFTIGE ICH MICH MIT DER WEITERVERWEISUNG VON SCHWULEN, BISEXUELLEN MÄNNERN UND ANDEREN MSM AN DIE FOLGENDEN GESUNDHEITSDIENSTE... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF ANDERE, HIER NICHT AUFGELISTETE LEISTUNGEN ODER ORGANISATIONEN=TÄGLICH ODER FAST TÄGLICH, ANDERE, HIER NICHT AUFGELISTETE LEISTUNGEN ODER ORGANISATIONEN=EINMAL DIE WOCHE ODER ÖFTER, ANDERE, HIER NICHT AUFGELISTETE LEISTUNGEN ODER ORGANISATIONEN=EINMAL JEDE ZWEITE WOCHE ODER ÖFTER, ANDERE, HIER NICHT AUFGELISTETE LEISTUNGEN ODER ORGANISATIONEN=EINMAL IM MONAT ODER SELTENER

Im Rahmen der Prävention beschäftige ich mich mit den folgenden **strategischen und administrativen Tätigkeiten**... (bitte alle zutreffenden Aussagen ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION AUF DEM GEBIET DER PRÄVENTION BIN ICH IN DEN FOLGENDEN BEREICHEN TÄTIG... (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN) IS ANY OF STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTE, MANAGEMENT

	Täglich oder fast täglich	Einmal die Woche oder öfter	Einmal jede zweite Woche oder öfter	Einmal im Monat oder seltener	Nie
Advocacy und Networking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entwicklung von Interventionen, Outreach- und Unterstützungsaktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfassung von Forschungs- und Community-Bedürfnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marketing, Werbung und Medienarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitoring, Auswertung und Berichterstattung über die Tätigkeit der Organisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fundraising	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Management	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalentwicklung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere, hier nicht aufgelistete Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

An welchen anderen präventionsbezogenen strategischen oder administrativen Aktivitäten sind Sie beteiligt?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION IM RAHMEN DER PRÄVENTION BESCHÄFTIGE ICH MICH MIT DEN FOLGENDEN STRATEGISCHEN UND ADMINISTRATIVEN TÄTIGKEITEN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF ANDERE, HIER NICHT AUFGELISTETE TÄTIGKEITEN=TÄGLICH ODER FAST TÄGLICH, ANDERE, HIER NICHT AUFGELISTETE TÄTIGKEITEN=EINMAL DIE WOCHE ODER ÖFTER, ANDERE, HIER NICHT AUFGELISTETE TÄTIGKEITEN=EINMAL JEDE ZWEITE WOCHE ODER ÖFTER, ANDERE, HIER NICHT AUFGELISTETE TÄTIGKEITEN=EINMAL IM MONAT ODER SELTENER

## [Orte der Prävention]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH ARBEITE IN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN OPTIONEN ANKREUZEN, AUCH WENN IHRE ARBEIT GERINGFÜGIG IST) IS ANY OF PRÄVENTION VON HIV, VIRUSHEPATITIS UND/ODER ANDEREN STI (EINSCHLIESSLICH, ABER NICHT BESCHRÄNKT AUF KONDOME, SAFER SEX, SCHUTZIMPFUNGEN, PREP, PEP, DROGENKONSUM, PSYCHISCHE GESUNDHEIT, USW.) AND ANSWER TO QUESTION AUF DEM GEBIET DER PRÄVENTION BIN ICH IN DEN FOLGENDEN BEREICHEN TÄTIG... (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN) IS ANY OF INFORMATIONSARBEIT, INTERVENTIONEN - Z.B. OUTREACH-TÄTIGKEITEN, STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTE, MANAGEMENT

Wenn Sie auf die Antworten im früheren Abschnitt zur **PRÄVENTIONSTÄTIGKEIT** denken...

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION AUF DEM GEBIET DER PRÄVENTION BIN ICH IN DEN FOLGENDEN BEREICHEN TÄTIG... (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN) IS ANY OF INFORMATIONSARBEIT, INTERVENTIONEN - Z.B. OUTREACH-TÄTIGKEITEN, WEITERVERWEISUNGEN IN DAS VERSORGUNGSSYSTEM, STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTE, MANAGEMENT

Wo bieten Sie diese **PRÄVENTIONSTÄTIGKEITEN** zu HIV, Virushepatitis und anderen STI für schwule, bisexuelle Männer und andere MSM an? (bitte alle zutreffenden Aussagen ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION AUF DEM GEBIET DER PRÄVENTION BIN ICH IN DEN FOLGENDEN BEREICHEN TÄTIG... (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN) IS ANY OF INFORMATIONSARBEIT, INTERVENTIONEN - Z.B. OUTREACH-TÄTIGKEITEN, WEITERVERWEISUNGEN IN DAS VERSORGUNGSSYSTEM, STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTE, MANAGEMENT

- Schwuler/schwulenfreundlicher Ort der Unterhaltung - z.B. Bar, Klub
- Einrichtung zur Unterstützung für die Community - z.B. Drop-in-Center, Heim
- Straßenarbeit - z.B. Cruising-Treffpunkte
- Staatliche/öffentlich-rechtliche Einrichtung - z.B. Schule, Gefängnis

- Private Einrichtung - z.B. zu Hause bei jemandem, Hotel
- Online oder per Post - z.B. Webseite, Handy-App, Postdienst
- Sonstiges
- Keine von diesen Einrichtungen

Welche schwulen/schwulenfreundlichen Orte der Unterhaltung? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE PRÄVENTIONSTÄTIGKEITEN ZU HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF SCHWULER/SCHWULENFREUNDLICHER ORT DER UNTERHALTUNG - Z.B. BAR, KLUB

- Café/Restaurant
- Bar/Kneipe/Klub/Party
- Sexkino
- Shops - z.B. Fetisch, Bücher, Video
- Sauna, Sexclub
- Männerbordell
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstigen schwulen/schwulenfreundlichen Orte der Unterhaltung?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE SCHWULEN/SCHWULENFREUNDLICHEN ORTE DER UNTERHALTUNG? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche Einrichtungen zur Unterstützung für die Community? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE PRÄVENTIONSTÄTIGKEITEN ZU HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF EINRICHTUNG ZUR UNTERSTÜTZUNG FÜR DIE COMMUNITY - Z.B. DROP-IN-CENTER, HEIM

- Drop-in-Center, Community-Center oder Community-Organisation
- Aufnahmezentrum für Migranten
- Heim/Zufluchtsort
- Suppenküche
- Sozialer Klub
- Pride-Veranstaltungen und Paraden
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstigen Unterstützungsorte für die Community?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE EINRICHTUNGEN ZUR UNTERSTÜTZUNG FÜR DIE COMMUNITY? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche Straßenarbeit? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE PRÄVENTIONSTÄTIGKEITEN ZU HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF STRASSENARBEIT - Z.B. CRUISING-TREFFPUNKTE

- Mobile Straßenarbeit - z.B. Bus
- Straßen, öffentliche Plätze
- Cruising-Treffpunkte
- Sportveranstaltungen
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstige Straßenarbeit?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE STRASSENARBEIT? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche staatlichen / öffentlich-rechtlichen Einrichtungen? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE PRÄVENTIONSTÄTIGKEITEN ZU HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF STAATLICHE/ÖFFENTLICH-RECHTLICHE EINRICHTUNG - Z.B. SCHULE, GEFÄNGNIS

- Schule
- Gefängnis
- Staatliche Sozialdienste
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstigen staatlichen/öffentlich-rechtlichen Einrichtungen?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE STAATLICHEN / ÖFFENTLICH-RECHTLICHEN EINRICHTUNGEN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche privaten Einrichtungen? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE PRÄVENTIONSTÄTIGKEITEN ZU HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF PRIVATE EINRICHTUNG - Z.B. ZU HAUSE BEI JEMANDEM, HOTEL

- Eigenheim/eigene Wohnung
- Pflegeheim
- Hotel
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstigen privaten Einrichtungen?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE PRIVATEN EINRICHTUNGEN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche online-Dienste, oder welche Dienste per Post? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE PRÄVENTIONSTÄTIGKEITEN ZU HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF ONLINE OR PER POST - Z.B. WEBSEITE, HANDY-APP, POSTDIENST

- Webseite oder online Chat
- Apps auf Handy
- Telefon-Hotline
- Soziale Medien
- Postdienst/Postversand - z.B. Versand von Kondomen, Testkits
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstigen online-Dienste, oder welche Dienste per Post?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE ONLINE-DIENSTE, ODER WELCHE DIENSTE PER POST? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

In welchen hier nicht aufgelisteten Zusammenhängen leisten Sie Präventionstätigkeiten?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE PRÄVENTIONSTÄTIGKEITEN ZU HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

## Testen von HIV, Virushepatitis und anderen STI

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH ARBEITE IN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN OPTIONEN ANKREUZEN, AUCH WENN IHRE ARBEIT GERINGFÜGIG IST) IS ANY OF SCREENING UND/ODER TESTEN AUF HIV, VIRUSHEPATITIS UND/ODER ANDERE STI (EINSCHLIESSLICH, ABER NICHT BESCHRÄNKT AUF DIE BEWERBUNG VON SCREENING/TESTEN, BERATUNG VOR UND NACH DEM TEST, DURCHFÜHREN DER TESTUNG USW.)

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit **TESTARBEIT UND/ODER SCREENING**, an der Sie sich **persönlich beteiligten** als Teil Ihrer Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsförderung von schwulen, bisexuellen Männern und anderen MSM, und zwar im Hinblick auf HIV, Virushepatitis und andere STI in den **letzten 12 Monaten**.

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH ARBEITE IN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN OPTIONEN ANKREUZEN, AUCH WENN IHRE ARBEIT GERINGFÜGIG IST) IS ANY OF SCREENING UND/ODER TESTEN AUF HIV, VIRUSHEPATITIS UND/ODER ANDERE STI (EINSCHLIESSLICH, ABER NICHT BESCHRÄNKT AUF DIE BEWERBUNG VON SCREENING/TESTEN, BERATUNG VOR UND NACH DEM TEST, DURCHFÜHREN DER TESTUNG USW.)

Ich bin mit den folgenden Tätigkeiten im Bereich des Testens und des Screening beschäftigt... (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH ARBEITE IN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN OPTIONEN ANKREUZEN, AUCH WENN IHRE ARBEIT GERINGFÜGIG IST) IS ANY OF SCREENING UND/ODER TESTEN AUF HIV, VIRUSHEPATITIS UND/ODER ANDERE STI (EINSCHLIESSLICH, ABER NICHT BESCHRÄNKT AUF DIE BEWERBUNG VON SCREENING/TESTEN, BERATUNG VOR UND NACH DEM TEST, DURCHFÜHREN DER TESTUNG USW.)

- Konsultation und Beratung
- Testen und/oder Screeningverfahren
- Weiterverweisung und Anbindung an das Gesundheitssystem
- Strategische und administrative Tätigkeiten - z.B. Berichterstattung, Management
- Ich arbeite nicht im Bereich Testen und/oder Screening

Im Bereich Testen und/oder Screening bin ich mit den folgenden **Konsultations- und Beratungstätigkeiten** beschäftigt... (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DES TESTENS UND DES SCREENING BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF KONSULTATION UND BERATUNG

	Täglich oder fast täglich	Einmal die Woche oder öfter	Einmal jede zweite Woche oder öfter	Einmal im Monat oder seltener	Nie
Ich biete Konsultationen, Informationen und Beratung im Bereich Testen und Screening für HIV / Hepatitis und STI an - z.B. Bedeutung des regelmäßigen Testens, Kenntnis über Status	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich biete Konsultationen, Informationen und Beratung über Therapietreue bei medikamentöser Behandlung an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich biete Beratung über HIV / Hepatitis / STI vor oder nach dem Testen an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich führe die folgenden **Test- und/oder Screeningverfahren** durch... (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DES TESTENS UND DES SCREENING BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF TESTEN UND/ODER SCREENINGVERFAHREN

	Täglich oder fast täglich	Einmal die Woche oder öfter	Einmal jede zweite Woche oder öfter	Einmal im Monat oder seltener	Nie
Ich führe HIV-Tests und/oder HIV-Screening durch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich führe Tests und/oder Screening für Virushepatitis durch (B und/oder C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich führe Tests und/oder Screening für andere STI durch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Proben verwenden Sie, um Testen und/oder Screening für HIV, Virushepatitis und andere STI durchzuführen? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DES TESTENS UND DES SCREENING BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF TESTEN UND/ODER SCREENINGVERFAHREN

	Ich entnehme die Probe und teste sie gleich (Schnelltest)	Ich entnehme die Probe und schicke sie zur Untersuchung in ein Labor	Ich biete Selbsttests für Männer an, damit sie sich testen können	Ich führe keine Tests und/oder kein Screening durch
Blutprobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich (urethral, rektal, Mund, Hals)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinprobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich **verweise schwule, bisexuelle Männern und andere MSM** an folgende Gesundheitseinrichtungen zum Testen und Screenen... (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DES TESTENS UND DES SCREENING BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF WEITERVERWEISUNG UND ANBINDUNG AN DAS GESUNDHEITSSYSTEM

- Krankenhaus, Arztpraxis oder Hausarzt, oder sonstige Gesundheitsfachkräfte
- Einrichtungen der Selbsthilfe oder communitynahe Gesundheits- oder Sozialdienste
- Sonstige Dienste oder Unterstützung
- Ich überweise keine Leute zum Testen und/oder Screening

Im Bereich Testen und/oder Screening beschäftige ich mich mit den folgenden **strategischen und administrativen Tätigkeiten**... (bitte alle zutreffenden Aussagen ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DES TESTENS UND DES SCREENING BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTERSTATTUNG, MANAGEMENT

	Täglich oder fast täglich	Einmal die Woche oder öfter	Einmal jede zweite Woche oder öfter	Einmal im Monat oder seltener	Nie
Advocacy und Networking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entwicklung von Interventionen, Outreach- und Unterstützungsaktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfassung von Forschungs- und Community-Bedürfnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marketing, Werbung und Medienarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitoring, Auswertung und Berichterstattung über die Tätigkeit der Organisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fundraising	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Management	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalentwicklung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

An welchen sonstigen strategischen oder administrativen Tätigkeiten sind Sie im Bereich Testen und/oder Screening beteiligt?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION IM BEREICH TESTEN UND/ODER SCREENING BESCHÄFTIGE ICH MICH MIT DEN FOLGENDEN STRATEGISCHEN UND ADMINISTRATIVEN TÄTIGKEITEN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES=TÄGLICH ODER FAST TÄGLICH, SONSTIGES=EINMAL DIE WOCHE ODER ÖFTER, SONSTIGES=EINMAL JEDE ZWEITE WOCHE ODER ÖFTER, SONSTIGES=EINMAL IM MONAT ODER SELTENER

## [Orte an denen Testen und/oder Screening angeboten wird]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH ARBEITE IN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN OPTIONEN ANKREUZEN, AUCH WENN IHRE ARBEIT GERINGFÜGIG IST) IS ANY OF SCREENING UND/ODER TESTEN AUF HIV, VIRUSHEPATITIS UND/ODER ANDERE STI (EINSCHLIESSLICH, ABER NICHT BESCHRÄNKT AUF DIE BEWERBUNG VON SCREENING/TESTEN, BERATUNG VOR UND NACH DEM TEST, DURCHFÜHREN DER TESTUNG USW.) AND ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DES TESTENS UND DES SCREENING BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF KONSULTATION UND BERATUNG, TESTEN UND/ODER SCREENINGVERFAHREN, STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTERSTATTUNG, MANAGEMENT

Wenn Sie an die Antworten im früheren Abschnitt zum **TESTEN UND/ODER SCREENING** denken...

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DES TESTENS UND DES SCREENING BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF KONSULTATION UND BERATUNG, TESTEN UND/ODER SCREENINGVERFAHREN, WEITERVERWEISUNG UND ANBINDUNG AN DAS GESUNDHEITSSYSTEM, STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTERSTATTUNG, MANAGEMENT

Wo bieten Sie diese **TEST- UND SCREENINGMÖGLICHKEITEN** im Bereich HIV, Virushepatitis und andere STI für schwule, bisexuelle Männer und andere MSM an? (bitte alle zutreffenden Aussagen ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DES TESTENS UND DES SCREENING BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF KONSULTATION UND BERATUNG, TESTEN UND/ODER SCREENINGVERFAHREN, WEITERVERWEISUNG UND ANBINDUNG AN DAS GESUNDHEITSSYSTEM, STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTERSTATTUNG, MANAGEMENT

- Schwuler/schwulenfreundlicher Ort der Unterhaltung - z.B. Bar, Klub, Sauna

- Einrichtung zur Unterstützung der Community - z.B. Checkpoint, Drop-in-Center, Heim
- Straßenarbeit - z.B. Cruising-Treffpunkte
- Staatliche/öffentlich-rechtliche Einrichtung - z.B. Schule, Gefängnis
- Private Einrichtung - z.B. zu Hause bei jemandem, Hotel
- Online oder per Post - z.B. Webseite, Handy-App, Postdienst
- Sonstiges
- Keine von diesen Einrichtungen

Welche schwulen/schwulenfreundlichen Orte der Unterhaltung? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE TEST- UND SCREENINGMÖGLICHKEITEN IM BEREICH HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDERE STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF SCHWULER/SCHWULENFREUNDLICHER ORT DER UNTERHALTUNG - Z.B. BAR, KLUB, SAUNA

- Café/Restaurant
- Bar/Kneipe/Klub/Party
- Sexkino
- Shops - z.B. Fetisch, Bücher, Video
- Sauna, Sexclub
- Männerbordell
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstigen schwulen/schwulenfreundlichen Orte der Unterhaltung?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE SCHWULEN/SCHWULENFREUNDLICHEN ORTE DER UNTERHALTUNG? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche Einrichtungen zur Unterstützung der Community? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE TEST- UND SCREENINGMÖGLICHKEITEN IM BEREICH HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDERE STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF EINRICHTUNG ZUR UNTERSTÜTZUNG DER COMMUNITY - Z.B. CHECKPOINT, DROP-IN-CENTER, HEIM

- Checkpoint, Drop-in-Center, Community-Center oder Community-Organisation
- Aufnahmезentrum für Migranten
- Heim/Zufluchtsort
- Suppenküche
- Sozialer Klub
- Pride-Veranstaltungen und Paraden
- Sonstiges
- Keine dieser Einrichtungen

Welche sonstigen Einrichtungen zur Unterstützung der Community?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE EINRICHTUNGEN ZUR UNTERSTÜTZUNG DER COMMUNITY? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche Straßenarbeit? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE TEST- UND SCREENINGMÖGLICHKEITEN IM BEREICH HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDERE STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF STRASSENARBEIT - Z.B. CRUISING-TREFFPUNKTE

- Mobile Straßenarbeit - z.B. Bus
- Straßen, öffentliche Plätze
- Cruising-Treffpunkte
- Sportveranstaltungen
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstige Straßenarbeit?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE STRASSENARBEIT? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche staatlichen / öffentlich-rechtlichen Einrichtungen? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE TEST- UND SCREENINGMÖGLICHKEITEN IM BEREICH HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDERE STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF STAATLICHE/ÖFFENTLICH-RECHTLICHE EINRICHTUNG - Z.B. SCHULE, GEFÄNGNIS

- Schule
- Gefängnis
- Staatliche Sozialdienste
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstigen staatlichen/öffentlich-rechtlichen Einrichtungen?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE STAATLICHEN / ÖFFENTLICH-RECHTLICHEN EINRICHTUNGEN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche privaten Einrichtungen? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE TEST- UND SCREENINGMÖGLICHKEITEN IM BEREICH HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDERE STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF PRIVATE EINRICHTUNG - Z.B. ZU HAUSE BEI JEMANDEM, HOTEL

- Eigenheim/eigene Wohnung
- Pflegeheim
- Hotel

- Sonstiges  
 Keine von diesen

Welche sonstigen privaten Einrichtungen?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE PRIVATEN EINRICHTUNGEN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche online-Dienste, oder welche Dienste über Post? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE TEST- UND SCREENINGMÖGLICHKEITEN IM BEREICH HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDERE STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF ONLINE ODER PER POST - Z.B. WEBSEITE, HANDY-APP, POSTDIENST

- Webseite oder online Chat  
 Apps auf Handy  
 Telefon-Hotline  
 Soziale Medien  
 Postdienst/Postversand - z.B. Versand von Kondomen, Testkits  
 Sonstiges  
 Keine von diesen

Welche sonstigen online-Dienste, oder welche Dienste über Post?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE ONLINE-DIENSTE, ODER WELCHE DIENSTE ÜBER POST? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Gibt es andere, hier nicht aufgelistete Zusammenhänge, in denen Sie Test- oder Screeningarbeit leisten?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE TEST- UND SCREENINGMÖGLICHKEITEN IM BEREICH HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDERE STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES, KEINE VON DIESEN EINRICHTUNGEN

## Behandlung und/oder Unterstützung bei HIV, Virushepatitis und anderen STI

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH ARBEITE IN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN OPTIONEN ANKREUZEN, AUCH WENN IHRE ARBEIT GERINGFÜGIG IST) IS ANY OF BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG BEI HIV, VIRUSHEPATITIS UND/ODER ANDEREN STI (EINSCHLISSLICH, ABER NICHT BESCHRÄNKT AUF HIV/AIDS-BEHANDLUNG, BEHANDLUNG VON VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI, UNTERSTÜTZUNG DER THERAPIETREUE, WEITERVERWEISUNG AN ANDERE GESUNDHEITSDIENSTE USW.)

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit **BEHANDLUNGS- UND/ODER SUPPORTAKTIVITÄTEN**, an denen Sie sich **persönlich beteiligten** als Teil Ihrer Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsförderung von schwulen, bisexuellen Männern und anderen MSM, und zwar im Hinblick auf HIV, Virushepatitis und andere STI in den **letzten 12 Monaten**.

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH ARBEITE IN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN OPTIONEN ANKREUZEN, AUCH WENN IHRE ARBEIT GERINGFÜGIG IST) IS ANY OF BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG BEI HIV, VIRUSHEPATITIS UND/ODER ANDEREN STI (EINSCHLISSLICH, ABER NICHT BESCHRÄNKT AUF HIV/AIDS-BEHANDLUNG, BEHANDLUNG VON VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI, UNTERSTÜTZUNG DER THERAPIETREUE, WEITERVERWEISUNG AN ANDERE GESUNDHEITSDIENSTE USW.)

Ich bin mit den folgenden Tätigkeiten im Bereich der Behandlung und/oder Support beschäftigt... (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH ARBEITE IN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN OPTIONEN ANKREUZEN, AUCH WENN IHRE ARBEIT GERINGFÜGIG IST) IS ANY OF BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG BEI HIV, VIRUSHEPATITIS UND/ODER ANDEREN STI (EINSCHLISSLICH, ABER NICHT BESCHRÄNKT AUF HIV/AIDS-BEHANDLUNG, BEHANDLUNG VON VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI, UNTERSTÜTZUNG DER THERAPIETREUE, WEITERVERWEISUNG AN ANDERE GESUNDHEITSDIENSTE USW.)

- Ich biete Informationen an  
 Interventionen - z.B. Unterstützung der Therapietreue  
 Weiterverweisung und Anbindung an Gesundheitsdienste  
 Strategische und administrative Tätigkeiten - z.B. Berichte, Management  
 Ich arbeite nicht in der Behandlung und/oder Support

Ich **biete Informationen** über die folgenden Themen an... (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DER BEHANDLUNG UND/ODER SUPPORT BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF ICH BIETE INFORMATIONEN AN

- Behandlung von HIV/AIDS  
 Behandlung von Virushepatitis  
 Behandlung von anderen STI  
 Beratung und Unterstützung psychischer Gesundheit

Ich biete Informationen über die folgenden HIV/AIDS-Behandlungen an (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIETE INFORMATIONEN ÜBER DIE FOLGENDEN THEMEN AN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF BEHANDLUNG VON HIV/AIDS

- Einzelne antiretrovirale Medikamente (ARV)  
 Kombinationen von antiretroviralen Medikamenten (ARV)  
 Sonstiges  
 Keine von diesen Therapieformen

Ich biete Informationen über die folgenden Behandlungen gegen Virushepatitis an (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIETE INFORMATIONEN ÜBER DIE FOLGENDEN THEMEN AN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF BEHANDLUNG VON VIRUSHEPATITIS

- Hepatitis A/B Impfungen  
 Pegyliertes Interferon  
 Kombinationstherapie gegen Hepatitis C / DAA  
 Schmerzmittel - z.B. Ibuprofen, Paracetamol  
 Sonstiges  
 Keine von diesen Therapieformen

Ich biete Informationen über die folgenden Behandlungen gegen sonstige STI an (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIETE INFORMATIONEN ÜBER DIE FOLGENDEN THEMEN AN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF BEHANDLUNG VON ANDEREN STI

- Antibiotika
- Antivirale Medikamente
- Lokal anwendbare Salben
- Schmerzmittel - z.B. Ibuprofen, Paracetamol
- Sonstiges
- Keine von diesen Behandlungen

Im Rahmen der Behandlung und/oder Unterstützung beschäftige ich mich mit folgenden **Interventionen**... (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DER BEHANDLUNG UND/ODER SUPPORT BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF INTERVENTIONEN - Z.B. UNTERSTÜTZUNG DER THERAPIETREUE

- Unterstützung eines Zeitplans für Therapie/Behandlung mit Medikamenten
- Unterstützung von Klienten, damit sie ihre Therapie richtig und regelmäßig einnehmen
- Begleitung von Klienten, wenn sie ihre Therapie/Medikamente abholen
- Hilfeleistung bei der Besorgung von Therapie/Medikamenten
- Sonstiges

An welchen anderen Interventionsaktivitäten sind Sie beteiligt, die hier nicht aufgelistet sind?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION IM RAHMEN DER BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG BESCHÄFTIGE ICH MICH MIT FOLGENDEN INTERVENTIONEN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Ich **überweise** schwule, bisexuelle Männer und andere MSM zur Behandlung und/oder zum Support an ... (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DER BEHANDLUNG UND/ODER SUPPORT BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF WEITERVERWEISUNG UND ANBINDUNG AN GESUNDHEITSDIENSTE

- Krankenhaus, Arztpraxis oder Hausarzt, oder sonstige Gesundheitsfachkräfte
- Einrichtungen der Selbsthilfe oder communitynahe Gesundheits- oder Sozialdienste
- Sonstige Dienste oder Unterstützung
- Ich überweise keine Leute zur Behandlung und/oder zum Support

Im Bereich der Behandlung und/oder Unterstützung beschäftige ich mich mit folgenden **strategischen und administrativen Tätigkeiten**... (bitte alle zutreffenden Aussagen ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DER BEHANDLUNG UND/ODER SUPPORT BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTE, MANAGEMENT

	Täglich oder fast täglich	Einmal die Woche oder öfter	Einmal jede zweite Woche oder öfter	Einmal im Monat oder seltener	Nie
Advocacy und Networking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entwicklung von Interventionen, Outreach- und Unterstützungsaktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfassung von Forschungs- und Community-Bedürfnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marketing, Werbung und Medienarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitoring, Auswertung und Berichterstattung über die Tätigkeit der Organisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalentwicklung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

An welchen sonstigen strategischen oder administrativen Tätigkeiten im Bereich der Behandlung und/oder Unterstützung sind Sie beteiligt?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION IM BEREICH DER BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG BESCHÄFTIGE ICH MICH MIT FOLGENDEN STRATEGISCHEN UND ADMINISTRATIVEN TÄTIGKEITEN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES=TÄGLICH ODER FAST TÄGLICH, SONSTIGES=EINMAL DIE WOCHE ODER ÖFTER, SONSTIGES=EINMAL JEDE ZWEITE WOCHE ODER ÖFTER, SONSTIGES=EINMAL IM MONAT ODER SELTENER

## [Orte an denen Behandlung und Unterstützung angeboten werden]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ICH ARBEITE IN... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN OPTIONEN ANKREUZEN, AUCH WENN IHRE ARBEIT GERINGFÜGIG IST) IS ANY OF BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG BEI HIV, VIRUSHEPATITIS UND/ODER ANDEREN STI (EINSCHLIESSLICH, ABER NICHT BESCHRÄNKT AUF HIV/AIDS-BEHANDLUNG, BEHANDLUNG VON VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI, UNTERSTÜTZUNG DER THERAPIETREUE, WEITERVERWEISUNG AN ANDERE GESUNDHEITSDIENSTE USW.) AND ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DER BEHANDLUNG UND/ODER SUPPORT BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF ICH BIETE INFORMATIONEN AN, INTERVENTIONEN - Z.B. UNTERSTÜTZUNG DER THERAPIETREUE, STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTE, MANAGEMENT

Wenn Sie an die Antworten im früheren Abschnitt zur **BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG** denken...

Wo bieten Sie diese **MÖGLICHKEITEN DER BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG** im Gebiet von HIV, Virushepatitis und anderen STI für schwule, bisexuelle Männer und andere MSM an? (bitte alle zutreffenden Aussagen ankreuzen)

- Schwuler/schwulenfreundlicher Ort der Unterhaltung - z.B. Bar, Klub, Sauna
- Einrichtung zur Unterstützung der Community - z.B. Checkpoint, Drop-in-Zenter, Heim
- Straßenarbeit - z.B. Cruising-Treffpunkte
- Staatliche/öffentlich-rechtliche Einrichtungen - z.B. Schule, Gefängnis



- Private Einrichtungen - z.B. zu Hause bei jemandem, Hotel
- Online oder per Post - z.B. Webseite, Handy-App, Postdienst
- Sonstiges
- Keine von diesen Einrichtungen

Welche schwulen/schwulenfreundlichen Orte der Unterhaltung? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE MÖGLICHKEITEN DER BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG IM GEBIET VON HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF SCHWULER/SCHWULENFREUNDLICHER ORT DER UNTERHALTUNG - Z.B. BAR, KLUB, SAUNA

- Café/Restaurant
- Bar/Kneipe/Klub/Party
- Sexkino
- Shops - z.B. Fetisch, Bücher, Video
- Sauna, Sexclub
- Männerbordell
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstigen schwulen/schwulenfreundlichen Orte der Unterhaltung?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE SCHWULEN/SCHWULENFREUNDLICHEN ORTE DER UNTERHALTUNG? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche Einrichtungen zur Unterstützung der Community? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE MÖGLICHKEITEN DER BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG IM GEBIET VON HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF EINRICHTUNG ZUR UNTERSTÜTZUNG DER COMMUNITY - Z.B. CHECKPOINT, DROP-IN-ZENTER, HEIM

- Checkpoint, Drop-in-Center, Community-Center oder Community-Organisation
- Aufnahmезentrum für Migranten
- Heim/Zufluchtsort
- Suppenküche
- Sozialer Klub
- Pride-Veranstaltungen und Paraden
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstigen Community-nahen Einrichtungen?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE EINRICHTUNGEN ZUR UNTERSTÜTZUNG DER COMMUNITY? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche Straßenarbeit? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE MÖGLICHKEITEN DER BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG IM GEBIET VON HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF STRASSENARBEIT - Z.B. CRUISING-TREFFPUNKTE

- Mobile Straßenarbeit - z.B. Bus
- Straßen, öffentliche Plätze
- Cruising-Treffpunkte
- Sportveranstaltungen
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstige Straßenarbeit?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE STRASSENARBEIT? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche staatlichen / öffentlich-rechtlichen Einrichtungen? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE MÖGLICHKEITEN DER BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG IM GEBIET VON HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF STAATLICHE/ÖFFENTLICH-RECHTLICHE EINRICHTUNGEN - Z.B. SCHULE, GEFÄNGNIS

- Schule
- Gefängnis
- Staatliche Sozialdienste
- Sonstige
- Keine von diesen

Welche sonstigen staatlichen / öffentlich-rechtlichen Einrichtungen?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE STAATLICHEN / ÖFFENTLICH-RECHTLICHEN EINRICHTUNGEN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGE

Welche privaten Einrichtungen? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE MÖGLICHKEITEN DER BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG IM GEBIET VON HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF PRIVATE EINRICHTUNGEN - Z.B. ZU HAUSE BEI JEMANDEM, HOTEL



- Eigenheim/eigene Wohnung
- Pflegeheim
- Hotel
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstigen privaten Einrichtungen?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE PRIVATEN EINRICHTUNGEN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Welche online-Dienste, oder welche Dienste über Post? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE MÖGLICHKEITEN DER BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG IM GEBIET VON HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF ONLINE ODER PER POST - Z.B. WEBSEITE, HANDY-APP, POSTDIENST

- Webseite oder online Chat
- Apps auf Handy
- Telefon-Hotline
- Soziale Medien
- Postdienst/Postversand - z.B. Versand von Kondomen, Testkits
- Sonstiges
- Keine von diesen

Welche sonstigen online-Dienste, oder welche Dienste über Post?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE ONLINE-DIENSTE, ODER WELCHE DIENSTE ÜBER POST? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Gibt es andere, hier nicht aufgelistete Zusammenhänge, in denen Sie Behandlungs- und/oder Supporttätigkeiten leisten?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WO BIETEN SIE DIESE MÖGLICHKEITEN DER BEHANDLUNG UND/ODER UNTERSTÜTZUNG IM GEBIET VON HIV, VIRUSHEPATITIS UND ANDEREN STI FÜR SCHWULE, BISEXUELLE MÄNNER UND ANDERE MSM AN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN AUSSAGEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES, KEINE VON DIESEN EINRICHTUNGEN

## Wieviel Zeit verbringen Sie mit CHW-Aktivitäten?

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION AUF DEM GEBIET DER PRÄVENTION BIN ICH IN DEN FOLGENDEN BEREICHEN TÄTIG... (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN) IS ANY OF INFORMATIONSARBEIT, INTERVENTIONEN - Z.B. OUTREACH-TÄTIGKEITEN, WEITERVERWEISUNGEN IN DAS VERSORGUNGSSYSTEM, STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTE, MANAGEMENT OR ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DES TESTENS UND DES SCREENING BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF KONSULTATION UND BERATUNG, TESTEN UND/ODER SCREENINGVERFAHREN, WEITERVERWEISUNG UND ANBINDUNG AN DAS GESUNDHEITSSYSTEM, STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTERSTATTUNG, MANAGEMENT OR ANSWER TO QUESTION ICH BIN MIT DEN FOLGENDEN TÄTIGKEITEN IM BEREICH DER BEHANDLUNG UND/ODER SUPPORT BESCHÄFTIGT... (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF ICH BIETE INFORMATIONEN AN, INTERVENTIONEN - Z.B. UNTERSTÜTZUNG DER THERAPIETREUE, WEITERVERWEISUNG UND ANBINDUNG AN GESUNDHEITSDIENSTE, STRATEGISCHE UND ADMINISTRATIVE TÄTIGKEITEN - Z.B. BERICHTE, MANAGEMENT

Denken Sie jetzt an all die verschiedenen Aktivitäten, die Sie als CHW ausüben, und wieviel Zeit Sie jeweils mit diesen Aktivitäten verbringen.

Wieviel Zeit haben Sie im Rahmen Ihrer CHW-Arbeit in den letzten 12 Monaten ungefähr mit den folgenden Aktivitäten verbracht?

**Note:** Die Zahlen sollten 100% ergeben, aber es muss nicht unbedingt perfekt sein.

**Prävention** von HIV, Virushepatitis und/oder anderen STI

**Testen und Screening** von HIV, Virushepatitis und/oder anderen STI

**Behandlung und/oder Support** bei HIV, Virushepatitis und/oder anderen STI

100

## ABSCHNITT 4: Mit wem arbeiten Sie? (Klienten)

Dieser Abschnitt befragt Sie zu den Menschen mit denen Sie arbeiten, und wie Ihr Verhältnis zu ihnen ist. Wenn Sie zur Zeit keine Rolle als CHW einnehmen, antworten Sie bitte auf Grundlage Ihrer letzten CHW-Rolle aus den letzten 12 Monaten.

Mit welchen drei Gruppen arbeiten Sie **am häufigsten** im Rahmen Ihrer CHW-Arbeit? (bitte maximal drei ankreuzen)

MAXIMUM OF 3 ANSWERS CAN BE SELECTED

- Schwule, bisexuelle Männer und andere MSM
- Lesbische und bisexuelle Frauen und andere Frauen, sie Sex mit Frauen haben (WSW)
- Trans\* Personen
- Jugendliche
- Studenten
- Ethnische Minderheiten
- Religiöse oder Glaubensgruppen und Personen
- Menschen mit Behinderung oder Lernschwierigkeiten
- Migranten
- Sexarbeiter
- Obdachlose
- Menschen mit HIV/AIDS

- Drogenbenutzer (intravenös oder sonstige)
- Allgemeine Bevölkerung, aber auch schwule, bisexuelle Männer und andere MSM
- Straftäter/Gefängnisse/Probezeit
- Ältere Personen
- Eltern, Kinder und Familien

Mit welcher Altersgruppe arbeiten Sie **am häufigsten**, wenn Sie jetzt **zur** an Ihre Arbeit mit schwulen, bisexuellen Männern und anderen MSM, und an die Unterstützung im Bereich der sexuellen Gesundheit in Sachen HIV, Virushepatitis und anderen STI denken?

- Meistens mit Menschen, die jünger als 25 sind
- Meistens mit Menschen, die älter als 25 sind
- Beides

Mit ungefähr wieviel schwulen, bisexuellen Männern und anderen MSM arbeiten Sie direkt zusammen in einer üblichen 7-Tage-Periode, wenn Sie Support im Bereich der sexuellen Gesundheit in Sachen HIV, Virushepatitis und anderen STI anbieten?

- Maximal 5 Personen
- 6 bis 9 Personen
- 10 bis 49 Personen
- 50 bis 249 Personen
- 250 Personen oder mehr
- Ich weiss nicht

Was denken Sie, in welchem Ausmaß 'vertrauen' schwule, bisexuelle Männer und andere MSM der CHW-Unterstützung, die **Sie** leisten; in welchem Ausmaß haben sie Vertrauen zu Ihnen?

- Gar nicht
- Kaum
- Etwas
- Sehr
- Ich weiss es nicht

Was denken Sie, in welchem Ausmaß 'vertrauen' schwule, bisexuelle Männer und andere MSM **Ihrer CHW-Organisation**, in welchem Ausmaß haben sie Vertrauen zu Ihrer Organisation?

- Gar nicht
- Kaum
- Etwas
- Sehr
- Ich weiss es nicht

## ABSCHNITT 5: Hindernisse für die Ausübung von CHW-Tätigkeiten

Wir bitten Sie, in diesem Abschnitt die Punkte zu beschreiben, die Ihre Rolle als CHW bestimmen. Unter anderem fragen wir auch, wie Dinge verbessert werden könnten. Wenn Sie zur Zeit keine Rolle als CHW einnehmen, antworten Sie bitte auf Grundlage Ihrer letzten CHW-Rolle aus den letzten 12 Monaten.

Denken Sie an all die Tätigkeiten, die Sie als CHW ausüben. Kreuzen Sie bitte die **für Sie individuell wichtigsten Dinge** an, die Ihre Tätigkeit behindern. (chwIssues\_individual)

- Ich habe nicht genügend Zeit, um als CHW (auch freiwillig) zu arbeiten
- Ich arbeite (auch freiwillig) zu unmöglichen Uhrzeiten, oder zu lange als CHW
- Mir fehlt es an Wissen
- Ich habe persönliche Bedenken oder Ängste was meine Arbeit als CHW betrifft
- Ich komme nicht aus der Community von schwulen/bisexuellen Männern oder MSM
- Mein Gehalt ist niedrig / ich bekomme kein Gehalt
- Keine von diesen

Kreuzen Sie bitte die **wichtigsten Probleme für Ihre Organisation** an, die Ihre Tätigkeit behindern. (chwIssues\_organisation)

- Mangel an Finanzierung / Ressourcen
- Mangel an Platz für die Aktivitäten der Organisation
- Es fehlt an klaren Zielen oder Zielsetzungen
- Begrenzter oder kein Zugang zum Training
- Unstimmigkeiten innerhalb der Organisation
- Schlechte Koordination der Aktivitäten
- Schlechte Kommunikation innerhalb der Organisation
- Mangel an geeigneter Supervision
- Mangel an CHW/Kollegen/Angestellten
- Begrenzte oder unzugängliche Gesundheitsdienste (Ärzte, Krankenschwestern, Kliniken)
- Schlechte Zusammenarbeit mit Gesundheitsdiensten (Ärzte, Krankenschwestern, Kliniken)
- Probleme mit Vertraulichkeit und Anonymität
- Geringe Kenntnis der Sexualität / LGBT-Fragen im Gesundheitswesen
- Keine von diesen

Kreuzen Sie bitte die **wichtigsten Probleme für die Community vor Ort** an, die Ihre Tätigkeit behindern. (chwIssues\_communities)

- Kein Interesse von schwulen/bisexuellen Männern und anderen MSM
- Keine Unterstützung durch schwule/bisexuelle Geschäfte und Orte der Unterhaltung
- Keine von diesen

Kreuzen Sie bitte die wichtigsten Probleme für die **Gesellschaft allgemein** an, die Ihre Tätigkeit hindern. (chwIssues\_society)

- Mangel an Fördermitteln für CHW-Organisationen
- Gesetzliche Einschränkungen / Vorschriften

- Mangel an oder unzureichende nationale HIV-Strategie
- Stigma um Homosexualität und Bisexualität
- Stigma um HIV / AIDS
- Stigma um Hepatitis
- Stigma um STI
- Keine von diesen

## ABSCHNITT 5 (Fortsetzung):

Von den ausgewählten Problemen, welche stellen für Sie die wichtigsten Hindernisse dar? (maximal **drei** ankreuzen) (chwIssues\_consolidated)  
 QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION DENKEN SIE AN ALL DIE TÄTIGKEITEN, DIE SIE ALS CHW AUSÜBEN. KREUZEN SIE BITTE DIE FÜR SIE INDIVIDUELL WICHTIGSTEN DINGE AN, DIE IHRE TÄTIGKEIT BEHINDERN. IS ANY OF ICH HABE NICHT GENÜGEND ZEIT, UM ALS CHW (AUCH FREIWILLIG) ZU ARBEITEN, ICH ARBEITE (AUCH FREIWILLIG) ZU UNMÖGLICHEN UHRZEITEN, ODER ZU LANGE ALS CHW, MIR FEHLT ES AN WISSEN, ICH HABE PERSÖNLICHE BEDENKEN ODER ÄNGSTE WAS MEINE ARBEIT ALS CHW BETRIFFT, ICH KOMME NICHT AUS DER COMMUNITY VON SCHWULEN/BISEXUELLEN MÄNNERN ODER MSM, MEIN GEHALT IST NIEDRIG / ICH BEKOMME KEIN GEHALT OR ANSWER TO QUESTION KREUZEN SIE BITTE DIE WICHTIGSTEN PROBLEME FÜR IHRE ORGANISATION AN, DIE IHRE TÄTIGKEIT BEHINDERN. IS ANY OF MANGEL AN FINANZIERUNG / RESSOURCEN, MANGEL AN PLATZ FÜR DIE AKTIVITÄTEN DER ORGANISATION, ES FEHLT AN KLAREN ZIELEN ODER ZIELSETZUNGEN, BEGRENZTER ODER KEIN ZUGANG ZUM TRAINING, UNSTIMMIGKEITEN INNERHALB DER ORGANISATION, SCHLECHTE KOORDINATION DER AKTIVITÄTEN, SCHLECHTE KOMMUNIKATION INNERHALB DER ORGANISATION, MANGEL AN GEEIGNETER SUPERVISION, MANGEL AN CHW/KOLLEGEN/ANGESTELLTEN, BEGRENZTE ODER UNZUGÄNGLICHE GESUNDHEITSDIENSTE (ÄRZTE, KRANKENSCHWESTERN, KLINIKEN), SCHLECHTE ZUSAMMENARBEIT MIT GESUNDHEITSDIENSTEN (ÄRZTE, KRANKENSCHWESTERN, KLINIKEN), PROBLEME MIT VERTRAULICHKEIT UND ANONYMITÄT, GERINGE KENNTNIS DER SEXUALITÄT / LGBT-FRAGEN IM GESUNDHEITSWESEN OR ANSWER TO QUESTION KREUZEN SIE BITTE DIE WICHTIGSTEN PROBLEME FÜR DIE COMMUNITY VOR ORT AN, DIE IHRE TÄTIGKEIT BEHINDERN. IS ANY OF KEIN INTERESSE VON SCHWULEN/BISEXUELLEN MÄNNERN UND ANDEREN MSM, KEINE UNTERSTÜTZUNG DURCH SCHWULE/BISEXUELLE GESCHÄFTE UND ORTE DER UNTERHALTUNG OR ANSWER TO QUESTION KREUZEN SIE BITTE DIE WICHTIGSTEN PROBLEME FÜR DIE GESELLSCHAFT ALLGEMEIN AN, DIE IHRE TÄTIGKEIT HINDERN. IS ANY OF MANGEL AN FÖRDERMITTELN FÜR CHW-ORGANISATIONEN, GESETZLICHE EINSCHRÄNKUNGEN / VORSCHRIFTEN, MANGEL AN ODER UNZUREICHENDE NATIONALE HIV-STRATEGIE, STIGMA UM HOMOSEXUALITÄT UND BISEXUALITÄT, STIGMA UM HIV / AIDS, STIGMA UM HEPATITIS, STIGMA UM STI  
 MAXIMUM OF 3 ANSWERS CAN BE SELECTED

- Ich habe nicht genügend Zeit, um als CHW (auch freiwillig) zu arbeiten
- Ich arbeite (auch freiwillig) zu unmöglichen Uhrzeiten, oder zu lange als CHW
- Mir fehlt es an Wissen
- Ich habe persönliche Bedenken oder Ängste was meine Arbeit als CHW betrifft
- Ich komme nicht aus der Community von schwulen/bisexuellen Männern oder MSM
- Mein Gehalt ist niedrig / ich bekomme kein Gehalt
- Mangel an Finanzierung / Ressourcen
- Mangel an Platz für die Aktivitäten der Organisation
- Es fehlt an klaren Zielen oder Zielsetzungen
- Begrenzter oder kein Zugang zum Training
- Unstimmigkeiten innerhalb der Organisation
- Schlechte Koordination der Aktivitäten
- Schlechte Kommunikation innerhalb der Organisation
- Mangel an geeigneter Supervision
- Mangel an CHW/Kollegen/Angestellten
- Begrenzte oder unzugängliche Gesundheitsdienste (Ärzte, Krankenschwestern, Kliniken)
- Schlechte Zusammenarbeit mit Gesundheitsdiensten (Ärzte, Krankenschwestern, Kliniken)
- Probleme mit Vertraulichkeit und Anonymität
- Geringe Kenntnisse der Sexualität / LGBT-Fragen im Gesundheitswesen
- Kein Interesse von schwulen/bisexuellen Männern und anderen MSM
- Keine Unterstützung durch schwule/bisexuelle Geschäfte und Orte der Unterhaltung
- Mangel an Fördermitteln für CHW-Organisationen
- Gesetzliche Einschränkungen / Vorschriften
- Mangel an oder schlechte nationale HIV-Strategie
- Stigma um Homosexualität und Bisexualität
- Stigma um HIV / AIDS
- Stigma um Hepatitis
- Stigma um STI

Beschreiben Sie mit eigenen Worten, welche **drei Dinge** Ihre CHW-Arbeit in den nächsten 12 Monaten effektiver machen könnten.

Erste Sache:

Zweite Sache:

Dritte Sache:

## ABSCHNITT 6: Anwerbung als CHW

Dieser Abschnitt fragt, wie Sie rekrutiert wurden, um ein CHW zu werden. Bitte denken Sie zurück an die Zeit, als Sie als CHW begannen oder sich mit Aktivitäten beschäftigten, die schwule, bisexuelle Männer und andere MSM unterstützen.

Warum haben Sie angefangen als CHW (ehrenamtlich oder bezahlt) zu arbeiten? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

- Ich wollte schwule, bisexuelle Männer und andere MSM unterstützen
- Ich wollte Menschen mit HIV / AIDS, Virushepatitis und / oder STI unterstützen
- Ich wollte Zugang zu Training und Weiterbildung
- Ich brauchte eine Arbeitsstelle
- Gutes Einkommen

- Chancen für Karriereentwicklung
- Gute Gesellschaft
- Networking
- Zugang zu bestimmten Szenen oder Plätzen erhalten
- Persönliches Lernen und Entwicklung
- Wollte helfen, HIV, virale Hepatitis und / oder andere STI zu verhindern
- Unterricht und Erziehung anderer
- Sonstiges

Aus welchem anderen Grund haben Sie angefangen als CHW zu arbeiten?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WARUM HABEN SIE ANGEFANGEN ALS CHW (EHRENAMTLICH ODER BEZAHLT) ZU ARBEITEN? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF SONSTIGES

Wie sind Sie zum ersten Mal CHW geworden?

- Ich habe eine Organisation aufgesucht, um mich freiwillig zu bewerben
- Ich habe mich für eine formal ausgeschriebene ehrenamtliche Position beworben
- Ich habe mich für eine formal ausgeschriebene bezahlte Position beworben
- Ich arbeitete schon für die Organisation aber in einer anderen Position
- Ich wurde abgeworben, von Kollegen/Freunden empfohlen
- Sonstiges

Wieviele CHW-Jobs oder freiwillige Positionen haben Sie schon gehabt, in denen Sie spezifisch Unterstützung der sexuellen Gesundheit für schwule, bisexuelle Männern und andere MSM angeboten haben?

- Eine
- Zwei oder drei
- Vier oder fünf
- Sechs oder mehr

Wenn Sie all diese CHW-Jobs und ehrenamtlichen Positionen zusammenrechnen, wie lange haben Sie schon als CHW gearbeitet?

- Weniger als 1 Jahr
- 1 bis 5 Jahre
- 6 bis 10 Jahre
- 11 bis 20 Jahre
- Mehr also 20 Jahre

Als Sie mit Ihrer gegenwärtigen CHW-Rolle angefangen haben, gab es irgendwelche Anforderungen für frühere **Trainings oder Qualifizierungen**?

- Nein
- Ja
- Ich weiss es nicht, / Ich kann mich nicht erinnern

Was waren die Anforderungen für frühere Trainings oder Qualifizierungen?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ALS SIE MIT IHRER GEGENWÄRTIGEN CHW-ROLLE ANGEFANGEN HABEN, GAB ES IRGENDWELCHE ANFORDERUNGEN FÜR FRÜHERE TRAININGS ODER QUALIFIZIERUNGEN? IS ANY OF JA

Als Sie mit Ihrer gegenwärtigen CHW-Rolle angefangen haben, gab es irgendwelche Anforderungen, was die **relevanten Erfahrungen** angeht?

- Nein
- Ja
- Ich weiss es nicht, / Ich kann mich nicht erinnern

Ungefähr wieviel frühere relevante Erfahrung war gefordert?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION ALS SIE MIT IHRER GEGENWÄRTIGEN CHW-ROLLE ANGEFANGEN HABEN, GAB ES IRGENDWELCHE ANFORDERUNGEN, WAS DIE RELEVANTEN ERFABRUNGEN ANGEHT? IS ANY OF JA

- Keine Erfahrung
- Bis zu einem Monat
- Bis zu drei Monaten
- Bis zu sechs Monaten
- Bis zu 12 Monaten
- Mehr als 12 Monate

## ABSCHNITT 7: Training und Fähigkeiten

Dieser Abschnitt fragt nach Ihren Fähigkeiten und auch darüber, was für ein Training (wenn überhaupt), und welche Art Training Sie während Ihrer Arbeit als CHW erhalten haben. Wenn Sie zur Zeit keine Rolle als CHW einnehmen, antworten Sie bitte auf Grundlage Ihrer letzten CHW-Rolle in den letzten 12 Monaten.

Wenn Sie über Ihre gegenwärtige Rolle als CHW nachdenken, haben Sie Training für diese Rolle erhalten?

- Nein
- Ja - **intern** / in-house /on-the-job Training von meiner CHW-Organisation
- Ja - **extern** Training - z.B. von einer Beratungsfirma, Trainingsfirma, externe Veranstaltung
- Ja - **beides** internes und externes Training

Welche Art Training haben Sie erhalten? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WENN SIE ÜBER IHRE GEGENWÄRTIGE ROLLE ALS CHW NACHDENKEN, HABEN SIE TRAINING FÜR DIESE ROLLE ERHALTEN? IS ANY OF JA -

INTERN / IN-HOUSE /ON-THE-JOB TRAINING VON MEINER CHW-ORGANISATION, JA - EXTERN TRAINING - Z.B. VON EINER BERATUNGSFIRMA, TRAININGSFIRMA, EXTERNE VERANSTALTUNG, JA – BEIDES INTERNES UND EXTERNES TRAINING

- Online Kurs - z.B. Webinars, online Trainingsprogramm/Kurse, online Vorlesungen
- Face-to-face - z.B. Seminare, Workshops, Vorlesungen, Gruppenarbeit, Peer-Lernen, Kurse mit Unterbringung, Konferenzen, Veranstaltungen
- Strukturierte Unterstützung - z.B. Supervision, Leitung, Mentoring
- Strukturierte Beobachtung - z.B. Begleitung eines Kollegen, Einem Vorbildcharakter folgen
- Sonstiges Training

Welche Gebiete hat das Training abgedeckt? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WENN SIE ÜBER IHRE GEGENWÄRTIGE ROLLE ALS CHW NACHDENKEN, HABEN SIE TRAINING FÜR DIESE ROLLE ERHALTEN? IS ANY OF JA – INTERN / IN-HOUSE /ON-THE-JOB TRAINING VON MEINER CHW-ORGANISATION, JA - EXTERN TRAINING - Z.B. VON EINER BERATUNGSFIRMA, TRAININGSFIRMA, EXTERNE VERANSTALTUNG, JA – BEIDES INTERNES UND EXTERNES TRAINING

- Prävention von HIV, Virushepatitis und anderen STI
- Testen und/oder Screening von HIV, Virushepatitis und anderen STI
- Behandlung und/oder Unterstützung bei HIV, Virushepatitis und anderen STI
- Drogenkonsum - z.B. Chemsex, Alkohol
- Unterstützung männlicher Gesundheit
- Unterstützung allgemeiner Gesundheit
- Erste Hilfe/persönliche Sicherheit/Wiederbelebung (CPR)
- Verweisung zu anderen Unterstützungs- und sonstigen Diensten
- Peer-Support
- Beratung
- Advocacy
- Networking
- Kapazitätsbildung
- Berichte schreiben
- Forschungsfähigkeiten
- Fundraising/Anträge schreiben
- Soziale Medien/Computer/IT-Fertigkeiten
- Sprachen - z.B. zwei Sprachen sprechen
- Leadership/Management-Fertigkeiten
- Kommunikationsfertigkeiten - z.B. schreiben, reden
- Interpersonale Fertigkeiten und Ausbau von Beziehungen
- Administrative Fertigkeiten
- Lehrfertigkeiten
- Budget- und finanzielle Fertigkeiten
- Verständnis von diverser sexueller Orientierung und Genderidentitäten
- Wissen über diverse sexuelle Aktivitäten und Praktiken
- LGBT-spezifische Gesundheitsbelange
- Andere Trainingsgebiete

Welche andere Trainingsgebiete hat das Training abgedeckt?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WELCHE GEBIETE HAT DAS TRAINING ABGEDECKT? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN MÖGLICHKEITEN ANKREUZEN) IS ANY OF ANDERE TRAININGSGEBIETE

Ungefähr wieviel Zeit haben Sie in den letzten 12 Monaten mit Trainings verbracht?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WENN SIE ÜBER IHRE GEGENWÄRTIGE ROLLE ALS CHW NACHDENKEN, HABEN SIE TRAINING FÜR DIESE ROLLE ERHALTEN? IS ANY OF JA – INTERN / IN-HOUSE /ON-THE-JOB TRAINING VON MEINER CHW-ORGANISATION, JA - EXTERN TRAINING - Z.B. VON EINER BERATUNGSFIRMA, TRAININGSFIRMA, EXTERNE VERANSTALTUNG, JA – BEIDES INTERNES UND EXTERNES TRAINING

- Keine
- Maximal ein paar Stunden
- Nicht mehr als einen Tag
- Nicht mehr als 1 Woche
- Nicht mehr als 4 Wochen
- Mehr als 4 Wochen

Welche Personen und Organisationen haben dieses Training angeboten? (bitte alle zutreffenden Möglichkeiten ankreuzen)

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WENN SIE ÜBER IHRE GEGENWÄRTIGE ROLLE ALS CHW NACHDENKEN, HABEN SIE TRAINING FÜR DIESE ROLLE ERHALTEN? IS ANY OF JA – INTERN / IN-HOUSE /ON-THE-JOB TRAINING VON MEINER CHW-ORGANISATION, JA - EXTERN TRAINING - Z.B. VON EINER BERATUNGSFIRMA, TRAININGSFIRMA, EXTERNE VERANSTALTUNG, JA – BEIDES INTERNES UND EXTERNES TRAINING

- Meine eigene Organisation
- Eine Community-Organisation für HIV/Hepatitis/STI oder sexuelle Gesundheit, Wohltätigkeitseinrichtung, NGO usw.
- LGBT-Community-Organisation, Wohltätigkeitseinrichtung, NGO usw.
- Gesundheitssektor - z.B. Krankenhaus, Arztpraxis, Hausarzt oder andere Gesundheitsfachkräfte usw.
- Religiöse Organisation
- Regierung - z.B. Bund, regional, Gemeinde
- Private Organisation - z.B. profitorientiertes Unternehmen
- Bildungswesen - z.B. Schule, Hochschule oder Universität
- Individueller Berater
- Sonstiges

Wer hat für das Training bezahlt?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WENN SIE ÜBER IHRE GEGENWÄRTIGE ROLLE ALS CHW NACHDENKEN, HABEN SIE TRAINING FÜR DIESE ROLLE ERHALTEN? IS ANY OF JA – INTERN / IN-HOUSE /ON-THE-JOB TRAINING VON MEINER CHW-ORGANISATION, JA - EXTERN TRAINING - Z.B. VON EINER BERATUNGSFIRMA, TRAININGSFIRMA, EXTERNE VERANSTALTUNG, JA – BEIDES INTERNES UND EXTERNES TRAINING

- Ich habe selbst bezahlt
- Meine Organisation hat bezahlt

- Sowohl ich als auch meine Organisation zahlten
- Sonstiges

Wer hat für das Training bezahlt?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WER HAT FÜR DAS TRAINING BEZAHLT? IS ANY OF SONSTIGES

Wer hat die Trainingsmöglichkeit gefunden oder identifiziert?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WENN SIE ÜBER IHRE GEGENWÄRTIGE ROLLE ALS CHW NACHDENKEN, HABEN SIE TRAINING FÜR DIESE ROLLE ERHALTEN? IS ANY OF JA – INTERN / IN-HOUSE /ON-THE-JOB TRAINING VON MEINER CHW-ORGANISATION, JA - EXTERN TRAINING - Z.B. VON EINER BERATUNGSFIRMA, TRAININGSFIRMA, EXTERNE VERANSTALTUNG, JA – BEIDES INTERNES UND EXTERNES TRAINING

- Ich habe das Training selbst gefunden
- Meine Organisation hat das Training gefunden
- Sowohl ich als auch meine Organisation haben das Training gefunden
- Sonstiges

Wer hat die Trainingsmöglichkeit gefunden oder identifiziert?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WER HAT DIE TRAININGSMÖGLICHKEIT GEFUNDEN ODER IDENTIFIZIERT? IS ANY OF SONSTIGES

War es Ihnen erlaubt, sich am Training als Teil Ihrer CHW-Arbeitszeit zu beteiligen?

QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION WENN SIE ÜBER IHRE GEGENWÄRTIGE ROLLE ALS CHW NACHDENKEN, HABEN SIE TRAINING FÜR DIESE ROLLE ERHALTEN? IS ANY OF JA – INTERN / IN-HOUSE /ON-THE-JOB TRAINING VON MEINER CHW-ORGANISATION, JA - EXTERN TRAINING - Z.B. VON EINER BERATUNGSFIRMA, TRAININGSFIRMA, EXTERNE VERANSTALTUNG, JA – BEIDES INTERNES UND EXTERNES TRAINING

- Nein
- Ja
- Manchmal

## ABSCHNITT 7 (Fortsetzung):

Sind zusätzliche Trainingsmöglichkeiten für Sie als CHW verfügbar, oder laufen schon welche?

COMPULSORY QUESTION

- Nein
- Ja
- Ich weiss es nicht

In welchen Gebieten wäre es für Sie **am vorteilhaftesten**, wenn Sie weiteres Training erhalten könnten, damit Sie möglichst effektiv als CHW arbeiten können? (bitte maximal 5 ankreuzen)

COMPULSORY QUESTION

MAXIMUM OF 5 ANSWERS CAN BE SELECTED

- Prävention von HIV, Virushepatitis und anderen STI
- Testen und/oder Screening von HIV, Virushepatitis und anderen STI
- Behandlung und/oder Unterstützung bei HIV, Virushepatitis und anderen STI
- Drogenkonsum - z.B. Chemsex, Alkohol
- Unterstützung männlicher Gesundheit
- Unterstützung allgemeiner Gesundheit
- Erste Hilfe/persönliche Sicherheit/Wiederbelebung (CPR)
- Verweisung zu anderen Unterstützungs- und sonstigen Diensten
- Peer-Support
- Beratung
- Advocacy
- Networking
- Kapazitätsbildung
- Berichte schreiben
- Forschungsfähigkeiten
- Fundraising/Anträge schreiben
- Soziale Medien/Computer/IT-Fertigkeiten
- Sprachen - z.B. zwei Sprachen sprechen
- Leadership/Management-Fertigkeiten
- Kommunikationsfertigkeiten - z.B. schreiben, reden
- Interpersonale Fertigkeiten und Ausbau von Beziehungen
- Administrative Fertigkeiten
- Lehrfertigkeiten
- Budget- und finanzielle Fertigkeiten
- Verständnis von diverser sexueller Orientierung und Genderidentitäten
- Wissen über diverse sexuelle Aktivitäten und Praktiken
- LGBT-spezifische Gesundheitsbelange
- Anderes Wissen und andere Fertigkeiten

Stufen Sie bitte diese Antworten ein, so dass die wichtigste an der obersten Stelle steht.

ANSWERS/ROWS LINKED TO QUESTION: IN WELCHEN GEBIETEN WÄRE ES FÜR SIE AM VORTEILHAFTESTEN, WENN SIE WEITERES TRAINING ERHALTEN KÖNNTEN, DAMIT SIE MÖGLICHSST EFFEKTIV ALS CHW ARBEITEN KÖNNEN? (BITTE MAXIMAL 5 ANKREUZEN)

== ÜBER DIES LINIE ZIEHEN UM RANGFOLGE FESTZULEGEN ==

Prävention von HIV, Virushepatitis und anderen STI

Testen und/oder Screening von HIV, Virushepatitis und anderen STI  
 Behandlung und/oder Unterstützung bei HIV, Virushepatitis und anderen STI  
 Drogenkonsum - z.B. Chemsex, Alkohol  
 Unterstützung männlicher Gesundheit  
 Unterstützung allgemeiner Gesundheit  
 Erste Hilfe/persönliche Sicherheit/Wiederbelebung (CPR)  
 Verweisung zu anderen Unterstützungs- und sonstigen Diensten  
 Peer-Support  
 Beratung  
 Advocacy  
 Networking  
 Kapazitätsbildung  
 Berichte schreiben  
 Forschungsfähigkeiten  
 Fundraising/Anträge schreiben  
 Soziale Medien/Computer/IT-Fertigkeiten  
 Sprachen - z.B. zwei Sprachen sprechen  
 Leadership/Management-Fertigkeiten  
 Kommunikationsfertigkeiten - z.B. schreiben, reden  
 Interpersonale Fertigkeiten und Ausbau von Beziehungen  
 Administrative Fertigkeiten  
 Lehrfertigkeiten  
 Budget- und finanzielle Fertigkeiten  
 Verständnis von diverser sexueller Orientierung und Genderidentitäten  
 Wissen über diverse sexuelle Aktivitäten und Praktiken  
 LGBT-spezifische Gesundheitsbelange  
 Anderes Wissen und andere Fertigkeiten

UM EINE RANGFOLGE FESTZULEGEN, BEWEGEN SIE EIN ELEMENT MIT DER MAUS, ODER VERWENDEN SIE DIE TAB-TASTE, UM DAS ELEMENT AUSZUWÄHLEN, UND DIE PFEILTASTEN FÜR DIE POSITIONIERUNG.

## ABSCHNITT 8: Gedanken und Gefühle über Ihre Rolle als CHW

In diesem Abschnitt werden Sie aufgefordert, sich Ihre persönlichen Gedanken und Gefühle über Ihre Arbeit als CHW zu vergegenwärtigen. Wenn Sie zur Zeit keine Rolle als CHW einnehmen, antworten Sie bitte auf Grundlage Ihrer letzten CHW-Rolle in den letzten 12 Monaten.

Verbringen Sie bitte nicht all zu viel Zeit mit dem Nachdenken über die Antwort.

Überlegen Sie sich Ihr tagtägliches Leben, und Ihre Rolle als CHW als Teil Ihres Lebens. Wie weit treffen diese Aussagen zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft etwas zu	Trifft ganz genau zu
Es ist leicht für mich, mich an meine Ziele zu halten und meine Ziele zu erreichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin zuversichtlich, dass ich mit unerwarteten Ereignissen effizient umgehen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn jemand sich mir widersetzt, kann ich Mittel und Wege finden, um zu erreichen, was ich will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dank meines Einfallsreichtums weiß ich, wie ich mit unvorhergesehenen Situationen umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann ruhig bleiben, wenn ich Schwierigkeiten habe, weil ich mich auf meine Bewältigungsfähigkeiten verlassen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Egal mit welchen Situationen ich konfrontiert bin, ich bin in der Regel in der Lage, damit umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Denken Sie bitte an Ihre Rolle als CHW. Wie zufrieden sind Sie mit dem Folgenden?

	Sehr unzufrieden	Etwas unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Etwas zufrieden	Sehr zufrieden
Vielfältigkeit der Aufgaben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möglichkeit meine Fertigkeiten zu nutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Freiheit bei der Arbeitsmethode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Größe der Verantwortlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physische Arbeitsbedingungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitszeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anerkennung der Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kollegen und Mitarbeiter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Möglichkeit für mich, neue Fertigkeiten zu erwerben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie fühlen Sie sich derzeit bei Ihren Aktivitäten als CHW im Allgemeinen unter Berücksichtigung aller Faktoren?

- Sehr unzufrieden
- Etwas unzufrieden
- Weder zufrieden noch unzufrieden
- Etwas zufrieden
- Sehr zufrieden

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	Ich stimme überhaupt nicht zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme weder zu noch bin ich dagegen	Ich stimme zu	Ich stimme vollkommen zu
Homosexualität ist moralisch akzeptabel für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wäre froh, wenn meine Nachbarn schwul, bisexuell oder andere MSM wären.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mich stört es nicht, in einer öffentlichen Situation über Homosexualität zu sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ABSCHNITT 9: Wissen

In diesem Abschnitt interessiert uns, wie Sie Ihr allgemeines Wissen über HIV/AIDS, Virushepatitis und anderen STI einschätzen, mit besonderer Hinsicht auf Ihre Rolle als CHW.

Im Bereich von HIV/AIDS, **wie sicher sind Sie sich** bezüglich Ihres Wissens über...

(1 = gar nicht sicher und 5 = sehr sicher)

AVERAGE VALUES CALCULATED

Prävention

Testen und/oder Diagnostik

Behandlung und/oder Unterstützung

1

▲

2

▼

3

▼

4

▼

5

▼

Im Bereich von Hepatitis B und C, **wie sicher sind Sie sich** bezüglich Ihres Wissens über...

(1 = gar nicht sicher und 5 = sehr sicher)

AVERAGE VALUES CALCULATED

Prävention

Testen und/oder Diagnostik

Behandlung und/oder Unterstützung

1

▲

2

▼

3

▼

4

▼

5

▼

Im Bereich von anderen STI, **wie sicher sind Sie sich** bezüglich Ihres Wissens über...

(1 = gar nicht sicher und 5 = sehr sicher)

AVERAGE VALUES CALCULATED

Prävention

Testen und/oder Diagnostik

Behandlung und/oder Unterstützung

1

▲

2

▼

3

▼

4

▼



## ABSCHNITT 10: EIN PAAR FRAGEN ZUM SCHLUSS...

Dieser letzte Abschnitt enthält noch ein paar Fragen über Sie. Manche mögen sehr persönlich erscheinen. Wir versuchen zu verstehen, wie Sie mit der Community verbunden sind, mit der Sie arbeiten. Denken Sie daran, alle Ihre Antworten sind anonym und sind nicht rückverfolgbar.

Haben Sie jemals ein HIV-Testergebnis erhalten?

- Nein  
 Ja

Wurden Sie jemals mit HIV diagnostiziert?

**QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION HABEN SIE JEMALS EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN? IS ANY OF JA**

- Nein  
 Ja

Haben Sie jemals illegale Drogen konsumiert?

- Nein  
 Ja  
 Ich möchte nicht antworten

Haben Sie jemals illegale Drogen injiziert? (ausser Anabolika oder Medikamente)

**QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION HABEN SIE JEMALS ILLEGALE DROGEN KONSUMIERT? IS ANY OF JA**

- Nein, nie  
 Ja, in den letzten 12 Monaten  
 Ja, vor mehr als 12 Monaten

Haben Sie jemals illegale, nicht injizierte Drogen benutzt - z.B. Marijuana, Kokain, GHB, Ketamin?

**QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION HABEN SIE JEMALS ILLEGALE DROGEN KONSUMIERT? IS ANY OF JA**

- Nein, nie  
 Ja, in den letzten 12 Monaten  
 Ja, vor mehr als 12 Monaten

Wie ist Ihre allgemeine Gesundheit? Ist sie...

- Sehr gut  
 Gut  
 Okay  
 Schlecht  
 Sehr schlecht

Wir würden gerne wissen, wie es Ihnen gerade geht. Für jede der fünf Aussagen, geben Sie bitte an, was am meisten auf Ihr Allgemeinbefinden in den letzten zwei Wochen zutrifft.

	Niemals	Manchmal	Weniger als die Hälfte der Zeit	Mehr als die Hälfte der Zeit	Meistens	Immer
Ich fühle mich fröhlich und gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich ruhig und entspannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich aktiv und energisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin heute frisch und ausgeruht aufgestanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein tägliches Leben ist mit Dingen gefüllt, die mich interessieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie irgendwelche Kommentare zu dieser Umfrage?

### [Schlusseiten]

[Drücken Sie hier um Ihre Antworten einzusenden!](#)

Geschafft! Danke für die Teilnahme an dieser Umfrage. Wir werden diese Information nutzen um besser zu verstehen, welche Unterstützung und Bildung CHWs benötigen.

**Drücken Sie jetzt auf 'Antworten einsenden'.**