

# Ace Community Survey - Deutsch

Dies ist die Ace Community Survey 2020, ein Projekt des Ace Community Survey Teams. Ziel dieses Projektes ist es, mehr über die Diversität der Gemeinschaft von asexuellen, demisexuellen, grau-asexuellen und weiteren Menschen mit zugehörigen Identitäten zu erfahren.

Die Ergebnisse dieser Umfrage werden in einem zusammenfassenden Bericht und einigen zusätzlichen Artikeln veröffentlicht. Diese Umfrage ist offen für alle Personen, die mindestens 13 Jahre alt sind, unabhängig davon, ob sie auf dem asexuellen Spektrum sind oder nicht. Die Umfrage nimmt etwa 30 Minuten Zeit in Anspruch.

Die Umfragedaten werden vertraulich behandelt, außerdem werden keine identifizierenden Informationen gesammelt. Bitte beachten Sie, dass erhobene Daten nach Anfrage an das Ace Community Survey Team an Mitarbeiter:innen akademischer oder gemeinnütziger Einrichtungen weitergegeben werden können, um Informationen zu Identitäten, Gesundheit und gesundheitlichen Bedürfnissen in der Community zu veröffentlichen. Alle Datenanfragen werden vom Ace Community Survey Team geprüft.

Die Teilnahme an dieser Umfrage ist freiwillig, Sie können die Umfrage jederzeit abbrechen. Die meisten Fragen sind optional und können ausgelassen werden, falls Sie diese als unangenehm empfinden oder nicht beantworten können.

Diese Umfrage beinhaltet Fragen zu sensiblen Themen, unter anderem zu sexueller Aktivität, sexualisierter Gewalt, Suizid, psychischer Gesundheit und anderen Themen, die triggernd sein können. Sollten Sie Fragen jedweder Art als unangenehm empfinden, müssen Sie diese nicht beantworten. Wir werden Sie außerdem vor Abschnitten mit sensiblen Themen warnen und Ihnen die Möglichkeit geben, diese komplett zu überspringen.

In ein paar Abschnitten gibt es Felder, in denen Sie Ihre Antworten schriftlich weiter ausführen können. Wir bitten Sie, dies nach Möglichkeit auf Englisch zu tun, da unsere Kapazität zur Auswertung deutscher Antworttexte aktuell sehr begrenzt ist.

Sollten Sie Fragen oder Bedenken bezüglich der Umfrage haben, können Sie das Ace Community Survey Team (nach Möglichkeit auf Englisch) unter folgender Mail-Adresse kontaktieren: [asexualcensus@gmail.com](mailto:asexualcensus@gmail.com)

Eine Liste mit häufig gestellten Fragen finden Sie hier:  
<https://asexualcensus.wordpress.com/faq/faq-deutsch/>

Die Ergebnisse der Studie werden auf folgender Website veröffentlicht (Englisch):  
<https://asexualcensus.wordpress.com/>

Um an der Umfrage teilzunehmen, klicken Sie bitte auf der englischen Startseite der Survey (<https://forms.gle/HKCrCJNCawLpXaW3w6>) den "Next"/"Weiter"-Button, bearbeiten Sie die Umfrage im englischen Original und lesen Sie parallel in dieser Übersetzung mit.

Indem Sie den "Next"/"Weiter"-Button klicken, bestätigen Sie, dass Sie 13 Jahre oder älter sind und der Teilnahme an dieser Umfrage zustimmen. Sollten Sie unter 13 Jahre alt sein, oder nicht an dieser Umfrage teilnehmen möchten, klicken Sie bitte auf den „Zurück“-Button Ihres Browsers, um diese Seite zu verlassen.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Demografische Fragen</b>	<b>3</b>
US-Bürger:innen	7
Bürger:innen Vereinigtes Königreich	7
Bürger:innen Kanadas	8
Andere Länder	9
<b>Gender</b>	<b>9</b>
<b>Das asexuelle Spektrum</b>	<b>10</b>
<b>Asexuelle Identität</b>	<b>10</b>
<b>Orientierung</b>	<b>11</b>
<b>Being Out</b>	<b>14</b>
<b>Beziehungen</b>	<b>19</b>
<b>Sexuelle Vergangenheit</b>	<b>21</b>
<b>Sexuelle Erfahrungen</b>	<b>22</b>
<b>Sexualisierte Gewalt</b>	<b>25</b>
<b>Sexualtrieb / Libido</b>	<b>28</b>
<b>Sexuelle und romantische Einstellungen</b>	<b>28</b>
<b>Gesundheit und Verhaltensweisen</b>	<b>30</b>
Drogenkonsum	31
Gesundheitszustand	32
Körpergröße	33
Gewicht	34

Versorgungssicherheit	34
<b>Suizid</b>	<b>35</b>
<b>Negative Erfahrungen</b>	<b>37</b>
<b>Communities</b>	<b>39</b>
<b>LGBTQ Räume</b>	<b>43</b>
<b>Auswirkungen von COVID-19</b>	<b>44</b>
<b>Fragen zur Umfrage</b>	<b>46</b>

## Demografische Fragen

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

1. In welchem Jahr wurden Sie geboren?\*

2. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

(Noch) kein Schulabschluss

Allgemeine Hochschulreife, Fachhochschulreife, Mittlere Reife, Hauptschulabschluss

Im Studium (noch kein Abschluss)

Abschluss eines US-amerikanischen oder kanadischen Community College oder Junior College

Bachelor (BA, BS, BSc, AB, etc.)

Master (MA, MS, MENG, MSW, etc.)

Anderweitiger Hochschulabschluss (MD, DDC, JD, etc.)

Promotion (PhD, EdD, etc)

3. Sind Sie zur Zeit noch in der Ausbildung?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Nein

Ja, auf einer weiterführenden Schule

Ja, auf einer berufsbildenden Schule

Ja, im Bachelorstudium (Associate- oder Bachelorabschluss oder äquivalent)

Ja, im Masterstudium oder bei der Promotion (Masterabschluss, Dokortitel oder äquivalent)

Andere:

#### 4. Welche der folgenden Bezeichnungen beschreibt Ihr Beschäftigungsverhältnis am besten?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Angestellt, Vollzeit

Angestellt, Teilzeit

Selbstständig

Im Ruhestand

Unvergütete Erziehung / Pflege in Vollzeit

In Ausbildung, Vollzeit

Nicht angestellt und arbeitssuchend

Nicht angestellt und nicht arbeitssuchend

Aus gesundheitlichen Gründen ohne Lohnarbeit

Angestellt ohne Einkommen (z.B. FSJ oder Praktikum)

Angestellt in Saisonarbeit, Auftragsarbeit oder Wanderarbeit

Andere:

#### 5. Sind Sie in mehreren Beschäftigungsverhältnissen?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Nein, ich bin in keinem Beschäftigungsverhältnis

Nein, ich bin nur in einem Beschäftigungsverhältnis

Ja, ich bin in zwei Beschäftigungsverhältnissen

Ja, ich bin in drei oder mehr Beschäftigungsverhältnissen

#### 6. Welche der folgenden Bezeichnungen beschreibt Ihre Religion / Spiritualität am

besten?

*Falls Sie sich einer Gruppe zugehörig fühlen, die hier nicht gelistet ist, können Sie diese in der nächsten Frage nennen. Damit tragen Sie dazu bei, dass die Liste in der nächsten Umfrage vollständiger ist.*

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

- Agnostisch
- Atheistisch
- Buddhistisch
- Christlich
- Hinduistisch
- Jüdisch
- Muslimisch
- Pantheistisch oder panentheistisch
- Sikh
- Unitaristisch-Universalistisch
- Wiccianisch
- Nichts spezifisches
- Unsicher
- Anderer heidnische/pagane Religiosität
- Anderes Nicht-religiöses
- Anderes Religiöses

7. Wenn Sie möchten, können sie hier Ihre religiöse / spirituelle Zugehörigkeit weiter ausführen.

8. Leben Sie zur Zeit mit anderen Menschen im gleichen Haushalt?

*Zutreffende bitte auswählen.*

- Ich lebe alleine
- Ich lebe gemeinsam mit Kindern unter 18 Jahren
- Ich lebe gemeinsam mit erwachsenen Familienmitgliedern oder Erziehungsberechtigten
- Ich lebe gemeinsam mit Partner:in
- Ich lebe gemeinsam mit guten Freund:innen

Ich lebe gemeinsam mit Bekannten, Fremden oder anderen

Ich lebe gemeinsam mit Haustieren

Andere:

## 9. Mit welchen der folgenden ethnischen Zugehörigkeiten / mit welcher Herkunftsregion identifizieren Sie sich?

*Falls Sie sich einer Gruppe zugehörig fühlen, die hier nicht gelistet ist, können Sie diese im Feld 'Andere' oder in der nächsten Frage nennen. Damit tragen Sie dazu bei, dass die Liste in der nächsten Umfrage vollständiger ist.*

*Zutreffende bitte auswählen.*

Aboriginal oder Torres Strait Islander (Australien)

Pacific Islander und / oder Polynesisch (Kanaka Maoli, Māori, Samoan, etc.)

Ostasiatisch (Chinesisch, Japanisch, Koreanisch, Taiwanesisch, Mongolisch etc.)

Südasiatisch (Indisch, Pakistanisch, Sri Lankisch etc.)

Südostasiatisch (Vietnamesisch, Kambodschanisch, Malaysisch, Laotisch etc.)

Mittlerer Osten / Westasien (Arabisch, Aserbaidjanisch, Kurdisch, Persisch, Türkisch etc.)

Nordafrikanisch (Berberisch, Ägyptisch, Libysch, Nil-Sahara-Region etc.)

Schwarz / Black und / oder Afrikanische Diaspora

Schwarz / Black: Afrikanisch

Schwarz / Black: Karibisch

Braun / Brown

Lateinamerikanisch / Hispanic / Latinx / Chicana

North American Native (North American Indian, Inuit, Métis, First Nations, etc.)

South oder Central American Native (Quechua, Aymara, Chiquitano, etc.)

Jüdisch

Weiß oder Europäischer Herkunft

Mixed Race / Multi-Racial

Andere:

10. Hier können Sie Ihre ethnische Zugehörigkeit weiter ausführen.

11. Gehören Sie einer ethnischen Minderheit in Ihrem lokalen Umfeld an?

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja

Nein

Unsicher

## 12. Gehören Sie in dem Land, in dem Sie leben, einer ethnischen Minderheit an?

Wenn Sie sich regelmäßig in mehreren Ländern aufhalten, wählen Sie das, in dem Sie die meiste Zeit verbringen.

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja

Nein

Unsicher

## 13. Bitte wählen Sie das Land aus, in dem Sie leben. \*

Wenn Sie sich regelmäßig in mehreren Ländern aufhalten, wählen Sie das, in dem Sie die meiste Zeit verbringen. Wenn ihr Land nicht in der Liste auftaucht, spezifizieren sie es unter "andere".

Wählen Sie eine der Optionen aus.

## US-Bürger:innen

### **Nur wenn Sie angegeben haben, in den USA zu leben**

Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.

## 14. In welchem Staat oder US-Gebiet leben Sie?

Wenn Sie Zeit in mehreren Staaten verbringen, wählen Sie den, in dem Sie die meiste Zeit verbringen.

Wählen Sie eine der Optionen aus.

## Bürger:innen Vereinigtes Königreich

### **Nur wenn Sie angegeben haben, im Vereinigten Königreich zu leben**

Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.

## 15. In welcher Region leben Sie?

Wählen Sie eine der Optionen aus.

England  
Wales  
Schottland  
Nordirland  
Andere:

## 16. Wie würden Sie Ihre nationale Identität beschreiben?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Englisch  
Walisisch  
Schottisch  
Nordirisch  
Britisch  
Andere:

## Bürger:innen Kanadas

### ***Nur wenn Sie angegeben haben, in Kanada zu leben***

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

## 17. In welcher Provinz leben Sie?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ontario  
Quebec  
British Columbia  
Alberta  
Manitoba  
Saskatchewan  
Nova Scotia  
New Brunswick  
Neufundland und Labrador



Prince Edward Island  
Nordwest-Territorien  
Yukon  
Nunavut  
Andere / unzutreffend

## Andere Länder

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

18. In welchem Land leben Sie?

## Gender

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

19. Verwenden Sie einen oder mehrere der folgenden Begriffe um ihre Geschlechtsidentität zu beschreiben, wenn ja, welche?

*Zutreffende bitte auswählen.*

Frau oder weiblich  
Mann oder männlich  
Nicht-binär / Non-binary  
Agender  
Androgyn  
Bigender  
Demigirl  
Demiguy  
Genderfluid  
Genderqueer  
Neutrois  
Ohne / kein Gender  
Questioning oder unsicher

Andere:

20. Wurde bei Ihnen bisher eine Intergeschlechtlichkeit ärztlich diagnostiziert, oder wurden Sie mit Genitalien, Fortpflanzungsorganen und / oder Chromosomenmustern geboren oder haben sich diese in der Pubertät so entwickelt, dass diese nicht in die typische Definition eines männlichen oder weiblichen Körpers passen?

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja

Nein

Unsicher

Ich möchte diese Frage nicht beantworten

21. Identifizieren Sie sich als transgender?

Anmerkung: Dies ist eine wörtliche Übersetzung der englischen Frage. Wenn Sie sich mit sehr ähnlichen Labels identifizieren, z.B. "transident", die es im Englischen so nicht gibt, wählen Sie sinngemäß "Ja".

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja

Nein

Unsicher

Ich möchte diese Frage nicht beantworten

## Das asexuelle Spektrum

22. Würden Sie sich selbst auf dem asexuellen Spektrum verorten? \*

In dieser Umfrage beinhaltet das "asexuelle Spektrum" Asexuelle, Gray-Asexuelle, Demisexuelle, Aces, usw.

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja

Nein [Zu Frage 25 springen](#)

Unsicher

## Asexuelle Identität

Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.

23. Mit welcher der folgenden Bezeichnungen für sexuelle Orientierungen identifizieren Sie sich am stärksten?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Asexuell

Grau-Asexuell (auch Gray-Asexuell, Grey-Asexuell, Gray-A, greysexuell, usw.)

Demisexuell

Questioning / Hinterfragend ob asexuell / gray-asexuell / demisexuell

Andere:

24. Wie stark identifizieren Sie sich mit der in der vorhergehenden Frage gewählten Bezeichnung?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Überhaupt nicht - 0 1 2 3 4 - Sehr stark

## Orientierung

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

25. Mit welchen der folgenden Bezeichnungen für sexuelle Orientierungen identifizieren Sie sich zur Zeit?

*Später kommt noch eine Frage spezifisch für Bezeichnungen der romantischen Orientierungen.*

*Zutreffende bitte auswählen.*

Asexuell

Grau-Asexuell (auch Gray-Asexuell, Grey-Asexuell, Gray-A, greysexuell, usw.)

Demisexuell

Heterosexuell

Schwul

Lesbisch

Bisexuell

Pansexuell

Androsexuell

Gynesexuell

Ceterosexuell / Skoliosexuell

Queer

Questioning / Hinterfragend oder unsicher

Keine der genannten

Andere:

26. Mit welchen der folgenden Bezeichnungen haben Sie sich bisher in Ihrem Leben identifiziert? Nennen Sie auch die Bezeichnungen, die Sie nicht mehr verwenden.

*Später kommt noch eine Frage spezifisch für Bezeichnungen der romantischen Orientierungen.*

*Zutreffende bitte auswählen.*

Asexuell

Grau-Asexuell (auch Gray-Asexuell, Grey-Asexuell, Gray-A, greysexuell, usw.)

Demisexuell

Heterosexuell

Schwul

Lesbisch

Bisexuell

Pansexuell

Androsexuell

Gynesexuell

Ceterosexuell / Skoliosexuell

Queer

Questioning / Hinterfragend oder unsicher

Keine der genannten

Andere:

27. Würden Sie sich selbst auf dem aromantischen Spektrum verorten?

*In dieser Umfrage beinhaltet das "aromantische Spektrum" aromantische, gray-romantische, demiromantische etc. Menschen.*

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ja

Nein

Questioning / Hinterfragend oder unsicher

28. Identifizieren Sie sich mit einer oder mehreren der folgenden Bezeichnungen für romantische Orientierungen? Wenn ja, mit welchen?

*Zutreffende bitte auswählen.*

Aromantisch

Gray/Grau-romantisch / Gray/Grau-aromantisch

Demiromantisch

WTFromantisch / Quoiromantisch

Lithromantisch / Akoioromantisch

Aroflux

Heteroromantisch

Homoromantisch / Lesbisch / Schwul

Bioromantisch

Panromantisch

Polyromantisch

Androromantisch

Gyneromantisch

Ceteroromantisch / Skolioromantisch

Queer

Questioning / Hinterfragend oder unsicher

Ich bevorzuge, keine Bezeichnung zu verwenden, die meine romantische Orientierung beschreibt

Andere:

29. Mit welchen der folgenden Bezeichnungen haben Sie sich bisher in Ihrem Leben identifiziert? Nennen Sie auch die Bezeichnungen, die Sie nicht mehr verwenden.

*Zutreffende bitte auswählen.*

Aromantisch

Gray/Grau-romantisch / Gray/Grau-aromantisch

Demiromantisch

WTFromantisch / Quoiromantisch

Lithromantisch / Akoirromantisch

Aroflux

Heterorromantisch

Homorromantisch / Lesbisch / Schwul

Biromantisch

Panromantisch

Polyromantisch

Androrromantisch

Gynerromantisch

Ceterorromantisch / Skoliorromantisch

Queer

Questioning / Hinterfragen oder unsicher

Ich bevorzuge keine Bezeichnung zu verwenden, die meine romantische Orientierung beschreibt

Andere:

30. Neben romantischer und sexueller empfinden einige Menschen weitere Anziehungsformen. Wenn Ihnen die folgenden Begriffe bekannt sind, wählen Sie bitte die von Ihnen empfundenen Anziehungsformen aus.

*Zutreffende bitte auswählen.*

Ästhetische Anziehung

Alterous Anziehung ("alterous attraction", noch keine deutsche Übersetzung vorhanden)

Emotionale Anziehung

Intellektuelle Anziehung

Platonische Anziehung

Sinnliche / physische Anziehung

Queerplatonische Anziehung

Questioning / Hinterfragend oder unsicher

Ich empfinde keine der hier genannten Formen von Anziehung

Ich unterteile meine Anziehung nicht (wie hier beschrieben)

Andere:

## Being Out

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

31. Identifizieren Sie sich als asexuell oder auf dem asexuellen Spektrum? Falls ja, schätzen Sie im Folgenden ein, wem gegenüber Sie diesbezüglich geoutet sind.

*Wenn Sie eine dieser Fragen nicht beantworten wollen oder können, bitte "unzutreffend" auswählen, oder frei lassen. Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.*

*Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.*

**Keinen | Einigen | Meisten | Alle | unzutreffend**

Partner:innen (z. B. romantische oder queerplatonische Partner:innen)

Ex-Partner:innen (z. B. romantische oder queerplatonische Ex-Partner:innen)

Eltern

Andere Familienmitglieder

Personen im gleichen Haushalt

Freund:innen, die LGBTQIA+ sind

Freund:innen, die nicht LGBTQIA+ sind

Mitschüler:innen

Lehrkräfte und Schulangestellte

Kolleg:innen

Berater:innen

Medizinisches Fachpersonal

32. Identifizieren Sie sich als aromantisch oder dem aromantischen Spektrum? Falls ja, schätzen Sie im Folgenden ein, wem gegenüber Sie diesbezüglich geoutet sind.

*Wenn Sie eine dieser Fragen nicht beantworten wollen oder können, bitte "unzutreffend" auswählen, oder frei lassen. Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.*

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

**Keinen | Einigen | Meisten | Alle | unzutreffend**

Partner:innen (z. B. romantische oder queerplatonische Partner:innen)

Ex-Partner:innen (z. B. romantische oder queerplatonische Ex-Partner:innen)

Eltern

Andere Familienmitglieder

Personen im gleichen Haushalt

Freund:innen, die LGBTQIA+ sind

Freund:innen, die nicht LGBTQIA+ sind

Mitschüler:innen

Lehrkräfte und Schulangestellte

Kolleg:innen

Berater:innen

Medizinisches Fachpersonal

33. Identifizieren Sie sich mit Blick auf Ihre sexuelle und / oder romantische Orientierung als lesbisch, schwul, bi, pan, queer oder eine andere Orientierung, die NICHT heterosexuell / heteroromantisch bzw. asexuell / aromantisch ist? Falls ja, schätzen Sie im Folgenden ein, wem gegenüber Sie diesbezüglich geoutet sind.

*Wenn Sie eine dieser Fragen nicht beantworten wollen oder können, bitte "unzutreffend" auswählen, oder frei lassen. **Beachten Sie, dass es in dieser Frage nur um die Identitäten geht, die sich nicht auf dem asexuellen / aromantischen Spektrum befinden.** Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.*

*Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.*

**Keinen | Einigen | Meisten | Alle | unzutreffend**

Partner:innen (z. B. romantische oder queerplatonische Partner:innen)

Ex-Partner:innen (z. B. romantische oder queerplatonische Ex-Partner:innen)

Eltern

Andere Familienmitglieder

Personen im gleichen Haushalt

Freund:innen, die LGBTQIA+ sind

Freund:innen, die nicht LGBTQIA+ sind

Mitschüler:innen

Lehrkräfte und Schulangestellte

Kolleg:innen

Berater:innen



Medizinisches Fachpersonal

34. Welche der folgenden Begriffe beschreiben am besten, wem gegenüber Sie in Bezug auf Ihre trans\* oder nicht-binäre Geschlechtsidentität geoutet sind?

*Wenn Sie eine dieser Fragen nicht beantworten wollen oder können, bitte "unzutreffend" auswählen, oder frei lassen. Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.*

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

**Keinen | Einigen | Meisten | Alle | unzutreffend**

Partner:innen (z. B. romantische oder queerplatonische Partner:innen)

Ex-Partner:innen (z. B. romantische oder queerplatonische Ex-Partner:innen)

Eltern

Andere Familienmitglieder

Personen im gleichen Haushalt

Freund:innen, die LGBTQIA+ sind

Freund:innen, die nicht LGBTQIA+ sind

Mitschüler:innen

Lehrkräfte und Schulangestellte

Kolleg:innen

Berater:innen

Medizinisches Fachpersonal

35. Aus welchen Gründen haben Sie sich nicht als asexuell oder als auf dem asexuellen Spektrum geoutet?

*Wenn Sie mehrere Gründe haben / hatten, wählen Sie alle zutreffenden aus. Überspringen Sie diese Frage, wenn Sie nicht asexuell/auf dem asexuellen Spektrum sind.*

*Zutreffende bitte auswählen.*

In meinem Land bestehen rechtliche Konsequenzen

Es ist in meinem Land, meiner Community, meiner Familie, meinem Arbeitsplatz oder meiner religiösen Gemeinschaft nicht akzeptiert und ich habe Angst vor möglichen negativen Reaktionen oder Folgen

Ich bin der Meinung, dass meine Identität / Orientierung etwas privates ist

Ich lehne es ab, mich zu outen.

Ich halte es nicht für notwendig

Ich hinterfrage noch meine Identität / Orientierung

Ich habe noch nicht die richtige Zeit / den richtigen Moment gefunden

Unzutreffend - Nichts hält mich davon ab, mich vor anderen Menschen zu outen

Andere:

36. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass Sie die sexuelle Orientierung haben, mit der Sie sich aktuell identifizieren?

*Es zählt auch, wenn Sie zu dem Zeitpunkt noch keine Begriffe dafür kannten. Wenn Sie sich nicht genau erinnern können tragen Sie bitte "0" ein oder lassen Sie das Feld frei.*

37. In welchem Alter haben Sie sich innerlich zum ersten Mal mit Ihrer aktuellen sexuellen Orientierung identifiziert?

*Wenn Sie ihre sexuelle Identität noch hinterfragen oder sich nicht mehr genau erinnern können, tragen Sie bitte eine "0" oder lassen Sie das Feld frei.*

38. In welchem Alter haben Sie das erste Mal einer anderen Person von Ihrer aktuellen sexuellen Orientierung erzählt?

*Wenn sie bisher mit keiner Person über ihre aktuelle sexuelle Orientierung gesprochen haben, lassen Sie das Feld bitte frei oder tragen eine "0" ein.*

39. In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass Sie die romantische Orientierung haben, mit der Sie sich aktuell identifizieren?

*Es zählt auch, wenn Sie zu dem Zeitpunkt noch keine Begriffe dafür kannten. Wenn Sie sich nicht genau erinnern können, tragen Sie bitte "0" ein oder lassen Sie das Feld frei.*

40. In welchem Alter haben Sie sich innerlich das erste Mal mit Ihrer aktuellen romantischen Orientierung identifiziert?

*Wenn Sie ihre romantische Identität noch hinterfragen oder sich nicht mehr genau erinnern können, tragen Sie bitte eine "0" oder lassen Sie das Feld frei.*

41. In welchem Alter haben Sie das erste Mal einer anderen Person von Ihrer aktuellen romantischen Orientierung erzählt?

*Wenn sie bisher mit keiner Person über ihre aktuelle romantische Orientierung gesprochen haben, lassen Sie das Feld bitte frei oder tragen eine "0" ein.*

42. Wie beschreiben Sie die Einstellung der Personen, mit denen Sie leben, in Bezug auf A\_sexualität und A\_romantik?

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Unterstützend

Akzeptierend

Neutral oder gleichgültig

Nicht akzeptierend oder nicht anerkennend

Feindlich

Unsicher

Unzutreffend

## Beziehungen

Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.

Für die nachfolgenden Fragen bezieht sich der Begriff "partnerschaftliche Beziehung" auf enge Beziehungen, die sich von verwandtschaftlichen Beziehungen oder engen Freundschaften unterscheiden. Typische Beispiele dafür sind etwa Ehe, Lebensgemeinschaften, queerplatonische Beziehungen, Partnerschaften, Lebensgefährt:innen, etc. Partnerschaftliche oder intime Beziehungen müssen nicht sexuell oder romantisch sein.

43. Waren Sie jemals in einer partnerschaftlichen Beziehung?

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja, zurzeit bin ich in mindestens einer solchen Beziehung

Ja, in der Vergangenheit

Nein

Unsicher

44. Waren Sie jemals in einer partnerschaftlichen Beziehung, die Sie als romantisch bezeichnen würden?

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja, zurzeit bin ich in mindestens einer solchen Beziehung

Ja, in der Vergangenheit

Nein

Ich unterscheide nicht zwischen romantischen und nicht-romantischen partnerschaftlichen Beziehungen

Unsicher

45. Waren Sie jemals in einer partnerschaftlichen Beziehung, die Sie als nicht-romantisch bezeichnen würden?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ja, zurzeit bin ich in mindestens einer solchen Beziehung

Ja, in der Vergangenheit

Nein

Ich unterscheide nicht zwischen romantischen und nicht-romantischen partnerschaftlichen Beziehungen

Unsicher

46. Waren Sie jemals in einer partnerschaftlichen Beziehung mit einer Person, von der Sie wissen, dass sie asexuell oder auf dem asexuellen Spektrum ist?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ja, zurzeit bin ich in mindestens einer solchen Beziehung

Ja, in der Vergangenheit

Nein

47. Waren Sie jemals in einer partnerschaftlichen Beziehung mit einer Person, von der Sie wissen, dass sie NICHT asexuell oder auf dem asexuellen Spektrum ist?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ja, zurzeit bin ich in mindestens einer solchen Beziehung

Ja, in der Vergangenheit

Nein

48. Waren Sie jemals in einer partnerschaftlichen Beziehung mit einer Person, von der Sie wissen, dass sie aromantisch oder auf dem aromantischen Spektrum ist?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ja, zurzeit bin ich in mindestens einer solchen Beziehung

Ja, in der Vergangenheit

Nein

49. Waren Sie jemals in einer partnerschaftlichen Beziehung mit einer Person, von der Sie wissen, dass sie NICHT aromantisch oder auf dem aromantischen Spektrum ist?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ja, zurzeit bin ich in mindestens einer solchen Beziehung

Ja, in der Vergangenheit

Nein

50. Sind Sie zurzeit verlobt, verheiratet, in einer eingetragenen Partnerschaft, in einer Lebensgemeinschaft, geschieden oder verwitwet?

*Zutreffende bitte auswählen.*

Verlobt

Verheiratet

In einer eingetragenen Partnerschaft oder einer Lebensgemeinschaft

Geschieden

Verwitwet

Keine der genannten

Andere:

51. Welche der nachfolgenden Aussagen beschreibt Ihre Bedürfnisse hinsichtlich Exklusivität in partnerschaftlichen oder intimen Beziehungen am besten?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ich bin nicht interessiert an partnerschaftlichen oder intimen Beziehungen

Monogam

Nicht-monogam (z.B. polyamor, polyaffectionate, offene Beziehung, etc.)

Ich fühle mich sowohl in monogamen als auch nicht-monogamen Beziehungen wohl

Questioning / Hinterfragend oder unsicher

Andere:

## Sexuelle Vergangenheit

52. Der nachfolgende Abschnitt enthält persönliche Fragen zu Ihrer sexuellen Vergangenheit. Sind Sie bereit, Fragen zu diesem Themenbereich zu beantworten? \*

In diesem Abschnitt schließt der Begriff "Sex" vaginalen, oralen oder analen Sex mit ein, ebenso die manuelle Stimulation von oder durch andere Personen.

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja

Nein, ich möchte die Fragen überspringen *Zu Frage 63 springen*

53. Hatten Sie jemals einvernehmlichen Sex? \*

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja

Nein *Zu Frage 59 springen*

Unsicher

## Sexuelle Erfahrungen

In diesem Abschnitt schließt der Begriff "Sex" vaginalen, oralen oder analen Sex mit ein, ebenso die manuelle Stimulation von oder durch andere Personen.

Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.

54. Wie alt waren Sie, nach Ihrer bestmöglichen Schätzung, als Sie ERSTMALS einvernehmlichen Sex hatten?

Lassen Sie dieses Feld leer, wenn das niemals vorgekommen ist oder Sie sich nicht an den Zeitpunkt erinnern können.

55. Wie alt waren Sie, nach Ihrer bestmöglichen Schätzung, als Sie ZULETZT einvernehmlichen Sex hatten?

Lassen Sie dieses Feld leer, wenn das niemals vorgekommen ist oder Sie sich nicht an den Zeitpunkt erinnern können.

56. Wie oft haben Sie im letzten Jahr an einvernehmlichen sexuellen Handlungen teilgenommen?

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Nie

1-2 Mal

3-5 Mal

6-10 Mal

11-25 Mal

26-50 Mal

Mindestens 50 Mal

57. Wenn Sie einvernehmlichen Sex hatten, den Sie negativ erlebt haben oder an den Sie sich negativ erinnern, geben Sie bitte Ihre Beweggründe an, sich in diesen Fällen auf Sex einzulassen.

*Zutreffende bitte auswählen.*

Ich hatte noch nie einvernehmlichen Sex, den ich negativ erlebt habe

Ich habe mich nach emotionaler Nähe bzw. Intimität geseht

Ich wollte der Person meine Zuneigung zeigen

Ich wollte der Person etwas Gutes tun

Es schien mir der nächste natürliche Schritt in der Beziehung

Ich hatte den Eindruck, mein:e Partner:in oder die Beziehung erforderten es

Ich war neugierig auf Sex

Ich wollte dazugehören

Ich wollte versuchen, Sex zu mögen

Es war eine Form der Selbstverletzung

Ich fühlte mich sexuell zu der Person hingezogen

Ich fühlte mich romantisch, sensuell oder ästhetisch zu der Person hingezogen

Ich wollte das körperliche Vergnügen erleben

Sexualtrieb / Libido

Ich wollte ein Kind zeugen / empfangen

Ich wurde bezahlt oder in einer anderen Weise entschädigt

Ich fühlte mich unter Druck gesetzt oder als ob ich müsste

Ich hatte keinen besonderen Grund

Andere:

58. Wenn Sie jemals einvernehmlichen Sex hatten, den Sie positiv, neutral oder ambivalent erlebt haben, geben Sie bitte Ihre Beweggründe an, sich in diesen Fällen auf Sex einzulassen.

*Zutreffende bitte auswählen.*

Ich hatte noch nie einvernehmlichen Sex, den ich als positiv, neutral oder ambivalent erlebt habe

Ich habe mich nach emotionaler Nähe bzw. Intimität gesehnt

Ich wollte der Person meine Zuneigung zeigen

Ich wollte der Person etwas Gutes tun

Es schien mir der nächste natürliche Schritt in der Beziehung

Ich hatte den Eindruck, mein:e Partner:in oder die Beziehung erforderten es

Ich war neugierig auf Sex

Ich wollte dazugehören

Ich wollte versuchen, Sex zu mögen

Es war eine Form der Selbstverletzung

Ich fühlte mich sexuell zu der Person hingezogen

Ich fühlte mich romantisch, sensuell oder ästhetisch zu der Person hingezogen

Ich wollte das körperliche Vergnügen erleben

Sexualtrieb / Libido

Ich wollte ein Kind zeugen / empfangen

Ich wurde bezahlt oder in einer anderen Weise entschädigt

Ich fühlte mich unter Druck gesetzt oder als ob ich müsste

Ich hatte keinen besonderen Grund

Andere:

59. Haben Sie jemals online oder offline an sexuellen oder nicht-sexuellen Aktivitäten teilgenommen, in denen Kink-, BDSM- oder Fetisch-Elemente involviert waren?\*

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ja und ich habe Interesse an weiteren solchen Erfahrungen

Ja und ich habe kein Interesse an weiteren solchen Erfahrungen

Nein, aber ich habe Interesse an solchen Erfahrungen

Nein und ich habe kein Interesse an solchen Erfahrungen *Zu Frage 63 springen*



Unsicher

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Kink-, BDSM- und Fetisch-Aktivitäten. Sie können diese Fragen überspringen, wenn sie für Sie nicht relevant sind oder Sie die Fragen nicht beantworten möchten. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.

60. In welchem Ausmaß stimmen Sie den folgenden Aussagen über Kink, BDSM und Fetisch zu?

Wählen Sie auf einer Skala von 0 bis 4 (0 = Starke Ablehnung, 4 = Volle Zustimmung), inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. Wenn keine der Aussagen auf Sie zutrifft, wählen Sie "unzutreffend" oder lassen Sie das Feld leer. Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.

Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.

**0 | 1 | 2 | 3 | 4 | unzutreffend**

Ich sehe meinen Umgang mit Kink als sexuelle Handlung

Ich muss mich jemandem emotional nahe fühlen, bevor ich mich in Aktivitäten mit dieser Person einlasse, die Kink, BDSM oder Fetisch einschließen

Ich fühle mich wohler mit körperlicher Intimität in Aktivitäten, die Kink, BDSM und Fetisch einschließen, als mit solchen, die das nicht tun

Im Großen und Ganzen waren meine Erfahrungen mit Aktivitäten, die Kink, BDSM und Fetisch einschließen, positiv

Kinky zu sein, BDSM zu mögen oder Fetische zu haben ist Teil meiner Identität

61. Wie aufgeschlossen waren die folgenden Gruppen Ihrer sexuellen und / oder romantischen Identität gegenüber?

Bitte wählen Sie die Antwort, die Ihre Erfahrungen am besten widerspiegelt. Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.

Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.

**Abweisend | Neutral / gemischt | Offen | Nicht geoutet in dieser Gruppe | unzutreffend**

Personen in Online-Kink-Communities

Personen in Offline-Kink-Communities

Personen, die in Kink-Aktivitäten mit Ihnen involviert waren oder sind (einschließlich Personen, die Sie nur online kennen)

62. Wie aufgeschlossen waren die folgenden Gruppen gegenüber Ihrem Interesse in Kink, BDSM oder Fetisch?

Bitte wählen Sie die Antwort, die Ihre Erfahrungen am besten widerspiegelt. Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.

Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.

**Abweisend | Neutral / gemischt | Offen | Nicht geoutet in dieser Gruppe | unzutreffend**

Gegenwärtige und frühere Partner:innen (z.B. romantische oder queerplatonische Partner:innen)

A\_sexuelle Personen (online und / oder offline)

A\_romantische Personen (online und / oder offline)

## Sexualisierte Gewalt

63. Der folgende Abschnitt enthält einige sensible Fragen, die sich auf Ihre Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt beziehen. Die Fragen nehmen explizit Bezug auf sexuelle Handlungen. Wollen Sie diese Fragen beantworten?

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja

Nein, überspringen

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

*Grobe Schätzungen sind als Antworten auf diese Fragen ausreichend.*

64. Wie viele Menschen haben jemals ihre sexuellen Körperteile Ihnen gegenüber entblößt, Sie dazu gebracht, Ihre sexuellen Körperteile zur Schau zu stellen, oder Sie dazu gebracht, sich sexuelle Fotos oder Filme anzusehen, obwohl Sie das nicht wollten?

65. Wie viele Menschen haben Sie an einem öffentlichen Ort verbal so belästigt, dass Sie sich nicht sicher gefühlt haben?

66. Wie viele Menschen haben Sie auf sexuelle Art so geküsst, gestreichelt, begrabscht, gepackt oder angefasst, dass Sie sich nicht sicher gefühlt haben oder obwohl Sie das nicht wollten?

## Hinweis für den restlichen Abschnitt

*Im restlichen Abschnitt werden wir Fragen zu vaginaler, analer, oraler und anderen Arten von Penetrationen sowie anderen sexuellen Praktiken (z. B. manuelle Stimulation) stellen. Dies beinhaltet Situationen, in denen Sie penetriert wurden UND Situationen in denen Sie genötigt oder gezwungen wurden, eine andere Person zu penetrieren.*

*Dies beinhaltet ausdrücklich:*

*Das Einführen eines Penis in Vagina oder Anus; das Berühren von Vagina, Penis oder Anus mit dem Mund; die Stimulation der Genitalien mit den Händen; und das Einführen von Fingern oder Objekten in Vagina oder Anus einer Person.*

67. Wie viele Menschen haben jemals Gewalt oder die Androhung von Gewalt verwendet, um zu VERSUCHEN, Sie zu vaginalem, analem, oralem oder manuellem Sex zu zwingen, oder dazu, Finger oder einen Gegenstand in Ihre Vagina oder Ihren Anus einzuführen, aber es ist NICHT dazu gekommen?

Bezogen auf die restlichen Fragen dieses Abschnitts:

Wie viele Menschen haben jemals in den folgenden Situationen vaginalen, analen, oralen oder manuellen Sex mit Ihnen gehabt, oder Finger oder einen Gegenstand in Ihre Vagina oder Ihren Anus eingeführt, ...

68. Als Sie betrunken, high oder bewusstlos und nicht in der Lage waren, zuzustimmen?

69. Unter Anwendung oder Androhung von Gewalt?

70. Nachdem Sie unter Druck gesetzt wurden, indem Lügen erzählt oder Versprechungen über die Zukunft gemacht wurden, von denen diese Menschen wussten, dass sie nicht wahr sind?

71. Nachdem Sie unter Druck gesetzt wurden, indem gedroht wurde die Beziehung zu beenden oder Gerüchte über Sie zu verbreiten?

72. Nachdem Sie unter Druck gesetzt wurden, indem Sie durch wiederholtes Bitten um Sex zermürbt wurden oder jemand sich demonstrativ unzufrieden gezeigt hat?

73. Nachdem Sie unter Druck gesetzt wurden, indem Einfluss auf oder Autorität über Sie genutzt wurde, zum Beispiel durch Vorgesetzte oder Lehrer:innen?

Sollten Sie sich nach dem Beantworten dieser Fragen aufgewühlt fühlen und mit jemandem sprechen wollen, wenden Sie sich bitte an eine der unten aufgeführten anonymen Beratungsstellen. In einer **akuten Notfallsituation** wählen Sie bitte die 112.

## Hilfetelefon sexueller Missbrauch

0800-22 55 530 (kostenfrei, anonym, 24/7)

## Angebot speziell für Jugendliche

Online: <https://nina-info.de/save-me-online/>

Schweiz: Für Jugendliche in der Schweiz gibt es die Hotline **147** als Anlaufstelle (kostenfrei, anonym, 24/7), auch online unter: <https://www.147.ch/de/>

## Resources for Ace Survivors (Englisch)

Eine englischsprachige Anlaufstelle für Menschen auf dem asexuellen Spektrum, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, findet sich unter: <https://asexualsurvivors.org/>

## Strong! LGBTI\*-Fachstelle gegen Diskriminierung und Gewalt

089-856346427 (auf Wunsch anonym) oder auch per Mail unter [strong@subonline.org](mailto:strong@subonline.org)

Sitzt in München, hilft telefonisch aber bundesweit bzw. kann an regionale Angebote verweisen.

<https://www.subonline.org/beratung/strong/>

## Hilfetelefon "Gewalt gegen Frauen"

08000-116 016 und via Online-Beratung für Frauen aller Nationalitäten, mit und ohne Behinderung (keine Aussage zu sexueller Orientierung), (kostenfrei, anonym, 24/7)

<https://www.hilfetelefon.de/das-hilfetelefon/beratung.html>

## Hilfetelefon "Gewalt an Männern"

0800-1239900 oder auch per Mail unter [beratung@maennerhilfetelefon.de](mailto:beratung@maennerhilfetelefon.de) (kostenfrei, anonym, Mo.-Do. 9-13h u. 16-20h, Fr. 9-15h)

<https://maennerhilfetelefon.de/>

## International Resources List:

<https://mtch.com/safety-details-international#>

## Sexualtrieb / Libido

Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.

### 74. Wie stark ist Ihr/e Sexualtrieb / Libido typischerweise?

Sexualtrieb oder Libido bezieht sich auf den Drang, sexuelle Stimulation zu erfahren, zum Beispiel durch Sex mit anderen Menschen oder Selbststimulation.

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Nicht existent 0 1 2 3 4 Sehr stark

## Sexuelle und romantische Einstellungen

Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und

*Erklärungen zu vermerken.*

**75. Wie empfinden Sie die Idee, sich (persönlich) an sexuellen Aktivitäten zu beteiligen?**

*Beispiele für "Sex" sind Geschlechtsverkehr, Oralsex, Analsex und manuelle Stimulation durch oder von einer anderen Person usw.*

*Zutreffende bitte auswählen.*

Abgestoßen (Repulsed)

Abgeneigt (Averse)

Gleichgültig (Indifferent)

Positiv (Favorable)

Unsicher

Es hängt stark von der Person oder den Umständen ab

Es hängt von der spezifischen sexuellen Handlung ab

Meine Gefühle dazu ändern sich im Laufe der Zeit

**76. Wie empfinden Sie die Idee, sich (persönlich) an romantischer Intimität zu beteiligen**

*Zutreffende bitte auswählen.*

Abgestoßen (Repulsed)

Abgeneigt (Averse)

Gleichgültig (Indifferent)

Positiv (Favorable)

Unsicher

Es hängt stark von der Person oder den Umständen ab

Es hängt von der spezifischen romantischen Handlung ab

Meine Gefühle dazu ändern sich im Laufe der Zeit

**77. Wenn Sie vorhaben, sich unter Umständen Ihrer Wahl (einschließlich der beteiligten Person/en) auf die folgenden Arten von Intimität einzulassen, wie wäre Ihre Einstellung gegenüber ...**

*Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.*

*Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.*

## Ablehnend | Gleichgültig / unentschlossen | Positiv

Küssen auf den Mund

Küssen auf die Wange, Stirn, etc.

Händchen halten

Kuscheln

Umarmen

Kitzeln oder Spielkämpfe

Verwendung von Kosenamen

"Romantische" Geschenke (Blumen, Schokolade etc.)

Bett teilen (platonisch)

Bett teilen (berühren / kuscheln)

Vor Partner:in nackt sein

Nicht-penetrative sexuelle Aktivitäten

Penetrative sexuelle Aktivitäten

## Gesundheit und Verhaltensweisen

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

78. Wie viele Stunden sehen Sie an einem durchschnittlichen Wochentag fern?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ich sehe nicht fern

Weniger als 1 Stunde pro Tag

1 Stunde pro Tag

2 Stunden pro Tag

3 Stunden pro Tag

4 Stunden pro Tag

5 Stunden oder mehr pro Tag

79. Wie viele Stunden spielen Sie an einem durchschnittlichen Wochentag Video- oder Computerspiele oder benutzen Ihren Computer für etwas, das nicht mit Schule oder Arbeit zu tun hat?

Zählen Sie die Zeit, die Sie mit Geräten wie z.B. einer Xbox, einer PlayStation, einem iPod, einem iPad oder anderen Tablet, einem Smartphone, auf YouTube, Facebook oder anderen sozialen Plattform und im Internet verbringen.

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ich spiele keine Computerspiele und benutze einen Computer nur für Dinge, die mit Schule oder Arbeit zu tun haben.

Weniger als 1 Stunde pro Tag

1 Stunde pro Tag

2 Stunden pro Tag

3 Stunden pro Tag

4 Stunden pro Tag

5 oder mehr Stunden pro Tag

80. An wie vielen der letzten 7 Tage waren Sie für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv?

Addieren Sie alle Zeiträume pro Tag, in denen Sie eine beliebige Form von körperlicher Aktivität durchgeführt haben, bei der Ihre Herzfrequenz angestiegen ist und Sie zeitweise schwer atmen mussten.

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Keinen Tag

1 Tag

2 Tage

3 Tage

4 Tage

5 Tage

6 Tage

7 Tage

81. Wie viele Stunden Schlaf bekommen Sie durchschnittlich innerhalb von 24 Stunden?

Wenn Sie darauf nicht antworten wollen, lassen Sie dieses Antwortfeld einfach frei.

Drogenkonsum

82. Wie oft haben Sie folgende Mittel in den letzten 12 Monaten benutzt?

Beziehen Sie den Gebrauch nicht mit ein, wenn er Teil einer religiösen Praktik ist oder von einer:inem medizinischen Expert:in verschrieben wurde. Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen. \*Diese Umfrage ist anonym\*

Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.

**0 / 12 Monate | 1-2 / 12 Monate | 1-2 / Monat | 1-2 Tage / Woche | 3-4 Tage / Woche | >5 Tage / Woche**

Alkohol

Tabak

Marihuana

Freizeitgebrauch verschreibungspflichtiger Medikamente

Andere Rauschmittel (nicht injizierbar)

Andere Rauschmittel (injizierbar)

Gesundheitszustand

83. Hat Ihnen jemals ein:e Ärzt:in, ein:e Krankenpfleger:in oder ein:e Gesundheitsexpert:in mitgeteilt, dass Sie Diabetes haben?

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja

Nein

Ich bin mir nicht sicher

84. Wenn Sie die letzte Frage mit Ja beantwortet haben: wie alt waren Sie, als Ihnen mitgeteilt wurde, dass Sie Diabetes haben?

85. Hat Ihnen jemals ein:e Ärzt:in, ein:e Krankenpfleger:in oder ein:e Gesundheitsexpert:in mitgeteilt, dass Sie Bluthochdruck bzw. Hypertonie haben?

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja

Nein

Ich bin mir nicht sicher

86. Hat Ihnen jemals ein:e Ärzt:in, ein:e Krankenpfleger:in oder ein:e Gesundheitsexpert:in mitgeteilt, dass Sie hohe Cholesterinwerte haben?



Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ja

Nein

Ich bin mir nicht sicher

## 87. Beschreiben Sie sich selbst als...?

Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.

Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.

**Ja | Ich bin mir nicht sicher | Nein**

Mensch mit Behinderung

Mensch mit körperlicher Behinderung

Mensch mit kognitiver Behinderung

Mensch mit chronischer Erkrankung

Mensch mit psychischer Erkrankung

Neurodiverser Mensch

Gehörloser oder schwerhöriger Mensch

Blinder Mensch

## 88. Hat jemals eins der Folgenden auf Sie zugetroffen?

Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.

Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.

**Ja - ärztlich diagnostiziert | Ja - selbst diagnostiziert | Ich bin mir nicht sicher | Nein**

ADHS oder ADS

Angststörung

Autistisches Spektrum

Depressive Störung

Bipolare Störung

Persönlichkeitsstörung

Sexuelle Appetenzstörung oder "Hypoaktive sexuelle Bedürfnis-Störung" (engl. Hypoactive sexual desire disorder, HSDD)

Essstörung

Substanzgebundene Abhängigkeit

Verhaltenssucht, Substanzungebundene Abhängigkeit (Essstörungen ausgenommen)

Dissoziative Identitätsstörung

Posttraumatische Belastungsstörung

Psychotische Störung

## Körpergröße

### 89. Wie groß sind Sie ohne Schuhe?

*Geben Sie Ihre numerische Antwort hier in Zoll oder Zentimetern an. In der nächsten Frage können Sie die von Ihnen verwendete Einheit angeben.*

### 90. Wählen Sie die genutzte Einheit aus.

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Zoll

Zentimeter

## Gewicht

### 91. Die folgenden Fragen werden sich um Ihr Gewicht drehen. Sind Sie bereit, diese Fragen zu beantworten?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ja

Nein, überspringen

### 92. Wie viel wiegen Sie ungefähr ohne Schuhe?

*Geben Sie Ihre numerische Antwort hier in Pfund, Kilogramm oder Stone an. In der nächsten Frage werden Sie dazu aufgefordert, die von Ihnen verwendete Einheit anzugeben.*

### 93. Wählen Sie die genutzte Einheit aus.

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Pfund

Kilogramm

Stone

94. Die folgenden Fragen werden sich um die Lebensmittel drehen, die Sie essen. Sind Sie bereit, diese Fragen zu beantworten?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ja

Nein, überspringen *Zu Frage 98 springen*

### Versorgungssicherheit

95. Welche dieser Aussagen beschreibt die Lebensmittel, die in Ihrem Haushalt in den letzten 12 Monaten gegessen wurden, am besten?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Es standen genug Lebensmittel zur Verfügung, die ich essen will

Es standen genug Lebensmittel zur Verfügung, aber nicht immer die, die ich essen will

Es gab manchmal nicht genug zu essen

Es gab oft nicht genug zu essen

Ich weiß es nicht

Ich möchte diese Frage nicht beantworten

96. Ich habe mir in den letzten 12 Monaten Sorgen gemacht, dass meine Lebensmittel aufgebraucht sein würden, bevor ich wieder Geld bekommen würde, um neue zu kaufen.

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Oft wahr

Manchmal wahr

Niemals wahr

Ich weiß nicht

Ich möchte diese Frage nicht beantworten

97. Ich konnte es mir in den letzten 12 Monaten nicht leisten, mich ausgewogen zu

ernähren.

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Oft wahr

Manchmal wahr

Niemals wahr

Ich weiß nicht

Ich möchte diese Frage nicht beantworten

## Suizid

98. Der Folgende Abschnitt enthält Fragen zu Suizid. Sind Sie bereit, diese Fragen zu beantworten?\*

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ja

Nein, überspringen [Zu Frage 101 springen](#)

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

99. Haben Sie zu irgendeinem Zeitpunkt Ihres Lebens...

*Zutreffende bitte auswählen.*

Ernsthaft über Suizid nachgedacht

Geplant, Suizid zu begehen

Versucht, Suizid zu begehen

Keine der genannten Optionen

100. Haben Sie in den letzten 12 Monaten...

*Zutreffende bitte auswählen.*

Ernsthaft über Suizid nachgedacht

Geplant, Suizid zu begehen

Versucht, Suizid zu begehen

Nichts des Genannten

Sollten Sie sich nach dem Beantworten dieser Fragen aufgewühlt fühlen und mit jemandem sprechen wollen, wenden Sie sich bitte an eine der unten aufgeführten anonymen Beratungsstellen.

In einer **akuten Notfallsituation** wählen Sie bitte die 112.

### *Telefonische Seelsorge*

0800 - 111 0 111 (24/7)

0800 - 111 0 222 (24/7)

Email: unter [www.telefonseelsorge.de](http://www.telefonseelsorge.de)

### *Nummer gegen Kummer*

0800 - 116 111 (Mo-Sa 14-20 Uhr, für Kinder und Jugendliche)

### *Regionale Liste mit queeren Beratungsangeboten*

<https://www.vlsp.de/beratung-therapie/angebote>

### *Queere, explizit auch inklusiv a\_sexuelle Jugendlichen und junge Erwachsene*

Beratungsangebot der Frankfurter Einrichtung KUSS41, bei der auch Menschen aus anderen Städten anrufen dürfen (tagsüber, keine exakt festgelegten Zeiten):

069 - 297 236 56

<http://www.kuss41.de/beratung/>

### *International Suicide Crisis Lines List*

[https://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_suicide\\_crisis\\_lines](https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_suicide_crisis_lines)

## Negative Erfahrungen

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

101. Haben Sie aufgrund Ihrer sexuellen und / oder romantischen Orientierung folgende Erfahrungen gemacht?

*Wenn Sie nicht in der Lage sind, den konkreten Auslöser für einen Vorfall zu benennen, aber das Gefühl haben, dass Ihre sexuelle und / oder romantische Orientierung ein signifikanter Faktor waren, steht es Ihnen frei, diese zu zählen. Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.*

Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.

**Ja | Unsicher | Nein**

Verbale Belästigung (persönlich und / oder online)

Sexuelle Belästigung (persönlich und / oder online)

Physische Belästigung / Gewalt

Mobbing (persönlich und / oder online)

Schwierigkeiten beim Zugang zu psychologischen / psychiatrischen / therapeutischen Gesundheitsangeboten, die Ihre Identität respektieren

Schwierigkeiten beim Zugang zu allgemeinen Gesundheitsangeboten, die Ihre Identität respektieren

Verlust von materieller und / oder finanzieller Unterstützung durch Familie oder andere Menschen aus dem persönlichen Umfeld

Angebote oder Versuche, Sie zu "heilen"

Invasive und unangemessene persönliche Fragen

102. Haben Sie aufgrund Ihrer Identität und / oder Präsentation als trans\* und / oder nicht-binär und / oder gender non-conforming folgende Erfahrungen gemacht?

*Wenn Sie nicht trans\* und / oder nicht-binär und / oder gender non-conforming sind, können Sie diese Frage überspringen. Wenn Sie nicht in der Lage sind den konkreten Auslöser für einen Vorfall zu benennen, aber das Gefühl haben, dass Ihre Identität und / oder Präsentation als trans\* und / oder nicht-binär und / oder gender non-conforming ein signifikanter Faktor waren, steht es Ihnen frei, diese zu zählen. Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.*

Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.

**Ja | Unsicher | Nein**

Verbale Belästigung (persönlich und / oder online)

Sexuelle Belästigung (persönlich und / oder online)

Physische Belästigung / Gewalt

Mobbing (persönlich und / oder online)

Schwierigkeiten beim Zugang zu psychologischen / psychiatrischen / therapeutischen Gesundheitsangeboten, die Ihre Identität respektieren

Schwierigkeiten beim Zugang zu allgemeinen Gesundheitsangeboten, die Ihre Identität respektieren

Verlust von materieller und / oder finanzieller Unterstützung durch Familie oder andere Menschen aus dem persönlichen Umfeld

Angebote oder Versuche, Sie zu "heilen"

Invasive und unangemessene persönliche Fragen

103. Optional - Wenn Sie genauer auf die in den vorhergehenden Fragen genannten Erfahrungen eingehen möchten, kommentieren Sie bitte hier:

104. Auf einer Skala von 0 (wenig bis kein Einfluss) bis 4 (sehr starker Einfluss), wie groß war / ist der Einfluss von Diskriminierung, Vorurteilen oder anderer negativer Erfahrungen im Zusammenhang mit Ihrer sexuellen oder romantischen Orientierung auf die folgenden Aspekte Ihres Lebens?

*Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.*

*Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.*

**0 | 1 | 2 | 3 | 4**

Möglichkeiten einen Job zu finden, sich in einem Arbeitsumfeld einzufügen oder innerhalb der Karriere voran zu kommen

Teilnahme an sozialen Aktivitäten online

Teilnahme an sozialen Aktivitäten offline

Möglichkeiten einen festen Wohnsitz zu finden oder im Umgang mit Vermieter:innen und / oder Mitbewohner:innen

Beziehungen zur Familie

Psychische / Emotionale Gesundheit

Physische Gesundheit / Wohlbefinden

105. Auf einer Skala von 0 (wenig bis kein Einfluss) bis 4 (sehr starker Einfluss), wie groß war / ist der Einfluss von Diskriminierung, Vorurteilen oder anderer negativer Erfahrungen im Zusammenhang mit Ihrer Identität und / oder Präsentation als trans\* und / oder nicht-binär und / oder gender non-conforming auf die folgenden Aspekte Ihres Lebens?

*Wenn Sie nicht trans\* und / oder nicht-binär und / oder gender non-conforming sind, können Sie diese Frage überspringen. Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.*

*Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.*

**0 | 1 | 2 | 3 | 4**

Möglichkeiten einen Job zu finden, sich in einem Arbeitsumfeld einzufügen oder innerhalb der Karriere voran zu kommen

Teilnahme an sozialen Aktivitäten online

Teilnahme an sozialen Aktivitäten offline

Möglichkeiten einen festen Wohnsitz zu finden oder im Umgang mit Vermieter:innen und / oder Mitbewohner:innen

Beziehungen zur Familie

Psychische / Emotionale Gesundheit

Physische Gesundheit / Wohlbefinden

## Communities

Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.

106. Wo sind Sie das erste Mal auf das asexuelle Spektrum aufmerksam geworden?

Wählen Sie eine der Optionen aus.

AVEN

Tumblr

Blogs (außer Tumblr)

Fangemeinde (außer Tumblr)

LGBTQIA+ community (außer Tumblr)

Facebook

Twitter

Reddit

Instagram

Pinterest

YouTube

Wikipedia

Nachrichten

Massenmedien (Filme, TV, Bücher)

Mundpropaganda (z.B. Freund:innen)

Onlinesuche

Schule

Ich erinnere mich nicht

Andere:

107. In welchem Kontext haben Sie das erste Mal mit einer a\_sexuellen Community interagiert?

Wählen Sie eine der Optionen aus.

Ich habe noch nie mit der a\_sexuellen Community interagiert



AVEN

Nicht-englischsprachiges a\_sexuelles Forum

Tumblr

Livejournal

Blogs (außer Livejournal und Tumblr)

Facebook

Reddit

Twitter

Instagram

Amino

Chaträume (z.B. Discord, IRC, etc.)

Offline a\_sexuelle Gruppen

Andere:

108. Wie alt waren Sie, als Sie das erste mal mit einer a\_sexuellen Community interagiert haben?

*Falls Sie noch nie mit einer a\_sexuellen Community interagiert haben, kann diese Frage übersprungen werden.*

109. Haben Sie innerhalb des letzten Jahres Inhalte der folgenden online a\_sexuellen Communities gelesen / gesehen?

*Zutreffende bitte auswählen.*

AVEN (Englisch)

Nicht-englischsprachiges a\_sexuellen Forum

Tumblr

Livejournal

Blogs (außer Livejournal und Tumblr)

Youtube

Facebook

Reddit

Twitter

Instagram

Amino

Pinterest

Pillowfort

Mastodon / Fediverse

Chaträume (z.B. Discord, IRC etc.)

Andere:

110. Haben Sie innerhalb des letzten Jahres in folgenden online a\_sexuellen Communities Einträge oder Kommentare verfasst?

*Zutreffende bitte auswählen. Wenn nichts zutrifft, können Sie diese Frage überspringen.*

AVEN (Englisch)

Nicht-englischsprachiges a\_sexuellen Forum

Tumblr

Livejournal

Blogs (außer Livejournal und Tumblr)

Youtube

Facebook

Reddit

Twitter

Instagram

Amino

Pinterest

Pillowfort

Mastodon / Fediverse

Chaträume (z.B. Discord, IRC etc.)

Andere:

111. Wie oft interagieren Sie zur Zeit mit a\_sexuellen Gruppen offline? Wählen Sie eine der Optionen aus.

Nie

Ein paar Mal im Jahr oder weniger

- Einmal im Monat
- Ein paar Mal im Monat
- Ein paar Mal in der Woche
- Mindestens einmal am Tag

112. Haben Sie schonmal jemanden offline getroffen, der sich - soweit Sie wissen - als asexuell, grau-asexuell oder demisexuell identifiziert?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

- Ja
- Nein
- Unsicher

113. Haben Sie momentan Freund:innen, die sich - soweit Sie wissen - als asexuell, grau-asexuell oder demisexuell identifizieren?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

- Ja
- Nein
- Unsicher

114. Lesen oder schauen Sie zur Zeit Inhalte von Menschen aus a\_romantischen Communities auf folgenden Plattformen?

*Zutreffende bitte auswählen. Wenn nichts zutrifft, können Sie diese Frage überspringen.*

- Arocalypse
- AUREA
- Tumblr
- Reddit
- Instagram
- Twitter
- Chaträume (z.B. Discord, IRC etc.)
- Facebook
- Youtube

Andere:

## LGBTQ Räume

*In diesen Fragen bezieht sich "LGBTQ communities" auf Orte (online und offline), die sich primär an Menschen der breiteren queeren Community richten (z.B. Diskussionsgruppen, Foren, Veranstaltungen, Treffen, Paraden, Kneipen etc.). NICHT eingeschlossen sind dabei Orte, die sich spezifisch an Menschen auf dem asexuellen und / oder aromantischen Spektrum richten, wie etwa spezielle Stammtische.*

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

**115. Haben Sie jemals an Aktivitäten innerhalb der LGBTQ community teilgenommen?**

*Falls Sie hier mit "nein" antworten, überspringen Sie bitte die nächsten beiden Fragen.*

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ja - Sowohl online, als auch offline

Ja - ausschließlich online

Ja - ausschließlich offline

Nein

**116. Wie würden Sie Ihre Erfahrungen in den LGBTQ communities ONLINE beschreiben?**

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Positiv

Hauptsächlich positiv, mit ein paar negativen Erfahrungen

Neutral

Hauptsächlich negativ, mit ein paar positiven Erfahrungen

Negativ

**117. Wie würden Sie Ihre Erfahrungen mit LGBTQ communities OFFLINE beschreiben?**

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Positiv

Hauptsächlich positiv, mit ein paar negativen Erfahrungen

Neutral

Hauptsächlich negativ, mit ein paar positiven Erfahrungen

Negativ

## Auswirkungen von COVID-19

118. Der folgende Abschnitt enthält Fragen über den Einfluss von COVID-19. Wollen Sie diese Fragen beantworten?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

Ja

Nein, ich möchte die Fragen überspringen *Zu Frage 122 springen*

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

119. Wie hat sich COVID-19 auf Ihren Beschäftigungsstatus ausgewirkt?

*Zutreffende bitte auswählen.*

Anzahl der Arbeitsstunden oder Gehalt haben deutlich zugenommen

Anzahl der Arbeitsstunden oder Gehalt haben deutlich abgenommen

Beschäftigung gefunden

Beschäftigung verloren

Keine der genannten

Anderes:

120. Wie haben sich Ihre Gefühle von Verbundenheit in Bezug auf die genannten Gruppen verändert, seit Ihr Land / Umfeld von COVID-19 betroffen ist?

*Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.*

*Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.*

**Weniger verbunden | Keine Veränderung | Mehr verbunden | unzutreffend**

Partner:innen (z. B. romantische oder queerplatonische Partner:innen)

Eltern

Andere Familienmitglieder

Mitbewohner:innen oder Haushaltsmitglieder, die nicht Familie sind

A\_sexuelle und / oder a\_romantische Communities

Freund:innen, die LGBTQIA+ sind

Freund:innen, die nicht LGBTQIA+ sind  
Mitschüler:innen  
Lehrende und Schulpersonal  
Kolleg:innen  
Fachpersonal in der psychischen Gesundheit  
Medizinisches Fachpersonal

121. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen in Bezug auf COVID-19 an, wie sehr Sie zustimmen / nicht zustimmen

*Auf Mobilgeräten müssen Sie eventuell zur Seite scrollen, um alle Antwortmöglichkeiten zu sehen.*

*Wählen Sie pro Zeile eine der Optionen aus.*

**Stimme überhaupt nicht zu | Stimme nicht zu | Stimme weder zu noch nicht zu | Stimme zu | Stimme absolut zu**

“COVID-19 hat mich veranlasst, große Veränderungen in meinem Lebensstil vorzunehmen.”

“Meine Bedürfnisse in Bezug auf emotionale Intimität mit anderen wurden während der COVID-19 Krise gestillt.”

“Meine Bedürfnisse in Bezug auf physische Intimität mit anderen wurden während der COVID-19 Krise gestillt.”

“Ich fühle mich sicher in Bezug auf die Stärke meiner zwischenmenschlichen Beziehungen während der COVID-19 Krise.”

## Fragen zur Umfrage

*Bitte beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, können die meisten Fragen auch übersprungen werden. Am Ende der Umfrage gibt es die Möglichkeit, Feedback und Erklärungen zu vermerken.*

*Dies ist der finale Abschnitt der Umfrage. Wenn Sie auf “Abschicken” klicken, werden Ihre Antworten eingereicht und können nicht mehr geändert werden. Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Umfrage!*

122. Wo sind Sie das erste Mal auf diese Umfrage aufmerksam geworden?

*Wählen Sie eine der Optionen aus.*

AVEN (Englisch)  
Nicht englischsprachiges Forum über Asexualität  
Tumblr  
Blogs (außer Tumblr)  
Facebook

Twitter

Reddit

Amino

Instagram

Chaträume (z. B. Discord, IRC, usw.)

Youtube

Pillowfort

Mastodon / Fediverse

Mundpropaganda (z. B. von Bekannten)

E-Mail

Offline-Gruppen zu A\_sexualität (z. B. in queeren Zentren oder Stammtische)

Andere:

### 123. Feedback (optional)

*Haben Sie Anmerkungen / Hinweise zu dieser Umfrage?*