

Liebe Teilnehmer*innen,

Der Deutsche Rollsport und Inline-Verband e.V. (DRIV) und seine Jugendorganisation (DRIJ) legen großen Wert auf gegenseitigen Respekt und Wertschätzung im Umgang miteinander bei allen in unserem Namen durchgeführten Maßnahmen.

Um einen Eindruck zu bekommen, ob das auf allen Ebenen gelebt wird, führen wir diese Befragung durch und würden uns freuen, wenn Sie sich die Zeit nehmen würden, unsere kurzen Fragen zu beantworten.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit abgebrochen werden, ohne dass ein Grund genannt werden muss. Die Beantwortung der Fragen nimmt etwa 5-10 Minuten in Anspruch. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, sondern wir sind lediglich an Ihrer persönlichen Meinung interessiert.

Demographie

Als erstes beantworten Sie bitte vier kurze Fragen zu Ihrer Person:

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre
2. Geschlecht: weiblich männlich andere Geschlechtsidentität
3. An welcher Veranstaltung (z.B. Kaderlehrgang, Trainingslager, Fortbildung o.ä.) haben Sie teilgenommen?
 Name: _____ Datum: _____
4. In welcher Sportart fand sie statt?

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollkunstlauf | <input type="checkbox"/> Inline Fitness- und Speedskating | <input type="checkbox"/> Rollhockey |
| <input type="checkbox"/> Inlinehockey | <input type="checkbox"/> Inline Skaterhockey | <input type="checkbox"/> Roller Derby |
| <input type="checkbox"/> Skateboard | <input type="checkbox"/> Inline Alpin und Downhill | |

Wohlbefinden

5. Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden während unserer Maßnahme. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich während der Maßnahme gefühlt haben.

| | Die ganze Zeit (20) | Meistens (16) | Etwas mehr als die Hälfte der Zeit (12) | Etwas weniger als die Hälfte der Zeit (8) | Ab und zu (4) | Zu keinem Zeitpunkt (0) |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------|----------------------------|
| Während der Maßnahme... | | | | | | |
| ... war ich froh und guter Laune | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... habe ich mich am Beginn des Tages frisch und ausgeruht gefühlt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... war die Zeit voller Dinge, die mich interessieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beziehungs- und Betreuungsqualität

6. Bitte bewerten Sie die Betreuung während der Maßnahme insgesamt durch ein Kreuz in dem Kästchen in der Nähe der Beschreibung, die Ihrer Erfahrung am besten entspricht. Je weiter das Kreuz auf einer Seite steht, desto besser passt die Beschreibung zu Ihrer Erfahrung während der Maßnahme.

| | | |
|---|--|---|
| a) Die Vorgehensweise bei der Betreuung passte <u>nicht</u> gut zu mir. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Die Vorgehensweise bei der Betreuung passte <u>sehr</u> gut zu mir. |
| b) Mir fehlte etwas in der Betreuung. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Insgesamt war die Betreuung genau richtig für mich. |
| c) Ich fühlte mich <u>nicht</u> beachtet, verstanden und respektiert. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ich fühlte mich beachtet, verstanden und respektiert. |
| d) Ich fühlte mich unwohl, unangenehm, schlecht gelaunt. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ich fühlte mich wohl, angenehm, gut gelaunt. |
| e) Ich fühlte mich fremdbestimmt, unselbständig, gezwungen. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ich fühlte mich selbstbestimmt, freiwillig, selbständig. |
| f) Ich fühlte mich überfordert, unfähig, verkannt. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ich fühlte mich fähig, positiv beansprucht, wertvoll. |
| g) Ich fühlte mich ausgeschlossen, unbeliebt, missverstanden. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ich fühle mich anerkannt, berücksichtigt, gemocht. |

Respektvoller Umgang miteinander

7. Im Folgenden werden Ihnen einige Situationen aufgelistet. Bitte kreuzen Sie jeweils alle passenden Antworten an.

Gab es folgende Situationen während der Maßnahme (einmal oder häufiger):

- a) Eine Person wurde von einer oder mehreren anderen gemobbt, gedemütigt, angeschrien, beschimpft, bedroht, erniedrigt oder ignoriert.
- Ja, habe ich beobachtet oder mitbekommen
- Ja, ist mir selbst passiert
- Nein, kam nicht vor während dieser Maßnahme
- b) Eine Person wurde von einer oder mehreren anderen geschüttelt, beworfen, festgehalten, geschlagen oder gewürgt.
- Ja, habe ich beobachtet oder mitbekommen
- Ja, ist mir selbst passiert
- Nein, kam nicht vor während dieser Maßnahme) Über eine Person wurden sexistische/sexuelle Kommentare bzw. Witze gemacht oder sie bekam Nachrichten/Videos mit sexuellem Inhalt.
- Ja, habe ich beobachtet oder mitbekommen
- Ja, ist mir selbst passiert
- Nein, kam nicht vor während dieser Maßnahme
- d) Eine Person war einem Körperkontakt oder einer Situation ausgesetzt, die für sie grenzüberschreitend war, z.B. ungewollte Berührungen und Massagen oder Exhibitionismus.
- Ja, habe ich beobachtet oder mitbekommen
- Ja, ist mir selbst passiert
- Nein, kam nicht vor während dieser Maßnahme

- e) Eine Person war ungewolltem und eindeutig sexuellem Körperkontakt ausgesetzt, z.B. erzwungene Küsse, ungewollte sexuelle Berührungen, ungewollter Geschlechtsverkehr (versucht oder erfolgt).

- Ja, habe ich beobachtet oder mitbekommen
 Ja, ist mir selbst passiert
 Nein, kam nicht vor während dieser Maßnahme

8. War Ihnen während der Maßnahme oder grundsätzlich in der Maßnahme eine Ansprechperson bekannt, an die Sie sich hätten wenden können, falls eine der oben beschriebenen Situationen eintritt?

- Ja
 Nein

Wichtig: Für den Fall, dass Sie bereits einmal oder häufiger ähnliche Erlebnisse hatten, wie sie gerade beschrieben wurden, und Sie bei der Beantwortung der Fragen gemerkt haben, dass Sie sich deswegen gerne austauschen würden und/oder Unterstützung wünschen, so wenden Sie sich bitte an die Ansprechperson in Ihrer Organisation (Kontaktdaten auf der Homepage unter „Jugendschutz“).

Falls Ihnen keine solche Person bekannt ist oder Sie lieber auf anonymem Weg Unterstützung bekommen möchten, so wenden Sie sich bitte an eines der beiden hier aufgeführten kostenfreien Hilfsangebote.

**Hilfetelefon sexueller Missbrauch:
 Nummer gegen Kummer:**

www.nina-info.de; Telefon: 0800 - 22 55 530
 www.nummergegenkummer.de; Telefon: 116 111 (aus allen Netzen)

Motivationales Klima

9. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Ihren Erfahrungen während dieser Maßnahme. Kreuzen Sie bitte jeweils die Antwort an, die am ehesten Ihrer persönlichen Meinung entspricht.

| | | | |
|----|---|--|--|
| a) | Die Schwierigkeit der Übungen und Aufgaben war für mich meistens... | | |
| | nicht angemessen (viel zu niedrig oder viel zu hoch) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | genau richtig |
| b) | Die Entscheidungsfreiheit, die ich hatte, war für mich meistens... | | |
| | nicht angemessen (viel zu wenig oder viel zu viel) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | genau richtig |
| c) | Die Zeit, in der sich die Betreuer*innen um mich <u>persönlich</u> gekümmert haben, war meistens... | | |
| | nicht angemessen (viel zu wenig oder viel zu viel) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | genau richtig |
| d) | Die Zusammenstellung von Übungsgruppen war für mich meistens... | | |
| | nicht angemessen (keine hilfreichen Gruppenmitglieder) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | genau richtig |
| e) | Die Regeln und Bewertungskriterien waren für mich meistens... | | |
| | nicht angemessen (nicht bzw. unklar kommuniziert oder nicht konsequent verfolgt) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | genau richtig (klar kommuniziert und konsequent verfolgt) |
| f) | Die Zeit, die ich für Übungen und Aufgaben zur Verfügung hatte, war für mich meistens... | | |
| | nicht angemessen (viel zu kurz oder viel zu lang) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | genau richtig |

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen und Ihre Unterstützung!