

Richela Fischer, Manfred Wildner, Anne Brunner

Bayerischer Forschungsverbund Public Health – Öffentliche Gesundheit,  
München

## Gesundheit und Menschenrechte – Entwicklung eines Fragebogens zur Messung des empfundenen Menschenrechtsstatus

### Zusammenfassung

Gesundheit und Menschenrechte stellen in ihrer Verbindung ein wichtiges und innovatives Konzept für die zukünftige Public-Health-Forschung dar. Das Ziel der vorliegenden Studie war die Entwicklung eines Instrumentes zur Erfassung des empfundenen Menschenrechtsstatus und die Evaluation seiner psychometrischen Werte. Die Reliabilität und Validität dieses innovativen Fragebogens für Menschenrechte (MR) wurde an einer Gruppe von Public-Health-Studenten der Universität München ( $n = 42$ ) und an Teilnehmern der KORA-Frakturstudie ( $n = 458$ ) geprüft. Die Studien zeigten zufriedenstellende Ergebnisse für die zeitliche Stabilität (Pearson's  $r$ : 0,73; ICC: 0,69) und die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha: 0,66–0,79). Die Prüfung der Validität mittels einer Faktorenanalyse und einer Zuordnungsstudie gab Hinweise darauf, dass der Menschenrechtsstatus ein nicht teilbares Konstrukt darstellt. Inhaltlich zeigten sich in beiden Gruppen Defizite bei Items aus den Dimensionen Gerechtigkeit und Partizipation.

Die historische Tradition der Menschenrechte im modernen Verständnis geht bereits auf die Konstitution der Vereinigten Staaten von 1776 und die Französische Revolution von 1789 zurück. Ihre spezifische Festlegung erfolgte nach dem Zweiten Weltkrieg mit der Resolution der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen am 10. Dezember 1948<sup>1</sup>. Die Resolution besteht aus einer Präambel und 30 Artikeln, von denen einige eine direkte Beziehung zur Gesundheit

aufweisen, wie z.B. der Artikel 3, welcher das Recht auf Leben und Freiheit festlegt. In Artikel 25 heisst es: „Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschliesslich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztlicher Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet; er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschul-

dete Umstände“. Andere Artikel beziehen sich zwar weniger explizit auf die Gesundheit, haben aber für die Gesundheitsversorgung eine grosse Bedeutung. Als Beispiel sei Artikel 1 genannt, in welchem festgeschrieben wird, dass alle Menschen gleich an Würde und Rechten geboren sind. Dies impliziert auch einen „menschenwürdigen“ Gesundheitszustand bzw. dessen Schutz und Zugang zu Möglichkeiten seiner Wiederherstellung. Dieser und weiteren Resolutionen und Pakten zu Menschenrechten, wie dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte und dem über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1976, ist die fundamentale Bedeutung folgender vier Menschenrechtsprinzipien gemeinsam: Würde, Gerechtigkeit, Partizipation und Gleichheit bzw. Schutz vor Diskriminierung<sup>2</sup>.

Gesundheit und Menschenrechte stellen in ihrer Verbindung ein wichtiges und innovatives Konzept für die zukünftige Public-Health-Forschung dar<sup>3,4</sup>. Dabei werden drei Schwerpunkte unterschieden: Die Auswirkungen der Gesundheitspolitik auf die Menschenrechte von Individuen und Gruppen, die umgekehrten Auswirkungen von Menschenrechtsverletzungen auf die Gesundheit und die

Erforschung der angenommenen Interaktion zwischen Menschenrechten und Gesundheit<sup>5</sup>. Die theoretische Diskussion des Zusammenhanges zwischen Menschenrechten und Gesundheit basiert auf einem ganzheitlichen Gesundheits- und Persönlichkeitsbegriff<sup>6,7</sup>. Eine offene Frage in diesem Zusammenhang ist das theoretische Modell für die Interaktion zwischen Gesundheit und Menschenrechten, d.h. die Art und Weise, wie sich die Verletzung der Menschenwürde auf die Gesundheit auswirkt. Einen hilfreichen Hinweis gibt das spezifische Charakteristikum des Menschenrechtsansatzes: Rechte finden *zwischen* Subjekten statt, d.h. sie betonen den Schutz und den rechtlichen Anspruch und damit den interaktiven Prozess. Dieser Ansatz findet sich in ähnlicher Weise in dem Konzept der psychosomatischen Medizin und ihrem entsprechenden bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit. Vertreter des bio-psycho-sozialen Ansatzes unterstreichen dabei, dass Gesundheit kein Zustand, sondern ein sehr dynamischer Prozess ist, der aus der Interaktion zwischen dem einzelnen Individuum und seiner Umwelt resultiert<sup>6,7</sup>. Gesundheit ist Ausdruck einer adäquaten Interaktion und sinnvollen Kommunikation („semiotisches Modell“), die als „Beziehungsfäden“ einen für das Individuum lebenswichtigen „Beziehungsmantel“ weben. Diese Beziehungen ermöglichen, soweit sie intakt sind, Gesundheit bzw. größtmögliche Autonomie bei den Erkrankten, während Beziehungsstörungen Krankheit verursachen. Das Modell beschreibt mögliche krankheitsverursachende, pathogene Wirkmechanismen für eine Vielzahl biomedizinischer Diagnosen, wie muskuloskeletale, gastrointestinale, kardiale oder psychiatrische Erkrankungen.

Der wissenschaftliche und praktische Fortschritt auf diesem Gebiet erfordert jedoch die Entwicklung

methodisch valider Instrumente zur empirischen Datengewinnung. Für die Messung des Gesundheitszustandes kann auf eingeführte Instrumente (z.B. SF-36<sup>8</sup>) zurückgegriffen werden. Für die Erfassung von Menschenrechten wurden bislang nur Instrumente entwickelt, die sich auf psychische und physische Effekte nach schweren Traumata, im Konkreten dem posttraumatischen Stresssyndrom, beziehen<sup>9</sup>. Derartige extreme Situationen sind jedoch in vielen entwickelten Ländern selten geworden. Dennoch ist davon auszugehen, dass Beeinträchtigungen des Menschenrechtsstatus auch in diesen Ländern wirksam und bedeutsam sind. Daraus ergibt sich für die empirische Forschung die Notwendigkeit, ein konzeptionell und methodisch stimmiges Instrument zur Messung des Menschenrechtsstatus für weniger extreme Situationen zu entwickeln. Unseres Wissens kann auf kein bestehendes Kriterium oder Instrument zurückgegriffen werden.

Das Ziel der vorliegenden Studie war die Entwicklung und erste psychometrische Testung eines Instrumentes zur Erfassung des Menschenrechtsstatus zur empirischen Prüfung des Zusammenhanges zwischen Gesundheit und Menschenrechten. Ein so gemessener beeinträchtigter oder nicht beeinträchtigter Menschenrechtsstatus kann als zusätzliches Beurteilungskriterium von Outcomes oder als Entscheidungshilfe im Bereich der Gesundheitspolitik, beispielsweise bei der Festsetzung und Verteilung von Ressourcen, verwendet werden.

### **Methodik und Studienpopulation**

Instrument (Fragebogen)

Die Konstruktion des hier vorgestellten Fragebogens für Menschenrechte (MR) baut auf Vor-

arbeiten am Francois-Xavier-Bagnoud-Center for Health and Human Rights in Boston auf<sup>5</sup>. Dabei wurde davon ausgegangen, dass das interaktive bio-psycho-soziale Modell in einem Gesundheits- und Menschenrechtskontext weit besser angewandt werden kann als das konventionelle biomedizinische Modell. Diese Schwerpunktsetzung auf die Interaktion liegt in der Natur der Menschenrechte, welche sich mit der Art und Qualität der Beziehung zwischen Personen bzw. zwischen Personen und Körperschaften ihrer Umgebung, befassen. Diese persönliche Umgebung kann, bezogen auf gesundheitswirksame Menschenrechte, durch die Interaktion und den Dialog auf drei verschiedenen Ebenen bezeichnet werden: die Interaktion zwischen den Individuen, die Interaktion zwischen den Individuen und der Gemeinschaft im Allgemeinen sowie die Interaktionsebene zwischen den Individuen und dem Gesundheitssystem im Speziellen. Dieses Drei-Ebenen-Modell wurde bei vorausgehenden kritischen Diskussionen als eine geeignete Ausgangsbasis für die Entwicklung eines Menschenrechts-Fragebogens befunden. Dieser Ansatz wurde von Mann später auch für die kritische Evaluation von Handlungsebenen in Hinblick auf die Wechselbeziehungen von Würde und Gesundheit vorgeschlagen<sup>10</sup>.

Der Fragebogen entspricht im Design einer Matrix (Tabelle 1), die sich aus den vier oben genannten grundlegenden Elementen der Menschenrechte (Würde, Gerechtigkeit, Partizipation und Gleichheit) und aus den drei Interaktionsebenen ergibt. Daraus entstehen 12 Facetten, die jeweils durch ein Item abgebildet werden. Von den 12 Items des Fragebogens beschäftigen sich nur fünf explizit mit dem Gesundheitswesen. Diese Verteilung ist intendiert, da die Notwendigkeit besteht, den Menschenrechtsstatus in allen drei

Interaktion	Würde (dignity)	Gerechtigkeit (justice)	Partizipation (participation)	Schutz vor Diskriminierung (equity)
Zwischen Individuen I–I	DI	Jl	PI	EI
Zwischen Individuum und Gesundheitssystem I–H	DH	JH	PH	EH
Zwischen Individuum und Staat/Verbänden I–C	DC	JC	PC	E

**Tabelle 1.** Matrix aus vier Menschenrechtsprinzipien und drei Interaktionsebenen.

Interaktionsebenen in umfassender Form abzugreifen, und sich nicht nur auf die Interaktion mit dem Gesundheitswesen zu beschränken. Dieser Ansatz schliesst eine Erweiterung des Fragebogens durch einen Fragebogen zu Patientenrechten in keiner Weise aus, ebensowenig wie eine Erweiterung, die sich auf spezifische andere Aspekte, wie z. B. das berufliche Umfeld, bezieht.

Die 12 für den MR-Fragebogen verwendeten Items wurden vorab von Experten verschiedener Fachdisziplinen (Medizin, Public Health, Psychologie, Philosophie, Psychosomatik, Soziologie) konzeptionell diskutiert. Im Folgenden werden diese Items mit M1-M12 bezeichnet. Die Items können auf einer Likert-Skala von 1-7 beantwortet werden, wobei 1 der Aussage „trifft zu“ und 7 der Aussage „trifft überhaupt nicht zu“ entspricht. Der gesamte Fragebogen wird im Anhang dargestellt.

#### Studienpopulation

Die Reliabilität wurde zum einen über die Messung der internen Konsistenz (einmalige Testgabe) und zum anderen über die Messung der zeitlichen Stabilität des Tests (zweimalige Testgabe zu verschiedenen Zeitpunkten: Test und Retest) geprüft. Die Konstruktvalidität wurde sowohl von den Experten der genannten Fachdisziplinen als auch über eine Faktorenanalyse beurteilt. Des Weiteren

wurden Laien gebeten, jedes der 12 Items genau einer der oben abgebildeten Facetten zuzuordnen. Als Item-Kennwert wurde die Trennschärfe über die Korrelation der Items mit dem Gesamtergebnis berechnet und beurteilt. Dabei kamen zwei verschiedene Studiendesigns zur Anwendung: Für die Prüfung der internen Konsistenz, der Trennschärfe der Items und der Konstruktvalidität wurde eine Stichprobe im Rahmen der KORA-Frakturstudie rekrutiert. Die Studie „Unabhängige Lebensführung nach Frakturen im höheren Lebensalter“ im Rahmen der 2. Förderphase des Bayerischen Forschungsverbundes Public Health – Öffentliche Gesundheit ist Teil der kooperativen Gesundheitsforschung in der Region Augsburg (KORA). Die Frakturstudie untersucht das Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen, psychosoziale Faktoren und gesundheitliche Outcomes in der Tertiärprävention von Patienten im höheren Lebensalter mit Frakturen. Ziel der Studie ist es, Daten zur Fähigkeit der unabhängigen Lebensführung in Abhängigkeit von Frakturtyp, medizinischen Massnahmen und psychosozialen Faktoren zu gewinnen. Im konkreten Fall besteht die untersuchte Subkohorte aus 458 Probanden des Survey 1994/95 der MONICA-Studie in der Region Augsburg, welche 4856 Bewohnern im Alter von 25 bis 74 Jahren umfasst<sup>11</sup>. Das Studiendesign entspricht dem

einer Prävalenz-Fall-Kontroll-Studie<sup>12</sup>. Sowohl die 146 Fälle (alle Probanden mit Frakturanamnese innerhalb der letzten dreizehn Jahre) als auch die nach Alter und Geschlecht gematchten 311 Kontrollen (ohne Frakturanamnese, ein Proband ohne Angaben) wurden innerhalb der Basispopulation identifiziert und ihre Daten für die Validitäts- und Reliabilitätsstudie des MR-Fragebogens als Querschnittserhebung analysiert. Die Wahl dieser Stichprobe bot die Möglichkeit, den MR-Fragebogen an einer bevölkerungsbezogenen Stichprobe unter standardisierten Studienbedingungen zu erproben.

Für die Prüfung der zeitlichen Stabilität (Test-Retest-Reliabilität), der Konstruktvalidität und der Trennschärfe der Items wurde im Vorfeld ein Teil der Instrumente der KORA-Frakturstudie (Fragen zur Demographie, SF-36, SF-Comorbid, MR) und zusätzlich die deutsche Kurzform des Sense-of-Coherence-Fragebogens (SOC)<sup>13</sup> in Form einer Fragebogenbatterie in zweifacher Ausführung an Studenten des Postgradualen Studiengangs Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie der Ludwig-Maximilians-Universität in München ausgeteilt (PH-Studenten-Studie). Die Probanden wurden gebeten, einen der beiden Fragebögen sofort auszufüllen (Zeitpunkt A) und den identischen zweiten Fragebogen drei bis vier Tage später (Zeitpunkt B). Die Teilnahme war freiwillig. Die Daten wurden per Hand

eingetragen und als Excel-Dateien abgespeichert.

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS für Windows Version 7.5/8.0 für PC. Die Reliabilität wurde über den Pearsons Korrelationskoeffizienten und den Intraklassenkorrelationskoeffizienten (ICC) der einzelnen Items und der Summen scores von Test und Retest geprüft. Die wichtige zusätzliche Information des ICC beruht auf seiner Sensitivität gegenüber systematischen Verzerrungen. Während z.B. eine systematische Unterschreitung der Itemausprägung zum Zeitpunkt des Retests noch immer mit einer perfekten Korrelation nach dem Pearsons Korrelationskoeffizienten vereinbar ist, würde eine solche systematische Abweichung gegenüber dem ICC zum Tragen kommen.

Die interne Konsistenz wurde über Cronbachs Alpha berechnet und beurteilt. Die Trennschärfe der Items wurde über die Korrelation der Items mit dem Gesamttestergebnis berechnet und beurteilt. Eine Hauptkomponenten-Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation sollte prüfen, ob mögliche Konstrukte zu identifizieren sind oder ob von einem einzelnen, nicht-teilbaren Menschenrechtskonstrukt ausgegangen werden kann.

Des Weiteren wurden die oben abgebildeten Facetten und die 12 zugeordneten Items an Laien ausgeteilt. Die befragten Laien entsprachen einer Verfügbarkeitsstichprobe verschiedener akademischer und nicht-akademischer Berufsgruppen. Sie wurden gebeten, jedes einzelne Item jeweils einer Facette zuzuordnen. Auf diese Weise wurde nochmals die Validität der Items und der Konstrukte geprüft, welche dem Matrixdesign zugrunde lagen. Eine kriterienbezogene Validitätsprüfung war nicht möglich, da bisher weder ein anderer, valider Fragebogen zum Thema Menschenrechte vorliegt, noch Konsens über ein valides Aussenkriterium besteht.

## Ergebnisse

### Demographische Daten

Im Rahmen der Public-Health (PH)-Studenten-Studie wurden 52 Fragebögen in zweifacher Ausführung ausgeteilt. Zum Zeitpunkt A der Befragung wurden 42 Bögen ausgefüllt zurückgegeben (Responsequote 81 %). An der Retest-Befragung nahmen 30 Probanden teil (71 %). In der Geschlechterverteilung überwogen die Frauen (26) gegenüber den Männern (16), der Grossteil der Probanden (35) war jünger als 40 Jahre. Die Tatsache, dass sich diese Studienpopulation nur aus Akademikern zusammensetzte, spiegelt sich in der Verteilung innerhalb der sozialen Schichten wieder (Selbsteinschätzung der Probanden). Keiner der Teilnehmer fühlte sich der Unterschicht oder der Arbeiterschicht zugehörig (Tabelle 2). Etwas mehr als die Hälfte der Stichprobe (23) war verheiratet, 16 Probanden waren zum Zeitpunkt der Befragung noch ledig und drei Teilnehmer waren bereits geschieden.

Die Altersverteilung der 458 Teilnehmer der KORA-Frakturstudie lag zwischen 58 und 78 Jahren, im Mittel bei 66 Jahren. 57% der Stichprobe waren Frauen. Zwei Drittel der Stichprobe (66%) waren verheiratet, knapp ein Viertel (22%) war verwitwet. Die meisten Teilnehmer waren bereits pensio-

niert (76%), ein Zehntel (10%) stand noch im Berufsleben. Die Schichtzugehörigkeit wurde für die Teilnehmer der KORA-Frakturstudie über den Schichtindex nach Helmert<sup>14</sup> berechnet. Die obere Schicht war am schwächsten, die mittlere Mittelschicht am stärksten besetzt (Tabelle 2).

### Menschenrechtsstatus

Zur inhaltlich sinnvollen Auswertung musste das Item M4 des MR-Fragebogens recodiert werden. Bei der Auswertung entspricht jetzt also die 7 dem Originalwert 1, die 6 dem Originalwert 2 usw.

Zur Beurteilung des gesamten Fragebogens mit einer Masszahl wurde ein Summenscore (All-Sum) aus der Summe der Items M1-M12, dividiert durch die Anzahl der Items, berechnet. Günstigstenfalls konnten somit ein Punkt, ungünstigstenfalls sieben Punkte erreicht werden. Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der deskriptiven Analyse der einzelnen Items und des Summenscores.

Das Ergebnis der Mittelwerte der Items M1-M12 aus beiden Studien, welche jeweils eine Facette der Matrix aus den vier Menschenrechts- und den drei Interaktionsebenen repräsentieren, lässt sich in Form einer Netzgraphik darstellen (Abb. 1). Für eine klare graphische Darstellung entspricht ein optimaler Status dem äusseren Ring,

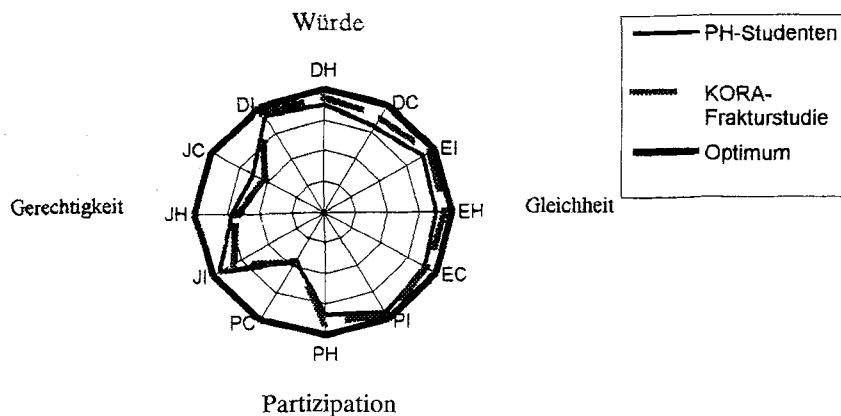
Schichtkategorie	PH-Studenten %	KORA-Augsburg %
Untere Schicht	0,0	20,4
Untere Mittelschicht	0,0	17,7
Mittlere Mittelschicht	33,3	24,9
Obere Mittelschicht	58,3	23,8
Obere Schicht	8,4	13,2

**Tabelle 2.** Verteilung der Studienteilnehmer der „PH-Studenten“-Studie und der KORA-Frakturstudie innerhalb verschiedener sozialer Schichten. Sechs Teilnehmer der „PH-Studenten“-Studie machten keine Angabe zu ihrer sozialen Schicht.

Item	PH-Studenten – Zeitpunkt A		KORA-Frakturstudie	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
M1	1,67	0,67	1,43	0,82
M2	1,43	0,74	1,31	0,81
M3	2,17	1,10	2,45	1,69
M4*	1,81	1,69	1,39	1,24
M5	1,98	1,83	1,39	0,99
M6	3,30	1,86	3,55	2,28
M7	2,30	1,27	1,76	1,07
M8	1,98	0,92	1,51	0,90
M9	5,40	1,90	5,29	2,15
M10	1,81	1,23	1,57	1,18
M11	3,93	1,96	4,81	2,20
M12	2,62	1,50	1,84	1,14
All-Sum	2,53	0,64	2,35	0,75

(\* rekodierte Form).

**Tabelle 3.** Deskriptive Statistik der einzelnen Items und des Summenscores des MR-Fragebogens.



**Abbildung 1.** Die Mittelwerte der Items M1–M12 aus der PH-Studenten-Studie und der KORA-Frakturstudie. Zur Bedeutung der Abkürzungen der gemessenen Parameter siehe Tabelle 1. Die Optimum-Linie entspricht der günstigsten zu erreichenden Punktmenge.

welcher damit einen fiktiven „Menschenrechts“-Raum umschließt. Es zeigt sich bei beiden, unabhängigen Studienpopulationen eine ähnliche Struktur: In der rechten Hälfte des Netzes liegen beide Kurven nahe am Optimum, in der linken Hälfte weichen sie davon stärker ab. Dies ist gleichbedeutend mit einer schlechteren Einschätzung des Menschenrechtsstatus auf der Ebene der Prinzipien

Gerechtigkeit und Partizipation. Die Teilnehmer der PH-Studenten-Studie schätzen sich bei allen Items gleich oder schlechter als die Probanden der KORA-Frakturstudie ein, nur bei den Items der Ebene Gerechtigkeit schätzen sie sich besser ein.

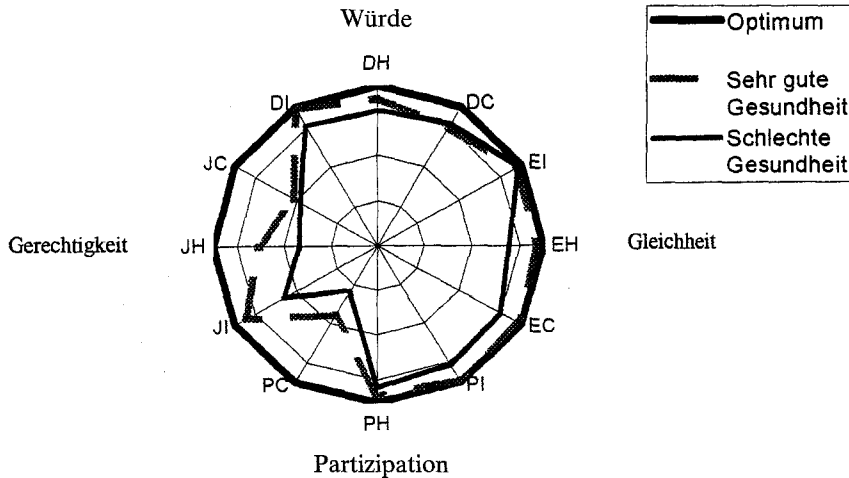
Anhand der Frage 1 (Q1) des SF-36 wurde die subjektive Einschätzung des Gesundheitsstatus beurteilt. Abbildung 2 zeigt die

Ergebnisse des MR-Fragebogens für Probanden der KORA-Frakturstudie mit sehr gutem Gesundheitszustand (Q1 = „ausgezeichnet“, n = 11) und mit schlechtem Gesundheitszustand (Q1 = „schlecht“, n = 15). Teilnehmer mit einem schlechten Gesundheitszustand schätzten ihren Menschenrechtsstatus bei fast allen Items schlechter ein als Teilnehmer mit einem ausgezeichneten Gesundheitszustand. Besonders deutlich zeigt sich dieser Unterschied auf der Ebene Gerechtigkeit in der Interaktion mit anderen Individuen und dem Gesundheitswesen sowie auf der Ebene Partizipation in der Interaktion mit dem Staat und Verbänden.

### Reliabilitätsstudie

#### Interne Konsistenz

Die interne Konsistenz des Summenscores All-Sum wurde über Cronbachs Alpha gemessen. Tabelle 4 stellt die einzelnen Ergebnisse dar.



**Abbildung 2.** Die Mittelwerte der Items M1–M12 für Probanden aus der KORA-Frakturstudie mit sehr gutem und sehr schlechten Gesundheitszustand. Zur Bedeutung der Abkürzungen der gemessenen Parameter siehe Tabelle 1. Die Optimum-Linie entspricht der günstigsten zu erreichenden Punktmenge.

Summenscore	PH-Studenten		KORA-Frakturstudie
	Interne Konsistenz Cronbachs Alpha		Interne Konsistenz Cronbachs Alpha
	Zeitpunkt A	Zeitpunkt B	
All-Sum (M1–M12)	0,66	0,79	0,76

**Tabelle 4.** Interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) für den Summenscore des MR-Fragebogens.

Test-Retest-Reliabilität

Ein weiteres Verfahren, um die Reliabilität eines Tests zu messen, ist die Bestimmung des Korrelationskoeffizienten zwischen den Ergebnissen des Fragebogens zu zwei oder mehreren verschiedenen Zeitpunkten. Tabelle 5 zeigt den Pearsons Korrelationskoeffizienten (r) zwischen den einzelnen Items und den Summenscores zu Zeitpunkt A und B aus der PH-Studenten-Studie. Zusätzlich wurde der ICC mit den zugehörigen Konfidenzintervallen (KI) berechnet.

Itemkennwert – Trennschärfe

Zur Beurteilung der Trennschärfe der einzelnen Items wurde die Korrelation der Items mit dem Gesamtergebnis berechnet. Tabelle 6 stellt die einzelnen Ergebnisse dar.

Validitätsstudie

Die Inhaltsvalidität wurde im Vorfeld durch verschiedene Experten der Fachdisziplinen Medizin, Public Health, Psychologie, Philosophie, Psychosomatik und Soziologie geprüft. Eine Prüfung der

kriterienbezogenen Validität ist derzeit nicht möglich, da keine anderen validen Instrumente zur Messung des Menschenrechtsstatus vorliegen. Die Konstruktvalidität sollte zum einen über eine Faktorenanalyse geprüft werden, zum anderen über eine Befragung von Laien.

Faktorenanalyse

Die Hauptkomponenten-Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation für die PH-Studenten-Studie zum Zeitpunkt A ergab eine mögliche Zuordnung der Items zu vier Faktoren. Die Zahl der Faktoren entsprach entsprechend dem Kaiser-Kriterium der Anzahl der Faktoren mit Eigenwerten grösser eins. Die gleiche Faktorenanalyse zum Zeitpunkt B konnte erneut vier Faktoren extrahieren, die sich jedoch hinsichtlich der Itemverteilung von den vier Faktoren von Zeitpunkt A unterschieden. Eine Faktorenanalyse für die KORA-Frakturstudie ergab drei Faktoren. Demgegenüber war das Ergebnis der erzwungenen Einfaktor-Faktorenanalyse bei allen drei Untersuchungen am besten vereinbar mit der Vorgabe eines einzelnen „Generalfaktors“.

Laienbefragung

Die 12 Items sowie die 12 Facetten wurden an 14 Laien ausgeteilt, mit der Bitte, jedem Item genau eine, inhaltlich passende Facette zuzuweisen. Falls keine passende Facette gefunden werden konnte, sollte eine Null angegeben werden. Es zeigte sich, dass die einzelnen Items nicht eindeutig einer Facette zugeordnet werden konnten, die intendierte Facette aber bei sieben Items jeweils am häufigsten gewählt wurde. Von den restlichen fünf Items wurden vier Items der intendierten Facette immer noch am zweithäufigsten zugeordnet. Tabelle 7 zeigt, wie häufig jede

Item	Pearsons r	95%-KI	ICC	95%-KI
M1	0,60	(0,30–0,79)	0,53	(0,22–0,75)
M2	0,64	(0,35–0,81)	0,62	(0,34–0,80)
M3	0,22	(0,16–0,54)	0,19	(–0,18–0,51)
M4*	0,67	(0,41–0,83)	0,46	(0,12–0,70)
M5	0,86	(0,71–0,93)	0,85	(0,71–0,93)
M6	0,50	(0,16–0,73)	0,25	(0,17–0,72)
M7	0,47	(0,13–0,71)	0,47	(0,14–0,71)
M8	0,64	(0,36–0,82)	0,65	(0,38–0,81)
M9	0,52	(0,19–0,74)	0,51	(0,19–0,73)
M10	0,46	(0,11–0,71)	0,28	(0,11–0,69)
M11	0,59	(0,28–0,79)	0,55	(0,24–0,76)
M12	0,58	(0,26–0,78)	0,56	(0,42–0,77)
All-Sum	0,73	(0,50–0,87)	0,69	(0,49–0,86)

(\* rekodierte Form).

**Tabelle 5.** Ergebnis der Reliabilitätstestung (Test-Retest-Reliabilität) der einzelnen Items und des Summenscores.

Item	Korrelation Item – Gesamtergebnis		
	PH-Studenten Zeitpunkt A	PH-Studenten Zeitpunkt B	KORA-Frakturstudie
M 1	0,21	0,34	0,27
M 2	0,38	0,36	0,21
M 3	0,31	0,48	0,41
M 4*	–0,08	0,09	0,21
M 5	0,05	0,44	0,39
M 6	0,45	0,55	0,53
M 7	0,15	0,63	0,46
M 8	0,42	0,50	0,43
M 9	0,29	0,21	0,44
M 10	0,26	0,59	0,44
M 11	0,52	0,41	0,44
M 12	0,48	0,55	0,42

(\* rekodierte Form).

**Tabelle 6.** Korrelation der Items des MR-Fragebogens mit dem Gesamtergebnis.

Facette einem Item zugeordnet worden ist. Den Items M4 und M5 wurden jeweils von einem Probanden eine Null zugewiesen (Tabelle 7).

## Diskussion

Reliabilität und Validität sind zwei wichtige Kriterien, nach welchen ein neues Fragebogen-Instrument zur Messung verschiedenster Merkmale und Zustände beurteilt

wird<sup>15,16</sup>. Der MR-Fragebogen ist ein innovatives Instrument, mit welchem der subjektiv empfundene Menschenrechtsstatus gemessen werden soll. Die Reliabilität des MR-Fragebogens wurde zum einen über die interne Konsistenz mit dem Koeffizienten Cronbachs Alpha gemessen, zum anderen über den Pearsons Korrelationskoeffizienten und den ICC von Test und Re-Test als Stabilitätsmessung.

Die interne Konsistenz misst im Rahmen einer einmaligen Testgabe, ob die Items von einer Dimension das gleiche messen, unabhängig davon, was sie inhaltlich messen. Die interne Konsistenz spiegelt den Mittelwert der Korrelationen zwischen allen Items einer Dimension wider. Die Stabilität zeigt dagegen die Wiederholbarkeit einer Messung zu verschiedenen Zeitpunkten auf. Für die interne Konsistenz wurde in der PH-Studenten-Studie ein Koeffizient von 0,66 (All-Sum, Zeitpunkt A) bzw. 0,79 (All-Sum, Zeitpunkt B) und für die zeitliche Stabilität ein Koeffizient von 0,73 (All-Sum) mit einem ICC von 0,69 (All-Sum) berechnet. Verschiedene Autoren stellen unterschiedliche Anforderungen an die Höhe von Reliabilitätskoeffizienten<sup>15</sup>. Die interne Konsistenz sollte jedoch möglichst einen Wert von 0,8 und höher erreichen, das Ergebnis der Stabilitätsmessung sollte über 0,5 liegen<sup>15</sup>. Die Reliabilität eines Instrumentes ist von verschiedenen Studien- und Testvoraussetzungen abhängig<sup>15,16</sup>. Da sich die Reliabilität aus der Varianz zwischen den einzelnen Probanden und der Gesamtvarianz zusammensetzt, wird sie um so grösser, je heterogener die Studienpopulation ist. Die Studienpopulationen der vorliegenden Reliabilitätsstudien müssen dagegen als sehr homogen betrachtet werden. Die Studienpopulation der PH-Studenten-Studie besteht ausschliesslich aus Akademikern und zum grössten Teil aus Ärzten,

Item	Facetten											
	DI	JL	PI	EI	DH	JH	PH	EH	DC	JC	PC	EC
M1	9	1	3	1								
M2	1	3	9	1								
M3	2	5		7								
M4	7	2		4								
M5			1			6	2	2		2		
M6						5	2	6		1		
M7	1		2		2		7			1	1	
M8	2		1		9				1	1		
M9					2		4			2	6	
M10	1	1		1				1	1	4		5
M11						1				5	6	2
M12	1								10	2	1	

**Tabelle 7.** Ergebnis der Laienbefragung mit den absoluten Häufigkeiten, wie oft ein Item einer Facette zugeteilt wurde (n = 14). M4 und M5 erhielten jeweils einmal eine 0 als Zuweisung. Die jeweils intendierte Zuordnung ist mit einem Rahmen gekennzeichnet. Zur Bedeutung der Abkürzungen der Facetten siehe Tabelle 1.

über die Hälfte der Stichprobe war jünger als 40 Jahre.

Die Stichprobe der KORA-Fraktur-Studie stellt sich etwas heterogener dar, da die Studienteilnehmer aus allen Schichten stammen. Aufgrund der Altersbeschränkung auf Personen zwischen 58 und 78 Jahren muss die Stichprobe aber dennoch als relativ homogen betrachtet werden. Der Wert für Cronbachs Alpha für den Summenscore All-Sum (0,76) entsprach dem Wert der PH-Studenten-Studie bei Zeitpunkt B und lag damit etwas höher als zu Zeitpunkt A. Insgesamt fanden sich also günstige psychometrische Werte bei der Reliabilitätsprüfung. Es ist zu erwarten, dass sich bei Anwendung des Fragebogens auf eine Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung noch höhere Werte für Cronbach's Alpha finden lassen.

Um die Stabilität besser beurteilen zu können, wurde zum Vergleich zusätzlich der Pearsons Korrelationskoeffizient zwischen den Ergebnissen der Dimensionen des SF-36 zum Zeitpunkt A und B aus der PH-Studenten-Studie berechnet. Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Ergebnisse.

Der SF-36 ist ein anerkannter, auf Reliabilität und Validität mehrfach geprüfter Fragebogen<sup>8</sup>. Dennoch erreichten manche Dimensionen bei der Prüfung auf zeitliche Stabilität in der vorliegenden Studienpopulation nur Werte um 0,6 für den Pearsons Korrelationskoeffizienten. Dies kann als weiterer Hinweis auf eine hohe Homogenität als spezifisches Problem der gewählten Studienpopulation gewertet werden, lässt damit aber eine ausreichende Reliabilität auch des MR-Fragebogens erhoffen.

Dimension	Pearsons r
Bodily pain	0,88
General health	0,81
Mental health	0,80
Mental-component-scale	0,80
Physical-component-scale	0,87
Physical function	0,93
Role emotional	0,66
Role physical	0,62
Social functioning	0,78
Vitality	0,69

**Tabelle 8.** Pearsons Korrelationskoeffizient zwischen den einzelnen Dimensionen des SF-36 zum Zeitpunkt A und B.

Bei der Beurteilung des Pearsons Korrelationskoeffizienten des MR-Fragebogens stellt sich die Frage, ob die Zeit zwischen Test und Re-Test angemessen war. Einige Items fragen Inhalte ab, die sich durchaus von einem Tag zum anderen ändern können. Dies könnte eine Ursache für die niedrigen Werte für den ICC der Items M3 (0,19) und M6 (0,25) sein. Hier wäre ein kürzeres Intervall eventuell günstiger. Gleichzeitig darf man aber auch den Lerneffekt nicht ausser Acht lassen, der eher für ein längeres Intervall sprechen würde. Experten nennen mögliche Zeitintervalle von einer Stunde bis zu einem Jahr, abhängig von der Aufgabe, im Allgemeinen sollte es 2–14 Tage betragen<sup>15</sup>.

Die Reliabilität ist weiterhin von der Anzahl der Items und damit von der Testlänge abhängig<sup>15</sup>. Der MR-Fragebogen besteht aus 12 Items und stellt somit einen relativ kurzen Fragebogen dar. Eine Verdoppelung der Itemzahl würde eine noch applikable und akzeptable Länge des Fragebogens ergeben, gleichzeitig liesse sich aber auch die Reliabilität deutlich erhöhen. Es ist daher vorgesehen, den Fragebogen mit sieben Items zu erweitern, die sich auf das Berufsleben und das Privatleben mit Familie und Freunden beziehen. Zusammenfassend kann man aber feststellen, dass sowohl der Pearsons Korrelationskoeffizient als auch der ICC des Summenscores über dem geforderten Limit liegen. Auch die interne Konsistenz erreicht einen annehmbaren Wert. Die Höhe des notwendigen Korrelationskoeffizienten ist auch von der Anwendung abhängig. Ein Test, der zwischen Individuen unterscheiden und trennen soll, muss sehr viel höhere Korrelationskoeffizienten vorweisen als ein Test, der zwischen Gruppen differenziert<sup>15</sup>. Die Hauptaufgabe des MR-Fragebogens wird eine Gruppenunterscheidung sein. Hierfür werden die vorliegenden Werte

für die Reliabilität als ausreichend und akzeptabel betrachtet.

Für die Korrelation der Items mit dem Gesamtergebnis werden Werte von mindestens 0,2 gefordert<sup>15</sup>. Diese Forderung wurde von Item M4 bei der PH-Studenten-Studie nicht erfüllt. Die Items M5 und M7 lagen nur zu Zeitpunkt A unter dem geforderten Wert. Im Rahmen der KORA-Frakturstudie erreichten dagegen alle Items die geforderte Höhe. Das schlechte Abschneiden von Item M4 könnte dadurch bedingt sein, dass bei diesem Item die Bedeutung der Likert-Skala inhaltlich umgedreht ist und dies zu Problemen beim Ausfüllen des Fragebogens führt. Möglicherweise fällt diese Problematik bei einer grossen Stichprobe wie der KORA-Frakturstudie nicht so stark ins Gewicht wie bei einer kleineren Stichprobe. Das Item wurde daher wie formuliert im Fragebogen belassen.

Die Prüfung der Validität des MR-Fragebogens war das zweite Hauptziel der Studie. Im Vordergrund stand zunächst die Faktorenanalyse. Als a priori festgelegte Konstrukte dienten die oben beschriebenen Ebenen. Mit Hilfe einer Hauptkomponenten-Faktorenanalyse sollte untersucht werden, ob sich diese Konstrukte im Ergebnis der Faktorenanalyse wiederfinden lassen. Die Faktorenanalyse zum Zeitpunkt A ergab nach dem Kaiser-Kriterium jedoch andere Faktoren als zum Zeitpunkt B der PH-Studenten-Studie und wiederum andere Faktoren als bei der Stichprobe der KORA-Frakturstudie. Demgegenüber waren die Ergebnisse bei Vorgabe eines einzelnen Faktors am besten vereinbar mit einem solchen „Generalfaktor“. Es erscheint daher sinnvoll, alle 12 Facetten entweder einzeln oder als ein gemeinsames Konstrukt zu betrachten. Letzteres kann durch den Summenscore „All-Sum“ dargestellt werden. Dieser Summenscore steht für

einen allgemeinen Menschenrechtsstatus.

Für die Betrachtung des Menschenrechtsstatus als ein einziges, unteilbares Konstrukt sprechen sowohl die Ergebnisse der Faktorenanalyse und der Prüfung der internen Konsistenz als auch das Ergebnis der Laienbefragung. Die interne Konsistenz zeigt den höchsten Wert bei dem Summenscore All-Sum an, die Werte für die Subskalen (drei Interaktionsebenen und vier Menschenrechtsebenen, Ergebnisse nicht gezeigt) lagen deutlich niedriger. Der Wert liegt, wie oben bereits erwähnt, im Bereich des geforderten Limits. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Items M1–M12 des Fragebogens zu einem hohen Grad ein einzelnes Konstrukt messen. Dieses Konstrukt könnte inhaltlich dem Menschenrechtsstatus entsprechen. Wie bereits von Leary<sup>2</sup> beschrieben, sind alle Menschenrechte und fundamentale Freiheitsmerkmale untereinander abhängig und nicht trennbar. Dennoch erscheint es aus Gründen der Interpretierbarkeit und daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen sinnvoll, die Ergebnisse entsprechend der logischen Fragebogenstruktur zusätzlich für die einzelnen Items und für die vier Menschenrechtsprinzipien und die drei Interaktionsebenen getrennt zu berichten.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse aus beiden Studienpopulationen fällt auf, dass sich die Einschätzungen des Menschenrechtsstatus sehr ähnlich sind. Man könnte daraus schliessen, dass die Messung nicht regellos erfolgt, sondern eine typische Struktur in Deutschland widerspiegelt. Auffällig erscheint bei den Studienergebnissen, dass beide Studienpopulationen ihren Menschenrechtsstatus auf der Ebene Gerechtigkeit, vornehmlich in der Interaktion mit dem Gesundheitswesen und dem öffentlichen Leben sowie auf der Ebene der Partizipation im Gesundheitswesen, eher schlecht einschätzen.

Gleichzeitig empfinden Teilnehmer mit einem schlechten subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand ihren Menschenrechtsstatus schlechter als Teilnehmer mit einem sehr guten Gesundheitszustand. Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied auf der Ebene Gerechtigkeit in Interaktion mit dem Gesundheitswesen und anderen Individuen sowie auf der Ebene der Partizipation in Interaktion mit dem Staat. Beide Ergebnisse könnten Anlass sowohl zu einer Verbesserung der Patientenrechte als auch der Mitentscheidungsmöglichkeiten der Bürger in der Politik geben. Ein Vergleich mit Ergebnissen aus anderen Ländern könnte weitere Evidenz für oder gegen diese Annahme liefern.

Der MR-Fragebogen stellt sich in unseren Studienpopulationen als reliables, und soweit bei fehlendem Aussenkriterium eindeutig beurteilbar, ausreichend valides Instrument zur Messung des empfundenen Menschenrechtsstatus dar. Aufgrund der verhältnismässig geringen Anzahl der Items (derzeit 12) lässt er sich ohne grösseren Aufwand anwenden. Aus den zwei vorliegenden Studien lässt sich vermutlich bereits eine für Deutschland spezifische Struktur erkennen. Weitere, internationale Studien würden einen Vergleich des Menschenrechtsstatus zwischen verschiedenen Ländern ermöglichen und könnten die hier gefundenen Ergebnisse der psychometrischen Testung untermauern.

### Summary

#### **Health and human rights – development of a questionnaire for the measurement of the perceived human rights status**

Health and human rights as interlinked concepts are a promising new avenue in public health. The aim of this study was the development of a reliable and valid instrument for the measurement of the human right status. The reliability and validity of this new questionnaire for human rights (HRS = human right scale) was measured within a group of Public Health students ( $n = 42$ ) and the participants of the KORA-fracture-study. Test-retest-reliability was 0.73 (ICC: 0.69) and Cronbach's alpha was 0.66–0.79. The evaluation of the validity with the help of a factor analysis and a reconstruction study pointed out, that the perceived human rights status has to be treated as an interlinked and not divisible concept. Both study groups showed deficits for items in the dimension justice and participation.

### Literaturverzeichnis

- 1 Universal Declaration of Human Rights, GA Res 217A (III), UN GAOR Res 71, UN Doc A/810, 1948.
- 2 Leary V. The right to health in international human rights law. *Health Human Rights* 1994; 1: 24–56.
- 3 Susser M. Public Health as a human right: an epidemiologist's perspective on the Public Health. *Am J Public Health* 1993; 83: 418–26.
- 4 Benatar S. Global disparities in health and human rights: a critical commentary. *Am J Public Health* 1998; 88: 295–300.
- 5 Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg H. Health and human rights. *Health Human Rights* 1994; 1: 6–24.
- 6 Uexküll T von, Wesiack W. Theorie der Humanmedizin. München: Urban und Schwarzenberg, 1988: 95–174.
- 7 Uexküll T von. Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München: Urban und Schwarzenberg, 1996: 44–52.
- 8 Bullinger M, Kirchberger I. Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe, 1998
- 9 Mollica R, Caspi-Yavin Y. Measuring torture and torture-related symptoms. *Psychological Assessment* 1991; 3: 581.
- 10 Mann JM. Dignity and health: the UDHR's revolutionary first Amendment. *Health and Human Rights* 1998, 3: 30–9.
- 11 Filipiak B, Schneider A, Döring A, Stieber J, Keil U. MONICA-Project Augsburg, Data Book. Neuherberg: GSF – Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, 1997.
- 12 Rothman KJ, Greenland S. Modern epidemiology. Lippincott: Raven, 1998.
- 13 Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey Bass, 1987.
- 14 Helmert U, Maschewsky-Schneider U, Mielck A, Greiser E. Social in-

**Résumé****Santé et droits de l'homme – développement d'un questionnaire pour mesurer le status du droit de l'homme**

La santé et les droits de l'homme représentent dans leur union un nouveau et important concept dans la recherche de la santé public. Le but de notre étude était le développement d'un questionnaire valide et fiable pour mesurer le status du droit de l'homme. La fiabilité et la validité furent mesurés parmi un groupe d'étudiants de santé public et les participants de l'étude KORA sur les fractures. L'analyse de l'étude montre des résultats satisfaisants pour la fiabilité (stabilité: 0.73; ICC 0.69 et alpha de Cronbach: 0.66–0.79). L'évaluation de la validité a indiqué, que le status du droit de l'homme représente une construction non divisible. Les deux groupes de l'étude montrent un déficit pour des critères dans les dimensions de la justice et de la participation.

equality in myocardial infarct and stroke in West Germany. *Soz Präventivmed* 1993; 38: 123–32.

- 15 *Streiner DL, Norman GR*. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press, 1995.
- 16 *Schelten A*. Grundlagen der Testbeurteilung und Testerstellung. Heidelberg: Quelle und Meyer, 1980.

**Korrespondenzadresse**

Dr. med. Manfred Wildner, MPH  
Tegernseer Landstr. 243  
D-81549 München  
Fax: ++49 89 69349 104  
wil@ibe.med.uni-muenchen.de

## Anhang

Fragebogen zum Menschenrechtsstatus (MR)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer gegenwärtigen Situation.

Jede Frage hat sieben mögliche Antworten. Bitte markieren Sie die Zahl, die Ihre Antwort ausdrückt, wobei die Zahlen 1 und 7 jeweils die extremsten Antworten sind. Wenn die Beschreibung neben der 1 zutrifft, kreuzen Sie die 1 an. Wenn die Beschreibung neben der 7 zutrifft, kreuzen Sie die 7 an. Wenn Sie anders empfinden, kreuzen Sie die Zahl an, die Ihr Gefühl am besten ausdrückt. Bitte geben Sie bei jeder Frage nur eine Antwort.

**M1. Ich werde in meinem privaten Leben von meiner Familie und Freunden mit dem angemessenen Respekt behandelt**

DI

trifft zu 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 trifft überhaupt nicht zu

**M2. Ich kann an wichtigen Entscheidungen zu Hause mitwirken**

PI

trifft zu 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 trifft überhaupt nicht zu

**M3. Wenn ich von einem anderen Menschen ungerecht behandelt werde, habe ich die Möglichkeit, erfolgreich dagegen zu protestieren**

Jl

trifft zu 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 trifft überhaupt nicht zu

**M4. Ich werde von meinen Mitmenschen systematisch schlechter behandelt als andere Menschen**

EI

trifft zu 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 trifft überhaupt nicht zu

**M5. Ich habe den gleichen Zugang zu Ärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen wie die anderen Menschen**

EH

trifft zu 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 trifft überhaupt nicht zu

**M6. Ich habe die Möglichkeit, gegen unfaire Behandlung im Gesundheitswesen erfolgreich zu protestieren**

JH

trifft zu 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 trifft überhaupt nicht zu

**M7. Meine Meinung wird von Ärzten, Krankenschwestern und anderem Gesundheitspersonal angehört und berücksichtigt, wenn es um meine Gesundheit geht**

PH

trifft zu 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 trifft überhaupt nicht zu

**M8. Ich werde von Ärzten, Krankenschwestern und anderem Gesundheitspersonal mit dem angemessenen Respekt behandelt**

DH

trifft zu 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 trifft überhaupt nicht zu

**M9. Ich habe die Möglichkeit, auf Gesetze und Verordnungen einzuwirken, die die Gesundheit betreffen**

PC

trifft zu 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 trifft überhaupt nicht zu

**M10. Ich habe die gleichen Rechte wie jeder andere Bürger dieses Landes**

EC

trifft zu 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 trifft überhaupt nicht zu

**M11. Ich habe die Möglichkeit, gegen ungerechte Gesetze und Verordnungen erfolgreich zu protestieren**

JC

trifft zu 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 trifft überhaupt nicht zu

**M12. Von Staat und Gemeinde, z.B. von der Polizei und auf Ämtern, werde ich mit dem angemessenen Respekt behandelt**

DC

trifft zu 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 trifft überhaupt nicht zu

Die Fragen M1-M12 entsprechen dem hier vorgestellten originalen Kernstück-Fragebogen. Dieser kann durch weitere Fragenmodule erweitert werden.