

Katamnesefragebogen – Beispiel (Entwurf 10-2016)

1. Lebenssituation		Bitte jeweils <u>nur eine</u> Aussage ankreuzen		
1.1	Ich hatte in den letzten 12 Monaten überwiegend	1	eine/n Partner/in	<input type="checkbox"/>
		2	keine/n Partner/in	<input type="checkbox"/>

1.2	Ich habe in den letzten 12 Monaten überwiegend	1	alleine gelebt	<input type="checkbox"/>
		2	nicht alleine gelebt	<input type="checkbox"/>

1.3 Wenn <u>nicht alleine</u> gelebt: Ich habe in den letzten 12 Monaten zusammengelebt mit ...		Bitte <u>alle</u> zutreffenden Aussagen ankreuzen		
1.3.1			Partner oder Partnerin	<input type="checkbox"/>
1.3.2			mit Kind oder Kindern	<input type="checkbox"/>
1.3.3			Eltern oder Elternteil	<input type="checkbox"/>
1.3.4			(einer) sonstigen Bezugsperson/en	<input type="checkbox"/>
1.3.5			(einer) sonstigen Person/en	<input type="checkbox"/>

2. Wohnverhältnisse		
	Ich habe in den letzten 12 Monaten überwiegend gewohnt ...	Bitte nur <u>eine</u> Aussage ankreuzen
1	selbständig (in eigenem/r oder gemietetem/r Zimmer, Wohnung oder Haus)	<input type="checkbox"/>
2	bei anderen Personen (abhängig von deren Zusage, kann sich schnell verändern)	<input type="checkbox"/>
3	im ambulant betreuten Wohnen (BeWo, ABW)	<input type="checkbox"/>
4	in einer Fachklinik, Klinik oder stationären Reha-Einrichtung	<input type="checkbox"/>
5	in einem Wohnheim oder Übergangswohnheim	<input type="checkbox"/>
6	in einer JVA, im Maßregelvollzug oder in der Sicherungsverwahrung	<input type="checkbox"/>
7	in einer Notunterkunft oder Übernachtungsstelle	<input type="checkbox"/>
8	Ich war ohne Wohnung	<input type="checkbox"/>
9	Sonstiges	<input type="checkbox"/>

3. Erwerbssituation		
	Ich war in den letzten 12 Monaten überwiegend ...	Bitte nur <u>eine</u> Aussage ankreuzen
1	Auszubildende/r	<input type="checkbox"/>
2	Arbeiter/in, Angestellte/r oder Beamt/er/in	<input type="checkbox"/>
3	Selbständige/r oder Freiberufler/in	<input type="checkbox"/>
4	anders erwerbstätig (in einem besonderen Dienstverhältnisse wie z.B. im Freiwilligendienst, als Abgeordneter oder Richter oder ein mithelfender Familienangehöriger)	<input type="checkbox"/>
5	in Elternzeit oder im (längerfristigen) Krankenstand	<input type="checkbox"/>
6	in beruflicher Rehabilitation (LTA – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	<input type="checkbox"/>
7	Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	<input type="checkbox"/>
8	Arbeitslos nach SGB II (ALG II)	<input type="checkbox"/>
9	Schüler/in oder Studierende/r	<input type="checkbox"/>
10	Hausfrau oder Hausmann	<input type="checkbox"/>
11	Rentner/in oder Pensionär/in	<input type="checkbox"/>
12	Nichterwerbsperson (<u>mit</u> Bezug von Leistungen nach SGB XII)	<input type="checkbox"/>
13	Nichterwerbsperson (<u>ohne</u> Bezug von Leistungen nach SGB XII)	<input type="checkbox"/>

4. Suchtbezogene Hilfen		
	Ich habe in den letzten 12 Monaten in folgenden Einrichtungen Hilfen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung in Anspruch genommen ...	Bitte <u>alle</u> zutreffenden Aussagen ankreuzen
4.1	Selbsthilfe	<input type="checkbox"/>
4.2	Ambulante Einrichtung	<input type="checkbox"/>
4.3	Stationäre Reha-Einrichtung	<input type="checkbox"/>
4.4	Krankenhaus oder Krankenhausabteilung	<input type="checkbox"/>
4.5	ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	<input type="checkbox"/>
4.6	soziotherapeutische Einrichtung oder Einrichtung der Eigliederungshilfe	<input type="checkbox"/>
4.7	Einrichtung im Strafvollzug	<input type="checkbox"/>
4.8	Maßnahmen zur Beschäftigung, Qualifizierung oder Arbeitsförderung, (z.B. arbeitsmarkt-orientierte Beratung, berufliche Reha, Beschäftigung für behinderte Menschen)	<input type="checkbox"/>
4.9	Andere Einrichtung / Institution / Maßnahme	<input type="checkbox"/>

5. Lebensbereiche und Problemfelder		Bitte in <u>jeder Zeile</u> <u>nur eine</u> zutreffende Aussage ankreuzen				
In den letzten 12 Monaten ergaben sich in den unten aufgeführten Lebensbereichen oder Problemfeldern folgende Entwicklungen/Veränderungen:		gebessert	gleich geblieben	verschlechtert	neu aufgetreten	trifft nicht zu
5.1	Suchtmittel, Substanzkonsum, Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	körperliche Gesundheit, körperliches Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	psychische Gesundheit, seelischer Zustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	familiäre Situation (Partner, Kinder, Eltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	weiteres soziales Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	Schule, Ausbildungsplatz, Arbeitsplatz, Beschäftigungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7	Freizeitverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	Alltagsstrukturierung und Tagesstruktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9	finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10	Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11	Straftaten bzw. Justizielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12	Fahreignung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.13	sexuelle Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.14	andere Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.15	Gewaltausübung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Abstinenz von Substanzen		Bitte <u>nur eine</u> Aussage ankreuzen	
6.1	Ich bin seit Ende der Behandlung von Alkohol, Drogen und nicht verordneten Medikamenten ...	1	durchgehend abstinent <input type="checkbox"/>
		2	nicht durchgehend abstinent <input type="checkbox"/>

Falls durchgehend abstinent --> weiter mit Frage 6.6
Falls <u>nicht</u> durchgehend abstinent --> weiter mit Frage 6.1.1 bis 6.5

6.1.1	Ich bin in den letzten 30 Tagen wieder abstinent gewesen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
6.2.1	Dauer der Abstinenz in Wochen <u>unmittelbar</u> nach Ende der Behandlung ... <i>(bei durchgehendem Konsum oder weniger als einer Woche Abstinenz bitte 00 eintragen)</i>	__
6.2.2	Dauer der <u>aktuellen</u> Abstinenz in Wochen zum Zeitpunkt der Befragung ... <i>(bei durchgehendem Konsum oder weniger als einer Woche Abstinenz bitte 00 eintragen)</i>	__

Substanzkonsum und Konsumveränderung

6.3			6.4		6.5				
Wenn Sie nicht durchgehend abstinent waren, welche Substanzen haben Sie <u>seit Ende der Behandlung</u> konsumiert? <i>Bitte <u>jede konsumierte</u> Substanz ankreuzen</i>			Wenn Sie nicht durchgehend abstinent waren, an wie vielen Tagen innerhalb der letzten 30 Tage haben Sie konsumiert? <i>Bitte für <u>jede konsumierte</u> Substanz eine Zahl zwischen 0 und 30 angeben und rechts die Veränderung der Konsummenge dokumentieren</i>		Wenn Sie nicht durchgehend abstinent waren, wie hat sich Ihre Dosis bzw. Konsummenge gegenüber der Zeit vor Beginn der Behandlung verändert?				
					deutlich verringert	leicht verringert	gleich geblieben	leicht gesteigert	deutlich gesteigert
1	Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Hypnotika/Sedativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Stimulantien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Flüchtige Lösungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Andere Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.6	Konsum von Tabak seit Behandlungsende	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Konsumveränderung gegenüber der Zeit vor Beginn der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	---------------------------------------	--	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Glücksspielverhalten		Bitte <u>nur eine</u> Aussage ankreuzen		
7.1	Ich bin seit Ende der Behandlung ...	1	durchgehend spielfrei (keine Glücksspielteilnahme)	<input type="checkbox"/>
		2	nicht durchgehend spielfrei	<input type="checkbox"/>

Falls durchgehend spielfrei --> weiter mit Frage 8	
Falls <u>nicht</u> durchgehend spielfrei --> weiter mit Frage 7.1.1 bis 7.2.2	

7.1.1	Ich bin in den letzten 30 Tagen wieder spielfrei gewesen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
7.2.1	Dauer der Spielfreiheit in Wochen <u>unmittelbar nach Ende der Behandlung</u> ... <i>(bei durchgängigem Spielen oder weniger als einer Woche Spielfreiheit bitte 00 eintragen)</i>	__ __
7.2.2	Dauer der <u>aktuellen</u> Spielfreiheit in Wochen <u>zum Zeitpunkt der Befragung</u> ... <i>(bei durchgängigem Spielen oder weniger als einer Woche Spielfreiheit bitte 00 eintragen)</i>	__ __

8. Exzessive Mediennutzung		Bitte <u>nur eine</u> Aussage ankreuzen		
8.1	Ich bin seit Ende der Behandlung ...	1	durchgehend nutzungsfrei (keine exzessive Nutzung)	<input type="checkbox"/>
		2	nicht durchgehend nutzungsfrei	<input type="checkbox"/>

Falls durchgehend nutzungsfrei --> Ende des Fragebogens erreicht 😊😊😊	
Falls <u>nicht</u> durchgehend nutzungsfrei --> weiter mit Frage 8.1.1 bis 8.2.2	

8.1.1	Ich bin in den letzten 30 Tagen wieder nutzungsfrei gewesen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
8.2.1	Dauer der Nutzungsfreiheit in Wochen <u>unmittelbar nach Ende der Behandlung</u> ... <i>(bei durchgängiger Nutzung oder weniger als einer Woche Nutzungsfreiheit bitte 00 eintragen)</i>	__ __
8.2.2	Dauer der <u>aktuellen</u> Nutzungsfreiheit in Wochen <u>zum Zeitpunkt der Befragung</u> ... <i>bei durchgängiger Nutzung oder weniger als einer Woche Nutzungsfreiheit bitte 00 eintragen)</i>	__ __

Glücksspielverhalten, Mediennutzung und Veränderung										
7.3 / 8.3			7.4 / 8.4			7.5 / 8.5				
Wenn Sie nicht durchgehend spielfrei bzw. nutzungsfrei waren, welche Spiel- oder Nutzungsformen haben Sie <u>seit Ende der Behandlung</u> praktiziert? Bitte <u>jede praktizierte</u> Spiel- bzw. <u>exzessiv praktizierte</u> Nutzungsform ankreuzen			Wenn Sie nicht spielfrei bzw. nutzungsfrei waren, an wie vielen Tagen innerhalb der letzten 30 Tage haben Sie gespielt oder Medien exzessiv genutzt? Bitte für <u>jede angekreuzte</u> Spiel- oder Nutzungsform eine Zahl zwischen 0 und 30 angeben und rechts die Veränderung der Spiel- bzw. Nutzungsdauer dokumentieren			Wenn Sie nicht durchgehend spielfrei bzw. nutzungsfrei waren, wie hat sich Ihre Spiel- bzw. Nutzungsdauer gegenüber der Zeit vor Beginn der Behandlung verändert? deutlich verringert leicht verringert gleich geblieben leicht gesteigert deutlich gesteigert				
1	Glücksspiel terrestrisch (Spielhalle, Gastronomie, Sportwetten, Lotterien etc.)	<input type="checkbox"/>	__ __			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Glücksspiel online (Automaten, Casino, Poker, Sportwetten, Lotterien etc.)	<input type="checkbox"/>	__ __			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Exzessive Mediennutzung (Gamen, Chatten, Surfen etc.)	<input type="checkbox"/>	__ __			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ende des Fragebogens – Vielen Dank für ihre Mitarbeit – Bitte Rücksendung nicht vergessen!!!