



Dieser Fragebogen dient dazu, einen Überblick über Ihren Konsum von bestimmten Substanzen und Glücksspiel zu erhalten sowie einer Reihe von Themen, die damit zu tun haben.

Mithilfe Ihrer Antworten können wir Ihnen einen für Sie geeigneten Behandlungsweg aufzeigen.

Behandelt werden: der Konsum von bestimmten Substanzen und Glücksspiel; Probleme, die Sie dadurch haben; vorherige Behandlungen, Beschwerden und Probleme in verschiedenen Bereichen und ob Sie eine Behandlung beginnen wollen.


Viele der Fragen sind sehr persönlich. Damit wir Ihnen möglichst gut helfen können ist es wichtig, dass Sie diese Fragen ehrlich beantworten.

Das Ausfüllen dauert ungefähr 20 – 25 Minuten.

Bei den meisten Fragen können Sie die Antwort ankreuzen, die auf Sie zutrifft.

Manchmal können Sie eine Zahl auf eine punktierte Linie eintragen

.....

oder Text auf die Linie schreiben. .....

Beantworten Sie am Anfang die folgenden Fragen

1. Mein Alter ist		... Jahre						
2. Ich bin		Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/>						
3. Bearbeitungsdatum		<table border="1"> <tr> <td>t</td><td>t</td><td>m</td><td>m</td><td>j</td><td>j</td> </tr> </table>	t	t	m	m	j	j
t	t	m	m	j	j			

Modul	Seite
0. MATE-S: Problemsubstanz oder Glücksspiel	2
1a. Substanzkonsum und Glücksspiel über die Lebensspanne	3
1b. Substanzkonsum und Glücksspiel letzte 30 Tage	4
2. Verlangen nach Substanzen oder Glücksspiel	5
3. Körperliche und psychische Beschwerden	6
4. Depression, Angst und Stress	7
5. Vorherige Behandlung und verschriebene Medikamente	8
6. Behandlungsmotivation	9
7. Schwierigkeiten und Probleme	10
8. Umstände	11
9. Abschlussfragen	11

oa Kreuzen Sie an, womit Sie die meisten Probleme haben. Wenn mehrere Angaben auf Sie zutreffen, wählen Sie *nur*, womit Sie momentan am meisten Probleme haben.

Aktuell

1	Alkohol	<input type="checkbox"/>	6	Ecstasy/XTC (MDMA oder andere sowie MDEA, MDA oder 2CB)	<input type="checkbox"/>
2	Tabak (Zigaretten, Shag, Zigarren, Pfeife, Schnupftabak)	<input type="checkbox"/>	7	Halluzinogene (PCB, Ketamine, Mescaline, Psilocybin, DMT, LSD)	<input type="checkbox"/>
3	Cannabis (Haschisch, Marihuana, Gras)	<input type="checkbox"/>	8	Andere Drogen (GHB, Inhalantien, Lachgas, Poppers) Notieren Sie die Substanz(en): <i>☞</i>	<input type="checkbox"/>
4	Opiate (Heroin, Methadon, Buprenorphin, Morphin, Codein, Oxycodon, Fentanyl)	<input type="checkbox"/>	9	Sedativa (Beruhigungs- und Schlafmittel, Benzodiazepine)	<input type="checkbox"/>
5	Stimulanzien (Kokain, Amphetamine, sonstige z.B. Methylphenidat, Khat)	<input type="checkbox"/>	10	Glücksspiel Notieren Sie, was Sie spielen: <i>☞</i>	<input type="checkbox"/>

4a Denken Sie bei den folgenden Fragen an die Substanz, mit der Sie die meisten Probleme haben.

12 Monate

«Haben Sie in den letzten 12 Monaten . . .		Markieren Sie Ja oder Nein.	
1	. . .regelmäßig ein starkes Verlangen gehabt, die Substanz zu konsumieren?	Ja	Nein
2	. . .regelmäßig den Wunsch gehabt, den Substanzkonsum aufzugeben?	Ja	Nein
3	. . .viel Zeit damit verbracht, die Substanz zu besorgen, einzunehmen oder sich von den Wirkungen zu erholen?	Ja	Nein
4	. . .festgestellt, dass Sie viel mehr von der Substanz benötigten, um den gleichen Effekt zu erzielen?	Ja	Nein
5	. . .sich krank oder unwohl gefühlt, wenn Sie probiert haben, weniger zu konsumieren oder ganz aufzuhören?	Ja	Nein
6	. . .häufig mehr oder länger konsumiert, als Sie eigentlich vorhatten?	Ja	Nein
7	. . .den Konsum fortgesetzt, obwohl Sie wussten, dass der Konsum gesundheitliche, emotionale oder psychische Probleme verursachte?	Ja	Nein
8	. . .den Konsum fortgesetzt, obwohl Sie wussten, dass der Konsum Probleme mit der Familie, Freunden, bei der Arbeit oder in der Schule verursachte?	Ja	Nein
9	. . .wegen Ihres Konsums wichtige Aktivitäten wie Sport, Arbeit oder Zusammensein mit Freunden oder Verwandten eingeschränkt oder gänzlich aufgegeben?	Ja	Nein
10	. . .wegen Ihres Konsums regelmäßig Ihren Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit, oder zu Hause nicht gut nachkommen können?	Ja	Nein
11	. . .mehr als einmal in Situationen mit erhöhtem Verletzungsrisiko konsumiert (z. B. high sein, während Sie einen Roller oder ein Auto lenken, ein Messer benutzen, eine Maschine bedienen mussten)?	Ja	Nein

4b Wenn Sie mit Glücksspiel Probleme haben, beantworten Sie die folgenden Fragen. Falls nicht, gehen Sie weiter zu Frage 1a.

12 Monate

«In den letzten 12 Monaten . . .		Markieren Sie Ja oder Nein.	
1	. . .waren Sie öfter stark eingenommen durch Gedanken an Glücksspiel?	Ja	Nein
2	. . .mussten Sie immer mehr Geld setzen, um die gewünschte Erregung zu erreichen?	Ja	Nein
3	. . .haben Sie wiederholt erfolglos versucht, das Glücksspielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben?	Ja	Nein
4	. . .wurden Sie unruhig oder reizbar bei Versuchen, das Glücksspiel einzuschränken oder aufzugeben?	Ja	Nein
5	. . .haben Sie häufig gespielt, wenn Sie sich gestresst gefühlt haben (z. B. bei Hilflosigkeit, Schuldgefühlen, Angst, depressiver Stimmung)?	Ja	Nein
6	. . .haben Sie oft nach Verlusten erneut gespielt, um den Verlust auszugleichen?	Ja	Nein
7	. . .haben Sie gelogen um zu vertuschen wie viel Sie gespielt haben?	Ja	Nein
8	. . .haben Sie aufgrund des Glücksspiels eine wichtige Beziehung, Ihren Arbeitsplatz oder Ihre Ausbildungs- oder Aufstiegschancen riskiert oder verloren?	Ja	Nein
9	. . .haben Sie sich auf die finanzielle Unterstützung anderer verlassen, um eine durch das Glücksspiel verursachte finanzielle Notlage zu überwinden?	Ja	Nein

T Ganzes Leben

Die folgenden Fragen gehen über den Konsum von Alkohol, Tabak, Drogen und über Glücksspiel										
Gab es in Ihrem <i>Leben</i> Zeiträume mit Konsum von:										
1	Alkohol	† In den folgenden Fragen sind Gläser gemeint, aus denen ein Getränk üblicherweise getrunken wird. Sie werden auch Standardgläser genannt. † Ein Glas Bier ist etwas mehr als ein Standardglas, nämlich 1,2 Standardgläser. Ein halber Liter Bier sind 2 Standardgläser. Eine Flasche Wein sind 8 Standardgläser.			Falls es Zeiträume mit regelmäßigem Konsum gegeben hat, <i>wie lange hat der regelmäßige Konsum</i> in Ihrem gesamten Leben gedauert?					
		Niemals konsumiert	Ja, aber keinen Zeitraum mehr als 28 (für Männer) oder 21 (für Frauen) Gläser pro Woche.	Ja, mit Zeiträumen in denen mehr als 28 (für Männer) oder 21 (für Frauen) Gläser pro Woche konsumiert wurden	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
2	Tabak (<i>Zigaretten, Shag, Zigarren, Pfeife, Schnupftabak</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber keinen Zeitraum mit täglichem Konsum.	Ja, mit Zeiträumen, in denen täglich konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
3	Cannabis (<i>Haschisch, Marihuana, Gras</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
4	Opiate (<i>Heroin, Methadon, Buprenorphin, Morphin, Codein, Oxycodon, Fentanyl</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
5	Stimulanzien (<i>Kokain, Amphetamine, sonstige z.B. Methylphenidat, Khat</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
6	Ecstasy/XTC (<i>MDMA oder andere sowie MDEA, MDA oder 2CB</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
7	Halluzinogene (<i>PCB, Ketamine, Mescaline, Psilocybin, DMT, LSD</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
8	Andere Drogen (<i>GHB, Inhalantien, Lachgas, Poppers</i>) Notieren Sie die Substanz(en): 	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
9	Sedativa (<i>Beruhigungs- und Schlafmittel, Benzodiazepine</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
10	Glücksspiel Notieren Sie, was Sie spielen: 	Kein Glücksspiel	Ja, aber keine Zeiträume mit wöchentlichen Spielen	Ja, mit Zeiträumen wöchentlichen Spielens	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre

30 Tage

Wie oft haben Sie in den *letzten 30 Tagen* konsumiert:

1a	Alkohol	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
1b	† In den folgenden Fragen sind Gläser gemeint, aus denen ein Getränk üblicherweise getrunken wird. Sie werden auch Standardgläser genannt.				† Ein Glas Bier ist etwas mehr als ein Standardglas, nämlich 1,2 Standardgläser. Ein halber Liter Bier sind 2 Standardgläser. Eine Flasche Wein sind 8 Standardgläser.			
	Schreiben Sie zu jedem Tag die Anzahl an Gläsern auf, die Sie in den letzten 30 Tagen in einer normalen Woche getrunken haben. Schreiben Sie `o´, wenn Sie an einem Tag nicht getrunken haben.	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
	
		Gläser	Gläser	Gläser	Gläser	Gläser	Gläser	
2a	Tabak (<i>Zigaretten, Shag, Zigarren, Pfeife, Schnupftabak</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
2b	Notieren Sie, wie viel Sie üblicherweise an einem Tag geraucht haben.	..... Zigaretten / selbst gedrehte / Zigarren etc. pro Tag						
3	Cannabis (<i>Haschisch, Marihuana, Gras</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
4	Opiate (<i>Heroin, Methadon, Buprenorphin, Morphin, Codein, Oxycodon, Fentanyl</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
5	Stimulanzien (<i>Kokain, Amphetamine, sonstige z.B. Methylphenidat, Khat</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
6	Ecstasy/XTC (<i>MDMA oder andere sowie MDEA, MDA oder 2CB</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
7	Halluzinogene (<i>PCB, Ketamine, Mescaline, Psilocybin, DMT, LSD</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
8	Andere Drogen (<i>GHB, Inhalantien, Lachgas, Poppers</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
9	Sedativa (<i>Beruhigungs- und Schlafmittel, Benzodiazepine</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
10	Glücksspiel	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gedanken über den Konsum von Alkohol, Drogen oder Glücksspiel.“
Denken Sie dabei an die Substanz, durch die Sie am meisten Probleme haben.

Wenn Sie durch Glücksspiel die meisten Probleme haben, lesen Sie “spielen” anstelle von “konsumieren”.

Bitte kreuzen Sie jeweils die Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft. Falls nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf den Zeitraum der *letzten sieben Tage*.

T
7 Tage

- 1 Wenn Sie nicht konsumieren, wie viel Ihrer Zeit wird dann von Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern beansprucht, die etwas mit dem Konsumieren zu tun haben?
 - 0 Keine.
 - 1 Weniger als eine Stunde am Tag.
 - 2 1-3 Stunden am Tag.
 - 3 4-8 Stunden am Tag.
 - 4 Mehr als 8 Stunden am Tag.

- 2 Wie häufig treten diese Gedanken und Vorstellungen auf?
 - 0 Niemals.
 - 1 Nicht häufiger als 8 Mal am Tag.
 - 2 Häufiger als 8 Mal am Tag, aber die meisten Stunden des Tages sind frei davon.
 - 3 Mehr als 8 Mal am Tag und während der meisten Stunden des Tages.
 - 4 Die Gedanken treten so häufig auf, dass man sie nicht mehr zählen kann, und es vergeht kaum eine Stunde, in der sie nicht auftreten.

- 3 Wenn Sie nicht konsumieren, wie sehr leiden Sie dann unter den Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern, die mit dem Konsum zu tun haben bzw. wie sehr werden Sie dadurch gestört?
 - 0 Keine Belastung oder Störung.
 - 1 Geringfügig, selten und nicht besonders störend.
 - 2 Mäßig häufig und störend; ich kann aber noch damit zurecht kommen.
 - 3 Stark, sehr häufig und sehr störend.
 - 4 Extrem stark, fast durchgängig, alles andere wird beeinträchtigt.

- 4 Wenn Sie nicht konsumieren, wie sehr bemühen Sie sich dann, diesen Gedanken zu widerstehen, sie nicht zu beachten oder Ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu lenken? (Geben Sie das Ausmaß Ihrer Bemühungen um Widerstand gegen diese Gedanken an, nicht den Erfolg oder Misserfolg, den Sie dabei haben.)
 - 0 Ich habe so selten derartige Gedanken, dass es nicht notwendig ist, dagegen anzugehen. Wenn sie aber auftauchen, bemühe ich mich immer, diesen Gedanken zu widerstehen.
 - 1 Ich versuche meistens, diesen Gedanken zu widerstehen.
 - 2 Ich unternehme einige Anstrengungen, um diesen Gedanken zu widerstehen.
 - 3 Ich lasse diesen Gedanken freien Lauf, ohne zu versuchen sie zu kontrollieren. Dabei habe ich allerdings ein ungutes Gefühl.
 - 4 Ich lasse diesen Gedanken völlig freien Lauf.

- 5 Wie stark ist Ihr Drang, die Substanz zu konsumieren?
 - 0 Ich verspüre keinen Drang, die Substanz zu konsumieren.
 - 1 Ich verspüre etwas Drang, die Substanz zu konsumieren.
 - 2 Ich verspüre starken Drang, die Substanz zu konsumieren.
 - 3 Ich verspüre sehr starken Drang, die Substanz zu konsumieren.
 - 4 Der Drang zu konsumieren ist völlig überwältigend und nicht zu beeinflussen.

3a

Die folgenden Fragen beziehen sich auf körperliche Beschwerden.

Wie häufig litten Sie innerhalb der *letzten 30 Tage* unter:

Gar nicht Selten Manchmal Häufig Immer

T
30 Tage


1	Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4
2	Müdigkeit/Erschöpfung	0	1	2	3	4
3	Übelkeit	0	1	2	3	4
4	Magenschmerzen	0	1	2	3	4
5	Kurzatmigkeit/Atemnot	0	1	2	3	4
6	Brustschmerzen	0	1	2	3	4
7	Gelenkschmerzen/Steifheit	0	1	2	3	4
8	Muskelschmerzen	0	1	2	3	4
9	Taubheit/Kribbeln (in Armen und Beinen)	0	1	2	3	4
10	Zittern/Beben	0	1	2	3	4

3b

Geben Sie an, ob Folgendes auf Sie zutrifft.

Markieren Sie Ja oder Nein.

T
Aktuell

1	Sind Sie schwanger?	Ja	Nein
2	Leiden Sie unter einer ernsthaften oder ansteckenden Krankheit, z. B. Herzbeschwerden, Diabetes, Hepatitis, HIV? Notieren Sie die Krankheit(en) 	Ja	Nein
3	Gibt es bei Ihnen Anzeichen von Krankheit, z.B.: starke Blässe, ein aufgedunsenes Gesicht, Blutergüsse, Schwierigkeiten beim Laufen, Ödeme in den Beinen, Starke Abmagerung oder aufgequollener Bauch, Abszesse oder starker Juckreiz?	Ja	Nein
4	Haben Sie Schwierigkeiten mit Intoxikations- oder Entzugserscheinungen sowie: Zittern, Koordinationsstörungen, verwaschene Sprache, unsicherer Gang, Krampfanfälle, Schweißausbrüche, Pupillenanomalien?	Ja	Nein
5	Sind Sie ab und zu verwirrt oder vergesslich?	Ja	Nein
6	Haben Sie sich in den letzten 30 Tagen gewünscht, tot zu sein oder gedacht, dass es besser wäre, wenn Sie tot wären?	Ja	Nein
7	Haben Sie in den letzten 30 Tagen konkret geplant, sich umzubringen oder einen Selbstmordversuch unternommen?	Ja	Nein
8	Haben Sie in den letzten 30 Tagen Dinge gesehen oder gehört, die andere Menschen nicht sehen oder hören können?	Ja	Nein
9	Haben Sie in den letzten 30 Tagen gedacht, dass andere Menschen sich gegen Sie verschworen haben?	Ja	Nein

T
30 Tage

In den folgenden Aussagen geht es um Depressivität, Angst und Stress.

Bitte geben Sie für jede Aussage an, wie sehr die Aussage in der *letzten Woche* auf Sie zutraf, indem Sie eine der Zahlen 0, 1, 2 oder 3 ankreuzen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

Die Rating-Skala ist wie folgt:

0 = Traf gar nicht auf mich zu

1 = Traf manchmal auf mich zu, oder zu einem gewissen Grad

2 = Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu, oder ziemlich oft

3 = Traf sehr stark auf mich zu, oder die meiste Zeit

Traf gar nicht auf mich zu	Traf manchmal auf mich zu, oder zu einem gewissen Grad	Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu, oder ziemlich oft	Traf sehr stark auf mich zu, oder die meiste Zeit
----------------------------	--	--	---

7 Tage

1	Ich fand es schwer, mich zu beruhigen	0	1	2	3
2	Ich spürte, dass mein Mund trocken war	0	1	2	3
3	Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle erleben	0	1	2	3
4	Ich hatte Atemprobleme (z. B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung)	0	1	2	3
5	Es fiel mir schwer, Dinge in Angriff zu nehmen	0	1	2	3
6	Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren	0	1	2	3
7	Ich zitterte (z. B. an den Händen)	0	1	2	3
8	Ich fühlte mich überreizt	0	1	2	3
9	Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich zum Trotteln machen könnte	0	1	2	3
10	Ich hatte das Gefühl, nichts zu haben, auf das ich mich freuen konnte	0	1	2	3
11	Ich bemerkte, dass ich unruhig wurde	0	1	2	3
12	Ich fand es schwierig, mich zu entspannen	0	1	2	3
13	Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig	0	1	2	3
14	Ich konnte nichts ertragen, was mich von meinen Tätigkeiten abhielt	0	1	2	3
15	Ich fühlte mich einer Panik nahe	0	1	2	3
16	Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern	0	1	2	3
17	Ich fühlte mich als Person nicht viel wert	0	1	2	3
18	Ich fand mich ziemlich empfindlich	0	1	2	3
19	Ich spürte meinen Herzschlag, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. das Gefühl beschleunigten Herzschlags, das Gefühl, dass der Herzschlag aussetzt)	0	1	2	3
20	Ich fühlte mich grundlos ängstlich	0	1	2	3
21	Ich empfand das Leben als sinnlos	0	1	2	3

5a

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Behandlungen.

T
5 Jahre

1 Waren Sie jemals wegen substanzbezogener Störungen in Behandlung?

Ja
Nein

→
War das in den letzten 5 Jahren?

Ja
Nein

→
Wie viele?

Wie viele ambulante oder tagesklinische Behandlungen haben Sie in den letzten 5 Jahren gemacht?
† Achtung: Eine Behandlung besteht aus mehreren Terminen oder Sitzungen. Schreiben Sie nicht die Anzahl an Sitzungen auf, sondern die Anzahl der vollständig abgeschlossenen Behandlungen.

Wie viele stationäre Behandlungen haben Sie in den letzten 5 Jahren gemacht?

T
12 Monate

2 Sind Sie aktuell (oder innerhalb der letzten 12 Monate) in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung gewesen?

Ja
Nein

5b

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Medikamente, die Sie von einem Arzt / einer Ärztin verschrieben bekommen haben.

T
Aktuell

1 Bekommen Sie wegen der Abhängigkeit Medikamente verschrieben?

Ja
Nein

→
Welche?



2 Bekommen Sie wegen psychiatrischer / psychischer Probleme Medikamente verschrieben?

Ja
Nein

→
Welche?



3 Bekommen Sie wegen anderer Krankheiten Medikamente verschrieben?

Ja
Nein

→
Welche?



Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie selber über Ihren Konsum oder Glücksspiel denken.
Bitte beurteilen Sie für jede der folgenden Aussagen, wie sehr sie auf Sie zutrifft.

Aktuell

Mein Substanzkonsum		trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft sehr zu
1	. . . . ist ein Problem für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	. . . . schadet mir mehr als er nützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	. . . . verursacht Konflikte mit dem Gesetz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	. . . . verursacht Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder meiner Arbeit nachzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	. . . . verursacht Ärger mit Familie oder Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	. . . . verursacht Schwierigkeiten, einen Job zu finden oder zu behalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	. . . . verursacht gesundheitliche Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	. . . . macht meine Lebenssituation schlechter und schlechter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	. . . . wird mich umbringen, wenn ich nicht bald aufhöre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die folgenden Fragen gehen darüber, was Sie über Hilfe und Behandlung bzgl. Ihres Substanzkonsums oder Glücksspiel denken. Wenn Sie sich bereits in Behandlung befinden, beziehen sich die folgenden Fragen auf diese aktuelle Behandlung.		trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft sehr zu
10	Ich brauche Hilfe, um meinen Substanzkonsum in den Griff zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich habe im Moment zu viele andere Verpflichtungen, um in Behandlung zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Eine Behandlung wäre zu anstrengend für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich brauche unbedingt sofort Hilfe, um mit meinem Substanzkonsum fertig zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Eine Behandlung könnte die letzte Chance für mich sein, meine Probleme in den Griff zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich habe genug von den Problemen, die durch meinen Substanzkonsum verursacht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Um die Probleme mit meinem Substanzkonsum zu lösen, gebe ich meinen Freundes- und Bekanntenkreis auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	In Behandlung zu gehen wird mir nicht viel helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich habe vor, längere Zeit in Behandlung zu bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ich kann ohne Hilfe mit dem Substanzkonsum aufhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ich gehe nur in Behandlung, weil mich jemand anders dazu drängt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Mein Leben ist außer Kontrolle geraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Eine Behandlung kann mir wirklich helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ich will mein Leben wieder in den Griff bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ich will in Behandlung sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Schwierigkeiten, die Sie in verschiedenen Lebensbereichen gehabt haben. Geben Sie an, wie oft Probleme vorkamen oder wie sehr Sie sich in den *letzten 30 Tagen* dadurch eingeschränkt gefühlt haben.

Die Rating-Skala ist wie folgt:

- 0 = Keine Schwierigkeiten oder nicht zutreffend.
- 1 = Selten Schwierigkeiten oder leichte Einschränkung
- 2 = Manchmal Schwierigkeiten oder mäßige Einschränkung
- 3 = Häufig Schwierigkeiten oder erhebliche Einschränkung
- 4 = Immer Schwierigkeiten oder volle Einschränkung

Nicht /
Kein /
Nicht
zutref-
fend Selten /
Leichte Manch-
mal /
Mäßige Häufig /
Erhebli-
che Immer /
Volle

30 Tage

1	Hatten Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin? (Oder war es schwierig, keinen Partner zu haben?)	0	1	2	3	4
2	Gab es Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem(n) Kind(ern)?	0	1	2	3	4
3	Hatten Sie Schwierigkeiten mit Familie oder Freunden?	0	1	2	3	4
4	Hatten Sie Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem Arbeitgeber/Ihrer Arbeitgeberin, Fachkräften, Dienstleistern oder Personal des Gesundheitswesens?	0	1	2	3	4
5	War es schwierig für Sie, mit anderen Menschen Kontakt zu knüpfen oder umzuge- hen?	0	1	2	3	4
6	Hatten Sie Schwierigkeiten bei Ihrer Arbeit oder Ausbildung?	0	1	2	3	4
7	Hatten Sie Schwierigkeiten, mit Ihrem Geld auszukommen?	0	1	2	3	4
8	War es schwierig für Sie, Freizeitaktivitäten zu unternehmen oder sich freie Zeit zu nehmen (z. B. Sport treiben, sich entspannen)?	0	1	2	3	4
9	Hatten Sie Schwierigkeiten, spirituellen oder religiösen Aktivitäten nachzugehen (z.B. religiöse oder spirituelle Gemeinschaften, andere Aktivitäten zur Sinnfindung)	0	1	2	3	4
10	Waren Sie wohnungslos oder gab es andere Schwierigkeiten bzgl. Ihrer Wohnsitua- tion?	0	1	2	3	4
11	War es schwierig für Sie, Haushaltsaufgaben wie Einkaufen, Vorbereiten von Mahl- zeiten oder Hausarbeit zu erledigen?	0	1	2	3	4
12	War es schwierig für Sie, sich selbst zu versorgen, also sich zu waschen, den Körper zu pflegen oder sich zu kleiden?	0	1	2	3	4
13	War es schwierig für Sie, für einen sicheren Schlafplatz oder schützende Kleidung zu sorgen?	0	1	2	3	4
14	War es schwierig für Sie, sich gesund zu ernähren und sich fit zu halten?	0	1	2	3	4
15	War es schwierig für Sie, ärztliche Ratschläge einzuhalten oder bei der Behandlung mitzuarbeiten? Vermieden Sie Arztbesuche, auch wenn sie nötig gewesen wären?	0	1	2	3	4
16	Hatten Sie ungeschützte sexuelle Kontakte mit wechselnden Partnern, beteiligten Sie sich unter Drogen- (oder Alkohol-) Einfluss am Straßenverkehr oder benutzten Sie unsterile Spritzen?	0	1	2	3	4
17	War es schwierig für Sie, die tägliche Routine zu planen, zu handhaben und zu bewältigen?	0	1	2	3	4
18	War es schwierig für Sie, in schwierigen Situationen mit Stress umzugehen oder bei Aufgaben, die besondere Verantwortung erfordern, mit Druck umzugehen?	0	1	2	3	4
19	War es schwierig für Sie etwas Neues zu lernen, oder Probleme zu lösen, oder Ent- scheidungen zu treffen?	0	1	2	3	4

8. Umstände

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Umstände, die einen negativen Einfluss auf die Wiederherstellung Ihrer Gesundheit oder auf die Veränderung Ihres Alkohol- oder Drogenkonsums oder Ihres Glücksspiel haben. Die Fragen beziehen sich auf die *letzten 30 Tage*.

Die Rating-Skala ist wie folgt:

- 0 = Kein negativer Einfluss oder nicht vorhanden
- 1 = Leichter negative Einfluss
- 2 = Mäßiger negative Einfluss
- 3 = Erheblicher negative Einfluss
- 4 = Außerordentlicher negativer Einfluss

Kein / Nicht vorhan- den	Leicht	Mäßig	Erheblich	Außeror- dentlich
-----------------------------------	--------	-------	-----------	----------------------

30 Tage

1	Gibt es in Ihrem Umfeld Menschen, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben?	0	1	2	3	4
2	Haben Sie im letzten Jahr eine zentrale Bezugsperson verloren, z. B. durch Tod oder Scheidung und hat das einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation?	0	1	2	3	4
3	Haben Sie mit allgemeinen gesellschaftlichen Haltungen gegenüber Menschen mit psychischen Problemen zu tun, die einen negativen Einfluss auf ihre Rehabilitation haben?	0	1	2	3	4
4	Haben Sie Kontakte in einem juristischen Kontext oder gibt es rechtliche Maßnahmen, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben?	0	1	2	3	4
5	Gibt es andere Umstände, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben? Wenn das auf Sie zutrifft, schreiben Sie die negativen Umstände auf. Kreuzen Sie an, wie groß der negative Einfluss ist. Wenn es keine sonstigen negativen Faktoren gibt, kreuzen Sie eine "0" an. <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	0	1	2	3	4

9. Abschlussfragen

Die letzten Fragen beziehen sich auf das Ausfüllen des Fragebogens und auf mögliche folgende Schritte.

	trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft sehr zu
1	Ich habe die Fragen gut verstanden.				
2	Das Ausfüllen war einfach für mich.				
3	Ich finde, dass die Fragen wichtig für die Beschreibung meiner Probleme sind.				
4	Ich finde, dass es zu viele Fragen sind.				
5	Wie viele Minuten haben Sie ungefähr für das Ausfüllen gebraucht? Minuten				
6	Wenn Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen hatten, welche waren das? 				
7	Gibt es noch Dinge, die nicht zur Sprache gekommen sind, die aber wichtig wären um Sie zu beraten? Ja Welche? Nein				