



Interviewer:

Datum:

t	t	m	m	j	j
---	---	---	---	---	---

Personencode:

--	--	--	--	--

Alter:

--	--

Geschlecht:

- 1. Substanzkonsum und exzessives Verhalten 2
- 2. Indikatoren für psychiatrische oder medizinische Konsultation 3
- 3. Frühere Suchtbehandlung 3
- 4. Störungen durch Substanzkonsum und abhängige Verhaltensweisen 4
- 5. Körperliche Beschwerden 5
- 6. Persönlichkeit 6
- 7. Aktivitäten und Partizipation; Hilfe und Unterstützung (MATE-ICN) 7
- 8. Umweltfaktoren mit Einfluss auf die Rehabilitation (MATE-ICN) 10
- Q1. Substanzen: Verlangen 11
- Q2. Depression, Angst und Stress 12

Symbol oder Typografie Instruktion / Erklärung

Der MATE ist ein Beurteilungsinstrument. Der Interviewer beurteilt die Information und kann festlegen, wie er sie erheben will. Wenn die benötigte Information bereits bekannt ist, kann diese als Antwort eingetragen werden, ohne die entsprechende Frage zu stellen. Allgemein gilt, dass die Fragen nicht wörtlich gestellt werden müssen. Ausnahmen sind die Module, die mit einem ‚L‘ (Literally, wörtlich) oder einem ‚Q‘ (self-report Questionnaire) markiert sind.

L
Q
Zeitintervall

(Literally, wörtlich) Stellen Sie die Fragen wörtlich. Geben Sie Erklärungen nur, wenn Sie es als absolut notwendig erachten oder die Frage nicht richtig verstanden wurde.

(Selbstbeurteilungsbogen, self-report Questionnaire) Die Person füllt den Fragebogen selbstständig aus. Wenn das nicht möglich ist, können Sie der Person beim Ausfüllen behilflich sein, indem Sie die Fragen vorlesen.

(Time frame, Zeitintervall) Hier wird das Zeitintervall angegeben.

«Beispielfrage» Beispielfragen, die benutzt werden können, um Information über die Person zu erheben, sind kursiv gesetzt und beginnen mit doppelten Klammern («»).

† Urteil/Merkmale/Erklärung Durch ein Kreuz markierte Textpassagen in einem anderen Schrifttyp stehen für:
† Beurteilungsinstruktionen,
† Merkmale, auf die der Interviewer besonders achten soll,
† Erklärungen für den Interviewer.
Diese Textpassagen sollten nicht wörtlich gebraucht werden.

Unterstrichener Text Unterstrichene Wörter markieren die Schlüsselbegriffe einer Frage. Sie können genutzt werden, um weitere Informationen zu erheben.

[—Substanz—]
[—Substanz/Verhalten—] Geben Sie hier die Primäre Problemsubstanz oder das Primäre Problemverhalten an.

Ja Nein Markieren Sie Ja oder Nein.

Notieren Sie die Zahl.

.....

..... Geben Sie eine Beschreibung (freier Text).

30 Tage

Ganzes Leben
Regelmäßig bedeutet

		Die letzten 30 Tage			Lebenszeit
		Anzahl Tage in den letzten 30 Tagen	Menge an einem typischen Tag		Anzahl Jahre mit regelmäßigem Konsum/ Verhalten
			† Geben Sie hier die Anzahl der Konsumtage an (30 für jeden Tag; 4 für einmal pro Woche usw. Wenn gar nicht konsumiert wurde, notieren Sie eine ‚0‘.)	† Geben Sie die Anzahl an Gläsern, Zigaretten, Gramm oder Pillen an einem typischen Konsumtag an.		† Bei Alkohol, Nikotin und Glücksspiel die Standardeinheit, bei anderen Substanzen unterstreichen Sie die benutzte Einheit.
<input type="checkbox"/> † Hier markieren, wenn Sie nicht die letzte, sondern eine frühere 30-Tage-Zeitspanne erfassen. «Ich werde Sie jetzt nach verschiedenen Substanzen fragen, die Sie konsumieren könnten. Die Fragen betreffen zwei verschiedene Zeitspannen: die letzten 30 Tage und die gesamte Lebenszeit. Für die gesamte Lebenszeit werde ich Sie fragen, wie viele Jahre sie die Substanzen konsumiert haben. Für die letzten 30 Tage werde ich danach fragen, wie viele Tage, und wie viel Sie dann an einem typischen Tag konsumiert haben. «Ich beginne mit Alkohol. Haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken? Wenn ja, an wie vielen Tagen haben Sie getrunken und wie viel haben Sie dann getrunken? † Fahren sie fort mit den anderen Substanzen.					† NB: Diese Spalte immer ausfüllen. Wenn die Substanz niemals konsumiert wurde, notieren Sie eine ‚0‘. † Weniger als ein Jahr: 0,25 (3 Monate), 0,5 (6 Monate) oder 0,75 (9 Monate).
Alkohol	An den meisten Tagen	.....	.....	Standardgläser (ca. 10 g Alkohol)	..... Standardgläser in einer Woche Mann: > 28; Frau: > 21
	† An manchen Tagen:: nur angeben, wenn ein wechseln- des Konsummuster innerhalb der letzten 30 Tage erkennbar ist, z. B. höherer Konsum am Wochenende. An manchen Tagen	.....	.....
Tabak		.....	.....	Zigaretten, Zigarren, Pfeife	..... Täglich
Cannabis		.....	.....		.....
Opiate	Methadon, Levomethadon, Buprenorphin	.....	.....		.....
	Heroin	.....	.....		.....
	Übrige Opiate, z. B. Morphin, Codein, Oxycodon, Fentanyl	.....	.....		.....
Stimulan- zien	Kokain	.....	.....		.....
	Amphetamines	.....	.....		.....
	Andere, sowie Methylphenidat, Khat	.....	.....		.....
Nicht kate- gorisiert	MDMA (ecstasy), MDxx	.....	.....		.....
	GHB	.....	.....		.....
Halluzino- genen	PCP, Ketamine, Mesaline, DOM, 2C(-x), Psilocybine, DMT, LSD, salvia divinorum	.....	.....		.....
Andere Substanzen (Drogen)	z. B. Inhalanzien, Lachgas, Poppers. Notieren Sie die Wichtigste: .....	.....	.....		.....
Sedativa, Hypnotika, oder Anxiolytica	Benzodiazepine, Barbiturate	.....	.....		.....
Glücksspiel	z. B. Kasino, Spielautomaten, Kartenspielen, Lotterien, Sportwetten. Notieren Sie die Art des Glücksspiels: .....	.....	.....	Euro ausgegeben (brutto)	.....
Anderes exzessives Verhalten	z. B. <u>exzessiv</u> : Internet gaming, andere Internetnutzung (Social-Media, Pornografie), Sexualverhalten, Kaufen, Sporttreiben. Schreibe die wichtigste auf: .....	.....	.....	Anzahl Stunden	.....
		«Intravenöser Konsum (i.v.): <input type="checkbox"/> Jemals i.v. Konsum <input type="checkbox"/> Aktuell i.v. Konsum <input type="checkbox"/> Niemals i.v. Konsum			
† Die Primäre Problemsubstanz oder das Primäre Problemverhalten ist das was in den Augen der Person selbst und des Interviewer die meisten Probleme verursacht. Wenn das unklar ist, wählen Sie nach folgender Reihenfolge: (1) Kokain, (2) Opiate, (3) Alkohol, (4) andere Substanzen und Sedativa, (5) Cannabis und (6) Glücksspiel oder Nikotin. Wenn Glücksspiel oder Nikotin der Anmeldegrund ist, ist dies das Primäre Problem.					
† [—Primäre Problemsubstanz oder das Primäre Problemverhalten—] =		.....		

Aktuell verschriebene Medikamente			
		«Welche Medikamente sind das und welche Menge haben Sie verschrieben bekommen?»	«Für welche Erkrankungen haben Sie diese verschrieben bekommen?»
Aktuell	«Bekommen Sie wegen der Abhängigkeit Medikamente verschrieben?»	Ja Nein	Abhängigkeit
	«Bekommen Sie wegen psychiatrischer /psychischer Probleme Medikamente verschrieben?»	Ja Nein	
	«Bekommen Sie wegen anderer Krankheiten Medikamente verschrieben?»	Ja Nein	

Aktuelle oder kürzlich (letzten 12 Monate) beendete psychiatrische oder psychologische Behandlung			
12 Monate	«Sind Sie aktuell (oder innerhalb der letzten 12 Monate) in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung gewesen?»	Ja	«Was für eine Behandlung ist/war das?»
		Nein	† Geben sie an, ob diese mit der jetzt anstehenden Behandlung abgestimmt ist. Erläutern Sie.
		Ja Nein	

Merkmal		Merkmal/Frage/Beobachtung (Zutreffendes bitte unterstreichen)		Ja	Nein
30 Tage	Suizidrisiko	Wunsch	«Haben Sie sich in den letzten 30 Tagen gewünscht, tot zu sein oder gedacht, dass es besser wäre, wenn Sie tot wären?»		
		Plan, Ausführung	«Haben Sie in den letzten 30 Tagen konkret geplant, sich umzubringen oder einen Selbstmordversuch unternommen?»		
Aktuell	Psychotische Merkmale	Halluzinationen	«Haben Sie in den letzten 30 Tagen Dinge gesehen oder gehört, die andere Menschen nicht sehen oder hören können?»		
		Wahn	† Extremer Argwohn «Haben Sie in den letzten 30 Tagen gedacht, dass andere Menschen sich gegen Sie verschworen haben?»		
	Verwirrtheit		† Macht einen verwirrten, desorientierten Eindruck, ist vergesslich		
	Körperliche Beschwerden		† Ungesunder Eindruck, sehr bleiches oder aufgedunsenes Gesicht, Blutergüsse, Schwierigkeiten beim Laufen, Ödeme in den Beinen, starke Abmagerung oder aufgequollener Bauch, Abszesse, Folgen von verstärktem Kratzen		
	Intoxikation/Entzugserscheinungen		† Zittern, Koordinationsstörungen, verwaschene Sprache, unsicherer Gang, psychomotorische Verlangsamung oder Agitiertheit, Krampfanfälle, Schweißausbrüche, Erbrechen, Pupillenanomalien		
	Körperliche Erkrankung		«Leiden Sie unter einer ernsthaften oder ansteckenden Krankheit, z. B. Herzbeschwerden, Diabetes, Hepatitis, HIV?»		
	Schwangerschaft ♀		«Sind Sie schwanger?»		

3. Frühere Suchtbehandlung

Frühere Suchtbehandlungen in den letzten 5 Jahren					
† Gemeint sind Behandlungen durch eine professionelle Einrichtung mit dem Ziel der Änderung des Substanzkonsumverhaltens. Methadonsubstitution, ‚Körperliche‘ oder ‚Nicht-qualifizierte‘ Entzugsbehandlung, Kriseninterventionen u. ä. werden nicht gezählt.					
5 Jahre	«Waren Sie jemals wegen substanzbezogener Störungen in Behandlung?»	Ja	«Wenn ja, wie viele Behandlungen davon waren in den letzten fünf Jahren?»		
		Nein	Anzahl ambulant/tagesklinisch in den letzten 5 Jahren	Anzahl stationär in den letzten 5 Jahren	
	† evt. Erläuterung				

L

4a. Störung durch den Konsum der Primären Problemsubstanz

«Haben Sie in den letzten 12 Monaten...

† Achtung; in den letzten 12 Monaten' bedeutet auch früher begonnen und immer noch präsent.

[—Substanz—] = 

1	... regelmäßig ein starkes Verlangen gehabt, [-Substanz-] zu konsumieren?	Ja	Nein
2	... regelmäßig den Wunsch gehabt, den Konsum von [-Substanz—] aufzugeben?	Ja	Nein
3	... viel Zeit damit verbracht, [-Substanz—] zu besorgen, einzunehmen oder sich von den Wirkungen zu erholen?	Ja	Nein
4	... häufig mehr oder länger [-Substanz—] eingenommen, als Sie eigentlich vorhatte?	Ja	Nein
5	... festgestellt, dass Sie von [-Substanz—] mehr einnehmen musste, um den gleichen Effekt zu erzielen?	Ja	Nein
6	... sich krank oder unwohl gefühlt, wenn Sie probiert haben, weniger [-Substanz—] zu konsumieren oder ganz aufzuhören?	Ja	Nein
7	... den Konsum von [-Substanz—] fortgesetzt, obwohl Sie bemerkt hatten, dass Sie dadurch gesundheitliche, emotionale oder psychische Probleme bekommen haben?	Ja	Nein
8	... den Konsum von [-Substanz—] fortgesetzt, obwohl Sie bemerkt hatten, dass Sie dadurch Probleme mit Ihrer Familie, Freunden, auf der Arbeit oder in der Schule bekommen hat?	Ja	Nein
9	... durch Ihren Konsum von [-Substanz—] wichtige Aktivitäten wie Sport, Arbeit oder Zusammensein mit Freunden oder Verwandten eingeschränkt oder gänzlich aufgegeben?	Ja	Nein
10	... durch Ihren Konsum von [-Substanz—] 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 [-Substanz—] konsumiert (z. B. High sein, während Sie einem Roller oder Auto lenken, ein Messer benutzen, eine Maschine bedienen musste)?	Ja	Nein

L

4b. Glücksspielstörung

«In den letzten 12 Monaten...

† Achtung; in den letzten 12 Monaten' bedeutet auch früher begonnen und immer noch präsent.

[—Verhalten—] = 

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

Immer

Häufig

Manchmal

Selten

Gar nicht

5. Körperliche Beschwerden

L T 30 Tage		«Wie häufig litten Sie innerhalb der letzten 30 Tage unter:					
		Gar nicht	Selten	Manchmal	Häufig	Immer	
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	

L

† Achten Sie darauf, dass die Antwort im Allgemeinen, häufig, bzw., normalerweise zutreffend sein muss, nicht nur in Bezug auf spezifische Personen oder Situationen.

Gewöhnlich, im Allgemeinen

I

1	Haben Sie im Allgemeinen Schwierigkeiten, Freundschaften zu schließen und aufrecht zu erhalten?	Ja	Nein
2	Würden Sie sich als typischen Einzelgänger beschreiben?	Ja	Nein
3	Können Sie im Allgemeinen anderen Menschen vertrauen?	Ja	Nein
4	Verlieren Sie normalerweise leicht die Beherrschung?	Ja	Nein
5	Sind Sie ein impulsiver Mensch?	Ja	Nein
6	Machen Sie sich gewöhnlich schnell Sorgen?	Ja	Nein
7	Machen Sie sich im Allgemeinen stark von anderen Personen abhängig?	Ja	Nein
8	Sind Sie normalerweise sehr perfektionistisch?	Ja	Nein

Im MATE-ICN sind diejenigen MATE-Module zusammengefasst, die auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) basieren. Aus der ICF wurde eine Auswahl von Domänen getroffen. Probleme und Hilfebedarf werden in Modul 7, Umweltfaktoren mit Einfluss auf den Rehabilitationsprozess in Modul 8 erfasst. ICN steht für ICF-Core set and Need for care.

In der ICF unterscheidet man bei der Klassifikation von Aktivitäten und Partizipation zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit. Beurteilungsgrundlage für MATE-ICN ist die Leistung. Leistung ist definiert als das Ausführen von Aktivitäten und Partizipation, Leistungsfähigkeit beschreibt die Fähigkeit, die zu tun.

Die Leistung einer Person kann durch professionelle Hilfeleistungen oder andere Umweltfaktoren unterstützt werden. Wenn jemand z. B. seinen Haushalt nicht mehr selbstständig führen kann, dies aber durch häusliche Pflege ausgeglichen wird, muss ‚keine Leistungsbeeinträchtigung‘ kodiert werden. Wenn die Hilfe, die eine Person in Anspruch nimmt, durch eine Organisation vermittelt wird, wird bei ‚Hilfe und Unterstützung‘ das Ausmaß der Inanspruchnahme kodiert.

Die Leistungsbeeinträchtigungen, das Ausmaß an Hilfe und Unterstützung und der Einfluss von Umweltfaktoren mit einer fünfstufigen Antwortskala beurteilt. Der numerische Wert von 0 bis 4 wird interpretiert als Ausprägung (‚nicht‘ bis ‚vollständig ausgeprägt‘), Intensität/Schweregrad (‚nicht spürbar‘ bis ‚verhindert vollständig den Alltag‘), Auftretenshäufigkeit (‚nie‘ bis ‚immer‘) oder Dauer (Prozentwerte von ‚< 5%‘ bis ‚≥ 96%‘) einer Beeinträchtigung.

Eine allgemeine Richtlinie ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Wert	0	1	2	3	4
Ausprägung	Nicht	Leicht	Mäßig	Erheblich	Voll
Intensität	Nicht spürbar	Erträglich /zumutbar	Beeinträchtigt den Alltag	Verhindert teilweise den Alltag	Verhindert vollständig den Alltag
Häufigkeit	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Dauer	0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%

Messlatte

Die Figur zeigt, dass die Bereiche 0 (nicht vorhanden) und 4 (voll ausgeprägt) nur einen kleinen Teil des Wertebereichs abdecken, nämlich die jeweils äußeren 5%. Um ein Problem mit 0 oder 4 zu kodieren, muss es also unmissverständlich deutlich sein, dass entweder keine (0) oder eine vollständige (4) Beeinträchtigung vorliegt. Der Wert 2 (mäßig) geht nicht über 50% des Wertebereichs hinaus. Das bedeutet, dass weniger als 50% der möglichen Leistungsbeeinträchtigung vorliegt. Wird durch ein Problem eine Leistungsbeeinträchtigung verursacht, die größer als 50% aber nicht vollständig ist, muss sie mit einer 3 kodiert werden.

Bei den Umweltfaktoren wird das Ausmaß positiver Effekte der Umwelt, d.h. Förderfaktoren, oder aber das Ausmaß negativer Effekte, d.h. Barrieren auf einer fünfstufigen Skala mit den Stufen 0 (nicht), 1 (leicht), 2 (mäßig), 3 (erheblich) oder 4 (außerordentlich) beurteilt.

Im MATE-Leitfaden sind basierend auf dieser allgemeinen Bewertungsrichtlinie für alle Domänen und Umweltfaktoren Ankerpunkte formuliert, die für die Beurteilung im Einzelnen hilfreich sind.

Nicht alle Domänen und Faktoren müssen für jede Person bedeutsam sein. Wenn eine Domäne für eine Person keine Rolle spielt, kann eine „0“ kodiert werden.“

Alle Domänen und Faktoren müssen im Zusammenhang mit einem Gesundheitsproblem beurteilt werden. Informationen, die keinen Bezug zu physischen oder psychischen Problemen haben, werden bei der Beurteilung nicht berücksichtigt.

Bei der Kodierung des Hilfebedarfs muss angegeben werden, ob der Interviewer der Meinung ist, dass die Person beim Ausführen der entsprechenden Aktivität/Teilhabe zusätzliche Hilfe benötigt (a) und ob die Person selber Hilfebedarf angibt (b). Wenn eine dieser Fragen mit Ja beantwortet wird, wird markiert, ob die eigene Behandlungseinrichtung die entsprechende Hilfeleistung anbieten kann.

Der Beurteilungszeitraum sind die letzten 30 Tage, unabhängig davon, ob dieser Zeitraum repräsentativ für die Situation der Person ist.

30 Tage
KAPITEL

ICF Komponente d: Aktivitäten und Partizipation und Komponente e: Professionelle Hilfe und Unterstützung		Leistungsbeeinträchtigung/ hat Schwierigkeiten mit	Komponente e: Professionelle Hilfe und Unterstützung	Ausmaß an Hilfe und Unterstützung	HILFEBEDARF		
Komponente d: Aktivitäten und Partizipation		† Kodiere die Beeinträchtigungsausprägung: 0: nicht/nz 1: leicht 2: mäßig 3: erheblich 4: voll	Wie viel Hilfe oder Unterstützung erhält die Person hierbei?	† Kodiere das Ausmaß an Hilfe 0: nicht/nz 1: leicht 2: mäßig 3: erheblich 4: vollständig	Meinen Sie, dass (zusätzliche) Hilfe benötigt wird?	Meint die Person, dass sie (zusätzliche) Hilfe benötigt?	Ist die eigene Einrichtung bereit und in der Lage, diese Hilfe anzubieten?
INTERPERSONELLE INTERAKTIONEN UND BEZIEHUNGEN	Aufbauen und Aufrechterhalten von:						
	<u>d770</u> Intime Beziehungen «Hatten Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin? (Oder war es schwierig, keinen Partner zu haben?)»	.....	NZ		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
	<u>d7600</u> Eltern-Kind Beziehungen «Gab es Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem(n) Kind(ern)? † Auf Anzeichen von Verwahrlosung und Missbrauch achten.»	.....	<u>e5750,e5800,e5500</u> Wie viel Unterstützung erhielt die Person dabei, z. B. von der Jugendhilfe?		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
	<u>d750,d760</u> Informelle soziale Beziehungen und Familienbeziehungen «Hatten Sie Schwierigkeiten mit Familie oder Freunden?»	.....	NZ		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
	<u>d740</u> Formelle Beziehungen «Hatten Sie Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem Arbeitgeber/Ihrer Arbeitgeberin, Fachkräften, Dienstleistern oder Personal des Gesundheitswesens?»	.....				
	<u>d710-d729</u> Allgemeine interpersonelle Interaktionen «War es schwierig für Sie, mit anderen Menschen Kontakt zu knüpfen oder umzugehen?»	.....	NZ		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
BEDEUTENDE LEBENSBEREICHE	<u>d810-d859</u> Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung «Hatten Sie Schwierigkeiten bei Ihrer Arbeit oder Ausbildung?»	.....	<u>e5850, e5900</u> Wie viel Unterstützung erhielt die Person dabei, z. B. durch Arbeitsvermittlung, Weiterbildung?		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
	<u>d870</u> Wirtschaftliche Eigenständigkeit «Hatten Sie Schwierigkeiten, mit Ihrem Geld auszukommen?»	.....	<u>e5700</u> Wie viel Unterstützung erhielt die Person dabei, z. B. durch Sozialhilfe oder eine Schuldenberatung?		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
GEMEINSCHAFTS-, SOZIALES UND STAATSBÜRGERLICHES LEBEN	<u>d920</u> Erholung und Freizeit «War es schwierig für Sie, Freizeitaktivitäten zu unternehmen oder sich freie Zeit zu nehmen (z. B. Sport treiben, sich entspannen)?»	.....	NZ		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
	<u>d930</u> Religion und Spiritualität «Hatten Sie Schwierigkeiten, spirituellen oder religiösen Aktivitäten nachzugehen (z.B. religiöse oder spirituelle Gemeinschaften, andere Aktivitäten zur Sinnfindung)»	.....	NZ		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
HÄUSLICHES LEBEN	<u>d610</u> Wohnraum beschaffen und erhalten «Waren Sie wohnungslos oder gab es andere Schwierigkeiten bzgl. Ihrer Wohnsituation?»	.....	<u>e5250</u> Wie viel Unterstützung erhielt die Person dabei, z. B. durch Wohnungsvermittlung, betreutes Wohnen?		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
	<u>d620-640</u> Haushaltsaufgaben «War es schwierig für Sie, Haushaltsaufgaben wie Einkaufen, Vorbereiten von Mahlzeiten oder Hausarbeit zu erledigen?»	.....	<u>e5750</u> Wie viel Unterstützung erhielt die Person dabei, z. B. durch häusliche Pflege?		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein

30 Tage

ICF Komponente d: Aktivitäten und Partizipation und Komponente e: Professionelle Hilfe und Unterstützung		Leistungsbeeinträchtigung/ hat Schwierigkeiten mit	Komponente e: Professionelle Hilfe und Unterstützung	Ausmaß an Hilfe und Unterstützung	HILFEBEDARF		
KAPITEL	Komponente d: Aktivitäten und Partizipation	† Kodiere die Beeinträchtigungsausprägung: 0: nicht/nz 1: leicht 2: mäßig 3: erheblich 4: voll	Wie viel Hilfe oder Unterstützung erhält die Person hierbei?	† Kodiere das Ausmaß an Hilfe 0: nicht/nz 1: leicht 2: mäßig 3: erheblich 4: vollständig	Meinen Sie, dass (zusätzliche) Hilfe benötigt wird?	Meint die Person, dass sie (zusätzliche) Hilfe benötigt?	Ist die eigene Einrichtung bereit und in der Lage, diese Hilfe anzubieten?
SELBSTVERSORGUNG	<u>d510,d520,d540</u> Selbstversorgung «War es schwierig für Sie, sich selbst zu versorgen, also sich zu waschen, den Körper zu pflegen oder sich zu kleiden?»	.....	<u>e5750</u> Wie viel Unterstützung erhielt die Person bei der Selbstversorgung (d510,d520,d540), der Sorge für den physischen Komfort (d5700), oder der Ernährung und Fitness (d5701), z. B. häusliche Pflege oder Obdachlosenhilfe, Streetworker?	.....		
	<u>d5700</u> Für seinen physischen Komfort sorgen «War es schwierig für Sie, für einen sicheren Schlafplatz oder schützende Kleidung zu sorgen?»	.....			Ja	Ja	Ja
	<u>d5701</u> Ernährung und Fitness handhaben «War es schwierig für Sie, sich gesund zu ernähren und sich fit zu halten?»	.....			Nein	Nein	Nein
	<u>d5702a</u> Aufsuchen und Einhalten von Beratung und Behandlung im Gesundheitswesen «War es schwierig für Sie, ärztliche Ratschläge einzuhalten oder bei der Behandlung mitzuarbeiten? Vermieden Sie Arztbesuche, auch wenn sie nötig gewesen wären?»	.....	<u>e5800</u> In welchem Ausmaß wurde die Person dabei ermutigt oder supervidiert, Ratschläge und Behandlung in Anspruch zu nehmen und einzuhalten (Überwachen von Therapietreue)?	.....	Ja	Ja	Ja
	<u>d5702b</u> Sich schützen vor Gesundheitsrisiken durch riskantes Verhalten «Hatten Sie ungeschützte sexuelle Kontakte mit wechselnden Partnern, beteiligten Sie sich unter Drogen- (oder Alkohol-) Einfluss am Straßenverkehr oder benutzten Sie unsterile Spritzen?»	.....	NZ		Nein	Nein	Nein
ALLGEMEINE AUFGABEN UND ANFORDERUNGEN	<u>d230</u> Die tägliche Routine durchführen «War es schwierig für Sie, die tägliche Routine zu planen, zu handhaben und zu bewältigen?»	.....	<u>e5750</u> Wie viel Unterstützung erhielt die Person dabei, z. B. durch Hilfsmaßnahmen zur Tagesstrukturierung?	.....	Ja	Ja	Ja
	<u>d240</u> Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen «War es schwierig für Sie, in schwierigen Situationen mit Stress umzugehen oder bei Aufgaben, die besondere Verantwortung erfordern, mit Druck umzugehen?»	.....	NZ		Ja	Ja	Ja
LERNEN UND WISSENSANWENDUNG	<u>d1</u> Lernen und wissenanwendung «War es schwierig für Sie etwas Neues zu lernen, oder Probleme zu lösen, oder Entscheidungen zu treffen?» † Dies kann durch eine Intelligenzminderung oder durch kognitive oder emotionale Störungen verursacht sein. Geben Sie Ihren allgemeinen Eindruck wieder.	.....	NZ		Ja	Ja	Ja
		.....			Nein	Nein	Nein

ICF Komponente e: Umweltfaktoren		Einfluss auf Rehabilita- tion	HILFEBEDARF			
Komponente e: Umweltfaktoren Gibt es in Bezug auf die letzten 30 Tage Förderfaktoren oder Barrieren, die einen Einfluss auf die Rehabilitation haben oder bekommen könnten?		† Kodiere das Ausmaß des Einflusses: 0: Nicht/nz 1: Leicht 2: Mäßig 3: Erheblich 4: Außerordentlich	Umschreibe den Faktor: † Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab. Diese Faktoren sind außerhalb der Person.			
			Meinen Sie, dass (zusätzliche) Hilfe benötigt wird?	Meint die Person, dass sie (zusätzliche) Hilfe benötigt?	Ist die eigene Einrichtung bereit und in der Lage, diese Hilfe anzubieten?	
UNTERSTÜTZENDE BEZIEHUNGEN	e310-325 Partner, Familie, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Kollegen, usw.					
	Positiver Einfluss «Gibt es in Ihrem Umfeld Menschen, die Sie unterstützen und einen positiven Einfluss auf Sie und Ihre Rehabilitation haben?»	..+.....				
	Negativer Einfluss «Gibt es in Ihrem Umfeld Menschen, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben?» † Achten Sie auf Personen, die den Substanzkonsum stimulieren. † Achtung: Kodiere negativen Einfluss durch <i>Einstellungen</i> unter gesellschaftliche Einstellungen (e460).-		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
	Beziehungsverlust im letzten Jahr mit negativem Einfluss «Haben Sie im letzten Jahr eine zentrale Bezugsperson verloren, z. B. durch Tod oder Scheidung und hat das einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation?»-		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
EINSTELLUNGEN	e460 Gesellschaftliche Einstellungen					
	Negativer Einfluss «Haben Sie mit allgemeinen gesellschaftlichen Haltungen gegenüber Menschen mit psychischen Problemen zu tun, die einen negativen Einfluss auf ihre Rehabilitation haben?»-		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
DIENSTE, SYSTEME UND HANDLUNGSGRUND-SÄTZE	e5500 Dienste der Rechtspflege					
	Positiver Einfluss «Haben Sie Kontakte in einem juristischen Kontext oder gibt es rechtliche Maßnahmen die einen positiven Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben?» † z. B.: Bewährungshelfer, juristischer Beistand, oder Behandlung oder Unterstützung durch gesetzliche Verfügung.	..+.....				
	Negativer Einfluss «Haben Sie Kontakte in einem juristischen Kontext oder gibt es rechtliche Maßnahmen, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben?» † z. B.: aufgescheucht werden durch die Polizei, Verwahrung ohne Versorgung, drohende rechtliche Maßnahmen.-		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
ANDERE UMWELTFAKTOREN	e598 Andere Umweltfaktoren † Kodieren Sie hier keine Umweltfaktoren, die schon an anderer Stelle genannt wurden.					
	Andere Umweltfaktoren mit positivem Einfluss «Gibt es sonstige Umstände, die einen positiven Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben?»	..+.....				
	Andere Umweltfaktoren mit negativem Einfluss «Gibt es andere Umstände, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben?»-		Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Gedanken und Gefühle über [—Substanz/Verhalten—] und auf Konsum oder auf keinen Konsum.

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*.

[—Substanz/Verhalten—] = 

- 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, [—Substanz/Verhalten—] zu konsumieren?
- 0 Ich verspüre keinen Drang.
 - 1 Ich verspüre etwas Drang, [—Substanz/Verhalten—] zu konsumieren.
 - 2 Ich verspüre starken Drang [—Substanz/Verhalten—] zu konsumieren.
 - 3 Ich verspüre sehr starken Drang [—Substanz/Verhalten—] zu konsumieren.
 - 4 Der Drang [—Substanz/Verhalten—] zu konsumieren ist völlig überwältigend und nicht zu beeinflussen.

Q

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.

7 Tage
I

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 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
Traf gar nicht auf mich zu			

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



Interviewer:

Datum:

t	t	m	m	j	j
---	---	---	---	---	---

Personencode:

--	--	--	--	--

Modul	Kennwert	Berechnungsanweisung	Wertebereich	Wert	Cut-off [MD]: benutzt für die MATE-Di- mensionskenn- werte
2. Indikatoren für psychiatrische oder medizinische Konsultation	Somatische Komorbidität [S2.1]	Summe der Ja-Antworten (pro Ja 1 Punkt) der Items körperliche Beschwerden, Intoxikation, Körperliche Erkrankungen und Schwangerschaft.	0 - 4	.....
	In psychologischer oder psychiatrischer Behandlung [S2.2]	1 Punkt für Medikamente wegen psychiatrischer/psychischer Probleme, 1 Punkt für aktuelle psych. Behandlung. Bilden Sie die Summe.	0 - 2	.....	= 2[MD]
	Psychiatrische Komorbidität [S2.3]	2 Punkte für Suizidversuch Plan/Ausführung, 1 Punkt für jedes Ja bei Halluzinationen, Wahn und Verwirrtheit. Bilden Sie die Summe.	0 - 5	.....	≥ 2[MD]
4. Störungen durch Substanzkonsum und abhängige Verhaltensweisen	DSM-5: Der Schweregrad der Störung durch den Konsum der Primären Problemsubstanz [S4a.1]	Bilden Sie die Summe aus den Ja-Antworten (pro Antwort ein Punkt)	0 - 11	.....	2-3: leicht, 4-5: mittel, 6 oder mehr: schwer
	DSM-5: Der Schweregrad der Glücksspielstörung [S4b.1]	Bilden Sie die Summe aus den Ja-Antworten (pro Antwort ein Punkt)	0 - 9	.....	4-5: leicht, 6-7: mittel, 8-9: schwer
	Schweregrad der Abhängigkeit [S4.3]	Bilden Sie die Summe der Ja-Antworten aller Items aus Modul 4a außer den Items 1 und 5.	0 - 9	.....	≥ 8[MD]
5. Körperliche Beschwerden	Körperliche Beschwerden [S5.1]	Summe der 10 Itemantworten.	0 - 40	.....
6. Persönlichkeit	Persönlichkeit [S6.1]	1 Punkt für ein Nein bei Frage 3, 1 Punkt pro Ja-Antwort bei den jeweils anderen Items. Bilden Sie die Summe.	0 - 8	.....	≥ 4
7+8 MATE-ICN	Beeinträchtigungen – Total [S7.1]	Summe der 19 Items, die Leistungsbeeinträchtigung erfassen.	0 - 76	.....
	Beeinträchtigungen – Grundanforderungen [S7.2]	Summe der Werte der 8 Items: d610 Wohnraum beschaffen und erhalten; d620-640 Haushaltsaufgaben; d510,d520,d540 Selbstversorgung; d5700 Für seinen physischen Komfort sorgen; d5701 Ernährung und Fitness handhaben; d5702a Aufsuchen und Einhalten von Beratung und Behandlung im Gesundheitswesen; d5702b Sich schützen vor Gesundheitsrisiken durch riskantes Verhalten; d230 Die tägliche Routine durchführen.	0 - 32	.....	≥ 12[MD]
	Beeinträchtigungen – Beziehungen [S7.3]	Summe der Werte der 5 Items: d770 Intime Beziehungen; d7600 Eltern-Kind Beziehungen; d750,d760 Informelle soziale Beziehungen und Familienbeziehungen; d740 Formelle Beziehungen; d710-d729 Allgemeine interpersonelle Interaktionen.	0 - 20	.....
	Hilfe und Unterstützung [S7.4]	Summe der Werte der 8 Hilfe und Unterstützung Items.	0 - 32	.....
	Förderfaktoren [S8.1]	Summe der Werte der 3 Items: e310-325+,Partner usw; e5500+ Dienste der Rechtspflege; e598+ andere Faktoren..	0 - 12	.....
	Barrieren [S8.2]	Summe der Werte der 5 Items: e310-325- Partner und Beziehungsverlust; e460- Gesellschaftliche Einstellungen; e5500- Dienste der Rechtspflege; e598- andere Faktoren.	0 - 20	.....	≥ 10[MD]
	Hilfebedarf [S8.3]	1 Punkt für jede Domäne, bei der der Beurteiler und/oder der Interviewer ein ‚Ja‘ angekreuzt hat. Bilden Sie die Summe.	0 - 20	.....
Q1. Substanzen: Verlangen	Verlangen [SQ1.1]	Bilden Sie die Summe der 5 Items.	0 - 20	.....	≥ 12[MD]
Q2. Depression, Angst und Stress	Depression [SQ2.1]	Bilden Sie die Summe der Items #3, #5, #10, #13, #16, #17, #21 und nehmen das Ergebnis mal 2.	0 - 42	.....	≥ 21
	Angst [SQ2.2]	Bilden Sie die Summe der Items #2, #4, #7, #9, #15, #19, #20 und nehmen das Ergebnis mal 2.	0 - 42	.....	≥ 15
	Stress [SQ2.3]	Bilden Sie die Summe der Items #1, #6, #8, #11, #12, #14, #18 und nehmen das Ergebnis mal 2.	0 - 42	.....	≥ 26
	Depression Angst Stress - Totalscore [SQ2.4]	Bilden Sie die Summe der drei Skalenwerte für Depression, Angst und Stress.	0 - 126	.....	≥ 60[MD]

