

Katamnesefragebogen – Beispiel (Enwurf 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</u> Zeile <u>nur</u> eine zutreffende Aussage ankreuzen				
		gebessert	gleich geblieben	verschlechtert	neu aufgetreten	trifft nicht zu
In den letzten 12 Monaten ergaben sich in den unten aufgeführten Lebensbereichen oder Problemfeldern folgende Entwicklungen/Veränderungen:						
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 nicht 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 ... (bei durchgehendem Konsum oder weniger als einer Woche Abstinenz bitte 00 eintragen)	<input type="checkbox"/>
6.2.2	Dauer der <u>aktuellen</u> Abstinenz in Wochen zum Zeitpunkt der Befragung ... (bei durchgehendem Konsum oder weniger als einer Woche Abstinenz bitte 00 eintragen)	<input type="checkbox"/>

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

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 nicht 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> ... (bei durchgängigem Spielen oder weniger als einer Woche Spielfreiheit bitte 00 eintragen)	<input type="checkbox"/>
7.2.2	Dauer der <u>aktuellen</u> Spielfreiheit in Wochen <u>zum Zeitpunkt der Befragung</u> ... (bei durchgängigem Spielen oder weniger als einer Woche Spielfreiheit bitte 00 eintragen)	<input type="checkbox"/>

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

	Falls durchgehend nutzungsfrei --> Ende des Fragebogens erreicht ☺ ☺ ☺
	Falls nicht 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> ... (bei durchgängiger Nutzung oder weniger als einer Woche Nutzungsfreiheit bitte 00 eintragen)	<input type="checkbox"/>
8.2.2	Dauer der <u>aktuellen</u> Nutzungsfreiheit in Wochen <u>zum Zeitpunkt der Befragung</u> ... (bei durchgängiger Nutzung oder weniger als einer Woche Nutzungsfreiheit bitte 00 eintragen)	<input type="checkbox"/>

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?		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	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!!!