



Interviewer: .....

Datum: 

d	d	m	m	y	y
---	---	---	---	---	---

Personencode: 

--	--	--	--	--	--

Alter: 

--	--

Geschlecht:

- 1. Substanzen: Konsum 2
- 5. Körperliche Beschwerden 3
- 7. Aktivitäten und Partizipation 5
- Q1. Substanzen: Verlangen 7
- Q2. Depression, Angst und Stress 8

### 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.

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.
<u>Unterstrichener Text</u>	Unterstrichene Wörter markieren die Schlüsselbegriffe einer Frage. Sie können genutzt werden, um weitere Informationen zu erheben.
[—Substanz—]	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).

1. Substanzen: Konsum

30 Tage

		Die letzten 30 Tage		
		Anzahl Tage konsumiert in den letzten 30 Tagen	Menge konsumiert an einem typischen Tag	
			† 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, oder Euro's an einem typischen Konsumtag an.
<p>«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.</p>				
Alkohol	Gewöhnlicher Konsum	.....	.....	Standardgläser (ca. 10 g Alkohol)
	† Höherer Konsum: nur angeben, wenn ein wechselndes Konsummuster innerhalb der letzten 30 Tage erkennbar ist, z. B. höherer Konsum am Wochenende. Höherer Konsum	.....	.....	
Nikotin	Zigaretten, Tabak, Zigarren, Pfeife, Schnupftabak	.....	.....	Zigaretten, Zigarren, Pfeife
Cannabis	Haschisch, Marihuana, Gras	.....		
Opiate	Methadon, Levomethadon, Buprenorphin	.....		
	Heroin	.....		
	Übrige Opiate, z. B. Codein, Fentanyl, Morphin, Opium, Oxycodon, Tilidin, Tramal/Tramadol, Valoron	.....		
Kokain	Crack, Freebase	.....		
	Kokain Hydrochlorid	.....		
Stimulanzien	Amphetamine, Aufputschmittel, Khat, Crystal, Ritalin, Speed	.....		
Ecstasy/XTC	MDMA oder andere psychedelische Amphetamine sowie MDEA, MDA oder 2CB	.....		
Andere Substanzen (Drogen)	z. B. Psychedelika, Inhalanzien, Poppers, GHB, Pilze. Notieren Sie:  .....	.....		
Sedativa	Barbiturate, Benzodiazepine, Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Tranquillizer, Dalmadorm, Librium, Rohypnol, Valium, Diazepam, Tavor, Zopiclon	.....		
Glücksspiel	Notieren Sie die Art des Glücksspiels:  .....	.....	Euro ausgegeben (brutto)	

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	

Im MATE-IC 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. Für jede der erfassten Domänen werden das Ausmaß (oder der Schweregrad) eines Problems in Modul 7 erfasst. IC steht für ICF-Core set.

In der ICF unterscheidet man bei der Klassifikation von Aktivitäten und Partizipation zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit. Beurteilungsgrundlage für MATE-IC 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.

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.

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

Nicht alle Domänen müssen für jede Person bedeutsam sein. Jemand könnte z. B. angeben, dass Religiosität oder Spiritualität in seinem/ihrem Leben keine Rolle spielt. Es wird dann eine ‚0‘ kodiert.

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

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

30 Tage

ICF Komponente d: Aktivitäten und Partizipation		Leistungsbeeinträchtigung/ hat Schwierigkeiten mit
KAPITEL	<b>Gab es innerhalb der letzten 30 Tage Schwierigkeiten mit</b>	† Kodiere die Beeinträchtigungsausprägung: 0: nicht/nz 1: leicht 2: mäßig 3: erheblich 4: voll
INTERPERSONELLE INTERAKTIONEN UND BEZIEHUNGEN	Aufbauen und Aufrechterhalten von:	
	<u>d770</u> Intime Beziehungen «Hatten Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner? (Oder war es schwierig, keinen Partner zu haben?)	.....
	<u>d7600</u> Eltern-Kind Beziehungen «Gab es Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem(n) Kind(ern)? † Auf Anzeichen von Verwahrlosung und Missbrauch achten.	.....
	<u>d750,d760</u> Informelle soziale Beziehungen und Familienbeziehungen «Hatten Sie Schwierigkeiten mit Familie oder Freunden?	.....
	<u>d740</u> Formelle Beziehungen «Hatten Sie Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem Arbeitgeber, Fachkräften, Dienstleistern oder Personal des Gesundheitswesens?	.....
	<u>d710-d720</u> Allgemeine interpersonelle Interaktionen «War es schwierig für Sie, mit anderen Menschen Kontakt zu knüpfen oder umzugehen?	.....
BEDEUTENDE LEBENSBEREICHE	<u>d810-d859</u> Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung «Hatten Sie Schwierigkeiten bei Ihrer Arbeit oder Ausbildung?	.....
	<u>d870</u> Wirtschaftliche Eigenständigkeit «Hatten Sie Schwierigkeiten, mit Ihrem Geld auszukommen?	.....
GEMEINSCHAFTS-, SOZIALES UND STAATSBÜRGERLICHES LEBEN	<u>d920</u> Erholung und Freizeit «War es schwierig für Sie, Freizeitaktivitäten zu unternehmen oder Freizeit zu finden (z. B. Sport zu treiben, sich zu entspannen)?	.....
	<u>d930</u> Religion und Spiritualität «Hatten Sie Schwierigkeiten damit, bei religiösen oder spirituellen Aktivitäten oder Organisationen für die Selbsterfüllung, Bedeutungsfindung oder für religiöse und spirituelle Werte teilzunehmen?	.....
HÄUSLICHES LEBEN	<u>d610</u> Wohnraum beschaffen und erhalten «Waren Sie wohnungslos oder gab es andere Schwierigkeiten bzgl. Ihrer Wohnsituation?	.....
	<u>d620-640</u> Haushaltsaufgaben «War es schwierig für Sie, Haushaltsaufgaben wie Einkaufen, Vorbereiten von Mahlzeiten oder Hausarbeit zu erledigen?	.....

30 Tage

ICF Komponente d: Aktivitäten und Partizipation		Leistungsbeeinträchtigung/ hat Schwierigkeiten mit
KAPITEL	<b>Gab es innerhalb der letzten 30 Tage Schwierigkeiten mit</b>	† Kodiere die Beeinträchtigungsausprägung: 0: nicht/nz 1: leicht 2: mäßig 3: erheblich 4: voll
SELBSTVERSORGUNG	<u>d510,520,540</u> Selbstversorgung «War es schwierig für Sie, sich selbst zu versorgen, also sich zu waschen, den Körper zu pflegen oder sich zu kleiden?»	.....
	<u>d5700</u> Für seinen physischen Komfort sorgen «War es schwierig für Sie, für einen sicheren Schlafplatz oder schützende Kleidung zu sorgen?»	.....
	<u>d5701</u> Ernährung und Fitness handhaben «War es schwierig für Sie, sich gesund zu ernähren und sich fit zu halten?»	.....
	<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>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?»	.....
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>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?»	.....
LERNEN UND WISSENSANWENDUNG	<u>d1</u> Lernen und wissensanwendung «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.	.....

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 achtmal am Tag.
  - 2 Häufiger als achtmal am Tag, aber die meisten Stunden des Tages sind frei davon.
  - 3 Mehr als achtmal 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 lesen Sie jede Aussage und markieren Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 ein, die angeben soll, wie sehr die Aussage während der *letzten Woche* auf Sie zutraf.

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

7 Tage

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	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
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: 

d	d	m	m	y	y
---	---	---	---	---	---

Personencode: 

--	--	--	--	--	--

Modul	Kennwert	Berechnungsanweisung	Wertebereich	Wert	Cut-off [MD]: benutzt für die MATE- Dimensions- kennwerte
5. Körperliche Beschwerden	Körperliche Beschwerden [S5.1]	Summe der 10 Itemantworten.	0 – 40	.....	
7 MATE-IC	Beeinträchtigungen – Total [S7.1]	Summe der 19 Items, die Leistungsbeeinträchtigung erfassen.	0 – 76	.....	
	Beeinträchtigungen – Grundanforderungen [S7.2]	d610 Wohnraum beschaffen und erhalten; d620-640 Haushaltsaufgaben; d510,520,540 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]	d770 Intime Beziehungen; d7600 Eltern-Kind Beziehungen; d750,d760 Informelle soziale Beziehungen und Familienbeziehungen; d740 Formelle Beziehungen; d710-d720 Allgemeine interpersonelle Interaktionen.	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]