

4. <i>Verursacht die Unordnung oder das damit verbundene Horten erhebliche Belastungen oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen (einschließlich eines sicheren Umfelds)?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen</i>
--	-----------	--

♦ **Haben Sie kurz vor Beginn der Symptome Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?** _____

⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____

⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

5. <i>Ist das Hortungsverhalten auf eine Krankheit oder eine andere psychische Störung zurückzuführen? (Siehe optionale Informationen; falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen</i>
---	-------------	--

6. PATHOLOGISCHES HORTEN	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
---------------------------------	-----------	-------------

Aktueller Schweregrad des pathologischen Hortens (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Optionale Informationen: Pathologisches Horten

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Neurologische Entwicklungsstörungen: Pathologisches Horten wird nicht diagnostiziert, wenn es die direkte Folge einer neurologischen Entwicklungsstörung wie Autismus oder geistiger Behinderung ist.
- Psychotische Störungen: Pathologisches Horten ist nicht durch Halluzinationen oder formale Denkstörungen gekennzeichnet.
- Depression: Unordnung bei pathologischem Horten ist nicht ausschließlich auf psychomotorische Retardierung, Müdigkeit oder Energieverlust zurückzuführen.
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS): Menschen mit ADHS können sehr desorganisiert sein, haben aber keine Schwierigkeiten, Gegenstände wegzuerwerfen, weil sie meinen, diese aufbewahren zu müssen, oder weil sie das Wegwerfen beunruhigt.
- Zwangsstörung: Das Sammeln bei pathologischem Horten ist nicht allein auf Zwangsvorstellungen zurückzuführen, z. B. die Angst vor Verunreinigung, Schaden oder Unvollständigkeit, zudem besteht kein Bedürfnis, zeitraubende Zwänge zu vermeiden.
- Andere medizinische Bedingungen: Pathologisches Horten wird nicht diagnostiziert, wenn es die direkte Folge einer medizinischen Erkrankung wie einer Hirnverletzung, eines neurochirurgischen Eingriffs, einer zerebrovaskulären Erkrankung oder einer neurogenen Erkrankung (z. B. Prader-Willi-Syndrom) ist.
- Neurokognitive Störungen: Pathologisches Horten wird nicht diagnostiziert, wenn das Sammeln die direkte Folge einer degenerativen Störung wie der Alzheimer-Krankheit ist.

Zugehörige Merkmale:

- Horten von Tieren:
 - Anhäufung einer großen Anzahl von Tieren
 - Nichteinhaltung der Mindeststandards für Ernährung, Hygiene und tierärztliche Versorgung
 - Versäumnis, auf den sich verschlechternden Zustand der Tiere oder der Umgebung zu reagieren
- Unentschlossenheit oder Perfektionismus
- Vermeidung oder Prokrastination
- Leben in unhygienischen Verhältnissen
- Schwierigkeiten beim Planen oder Organisieren von Aufgaben
- Ablenkbarkeit

Weitere Spezifikationen:

- Gute oder ausreichende Einsicht: Die Person ist der Meinung, dass die mit dem Horten verbundenen Überzeugungen und Verhaltensweisen ein Problem darstellen.
- Wenig Einsicht: Die Person ist der Meinung, dass die mit dem Horten verbundenen Überzeugungen und Verhaltensweisen trotz Gegenbeweisen wahrscheinlich kein Problem darstellen.
- Fehlende Einsicht/wahnhaftige Überzeugungen: Die Person ist völlig davon überzeugt, dass die mit dem Horten verbundenen Überzeugungen und Verhaltensweisen trotz Gegenbeweisen nicht problematisch sind.
- Exzessive Beschaffung: Die Person erwirbt exzessiv Objekte, die nicht benötigt werden oder für die kein Platz vorhanden ist.

TRICHOTILLOMANIE UND DERMATILLOMANIE (SKIN-PICKING-STÖRUNG)

♥ **Haben Sie sich im letzten Monat häufig aus anderen als kosmetischen Gründen Haare auf der Kopfhaut oder am Körper ausgerissen?** _____

⇒ Hat das Herausziehen zu sichtbarem Haarausfall geführt? _____

♥ **Haben Sie im letzten Monat häufig an Ihrer Haut gezupft/gekratzt?** _____

⇒ Hat das Kratzen/Zupfen an der Haut zu Wunden oder Narben geführt? _____

Haarausreißen

- Partieller Haarausfall im Bereich des Ziehens
- Vollständiger Haarausfall im Bereich des Ziehens

Hautzupfen/-quetschen/-kratzen

- Wunden an der ausgezupften/aufgekratzten Stelle
- Narbenbildung im ausgezupften/aufgekratzten Bereich

⇒ Können Sie beschreiben, wie Sie (an den Haaren ziehen/an der Haut zupfen)? Wie machen Sie das? Sind Sie sich dessen bewusst, wenn es passiert? _____

⇒ In welchem Bereich ziehen oder zupfen Sie? _____

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfhaut | <input type="checkbox"/> Augenbrauen | <input type="checkbox"/> Nacken |
| <input type="checkbox"/> Wimpern | <input type="checkbox"/> Gesicht | <input type="checkbox"/> Hände |
| <input type="checkbox"/> Brust/Rumpf | <input type="checkbox"/> Arme | <input type="checkbox"/> Füße |
| <input type="checkbox"/> Beine | <input type="checkbox"/> Schambereich | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

(Hinweis: Vergleichen Sie, wenn möglich, den selbst angegebenen Haarausfall oder die Hautläsionen mit dem beobachteten Erscheinungsbild.)

<p>1. Trichotillomanie: Berichtet die Person über wiederholtes Ausreißen der eigenen Haare, was zu Haarausfall führt?</p>	<p>Ja</p>	<p>Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen</p>
<p>Dermatillomanie (Skin-Picking Störung): Berichtet die Person über wiederholtes Hautzupfen/-quetschen, was zu Hautverletzungen führt?</p>	<p>Ja</p>	<p>Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen</p>

♥ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____

⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____

⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♥ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen _____ | | |

2. Trichotillomanie: Verursacht das Ziehen an den Haaren oder der daraus resultierende Haarausfall erhebliche Leidensdruck oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
Dermatillomanie (Skin-Picking-Störung): Verursachen das Hautzupfen/-kratzen oder die daraus resultierenden Hautläsionen erheblichen Leidensdruck oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen

♥ **Haben Sie jemals versucht, das Ziehen/Zupfen zu reduzieren oder ganz damit aufzuhören? _____**

- ⇒ Haben Sie es mehr als einmal versucht? _____
 - ⇒ Was war das Ergebnis Ihrer Versuche? _____
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Es war nicht möglich, das Ziehen zu verringern oder aufzuhören. | <input type="checkbox"/> Das Ziehen konnte eine Zeit lang eingestellt werden, aber das Problem kehrte zurück. |
| <input type="checkbox"/> Das Ziehen konnte reduziert werden, hat aber nicht ganz aufgehört. | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

3. Trichotillomanie: Hat die Person wiederholt versucht, das Ziehen zu verringern oder einzustellen?	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
Dermatillomanie (Skin-Picking-Störung): Hat die Person wiederholt versucht, das Zupfen/Kratzen zu verringern oder einzustellen?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen

♥ **Haben Sie kurz vor Beginn der Symptome Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?** _____

- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____
- ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

<p>4. Trichotillomanie: Ist das Ziehen an den Haaren oder der Haarausfall auf eine medizinische Erkrankung oder eine andere psychische Störung zurückzuführen? (Siehe optionale Informationen; falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)</p>	Nein	Ja Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
<p>Dermatillomanie (Skin-Picking Störung): Ist das Hautzupfen oder die Hautverletzungen auf eine Krankheit oder eine andere psychische Störung zurückzuführen? (Siehe optionale Angaben; falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine medizinische Erkrankungen aus.)</p>	Nein	Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen

5. TRICHOTILLOMANIE	Ja	Nein
----------------------------	----	------

6. DERMATILLOMANIE (SKIN-PICKING-STÖRUNG)	Ja	Nein
--	----	------

Aktueller Schweregrad der Trichotillomanie und Dermatillomanie (Skin-Picking-Störung) (Nummer einkreisen):

Trichotillomanie	Dermatillomanie (Skin-Picking-Störung):	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Optionale Informationen: Trichotillomanie und Dermatillomanie (Skin-Picking Störung):

Differenzialdiagnostische Überlegungen (ankreuzen, wenn wahrscheinlich):

- Andere medizinische Bedingungen:**
Trichotillomanie und Dermatillomanie werden nicht diagnostiziert, wenn sie die direkte Folge einer medizinischen Erkrankung sind, z. B. einer dermatologischen Erkrankung. Wenn das Zupfen der Haut mit Akne zusammenhängt, kann eine Dermatillomanie nur diagnostiziert werden, wenn es unabhängig von der Akne auftritt.
- Substanzkonsumstörungen:** Obwohl das Ziehen an den Haaren und das Zupfen der Haut durch bestimmte Substanzen (z. B. Stimulanzien) verstärkt werden kann, ist die Substanz in der Regel nicht die Hauptursache.
- Zwangsstörung:** Das Ziehen der Haare bei der Trichotillomanie und das Zupfen der Haut bei der Dermatillomanie werden weder durchgeführt, um ein Gefühl der Symmetrie oder Perfektion zu erreichen oder das Gefühl der Verunreinigung zu verringern, noch als Reaktion auf andere zwanghafte Gedanken.
- Somatoforme und verwandte Störungen.**
Trichotillomanie und Dermatillomanie werden nicht diagnostiziert, wenn der Haarausfall oder die Hautläsionen auf absichtlich täuschendes Verhalten bei der Artifizialen Störungen zurückzuführen sind.
- Körperdysmorphie Störung:** Das Ziehen an den Haaren bei Trichotillomanie und das Zupfen an der Haut bei Dermatillomanie erfolgen nicht nur aus Sorge um vermeintliche Mängel In Bezug auf das Aussehen.
- Neurologische Entwicklungsstörungen:**
Trichotillomanie und Dermatillomanie werden nicht diagnostiziert, wenn das Verhalten die direkte Folge einer neurologischen Entwicklungsstörung wie Autismus oder geistigen Behinderung ist. Das Zupfen der Haut bei neurologischen Entwicklungsstörungen (z. B. Prader-Willi-Syndrom) beginnt in der Regel in der frühen Entwicklungsphase.
- Psychotische Störungen:** Trichotillomanie und Dermatillomanie sind nicht durch Halluzinationen, Wahn oder formale Denkstörungen gekennzeichnet (z. B. Zupfen an der Haut aufgrund der Überzeugung, dass sich Käfer unter der Haut befinden).
- Nicht-suizidale Selbstverletzungen:** Das Ziehen an den Haaren bei Trichotillomanie und das Zupfen an der Haut bei der Dermatillomanie sind nicht auf die Absicht zurückzuführen, sich selbst zu verletzen.

Zugehörige Merkmale:

- Suche nach bestimmten Arten von Haaren zum Ausreißen oder bestimmter Haut zum Zupfen (z. B. Haare mit einer bestimmten Textur oder Farbe, bestimmte Arten von Schorf)
- Versuch, die Haare auf eine bestimmte Art und Weise auszureißen (z. B. damit die Wurzel intakt bleibt)
- Manipulation des Haars oder Schorfs nach dem Ziehen/Zupfen (z. B. visuelle Inspektion, Rollen des Haars oder Schorfs zwischen den Fingern, Reiben des Haars oder Schorfs an den Lippen, Beißen oder Verschlucken des Haars oder Schorfs)
- Dem Ziehen/Zupfen gehen Angst, Langeweile oder Anspannung voraus
- Ziehen/Zupfen führt zu Gefühlen der Befriedigung oder Erleichterung

- Unterschiedlicher Grad an Aufmerksamkeit für das Verhalten
 - Fokussierte Aufmerksamkeit
 - Unkonzentriert oder automatisch
- Das Ziehen/Zupfen an den Haaren/der Haut wird in Anwesenheit von Personen außerhalb der unmittelbaren Familie unterbunden.
- Ziehen oder Zupfen an anderen Menschen, Haustieren, Puppen oder Fasermaterialien
- Vorhandensein anderer körperbetonter, wiederkehrender Verhaltensweisen (z. B. Nägel-, Lippenkauen)

SOMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG UND VERWANDTE STÖRUNGEN

SOMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

(Hinweis: Berücksichtigen Sie zusätzlich zu den Antworten im Interview auch Begleitberichte, medizinische Unterlagen und die körperliche Untersuchung.)

- ♦ **Hatten Sie im letzten Monat irgendwelche medizinischen oder gesundheitlichen Probleme? Stört Sie eines Ihrer körperlichen Symptome sehr?** _____
- ⇒ Haben Sie irgendwelche körperlichen Symptome wie Schmerzen oder Müdigkeit? _____
- Ein oder mehrere somatische Symptome sind vorhanden

(Hinweis: Fahren Sie fort, wenn die obige Option angekreuzt ist.)

- ♦ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**
- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

- ♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

1. Gibt es ein oder mehrere somatische Symptome, die im täglichen Leben Belastung oder erhebliche Beeinträchtigungen verursachen?	Ja	Nein Weiter mit Item 4 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

(Hinweis: Berücksichtigen Sie alle verfügbaren medizinischen Informationen, Begleitberichte und andere Daten, um festzustellen, ob die Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen exzessiv sind. Das Vorhandensein eines diagnostizierten medizinischen Zustands, der mit dem somatischen Symptom in Verbindung steht, schließt die Diagnose einer somatischen Symptomstörung nicht aus.)

♦ **Im letzten Monat ...**

- Dachten Sie viel an das/die Symptom(e) oder machten Sie sich viele Sorgen darüber? [Exzessive Gedanken über das/die Symptom(e)]
- Fühlten Sie sich wegen des Symptoms/der Symptome sehr ängstlich oder beunruhigt? [Übermäßige Gefühle wegen des Symptoms/der Symptome]
- Mussten Sie wegen des Symptoms/der Symptome viel medizinisches Fachpersonal aufsuchen? [Exzessive Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem/den Symptom(en)]

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eines der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

2. Gibt es exzessive Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen im Zusammenhang mit den somatischen Symptomen oder damit verbundenen gesundheitlichen Problemen?	Ja	Nein Weiter mit Item 4 und „Nein“ ankreuzen
---	----	---

♦ **Wie lange leiden Sie schon an diesem Symptom bzw. diesen Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensweisen?**

(Hinweis: In der Regel, wenn auch nicht immer, ist „anhaltend“ definiert als 6 Monate oder länger.)

3. Sind einige Symptome und damit verbundene exzessive Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen anhaltend?	Ja	Nein Weiter mit Item 4 und „Nein“ ankreuzen
---	----	---

4. SOMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG	Ja	Nein
--	----	------

Aktueller Schweregrad der somatischen Belastungsstörung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

KRANKHEITSANGSTSTÖRUNG

♥ Haben Sie sich im letzten Monat oft Sorgen gemacht, dass Sie eine schwere Krankheit haben oder dass Sie eine schwere Krankheit bekommen werden?

⇒ Wie viel Zeit Ihres Tages verbringen Sie damit, an eine Krankheit zu denken? _____

(Hinweis: 1 Stunde oder mehr pro Tag gilt als klinisch signifikant.)

⇒ Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich wegen Ihrer Gedanken oder Sorgen über die Krankheit nicht auf andere Dinge konzentrieren können.

1. Besteht eine übermäßige Beschäftigung damit, eine schwere Krankheit zu haben oder zu bekommen?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

(Hinweis: Berücksichtigen Sie zusätzlich zu den Antworten im Interview auch Begleitberichte, medizinische Unterlagen und die körperliche Untersuchung.)

♥ Wie steht es um Ihre körperliche Gesundheit im Allgemeinen? _____

⇒ Haben Sie irgendwelche körperlichen Symptome wie Schmerzen oder Müdigkeit? _____

⇒ (Falls Symptome vorhanden sind:) Wie stark sind diese körperlichen Symptome ausgeprägt? _____

- Es sind keine somatischen Symptome vorhanden
- Wenn somatische Symptome vorhanden sind, sind sie nicht mehr als leicht

(Hinweis: Fahren Sie fort, wenn 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

♥ Haben Sie eine bestehende Krankheit, über die Sie sich Sorgen machen? _____

⇒ Besteht bei Ihnen ein bekanntes Risiko, eine Krankheit zu entwickeln, über die Sie sich Sorgen machen? _____

(Hinweis: Berücksichtigen Sie alle verfügbaren medizinischen Informationen, Begleitberichte und anderen Daten, um festzustellen, ob die Besorgnis übertrieben ist. Das Vorliegen einer diagnostizierten Erkrankung oder eines bekannten medizinischen Risikos schließt die Diagnose einer Krankheitsangststörung nicht aus.)

- Es ist kein medizinischer Zustand oder medizinisches Risiko bekannt, das mit der übermäßigen Beschäftigung einhergeht
- Wenn ein bekannter medizinischer Zustand oder ein medizinisches Risiko mit der übermäßigen Beschäftigung verbunden ist, ist die Beschäftigung eindeutig exzessiv oder unverhältnismäßig

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn 1 der beiden oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

2. Liegen keine oder nur geringe somatische Symptome vor oder ist die Besorgnis bei Vorliegen einer anderen Erkrankung oder eines anderen Risikos eindeutig übertrieben oder unverhältnismäßig?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

♥ Haben Sie im letzten Monat viel über Krankheiten nachgedacht oder sich Sorgen gemacht? _____

♥ **Wurden Sie im letzten Monat schnell beunruhigt oder waren leicht zu verunsichern, wenn Sie eine schlechte Nachricht in Bezug auf Ihre Gesundheit erhielten oder eine körperliche Empfindung oder ein Symptom bemerkten?** _____

- Hohes Ausmaß an Angst vor Krankheit
- Schnelle Beunruhigung über den persönlichen Gesundheitszustand

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn beide der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

3. Besteht ein hohes Maß an Angst vor der Gesundheit, und ist die Person schnell über ihren Gesundheitszustand beunruhigt?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ **Mussten Sie im letzten Monat viel tun, um sicherzugehen, dass Sie keine Krankheit haben, keine Krankheit bekommen oder eine Krankheit erkennen?**

- ⇒ Müssen Sie aus diesem Grund viele medizinische Fachkräfte aufsuchen?
- ⇒ Untersuchen Sie sich selbst häufig auf Anzeichen von Krankheiten?
- ⇒ Recherchieren Sie viel über Krankheiten, z. B. im Internet?
- ⇒ Suchen Sie oft Bestätigung bei anderen Menschen wie Freund:innen, Familienmitgliedern oder Ärzt:innen?

♥ **Gab es im letzten Monat aufgrund Ihrer Krankheitsorgen Dinge, die Sie vermieden haben, oder Menschen, die Sie nicht treffen wollten?**

- ⇒ Meiden Sie die Nähe von kranken Menschen?
- ⇒ Vermeiden Sie es, Arztpraxen oder Krankenhäuser aufzusuchen?
- ⇒ Vermeiden Sie es, Informationen über Krankheiten zu hören oder zu sehen?
- Übermäßige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen
- Maladaptives Vermeidungsverhalten

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

4. Führt die Person exzessive gesundheitsbezogene Verhaltensweisen aus oder zeigt sie eine maladaptive Vermeidung?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ **Leiden Sie seit mindestens 6 Monaten unter dieser oder einer anderen Krankheits Sorge?**

5. Besteht seit mindestens 6 Monaten eine Form von übermäßiger Beschäftigung mit Krankheit?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

6. Ist die übermäßige Beschäftigung auf eine andere psychische Störung zurückzuführen?	Nein	Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
--	------	--

7. KRANKHEITSANGSTSTÖRUNG	Ja	Nein
----------------------------------	----	------

♦ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder beunruhigt?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich beunruhigt? _____
- ⇒ Wenn Sie sich beunruhigt fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Beunruhigung, wenn Sie sie erleben? _____

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen _____ | | |

Aktueller Schweregrad der Krankheitsangststörung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

TRAUMA- UND BELASTUNGSBEZOGENE STÖRUNGEN

POTENZIELL TRAUMATISCHES EREIGNIS

- ❖ **Haben Sie schon einmal ein wirklich schlimmes Ereignis erlebt, bei dem Sie dachten, Sie könnten sterben oder ernsthaft verletzt werden, z. B. einen schweren Unfall, körperliche oder sexuelle Gewalt oder einen Aufenthalt in einem Kriegsgebiet?**

- ❖ **Waren Sie jemals Zeuge solcher Ereignisse, die einer anderen Person widerfahren sind, oder haben Sie davon gehört, dass ein enges Familienmitglied oder ein/eine enge Freund:in einer Gewalttat ausgesetzt war?**

- ❖ **Wurden Sie schon häufiger mit extrem erschreckenden Details eines wirklich schlimmen gewaltsamen oder unfallartigen Ereignisses konfrontiert?¹⁶**
 - ⇒ Was haben Sie wiederholt miterlebt/gesehen/gehört oder in erschreckenden Einzelheiten erfahren?

Erlebt	Unmittelbar erlebt oder miterlebt	Wiederholt oder in erschreckenden Einzelheiten erfahren	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposition gegenüber Krieg oder Kampfhandlungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperliche Angriffe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angedrohte körperliche Gewalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexuelle Gewalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angedrohte sexuelle Gewalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entführung oder Geiselnahme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terroristische Angriffe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Folter oder Kriegsgefangenschaft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Naturkatastrophe oder vom Menschen verursachte Katastrophe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerer Kraftfahrzeugunfall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein plötzliches, schreckliches medizinisches Ereignis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere traumatische Erfahrung

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

1. <i>Berichtet die Person, dass sie mit tatsächlichem oder drohendem Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt konfrontiert war?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
--	-----------	-------------

❖ **Wann hat sich (Ereignis/Ereignisse) ereignet?** _____

- Vor weniger als 1 Monat: Führen Sie das Modul für die akute Belastungsstörung (S. 78) durch
- Vor mehr als 1 Monat: Führen Sie das Modul für die posttraumatische Belastungsstörung durch (S. 81)

¹⁶ Das wiederholte oder extreme Ausgesetztsein gegenüber Einzelheiten eines traumatischen Ereignisses durch die Medien sollte hier nicht berücksichtigt werden, es sei denn, dieses ist arbeitsbedingt.

AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG

1. <i>Berichtet die Person über ein bedeutendes, potenziell traumatisches Ereignis innerhalb des letzten Monats (siehe S. 98)?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

💎 **Wenn jemand eine wirklich erschütternde Erfahrung macht, hat er/sie manchmal Bedenken, die auch dann noch anhalten können, wenn das Erlebnis vorbei ist. Ich würde Sie gerne zu einigen dieser Sorgen befragen.**

💎 **Stellen Sie fest, dass Sie seit dem (Ereignis) immer wieder aufdringliche Gedanken oder Träume darüber haben, sehr ängstlich werden oder eine starke körperliche Reaktion zeigen, wenn Sie etwas an das Geschehene erinnert?**

- Werden Sie von Erinnerungen an (das Ereignis) belästigt, die Ihnen auch dann in den Sinn kommen, wenn Sie es nicht wollen? [Wiederkehrende, unwillkürliche, sich aufdrängende und belastende Erinnerungen an das Ereignis]
- Haben Sie schlechte Träume im Zusammenhang mit (dem Ereignis)? [Wiederkehrende, beunruhigende Träume, die inhaltlich oder emotional mit dem Ereignis verbunden sind]
- Werden Sie etwas an (das Ereignis) erinnert, werden Sie dann psychisch sehr belastet? Bemerken Sie viele Veränderungen in Ihrem Körper? [Intensive oder anhaltende psychische Belastung oder starke physiologische Reaktionen auf Anzeichen, die dem Ereignis ähneln]
- Haben Sie manchmal das Gefühl, dass sich (das Ereignis) in der Gegenwart wiederholt? [Dissoziative Flashbacks, bei denen es sich so anfühlt, als würde das Ereignis wieder passieren]

💎 **Vermeiden Sie seit dem (Ereignis) Aktivitäten oder Situationen, die Sie an das Geschehene erinnern, oder versuchen Sie, nicht daran zu denken?**

- Versuchen Sie, es zu vermeiden, an (das Ereignis) zu denken oder Gefühle dafür zu haben? Wie versuchen Sie das? [Bemühungen, unangenehme Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle im Zusammenhang mit dem Ereignis zu vermeiden]
- Gibt es Ausschnitte von (dem Ereignis), an die Sie sich nicht erinnern können, auch wenn Sie es versuchen? Liegt das daran, dass Sie eine Kopfverletzung hatten oder unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen standen? [Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Ereignisses zu erinnern, nicht aufgrund einer Kopfverletzung, Alkohol oder Drogen]
- Versuchen Sie, bestimmte Menschen, Orte oder Situationen zu vermeiden, die Sie an (das Ereignis) erinnern? Wie versuchen Sie das? [Bemühungen, externe Erinnerungen (z. B. bestimmte Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Objekte oder Situationen) im Zusammenhang mit dem Ereignis zu vermeiden]

💎 **Haben sich Ihre Gefühle seit dem (Ereignis) deutlich verändert?**

- Haben Sie das Gefühl, dass Sie keine guten Gefühle wie Glück oder Liebe empfinden können? [Anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu erleben (z. B. Glück, Zufriedenheit, Liebe)]
- Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie eine außerkörperliche Erfahrung machen, dass Sie benommen sind oder dass sich die Zeit verlangsamt? [Veränderte Realitätswahrnehmung (z. B. „außerkörperliche Erfahrung“, Benommenheit, Verlangsamung der Zeit)]

♦ **Sind Sie seit dem (Ereignis) reizbarer oder nervöser oder hatten Sie vermehrt Probleme wie Schlaf- oder Konzentrationsschwierigkeiten?**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sind Sie sehr nervös oder erschrecken Sie leicht?
[Übertriebene Schreckreaktion] | <input type="checkbox"/> Reagieren Sie schon bei Kleinigkeiten sehr reizbar oder aggressiv? [Gereiztes Verhalten und wütende oder aggressive Ausbrüche, mit wenig oder ohne Provokation] |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie das Gefühl, dass Sie immer „auf der Hut“ sind oder nach Gefahren Ausschau halten?
[Hypervigilanz oder übermäßiges Absuchen der Umgebung nach Gefahren] | <input type="checkbox"/> Fällt es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren?
[Konzentrationsschwierigkeiten] |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie Probleme beim Ein- oder Durchschlafen?
Haben Sie das Gefühl, unruhig zu schlafen?
[Schlafstörung (Schwierigkeiten beim Einschlafen, Schwierigkeiten beim Durchschlafen, unruhiger Schlaf)] | |

2. <i>Berichtet die Person über mindestens 9 der oben genannten Symptome, die nach dem Ereignis begannen oder sich verschlimmerten?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen</i>
---	-----------	--

♦ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

3. <i>Verursachen die Symptome einen erheblichen Leidensdruck oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i> Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	-----------	---

♦ **Wie lange haben Sie diese Probleme bereits?**

4. <i>Bestehen die Symptome bereits seit 3 Tagen bis zu 1 Monat?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i> Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	-----------	---

♦ **Haben Sie kurz vor Beginn der Probleme Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?**

- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____
- ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/eine Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

5. <i>Sind die Symptome auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz oder eine andere Erkrankung zurückzuführen? (Falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja</i> Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	-------------	---

6. AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
-----------------------------------	-----------	-------------

Aktueller Schweregrad der akuten Belastungsstörung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

1. <i>Berichtet die Person über ein bedeutendes, potenziell traumatisches Ereignis, das länger als 1 Monat zurückliegt (siehe S. 98)?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen</i>
---	-----------	--

♥ Haben Sie seit (dem Ereignis) und im letzten Monat immer wiederkehrende, aufdringliche Gedanken oder Träume über (das Ereignis) oder reagieren Sie sehr ängstlich oder haben Sie eine starke körperliche Reaktion, wenn Sie etwas an das Ereignis erinnert?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Werden Sie von Erinnerungen an (das Ereignis) belästigt, die Ihnen auch dann in den Sinn kommen, wenn Sie es nicht wollen? [Wiederkehrende, unwillkürliche, sich aufdrängende und belastende Erinnerungen an das Ereignis]
<input type="checkbox"/> Haben Sie schlechte Träume im Zusammenhang mit (dem Ereignis)? [Wiederkehrende, beunruhigende Träume, die inhaltlich oder emotional mit dem Ereignis zusammenhängen]
<input type="checkbox"/> Haben Sie manchmal das Gefühl, dass sich (das Ereignis) in der Gegenwart wiederholt? [Dissoziative Flashbacks, bei denen es sich so anfühlt, als würde das Ereignis wieder passieren] | <input type="checkbox"/> Wenn Sie etwas an (das Ereignis) erinnert, werden Sie dann psychisch stark belastet? [Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei Anzeichen, die an das Ereignis erinnern]
<input type="checkbox"/> Wenn Sie etwas an (das Ereignis) erinnert, bemerken Sie dann viele Veränderungen in Ihrem Körper? [Starke physiologische Reaktionen auf innere oder äußere Anzeichen, die an das Ereignis erinnern] |
|--|--|

2. <i>Berichtet die Person über mindestens 1 der oben genannten intrusiven psychischen oder körperlichen Symptome im Zusammenhang mit dem Ereignis?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen</i>
---	-----------	--

♥ Vermeiden Sie seit (dem Ereignis) und im letzten Monat Aktivitäten oder Situationen, die Sie an das Geschehene erinnern, oder versuchen Sie, nicht daran zu denken?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Versuchen Sie, es zu vermeiden, an (das Ereignis) zu denken oder Gefühle dafür zu haben? Wie versuchen Sie das? [Bemühungen, unangenehme Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle im Zusammenhang mit dem Ereignis zu vermeiden] | <input type="checkbox"/> Versuchen Sie, bestimmte Personen, Orte oder Situationen zu vermeiden, die Sie an (das Ereignis) erinnern? Wie versuchen Sie das? [Bemühungen, externe Erinnerungen (z. B. bestimmte Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Objekte oder Situationen) im Zusammenhang mit dem Ereignis zu vermeiden] |
|--|--|

3. <i>Berichtet die Person über mindestens 1 der oben genannten Symptome der anhaltenden Vermeidung von Reizen, die mit dem Ereignis verbunden sind?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen</i>
--	-----------	--

◆ Haben sich Ihre Gefühle seit (dem Ereignis) und im letzten Monat deutlich verändert? Haben Sie die Art und Weise geändert, wie Sie über sich selbst, die Welt oder die Zukunft denken?

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gibt es Ausschnitte von (dem Ereignis), an die Sie sich nicht erinnern können, auch wenn Sie es versuchen? Liegt das daran, dass Sie eine Kopfverletzung hatten oder unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen standen? [Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Ereignisses zu erinnern, nicht aufgrund von Kopfverletzung, Alkohol oder Drogen] <input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich wirklich schlecht über sich selbst? Sehen Sie andere als bedrohlich an? Sehen Sie die Welt als gefährlich an? [Anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen über sich selbst, andere oder die Welt] <input type="checkbox"/> Verbringen Sie viel Zeit damit, darüber nachzudenken, wer die Schuld an (dem Ereignis) hat? Wem geben Sie die Schuld für (das Ereignis)? [Anhaltende, verzerrte Kognitionen über die Ursache oder die Folgen des Ereignisses, die dazu führen, dass die Person sich selbst oder anderen die Schuld gibt] <input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich die meiste Zeit über unglücklich? [Anhaltender negativer emotionaler Zustand] | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Haben Sie das Interesse an allen oder fast allen Ihrer üblichen Aktivitäten verloren oder nehmen Sie viel weniger an allen oder fast allen Ihrer üblichen Aktivitäten teil? [Deutlicher Rückgang des Interesses oder der Teilnahme an wichtigen Aktivitäten] <input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich von anderen Menschen abgekoppelt oder haben Sie das Gefühl, dass niemand Sie versteht? [Gefühl der Distanz oder Entfremdung von anderen] <input type="checkbox"/> Haben Sie das Gefühl, dass Sie keine guten Gefühle wie Glück oder Liebe haben können? [Anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden (z. B. Glück, Zufriedenheit, Liebe)] |
|--|--|

4. <i>Berichtet die Person über mindestens 2 der oben genannten Symptome negativer Stimmungsveränderungen oder Kognitionen im Zusammenhang mit dem Ereignis?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen</i>
--	-----------	--

◆ Waren Sie seit (dem Ereignis) und im letzten Monat reizbarer oder nervöser, haben Sie rücksichtslos oder gefährlich gehandelt oder hatten Sie vermehrt Probleme wie Schlaf- oder Konzentrationsschwierigkeiten?

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reagieren Sie schon bei Kleinigkeiten sehr gereizt oder aggressiv? [Gereiztes Verhalten und wütende oder aggressive Ausbrüche, mit wenig oder ohne Provokation] <input type="checkbox"/> Handeln Sie rücksichtslos oder tun Sie Dinge, die gefährlich oder schädlich für Sie sind? [Riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten] <input type="checkbox"/> Haben Sie das Gefühl, dass Sie immer „auf der Hut“ sind oder nach Gefahren Ausschau halten? [Hypervigilanz oder übermäßiges Absuchen der Umgebung nach Gefahren] | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sind Sie sehr nervös oder erschrecken Sie leicht? [Übertriebene Schreckreaktion] <input type="checkbox"/> Fällt es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren? [Konzentrationsschwierigkeiten] <input type="checkbox"/> Haben Sie Probleme beim Ein- oder Durchschlafen? Haben Sie das Gefühl, unruhig zu schlafen? [Schlafstörung (Schwierigkeiten beim Einschlafen, Schwierigkeiten beim Durchschlafen, unruhiger Schlaf)] |
|--|--|

5. <i>Berichtet die Person über mindestens 2 der oben genannten Symptome einer ausgeprägten Veränderung der Erregung und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem Ereignis?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen _____ | | |

6. <i>Verursachen die Symptome einen erheblichen Leidensdruck oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

Wie lange haben Sie diese Probleme bereits?

7. <i>Bestehen die Symptome seit mehr als einem Monat?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

Haben Sie kurz vor Beginn der Probleme Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?

- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____
- ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

5. Sind die Symptome auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz oder eine andere Erkrankung zurückzuführen? (Falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)	Nein	Ja Weiter mit Item 9 und „Nein“ ankreuzen
--	------	--

9. POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG	Ja	Nein
--	----	------

Aktueller Schweregrad der posttraumatischen Belastungsstörung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> Ziemlich seltene Beschwerden ODER Kurze Dauer der Beschwerden ODER Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> Sehr häufige Beschwerden ODER Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER Akut psychotisch ODER Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

ANPASSUNGSSTÖRUNG

(Hinweis: Wenn die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine akute Belastungsstörung erfüllt sind, sollte dieses Modul nicht durchgeführt werden.)

♦ Ist Ihnen in den letzten 6 Monaten etwas besonders Belastendes oder Unangenehmes passiert oder gab es größere Veränderungen in Ihrem Leben?

⇒ Welche Art von belastenden oder unangenehmen Dingen haben Sie erlebt?

- Arbeitsbezogener Belastungsfaktor
 Schulischer Belastungsfaktor
 Medizinischer Belastungsfaktor
 Sozialer Belastungsfaktor
 Familiärer Belastungsfaktor
 Rechtlicher Belastungsfaktor
 Finanzieller Belastungsfaktor
 Andere Belastungsfaktoren _____

1. <i>Berichtet die Person über identifizierbare Belastungsfaktoren?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♦ Haben Sie seit (dem Ereignis) und im letzten Monat eine wesentliche Veränderung in der Art, wie Sie fühlen oder wie Sie sich verhalten, festgestellt?

⇒ Welche Art von Veränderungen haben Sie festgestellt?

- Depressive Stimmung
 Ängstliche Stimmung
 Störung des Verhaltens
 Sonstige Veränderung _____

2. <i>Berichtet die Person über die Entwicklung von Symptomen auf der emotionalen oder Verhaltensebene als Reaktion auf den/die Belastungsfaktor(en)?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

3. <i>Stellen die Symptome einen normalen Trauerprozess dar?</i>	Nein	Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
--	------	--

♦ Wann haben Sie diese Veränderungen im Zusammenhang mit (dem Ereignis) zum ersten Mal bemerkt?

4. <i>Haben die emotionalen oder Verhaltenssymptome innerhalb von 3 Monaten nach Auftreten des Stressors/der Stressoren begonnen?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

5. <i>Ist die Reaktion besser einer anderen psychischen Störung zuzuschreiben oder handelt es sich lediglich um eine Verschlimmerung einer bereits bestehenden psychischen Störung?</i>	Nein	Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

Denken Sie, dass Ihre emotionale oder verhaltensbezogene Reaktion in irgendeiner Weise überzogen oder unangemessen ist?

⇒ Würde jemand anderes diese emotionale oder verhaltensbezogene Reaktion für übertrieben oder unangemessen halten?

(Hinweis: Dieses Item basiert auf der Meinung der Interviewer:innen und nicht nur auf der Selbsteinschätzung des Patient:innen. Berücksichtigen Sie alle verfügbaren Informationen über den tatsächlichen Schweregrad des Belastungsfaktors.)

Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?

⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
 ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
 ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?

⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
 ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen _____ | | |

6. Verursachen die emotionalen oder Verhaltenssymptome einen erheblichen Leidensdruck, der Ihrer Meinung nach unverhältnismäßig zum Stressor sind, oder verursachen sie eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

7. ANPASSUNGSSTÖRUNG	Ja	Nein
-----------------------------	----	------

Aktueller Schweregrad der Anpassungsstörung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

FÜTTER- UND ESSSTÖRUNGEN

ANOREXIA NERVOSA

◆ Bezogen auf den letzten Monat, wie sehen Ihre momentanen Essgewohnheiten an einem typischen Tag aus?

- ⇒ Essen Sie 3 Mahlzeiten am Tag? _____
- ⇒ Hat Ihnen schon einmal jemand gesagt, dass Sie zu dünn sind oder nicht genug essen? _____
- ⇒ Achten Sie sorgfältig auf Ihre Kalorienzufuhr? Wie viele Kalorien nehmen Sie pro Tag zu sich? _____
- ⇒ Wie groß sind Sie? _____ Wie viel wiegen Sie? _____

Tabelle zum Body-Mass-Index (BMI) in kg/m²

Gewicht		Größe (Fuß/Zoll oben, Zentimeter unten)																					
		4'8"	4'9"	4'10"	4'11"	5'0"	5'1"	5'2"	5'3"	5'4"	5'5"	5'6"	5'7"	5'8"	5'9"	5'10"	5'11"	6'0"	6'1"	6'2"	6'3"	6'4"	6'5"
lb	Kg	142 cm	145	147	150	152	155	157	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191	193	196
260	117.9	58	56	54	52	51	49	48	46	45	43	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	32	31
250	113.4	56	54	52	50	49	47	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	30
240	108.9	54	52	50	48	47	45	44	43	41	40	39	38	37	35	34	33	33	32	31	30	29	28
230	104.3	52	50	48	46	45	43	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	30	29	28	27
220	99.8	49	48	46	44	43	42	40	39	38	37	36	34	33	32	32	31	30	29	28	28	27	26
210	95.3	47	45	44	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27	26	26	25
200	90.7	45	43	42	40	39	38	37	35	34	33	32	31	30	30	29	28	27	26	26	25	24	24
190	86.2	43	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	23
180	81.6	40	39	38	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21
170	77.1	38	37	36	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20
160	72.6	36	35	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20	19	19
150	68.0	34	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	23	23	22	22	21	20	20	19	19	18	18
140	63.5	31	30	29	28	27	26	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	18	18	17	17	17
130	59.0	29	28	27	26	25	25	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15
120	54.4	27	26	25	24	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	14
110	49.9	25	24	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	14	14	13	13
100	45.4	22	22	21	20	20	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14	14	14	13	13	13	12	12
90	40.8	20	19	19	18	18	17	16	16	15	15	15	14	14	13	13	13	12	12	12	11	11	11
80	36.3	18	17	17	16	16	15	15	14	14	13	13	13	12	12	11	11	11	11	10	10	10	9

(Hinweis: Ein BMI von 17 kg/m² oder weniger gilt als mäßig bis stark abgemagert, obwohl dies nicht das einzige Kriterium für die Bestimmung eines niedrigen Körpergewichts sein muss.)

- Eingeschränkte Nahrungsaufnahme Signifikant niedriges Körpergewicht aufgrund eingeschränkter Nahrungsaufnahme

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn beide der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

1. Ist die Nahrungsaufnahme eingeschränkt, was zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt?	Ja	Nein Weiter mit Item 4 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ Hatten Sie im letzten Monat große Angst, zuzunehmen oder dick zu werden? _____

♥ Haben Sie im letzten Monat nicht nur sehr wenig gegessen, sondern auch andere Dinge getan, um nicht zuzunehmen? _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Übermäßiger Sport |
| <input type="checkbox"/> Missbrauch von Abführmitteln oder Diuretika | <input type="checkbox"/> Ritualisiertes Essverhalten |
| <input type="checkbox"/> Fasten | <input type="checkbox"/> Andere Verhaltensweisen zur Vermeidung von Gewichtszunahme |

- Starke Angst, zuzunehmen oder dick zu werden
 Andauernde Verhaltensweisen, die die Gewichtszunahme behindern

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn 1 der beiden oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

2. Besteht eine starke Angst davor, zuzunehmen oder dick zu werden; oder ein anhaltendes Verhalten, das die Gewichtszunahme behindert?	Ja	Nein Weiter mit Item 4 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ Was denken Sie darüber, wie Ihr Körper jetzt aussieht?

- ⇒ Denken Sie, dass Sie übergewichtig oder dick sind? _____
 ⇒ Finden Sie, dass bestimmte Teile Ihres Körpers dick sind? _____

♥ Wie haben Sie sich im letzten Monat im Allgemeinen gefühlt?

- ⇒ Wie wichtig ist es für Sie, schlank zu sein? _____
 ⇒ Wie wirkt sich Ihr Gewicht oder Ihre Körperform darauf aus, wie Sie sich selbst bewerten? _____
 ⇒ Verbringen Sie viel Zeit damit, auf Ihr Gewicht oder Ihre Körperform zu achten? _____
 ⇒ Glauben Sie, dass es irgendwelche Probleme oder Risiken gibt, die mit Ihren derzeitigen Essgewohnheiten oder Ihrem Gewicht zusammenhängen? _____

- Gestörtes Erleben des Körpergewichts oder der Körperform
 Unangemessener Einfluss des Körpergewichts oder der Körperform auf die Selbsteinschätzung
 Anhaltende mangelnde Anerkennung der Schwere eines niedrigen Körpergewichts

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

3. Besteht ein gestörtes Empfinden in Bezug auf Körpergewicht oder -form, ein übermäßiger Einfluss von Körpergewicht oder -form auf die Selbsteinschätzung oder ein anhaltender Mangel an Einsicht über das Ausmaß und die Ernsthaftigkeit des derzeitigen niedrigen Körpergewichts?	Ja	Nein Weiter mit Item 4 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

4. ANOREXIA NERVOSA	Ja	Nein
---------------------	----	------

♥ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♥ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

Aktueller Schweregrad der Anorexia Nervosa (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

BINGE-EATING

(Hinweis: Berücksichtigen Sie zusätzlich zu den Antworten im Interview auch Begleitberichte, medizinische Unterlagen und die körperliche Untersuchung.)

♥ **Hatten Sie im letzten Monat häufig Essanfälle, bei denen Sie sehr viel gegessen haben oder das Gefühl hatten, dass Ihr Essen außer Kontrolle geraten ist?** _____

⇒ Wie oft treten diese Essanfälle auf? _____

⇒ Wie viel essen Sie während dieser Essanfälle? _____

⇒ Haben Sie während dieser Essanfälle das Gefühl, dass Sie nicht aufhören können zu essen oder nicht kontrollieren können, wie viel Sie essen? _____

⇒ Wie lange dauern diese Essanfälle? Haben sie einen klaren Anfang und ein klares Ende? _____

Verzehr einer Menge an Nahrungsmitteln, die deutlich über dem liegt, was die meisten Menschen unter ähnlichen Umständen in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb von 2 Stunden) essen würden

Das Gefühl, während der Episode keine Kontrolle über das Essen zu haben

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn beide der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

1. Gibt es wiederkehrende Episoden von Essanfällen?	Ja	Nein
---	----	------

BULIMIA NERVOSA

1. Gibt es wiederkehrende Episoden von Essanfällen? (siehe S. 114)	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

◆ Gibt es Dinge, die Sie im letzten Monat, vielleicht nach einem Essanfall, getan haben, um eine Gewichtszunahme zu verhindern? _____

- Erbrechen
 Missbrauch von Abführmitteln oder Diuretika
 Fasten
 Übermäßiger Sport
 Ritualisiertes Essverhalten
 Sonstiges kompensatorisches Verhalten _____

(Hinweis: Fahren Sie fort, wenn 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

◆ Wie oft machen Sie diese Dinge? _____

2. Gibt es wiederkehrende, unangemessene kompensatorische Verhaltensweisen, um eine Gewichtszunahme zu verhindern?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten in einer typischen Woche mindestens einmal pro Woche diese „Essanfälle“ und (Verhaltensweisen aus Punkt 2)? _____

3. Treten Essanfälle und kompensatorische Verhaltensweisen im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

◆ Wie haben Sie sich im letzten Monat im Allgemeinen gefühlt?

- ⇒ Wie wichtig ist es für Sie, schlank zu sein? _____
 ⇒ Wie wirkt sich Ihr Gewicht oder Ihre Körperform darauf aus, wie Sie sich selbst bewerten? _____
 ⇒ Verbringen Sie viel Zeit damit, auf Ihr Gewicht oder Ihre Körperform zu achten? _____

4. Gibt es einen übermäßigen Einfluss von Körpergewicht oder -form auf die Selbstbewertung?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

5. Tritt die Störung ausschließlich im Verlauf der Anorexia Nervosa auf (siehe S. 111)?	Nein	Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

6. BULIMIA NERVOSA	Ja	Nein
--------------------	----	------

♦ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

Aktueller Schweregrad der Bulimia Nervosa (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

BINGE-EATING-STÖRUNG

(Hinweis: Wenn die Kriterien für Bulimia Nervosa erfüllt sind, darf dieses Modul nicht durchgeführt werden.)

1. Gibt es wiederkehrende Episoden von Essanfällen? (siehe S. 114)	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♦ Wenn Sie im letzten Monat diese Essanfälle hatten...

- Wie schnell essen Sie? [Isst viel schneller als normal]
- Wie satt werden Sie? [Isst, bis es unangenehm voll ist]
- Haben Sie diese Essattacken auch dann, wenn Sie keinen Hunger verspüren? [Isst große Mengen an Nahrung, auch wenn kein Hunger besteht]
- Essen Sie allein oder mit anderen? Warum ist das so? [Isst allein, weil die Menge des gegessenen Essens peinlich ist]
- Wie fühlen Sie sich danach, körperlich und seelisch? [Fühlt sich nach Essanfällen angewidert, deprimiert oder sehr schuldig]

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn 3 oder mehr der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

2. Sind die Essanfälle mit mindestens 3 der oben genannten Symptome verbunden?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

♦ Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

3. Verursachen die Essanfälle erhebliche Belastung?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	----	---

♦ Hatten Sie in den letzten 3 Monaten, in einer typischen Woche, mindestens einmal pro Woche diese Essanfälle?

4. Traten die Essanfälle im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

5. Tritt die Störung ausschließlich im Verlauf einer Bulimia Nervosa (siehe S. 115) oder Anorexia Nervosa (siehe S. 111) auf?	Nein	Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	------	---

6. BINGE-EATING-STÖRUNG	Ja	Nein
--------------------------------	----	------

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

Aktueller Schweregrad der Binge-Eating-Störung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

STÖRUNG MIT VERMEIDUNG ODER EINSCHRÄNKUNG DER NAHRUNGS-AUFNAHME

❖ **Waren Sie in Bezug auf Ihre Essgewohnheiten im letzten Monat so wählerisch, dass Ihnen das Probleme bereitet hat?** _____

- ⇒ Wie sehen Ihre derzeitigen Essgewohnheiten an einem typischen Tag aus? _____
- ⇒ Warum glauben Sie, essen Sie sehr wenig? _____
- ⇒ Haben Sie kein Interesse am Essen oder an Lebensmitteln? _____
- ⇒ Vermeiden Sie bestimmte Lebensmittel aufgrund ihres Aussehens, ihres Geruchs, ihrer Beschaffenheit oder ihres Kaugefühls? _____
- ⇒ Haben Sie Angst, dass etwas Schlimmes passieren könnte, wenn Sie diese Lebensmittel essen? _____

❖ **Fällt es Ihnen aufgrund Ihrer Essgewohnheiten schwer, genügend Kalorien zu sich zu nehmen oder sich angemessen zu ernähren?** _____

1. <i>Liegt eine Ess- oder Fütterstörung vor, die sich in einer anhaltenden Nichterfüllung des Nährstoff- und/oder Energiebedarfs äußert?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

❖ **Wegen Ihrer Essgewohnheiten ...**

- Haben Sie Gewicht verloren? [Bedeutsamer Gewichtsverlust]
- Haben Sie einen Vitamin-, Mineralstoff- oder anderen Nährstoffmangel? [Bedeutsamer Nährstoffmangel]
- Müssen Sie Nahrungsergänzungsmittel einnehmen oder haben Sie schon einmal eine Magen- oder Darmsonde erhalten? [Notwendigkeit enteraler Ernährung oder der Zufuhr oraler Nahrungsergänzungsmittel]
- Hatten Sie erhebliche Probleme bei Ihrer Arbeit, in der Schule, in Ihren sozialen Beziehungen oder bei anderen Aktivitäten? [Starke Beeinträchtigung in verschiedenen Funktionsbereichen]

2. <i>Hat die Ess- oder Fütterstörung mindestens 1 der oben genannten Punkte zur Folge?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

❖ **Essen Sie sehr wenig, weil es für Sie schwierig ist, genügend Lebensmittel zu bekommen oder zu bezahlen?** _____

❖ **Essen Sie aus religiösen oder kulturellen Gründen sehr wenig?** _____

- ⇒ Haben andere Menschen aus Ihrer Religion oder Kultur die gleichen Essgewohnheiten wie Sie? _____

3. <i>Sind die Symptome eher auf einen Mangel an verfügbaren Nahrungsmitteln oder auf eine kulturell bedingte Praktik zurückzuführen?</i>	Nein	Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

♦ **Haben Sie sich im letzten Monat so ernährt, weil Sie sich große Sorgen um Ihr Körpergewicht oder Ihre Körperform machten?** _____

- ⇒ Wie wichtig ist es für Sie, schlank zu sein? _____
- ⇒ Wie wirkt sich Ihr Gewicht oder Ihre Körperform darauf aus, wie Sie sich selbst bewerten? _____
- ⇒ Verbringen Sie viel Zeit damit, auf Ihr Gewicht oder Ihre Körperform zu achten? _____

4. Tritt die Essstörung ausschließlich im Rahmen einer Bulimia Nervosa (siehe S. 115) oder Anorexia Nervosa (siehe S. 111) auf oder gibt es Hinweise für Sorgen um Körpergewicht oder -form?	Nein	Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	------	--

♦ **Haben Sie kurz vor Beginn der Probleme Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?** _____

- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____
- ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

5. Ist die Störung auf einen anderen medizinischen Zustand oder eine psychische Störung zurückzuführen?	Nein	Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

6. STÖRUNG MIT VERMEIDUNG ODER EINSCHRÄNKUNG DER NAHRUNGS-AUFNAHME	Ja	Nein
---	----	------

♦ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |

Aktueller Schweregrad der Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme
(Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

STÖRUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT PSYCHOTROPEN SUBSTANZEN UND ABHÄNGIGEN VERHALTENSWEISEN

SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG

♦ Wie viel Alkohol trinken Sie?

- ⇒ Wie viel trinken Sie bei einer bestimmten Gelegenheit?¹⁷
- ⇒ Was trinken Sie?
- ⇒ Wie oft trinken Sie?¹⁸ _____

♦ Haben Sie jemals Straßen- oder Partydrogen konsumiert? _____

♦ Haben Sie jemals verschreibungspflichtige Medikamente auf andere Weise als vorgeschrieben eingenommen? __

- ⇒ Welche Substanzen haben Sie mehr als ein paar Mal in Ihrem Leben konsumiert? _____
- ⇒ Wann haben Sie (die Substanz) am häufigsten konsumiert? Wie stark haben Sie (die Substanz) zu dieser Zeit konsumiert? _____

Alkohol (höchster Konsum)

Inhalanzen (höchster Konsum)

Marihuana/Cannabis (höchster Konsum)

Opiode (höchster Konsum)

Phencyclidin/PCP (höchster Konsum)

Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika (höchster Konsum)

Andere Halluzinogene (höchster Konsum)

Stimulanzen (höchster Konsum)

(Hinweis: Fahren Sie nur fort, wenn 1 oder mehrere der oben genannten Punkte angekreuzt sind. Die folgenden Fragen sollten für alle oben aufgeführten Substanzen gestellt werden, die mehr als einige Male konsumiert wurden, oder für jede Substanz, für die ein problematischer Konsum vermutet wird.)

♦ Glauben Sie, dass Sie jemals ein Problem mit (der Substanz) hatten oder zu viel davon genommen haben? __

♦ Hat jemand jemals angedeutet, dass Sie ein Problem mit (der Substanz) haben oder zu viel davon konsumiert haben? _____

♦ Hat Ihr Konsum von (Substanz) jemals Probleme für Sie verursacht? Zum Beispiel ...

¹⁷ Ein Schnaps, ein Bier und ein Glas Wein haben ungefähr den gleichen Alkoholgehalt und gelten als 1 Getränk.

¹⁸ Die Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) definiert Rauschtrinken als Trinken von 5 oder mehr alkoholischen Getränken bei derselben Gelegenheit an mindestens 1 Tag in den letzten 30 Tagen. SAMHSA definiert starkes Trinken als Trinken von 5 oder mehr alkoholischen Getränken bei derselben Gelegenheit an jedem der 5 oder mehr Tage der letzten 30 Tage. Der/die Interviewer:in sollte jedoch nach eigenem Ermessen entscheiden, was bei den Patient:innen als problematischer Alkoholkonsum gilt.

Haben Sie oft viel mehr oder länger als beabsichtigt von (der Substanz) konsumiert? [Häufige Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als geplant]

Falls ja, geben Sie das letzte Mal an, als dies geschah.

Substanz 1	Substanz 2	Substanz 3
------------	------------	------------

Haben Sie viel Zeit damit verbracht, (die Substanz) zu besorgen, (die Substanz) zu konsumieren oder einen Kater zu haben? [Hoher Zeitaufwand für Aktivitäten, die notwendig waren, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von ihren Auswirkungen zu erholen]

Falls ja, geben Sie das letzte Mal an, als dies geschah.

Substanz 1	Substanz 2	Substanz 3
------------	------------	------------

Hat sich Ihr Konsum von (der Substanz) jemals auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, bei der Arbeit oder in der Schule Leistung zu erbringen oder sich um Ihre Familie zu kümmern? [Wiederholter Konsum, der dazu führt, dass wichtige Aufgaben nicht erfüllt werden können]

Falls ja, geben Sie das letzte Mal an, als dies geschah.

Substanz 1	Substanz 2	Substanz 3
------------	------------	------------

Haben Sie Ihre Zeit bei der Arbeit oder in der Schule, mit anderen Menschen oder bei Freizeitaktivitäten aufgegeben oder reduziert, um mehr Zeit mit dem Konsum von (der Substanz) verbringen zu können? [Einschränkung wichtiger sozialer, beruflicher oder freizeittlicher Aktivitäten aufgrund des Konsums]

Falls ja, geben Sie das letzte Mal an, als dies geschah.

Substanz 1	Substanz 2	Substanz 3
------------	------------	------------

Haben Sie jemals erfolglos versucht, Ihren Konsum von (der Substanz) einzuschränken oder zu kontrollieren? [Anhaltender Wunsch oder erfolglose Bemühungen, den Konsum zu reduzieren oder zu kontrollieren]

Falls ja, geben Sie das letzte Mal an, als dies geschah.

Substanz 1	Substanz 2	Substanz 3
------------	------------	------------

Wenn Sie (die Substanz) nicht konsumiert haben, haben Sie dann oft daran gedacht und wollten sie unbedingt nehmen? [Craving oder ein starkes Verlangen, die Substanz zu konsumieren]

Falls ja, geben Sie das letzte Mal an, als dies geschah.

Substanz 1	Substanz 2	Substanz 3
------------	------------	------------

Haben Sie (die Substanz) weiter konsumiert, obwohl sie Probleme zwischen Ihnen und anderen Menschen verursacht hat? [Fortgesetzter Konsum trotz anhaltender oder wiederkehrender sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der Substanz verursacht oder verschlimmert wurden]

Falls ja, geben Sie das letzte Mal an, als dies geschah.

Substanz 1	Substanz 2	Substanz 3
------------	------------	------------

Haben Sie mehr als einmal (die Substanz) konsumiert, auch wenn dies mit potenziellen körperlichen Risiken einherging, z. B. Autofahren oder Bedienen schwerer Maschinen, während Sie berauscht waren? [Wiederholter Konsum in Situationen, in denen der Konsum eine körperliche Gefährdung nach sich ziehen kann]

Falls ja, geben Sie das letzte Mal an, als dies geschah.

Substanz 1	Substanz 2	Substanz 3
------------	------------	------------

Haben Sie (die Substanz) weiter konsumiert, obwohl sie ein medizinisches oder psychologisches Problem verursacht oder verschlimmert hat? [Fortgesetzter Konsum trotz Kenntnis eines anhaltenden und wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzkonsum verursacht oder verschlimmert wird]

Falls ja, geben Sie das letzte Mal an, als dies geschah.

Substanz 1	Substanz 2	Substanz 3
------------	------------	------------

Fühlten Sie sich jemals krank, zittrig, ängstlich, depressiv oder hatten Sie ein ernstes medizinisches Symptom, wenn Sie (die Substanz) nicht nahmen oder mit dem Konsum aufhörten, oder mussten Sie (die Substanz) oder etwas anderes nehmen, um sicherzugehen, dass Sie diese Probleme nicht hatten? [Entzug (einer der folgenden Punkte):

- Gefühl, krank, zittrig, ängstlich, deprimiert zu sein oder kurz nach dem Aufhören/Reduzieren ernsthafte medizinische Symptome zu haben
- Notwendigkeit, die Substanz oder eine eng verwandte Substanz zu nehmen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden]

Falls ja, geben Sie das letzte Mal an, als dies geschah.

Substanz 1	Substanz 2	Substanz 3
------------	------------	------------

Mussten Sie mit der Zeit immer mehr von (der Substanz) konsumieren, um das gleiche Gefühl zu bekommen?

[Toleranz (einer der folgenden Punkte):

- Bedarf an deutlich größeren Mengen der Substanz, um die gewünschte Wirkung zu erzielen
- Deutlich verringerte Wirkung bei fortgesetztem Konsum der gleichen Menge der Substanz]

Falls ja, geben Sie das letzte Mal an, als dies geschah.

Substanz 1	Substanz 2	Substanz 3
------------	------------	------------

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens 2 der oben genannten Punkte für eine bestimmte Substanz innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums angekreuzt sind.)

1. Liegt ein problematischer Substanzkonsum vor, der durch 2 oder mehr der oben genannten Symptome innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten belegt wird?	Aktuell	Ja	Nein Weiter mit Item 2 und „Nein“ ankreuzen
	In der Vergangenheit	Ja	Nein Weiter mit Item 2 und „Nein“ ankreuzen

2. SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG (aktuell oder in der Vergangenheit)

Ja

Nein

♦ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

Für die Diagnosekodierung:

Substanz 1 _____

- Mild (2–3 Symptome)
- Mäßig (4–5 Symptome)
- Schwer (6 oder mehr Symptome)

Substanz 2 _____

- Mild (2–3 Symptome)
- Mäßig (4–5 Symptome)
- Schwer (6 oder mehr Symptome)

Substanz 3 _____

- Mild (2–3 Symptome)
- Mäßig (4–5 Symptome)
- Schwer (6 oder mehr Symptome)

Aktueller Schweregrad der Substanzkonsumstörung (Nummer einkreisen):¹⁹

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

¹⁹ Die Bewertung des Schweregrads sollte auf dem aktuellen Leidensdruck und den Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dieser Störung basieren, nicht auf dem Schweregrad früherer Episoden.

STÖRUNGEN DER NEURONALEN UND MENTALEN ENTWICKLUNG

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG

♥ **Hatten Sie in den letzten Monaten oft den Eindruck, dass Sie große Schwierigkeiten haben, aufmerksam zu sein oder sich zu konzentrieren, wenn Sie es müssen?** _____

⇒ Inwiefern erschwert Ihnen dieses Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsproblem Dinge?

- Übersehen Sie bei Ihrer Arbeit viele Details oder machen Sie viele Fehler? [Achtet oft nicht auf Details oder macht bei der Arbeit Flüchtigkeitsfehler]
- Fällt es Ihnen oft schwer, Ihre Aufmerksamkeit auf etwas zu richten, z. B. auf ein Gespräch, einen Vortrag oder ein Buch? [Hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben aufrechtzuerhalten]
- Haben andere oft den Eindruck, dass Sie ihnen nicht zuhören würden und mit den Gedanken woanders sind? [Scheint oft nicht zuzuhören, wenn andere mit ihr/ihm sprechen]
- Vergessen Sie, Arbeiten oder Aufgaben zu erledigen, oder haben Sie Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen, weil Sie abgelenkt sind? [Befolgt Anweisungen oft nicht und vergisst, Arbeiten oder Aufgaben zu erledigen]
- Fällt es Ihnen schwer, Ihre Arbeit und Aktivitäten zu organisieren? Fällt es Ihnen z. B. schwer, Ihre Materialien zu ordnen oder ordentlich zu arbeiten? Fällt es Ihnen schwer, Ihre Zeit einzuteilen? Versäumen Sie Fristen? [Hat oft Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren]
- Versuchen Sie, Aufgaben zu vermeiden, die viel Konzentration erfordern, z. B. das Erstellen von Berichten, das Ausfüllen von Formularen oder das Durchsehen von Papieren? [Vermeidet oder lehnt Aufgaben oft ab, die eine anhaltende geistige Anstrengung erfordern]
- Verlieren Sie oft wichtige Dinge wie Ihre Brieftasche, Ihre Schlüssel oder Ihr Handy? [Verliert oft wichtige Dinge]
- Lassen Sie sich leicht von Dingen wie Geräuschen, Bewegungen oder Gedanken in Ihrem Kopf ablenken? [Lässt sich oft leicht durch Reize wie Geräusche, Bewegungen oder nicht mit der eigentlichen Aufgabe zusammenhängende Gedanken ablenken]
- Vergessen Sie oft Dinge wie Hausarbeiten, Besorgungen, Termine, Rückrufe oder das Bezahlen von Rechnungen? [Oft vergesslich bei täglichen Aktivitäten]

(Hinweis: Fahren Sie fort, wenn 5 oder mehr der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

♥ **Hatten diese Probleme im letzten Monat negative Auswirkungen auf Ihr soziales Leben, Ihre Schule oder Ihre Arbeit?** _____

♥ **Bestehen diese Probleme schon seit mindestens 6 Monaten?** _____

⇒ Bestanden mehrere dieser Probleme bereits, als Sie jünger als 12 Jahre waren?

- Die 5 oder mehr der oben angekreuzten Symptome haben sich negativ auf soziale, schulische oder berufliche Aktivitäten ausgewirkt
- Die 5 oder mehr der oben angekreuzten Symptome halten seit mindestens 6 Monaten an
- Mehrere der Symptome traten bereits vor dem Alter von 12 Jahren auf

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn alle 3 der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

1. Besteht ein anhaltendes Aufmerksamkeitsdefizit, das mindestens 6 Monate andauert und auf die Zeit vor dem 12. Lebensjahr zurückgeht?	Ja	Nein
---	----	------

♥ Hatten Sie in den letzten Monaten oft das Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, still zu sitzen oder auf etwas zu warten?

⇒ Inwiefern erschwert Ihnen dieses Problem mit dem Stillsitzen oder Warten die Dinge?

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sind Sie sehr zappelig und bewegen sich viel? [Zappelt oft mit den Händen, klopft auf die Hände oder zappelt auf seinem/ihrem Platz] <input type="checkbox"/> Sind Sie oft nicht in der Lage, auf einem Platz zu bleiben? Müssen Sie z. B. bei der Arbeit oder an anderen Orten, an denen Sie eigentlich sitzen sollten, von einem Stuhl aufstehen? [Verlässt unangemessen oft den Platz] <input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich oft unruhig? [Fühlt sich oft unruhig] <input type="checkbox"/> Fällt es Ihnen oft schwer, allein ruhige Dinge zu tun? [Oft nicht in der Lage, ruhige Freizeitaktivitäten zu unternehmen] <input type="checkbox"/> Fällt es Ihnen schwer, an Orten wie Restaurants oder in Meetings ruhig zu bleiben? Sehen andere Menschen Sie als ruhelos an oder fällt es Ihnen schwer, mit Ihnen Schritt zu halten? [Oft „auf dem Sprung, wie von einem Motor angetrieben“] | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reden Sie oft zu viel? [Spricht oft übermäßig viel] <input type="checkbox"/> Fällt es Ihnen oft schwer, in einem Gespräch zu warten, bis Sie an der Reihe sind, beantworten Sie z. B. eine Frage schon, bevor die Person diese beendet hat? [Gibt oft eine Antwort, bevor eine Frage zu Ende gestellt wurde, beendet die Sätze anderer, kann nicht abwarten, bis er/sie an der Reihe ist] <input type="checkbox"/> Fällt es Ihnen z. B. oft schwer, zu warten, bis Sie an der Reihe sind oder in einer Schlange zu stehen? [Hat oft Schwierigkeiten zu warten, bis er/sie an der Reihe ist] <input type="checkbox"/> Mischen Sie sich oft in die Aktivitäten oder Gespräche anderer Leute ein? [Mischt sich oft in das ein, was andere tun, oder mischt sich in Unterhaltungen ein] |
|--|---|

(Hinweis: Fahren Sie fort, wenn 5 oder mehr der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

♥ Haben sich diese Probleme im letzten Monat negativ auf Ihr soziales Leben, Ihre Schule oder Ihre Arbeit ausgewirkt?

♥ Bestehen diese Probleme seit mindestens 6 Monaten?

⇒ Bestanden mehrere dieser Probleme bereits, als Sie jünger als 12 Jahre waren?

- Die 5 oder mehr der oben angekreuzten Symptome haben sich negativ auf soziale, schulische oder berufliche Aktivitäten ausgewirkt
- Die 5 oder mehr der oben angekreuzten Symptome halten seit mindestens 6 Monaten an
- Mehrere der Symptome traten bereits vor dem Alter von 12 Jahren auf

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn alle 3 oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

2. Besteht eine anhaltende Hyperaktivität oder Impulsivität, die mindestens 6 Monate andauert und auf die Zeit vor dem 12. Lebensjahr zurückgeht?	Ja	Nein
3. Sind die Kriterien 1 oder 2 mit „Ja“ gekennzeichnet?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen

♥ **Haben diese Probleme im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule, bei der Arbeit oder in Ihrem sozialen Leben? Inwiefern?**

(Hinweis: Berücksichtigen Sie zusätzlich zu den Antworten im Interview auch Begleitberichte und medizinische Unterlagen.)

- Probleme in der Schule
 Probleme mit der Arbeit oder der Rolle
 Probleme im Sozialleben
 Probleme mit der Familie

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

4. Verursachen die Symptome eine Beeinträchtigung des sozialen, schulischen oder beruflichen Lebens?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

♥ **In welchen Situationen traten im letzten Monat (Unaufmerksamkeits- oder Hyperaktivitäts-/Impulsivitätssymptome) auf?**

- Mehrere Symptome treten zu Hause auf
 Mehrere Symptome treten bei Freund:innen oder Verwandten auf
 Mehrere Symptome treten in der Schule oder am Arbeitsplatz auf
 Mehrere Symptome treten in anderen Situationen auf

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn mindestens zwei der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

5. Sind mehrere der unter Kriterium 1 oder 2 genannten Symptome in 2 oder mehr Situationen vorhanden?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

6. Treten die Symptome nur im Verlauf einer psychotischen Störung auf, oder lassen sie sich besser durch eine andere psychische Störung erklären?	Nein	Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

7. AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG	Ja	Nein
--	----	------

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |

Aktueller Schweregrad der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

TIC-STÖRUNGEN

(Hinweis: Berücksichtigen Sie zusätzlich zu den Antworten im Interview auch Verhaltensbeobachtungen oder Begleitberichte.)

♥ **Haben Sie im letzten Monat festgestellt, dass Sie viele plötzliche, sich wiederholende Bewegungen machen oder wiederholt Geräusche von sich geben, die Sie nicht kontrollieren können?** _____

⇒ Welche Art von Bewegungen oder Geräuschen machen Sie? _____

Motorische Tics:

- Einfache motorische Tics (z. B. Augenblinzeln, Schulterzucken, Streckung der Extremitäten, die in der Regel nur Millisekunden dauern) _____
- Komplexe motorische Tics (z. B. mehrere einfache motorische Tics, die gleichzeitig auftreten, oder ein Verhalten, das zielgerichtet zu sein scheint, z. B. das Ausführen einer obszönen Geste oder das Kopieren der Bewegungen einer anderen Person, in der Regel für einige Sekunden) _____

Vokale Tics:

- Einfache vokale Tics (z. B. Räuspern, Schniefen oder Grunzen) _____
- Komplexe vokale Tics (z. B. Wiederholung der eigenen Laute oder Wörter, Wiederholen des zuletzt gehörten Wortes oder Satzes oder plötzliches „Grunzen“ oder „Bellen“ unpassender Wörter oder Sätze) _____

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

1. Sind motorische oder vokale Tics vorhanden?	<p>Ja</p> <input type="checkbox"/> Es sind sowohl motorische als auch vokale Tics vorhanden. (Bei Item 6 „Nein“ ankreuzen und fortfahren) <input type="checkbox"/> Es sind nur motorische Tics vorhanden. (Bei Item 5 „Nein“ ankreuzen und fortfahren) <input type="checkbox"/> Es sind nur vokale Tics vorhanden. (Bei Item 5 „Nein“ ankreuzen und fortfahren)	<p>Nein Weiter mit Item 5, 6 und 7 und „Nein“ ankreuzen</p>
---	--	--

♥ **Wie lange bestehen diese Probleme schon?** _____

⇒ Bestehen sie seit mindestens 1 Jahr? _____

⇒ Bestanden sie schon, bevor Sie 18 Jahre alt waren? _____

2. Bestehen die Tics seit mehr als 1 Jahr (die Häufigkeit kann zu- und abnehmen)?	<p>Ja (Bei Item 7 „Nein“ ankreuzen und fortfahren)</p>	<p>Nein (Bei Item 5 und 6 „Nein“ ankreuzen und fortfahren)</p>
--	---	---

3. Haben die Tics vor dem 18. Lebensjahr begonnen?	<p>Ja</p>	<p>Nein Weiter mit Item 5, 6 und 7 und „Nein“ ankreuzen</p>
---	------------------	--

♥ **Haben Sie kurz vor Beginn der Probleme Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?** _____

⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____

⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

4. Sind die Tics auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz oder einen anderen medizinischen Zustand zurückzuführen?	Nein	Ja Weiter mit Item 5, 6 und 7 und „Nein“ ankreuzen
---	------	---

5. TOURETTE SYNDROM	Ja	Nein
---------------------	----	------

6. PERSISTIERENDE (CHRONISCHE) MOTORISCHE ODER VOKALE TIC-STÖRUNG	Ja	Nein
---	----	------

7. VORLÄUFIGE TIC-STÖRUNG	Ja	Nein
---------------------------	----	------

♥ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♥ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

Aktueller Schweregrad des Tourette-Syndroms, der persistierenden (chronischen) motorischen oder vokalen Tic-Störung oder der vorläufigen Tic-Störung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

SCHIZOPHRENE SPEKTRUM- UND ANDERE PSYCHOTISCHE STÖRUNGEN

WAHN

(Hinweis: Einige Patient:innen mit Wahn sind zurückhaltend, haben eine geringe Einsichtsfähigkeit oder weisen andere Faktoren auf, die ihre Selbsteinschätzung beeinflussen. In solchen Fällen können andere Informationsquellen wie Begleitberichte, Verhaltensbeobachtungen, Polizeiberichte, medizinische Berichte, Schulberichte oder körperliche Untersuchungen hilfreich sein. Der Arzt/die Ärztin muss auf der Grundlage aller verfügbaren Informationen nach bestem Wissen und Gewissen entscheiden, ob ein bestimmtes Symptom vorliegt, und darf sich nicht einfach auf die Selbsteinschätzung der Patient:innen verlassen.)

♥ **Jetzt werde ich Sie nach einigen Überzeugungen fragen, die manche Menschen haben. Hatten Sie in Ihrem Leben schon einmal eine feste Überzeugung, der andere Menschen nicht zustimmen?**

⇒ Haben Sie jemals geglaubt, ...

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dass man sich gegen Sie verschworen hat, Sie betrügt, Ihnen nachspioniert, Ihnen folgt, Sie vergiftet oder unter Drogen setzt oder Sie belästigt? <input type="checkbox"/> Dass Sie von einer staatlichen oder religiösen Organisation verfolgt oder belästigt werden? <input type="checkbox"/> Dass Sie ein ganz besonderes Talent oder besondere Kräfte haben, von denen andere Menschen nichts wissen, dass Sie eine wichtige Entdeckung gemacht haben, von der nur Sie wissen, oder dass Sie berühmt sind? <input type="checkbox"/> Dass eine berühmte Person oder jemand, den Sie nicht kennen, in Sie verliebt ist? <input type="checkbox"/> Dass etwas Seltsames mit Ihrem Körper passiert, z. B. dass er schlecht riecht, dass Sie Insekten oder Parasiten in sich haben, dass ein Teil Ihres Körpers unförmig oder hässlich ist oder nicht funktioniert? <input type="checkbox"/> Dass Ihr/e Partner:in Ihnen untreu war? | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dass jemand oder etwas die Gedanken aus Ihrem Kopf entfernt hat? <input type="checkbox"/> Dass jemand anderes Ihre Gedanken lesen kann? <input type="checkbox"/> Dass jemand oder etwas Ihnen Gedanken in den Kopf gesetzt hat, z. B. mithilfe einer Maschine oder eines Zaubers? <input type="checkbox"/> Dass jemand oder etwas Ihre Bewegungen und Handlungen kontrolliert? <input type="checkbox"/> Dass jemand oder etwas Ihnen spezielle Nachrichten schickt, die nur für Sie bestimmt sind, z. B. durch Ihren Fernseher, Ihr Radio oder Ihre Bücher? <input type="checkbox"/> Dass Sie für eine Katastrophe verantwortlich sind, z. B. einen Wirbelsturm, oder dass Sie für ein schweres Verbrechen verantwortlich sind? |
|--|---|

(Hinweis: Fahren Sie fort, wenn mindestens 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

♥ **(Für jede bestätigte Überzeugung:) Wie sind Sie zu dieser Überzeugung gekommen? Was hat Sie zu der Entscheidung gebracht, dass diese wahr ist?**

♥ **(Für jede bestätigte Überzeugung:) Hat jemals jemand gesagt, dass diese Überzeugung nicht wahr sei? Wie haben Sie darauf reagiert?**

⇒ *(Für jede bestätigte Überzeugung:) Was wäre, wenn ich Ihnen sagen würde, dass diese Überzeugung nicht wahr ist und es vielleicht eine andere Möglichkeit gibt, darüber nachzudenken? (Geben Sie, wenn möglich, Beispiele für alternative Interpretationen.) Wie würden Sie darauf reagieren?*

- Es ist anzunehmen, dass die Überzeugung nicht auf der Realität beruht oder eindeutig übertrieben ist
- Die Überzeugung ist fest verankert und lässt sich auch angesichts entgegenstehender Beweise nicht ändern

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn beide der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

1. <i>Berichtet die Person von einer festen und irrationalen Überzeugung, die sich trotz entgegenstehender Beweise nicht ändern lässt?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 3 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

◆ **Haben Sie kurz vor Beginn der Probleme Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?** _____

⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____

⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

2. Ist der Wahn auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz oder eine andere medizinische Erkrankung zurückzuführen? (Falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)	Nein	Ja Weiter mit Item 3 und „Nein“ ankreuzen
--	------	--

3. WAHN	Ja	Nein
---------	----	------

HALLUZINATIONEN

(Hinweis: Einige Patient:innen mit Halluzinationen sind zurückhaltend, haben eine geringe Einsichtsfähigkeit oder weisen andere Faktoren auf, die ihre Selbsteinschätzung beeinflussen. In solchen Fällen können andere Informationsquellen wie Begleitberichte, Verhaltensbeobachtungen, Polizeiberichte, medizinische Berichte, Schulberichte oder körperliche Untersuchungen hilfreich sein. Der Arzt/die Ärztin muss auf der Grundlage aller verfügbaren Informationen nach bestem Wissen und Gewissen entscheiden, ob ein bestimmtes Symptom vorliegt, und darf sich nicht einfach auf die Selbsteinschätzung der Patient:innen verlassen.)

◆ **Jetzt werde ich Sie nach einigen ungewöhnlichen Erfahrungen fragen, die manche Menschen machen. Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal eine der folgenden Erfahrungen gemacht?**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dinge gehört, die andere nicht hören konnten, z. B. Stimmen oder Musik? | <input type="checkbox"/> Dinge gesehen, die andere nicht sehen können, z. B. Menschen, Tiere, Farben oder Geister? |
| <input type="checkbox"/> Seltsame Empfindungen auf Ihrer Haut oder in Ihrem Körper gespürt, z. B. Insekten oder Stromschläge? | <input type="checkbox"/> Gerüche wahrgenommen, die andere nicht riechen können, z. B. Erbrochenes, Urin, Fäkalien, etwas Verwesendes oder Rauch? |
| <input type="checkbox"/> Andere Sinneserfahrungen? _____ | |

(Hinweis: Fahren Sie fort, wenn mindestens 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

Erleben Sie diese Dinge gerade?

◆ **(Für jede bestätigte Halluzination:) Waren Sie zu diesem Zeitpunkt völlig wach? Waren Sie gerade dabei, einzuschlafen oder aus dem Schlaf aufzuwachen?**

- Die Halluzination tritt auf, wenn Sie völlig wach sind und nicht gerade einschlafen oder aus dem Schlaf erwachen

(Hinweis: Fahren Sie fort, wenn die obige Frage angekreuzt ist.)

◆ **(Für jede bestätigte Halluzination) Haben Sie die (Halluzination) absichtlich erlebt? War sie zum Beispiel Teil einer Meditation oder einer religiösen Zeremonie?**

- Die Halluzination wird nicht freiwillig gesteuert und ist kein normaler Teil einer religiösen Erfahrung

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die obige Frage angekreuzt ist.)

1. Berichtet die Person über Wahrnehmungserfahrungen, die ohne einen äußeren Reiz auftreten?	Ja	Nein Weiter mit Item 3 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

◆ **Haben Sie kurz vor Beginn der Probleme Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt? _____**

- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____
- ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

2. Sind die Halluzinationen auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz oder eine andere Erkrankung zurückzuführen? (Falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)	Nein	Ja Weiter mit Item 3 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

3. HALLUZINATIONEN	Ja	Nein
--------------------	----	------

SCHIZOPHRENIE UND SCHIZOPHRENIFORME STÖRUNG

- Lebenslanges Auftreten von Wahnvorstellungen (siehe S. 137)
- Lebenslanges Auftreten von Halluzinationen (siehe S. 138)
- Lebenslanges Auftreten von desorganisiertem Sprechen (z. B. häufige Entgleisungen oder inkohärentes Verhalten)

(Hinweis: Das Vorhandensein von desorganisiertem Sprechen sollte anhand von Verhaltensbeobachtungen, Begleitberichten und anderen Daten festgestellt werden.)

1. <i>Traten eines oder mehrere der oben genannten Symptome zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben der Person über einen erheblichen Teil der Zeit, mindestens 1 Monat lang, auf?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Items 7 und 8 und „Nein“ ankreuzen</i>
--	-----------	---

- Völlig desorganisiertes (z. B. Konfrontation mit anderen ohne logischen Grund, Tragen vieler Kleidungsschichten an einem warmen Tag, sehr unordentliches Erscheinungsbild, sexuelle Aktivitäten in der Öffentlichkeit) oder katatonisches Verhalten (z. B. Stupor/Inaktivität, ziellose und übermäßige motorische Aktivität und entweder Steifheit oder extreme Flexibilität der Gliedmaßen)
- Negative Symptome (verminderter emotionaler Ausdruck oder mangelnder Antrieb oder Motivation, Ziele zu verfolgen)

(Hinweis: Das Vorhandensein von völlig desorganisiertem oder katatonischem Verhalten oder von Negativsymptomen sollte anhand von Verhaltensbeobachtungen, Begleitberichten und anderen Daten festgestellt werden.)

2. <i>Waren zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben der Person mindestens 2 psychotische Symptome vorhanden (darunter mindestens 1 aus Punkt 1), und zwar für einen erheblichen Teil der Zeit, d. h. für 1 Monat oder länger?</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein Weiter mit Items 7 und 8 und „Nein“ ankreuzen</i>
---	-----------	---

♦ Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |

(Hinweis: Das Vorliegen einer funktionellen Beeinträchtigung sollte durch Befragung, Verhaltensbeobachtungen, Begleitberichte und andere Daten festgestellt werden.)

3. <i>Liegt oder lag das Funktionsniveau in mindestens einem wichtigen Bereich deutlich unter dem Niveau, das vor dem Ausbruch der Erkrankung erreicht wurde? Oder, falls der Ausbruch in der Kindheit erfolgte, wurde das erwartete Funktionsniveau nicht erreicht?</i>	Ja	Nein Weiter mit Items 7 und 8 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

- Es sind keine schweren depressiven oder manischen Episoden gleichzeitig mit den psychotischen Symptomen aufgetreten
- Schwere depressive oder manische Episoden sind gleichzeitig mit den psychotischen Symptomen aufgetreten, sie stellten in Bezug auf die Gesamtdauer der aktiven und residualen psychotischen Symptome aber nur eine Minderheit dar

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn 1 der oben genannten Punkte angekreuzt ist.)

4. <i>Wurden eine schizoaffektive Störung (siehe S. 143), Major Depression (siehe S. 56) und bipolare Störung (siehe S. 48) ausgeschlossen?</i>	Ja	Nein Weiter mit Items 7 und 8 und „Nein“ ankreuzen
---	----	---

♦ Wie lange (haben/hatten) Sie diese Probleme?

- ⇒ Seit mindestens 1 Monat? _____
- ⇒ Seit mindestens 6 Monaten? _____

5. <i>Waren zumindest einige der Symptome zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben der Person mindestens 1 Monat lang kontinuierlich vorhanden?</i>	Ja	Nein Weiter mit Items 7 und 8 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

6. <i>Waren zumindest einige der Symptome zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben der Person 6 Monate oder länger kontinuierlich vorhanden?</i>	Ja Bei Item 7 „Nein“ und bei Item 8 „Ja“ ankreuzen	Nein Bei Item 7 „Ja“ und bei Item 8 „Nein“ ankreuzen
---	---	---

7. SCHIZOPHRENIFORME STÖRUNG	Ja	Nein
-------------------------------------	----	------

8. SCHIZOPHRENIE	Ja	Nein
-------------------------	----	------

Schizophrenie – weitere Spezifikationen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erste Episode, gegenwärtig akut | <input type="checkbox"/> Erste Episode, gegenwärtig teilremittiert | <input type="checkbox"/> Erste Episode, gegenwärtig vollremittiert |
| <input type="checkbox"/> Mehrere Episoden, gegenwärtig akut | <input type="checkbox"/> Mehrere Episoden, gegenwärtig teilremittiert | <input type="checkbox"/> Mehrere Episoden, gegenwärtig vollremittiert |
| <input type="checkbox"/> Kontinuierlich | <input type="checkbox"/> Nicht näher bezeichnet | |

♦ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

Aktueller Schweregrad der schizophreniformen Störung oder Schizophrenie (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

SCHIZOAFFEKTIVE STÖRUNG

1. Gab es einen ununterbrochenen Zeitraum, in dem sowohl das Kriterium 2 der Schizophrenie (siehe S. 139) als auch entweder eine manische Episode (siehe S. 39) oder eine schwere depressive Episode (siehe S. 47) auftraten?	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

2. Hat es einen Zeitpunkt gegeben, an dem Wahnvorstellungen (siehe S. 137) oder Halluzinationen (siehe S. 138) für 2 oder mehr Wochen vorhanden waren, ohne dass eine manische Episode (siehe S. 39) oder eine schwere depressive Episode (siehe S. 47) vorlag?	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

3. Waren die Symptome einer manischen Episode (siehe S. 39) oder einer schweren depressiven Episode (siehe S. 47) während des größten Teils der aktiven und residualen Phasen der Erkrankung vorhanden?	Ja	Nein Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

- ♦ **Haben Sie kurz vor Beginn der Probleme Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?** _____
- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____
- ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

(Hinweis: Berücksichtigen Sie zusätzlich zu den Antworten im Interview auch Begleitberichte und medizinische Unterlagen.)

4. Sind die Symptome auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz oder eine andere Erkrankung zurückzuführen? (Falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)	Nein	Ja Weiter mit Item 5 und „Nein“ ankreuzen
--	------	--

5. SCHIZOAFFEKTIVE STÖRUNG	Ja	Nein
-----------------------------------	----	------

- ♦ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**
- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

♥ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |
-

Aktueller Schweregrad der schizoaffektiven Störung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

WAHNHAFTE STÖRUNGEN

(Hinweis: Falls das Kriterium 2 zur Schizophrenie [siehe S. 139] jemals erfüllt war, darf dieses Modul nicht durchgeführt werden.)

1. Besteht/bestehen die Wahnvorstellung(en) seit 1 Monat oder länger?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	----	---

♦ **Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?**

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |

(Hinweis: Das Vorliegen einer funktionellen Beeinträchtigung sollte durch Befragung, Verhaltensbeobachtungen, Begleitberichte und andere Daten festgestellt werden.)

- Die Funktionsfähigkeit ist abgesehen von den Auswirkungen des Wahns und seinen Folgen nicht merklich beeinträchtigt
- Das Verhalten ist nicht offensichtlich bizarr oder seltsam (bestimmt durch Verhaltensbeobachtungen, Begleitberichte und andere Daten)

(Hinweis: Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn beide der oben genannten Punkte angekreuzt sind.)

2. Ist die Funktionsfähigkeit abgesehen von den unmittelbaren Auswirkungen der Wahnvorstellung(en) und deren Konsequenzen merklich beeinträchtigt, und ist das Verhalten bizarr oder seltsam?	Nein	Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	------	---

3. Falls manische oder schwere depressive Episoden aufgetreten sind, waren diese im Verhältnis zur Dauer der wahnhaften Phasen kurz?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

♥ **Haben Sie kurz vor Beginn der Probleme Ihre Medikation verändert, Drogen eingenommen oder eine Krankheit oder Verletzung gehabt?**

- ⇒ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass dieses Problem durch ein medizinisches Problem, Drogen oder Medikamente verursacht wird? _____
- ⇒ Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

(Hinweis: Berücksichtigen Sie zusätzlich zu den Antworten im Interview auch Begleitberichte und medizinische Unterlagen.)

4. Sind die Symptome auf die Auswirkungen einer Substanz oder einen medizinischen Zustand zurückzuführen? (Falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)	Nein	Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

5. Sind die Symptome auf eine andere psychische Störung zurückzuführen?	Nein	Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

6. WAHNHAFTE STÖRUNG	Ja	Nein
-----------------------------	----	------

♥ **Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?**

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

Aktueller Schweregrad der wahnhaften Störung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

SUBSTANZ-/MEDIKAMENTEN-INDUZIERTE STÖRUNG, STÖRUNG AUFGRUND EINES ANDEREN MEDIZINISCHEN KRANKHEITSAKTORS, ANDERE NÄHER BEZEICHNETE STÖRUNG UND NICHT NÄHER BEZEICHNETE STÖRUNG

SUBSTANZ-/MEDIKAMENTEN-INDUZIERTE STÖRUNG

(Hinweis: Prüfen Sie die vorangegangenen Module auf das Vorhandensein von Störungssymptomen; führen Sie dieses Modul durch, wenn der Verdacht besteht, dass diese Symptome substanz- oder medikamenten-induziert sind.)

1. Wird das klinische Bild von Symptomen dominiert, die für Zwangsstörungen und verwandte Störungen, Angststörungen, affektive Störungen, trauma- und stressbezogene Störungen, schizophrene Spektrum- und andere psychotische Störungen, Fütter- und Essstörungen oder neurologische Entwicklungsstörungen charakteristisch sind?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen _____ | | |

2. Verursachen die Symptome einen erheblichen Leidensdruck oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

❖ **Haben Sie kurz vor Beginn (der Symptome) Medikamente eingenommen oder Drogen genommen?**

- ⇒ Nehmen Sie diese Medikamente oder Drogen immer noch ein?
- ⇒ Begannen (die Symptome), nachdem Sie mit dem Medikament oder der Droge in Kontakt gekommen sind?
- ⇒ Begannen (die Symptome), als Sie berauscht waren oder kurz nach dem Rausch?
- ⇒ Begannen (die Symptome), nachdem Sie die Einnahme des Medikaments oder der Droge beendet hatten oder kurz nach dem Absetzen?
- Die Symptome traten nach der Einnahme eines Medikaments oder einer Droge auf
- Die Symptome traten während oder kurz nach der Intoxikation mit der Substanz auf
- Die Symptome traten während oder kurz nach dem Entzug der Substanz auf

❖ **Haben Sie mit einem Arzt/eine Ärztin über diese Befürchtung gesprochen?**

❖ **Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass (die Symptome) durch Drogen oder Medikamente verursacht werden?**

Nachweise für einen Zusammenhang mit der Substanz wurden erbracht durch:

- Anamnese _____
- Körperliche Untersuchung _____
- Laborbefunde _____

3. <i>Ergeben sich aus der Krankengeschichte, der körperlichen Untersuchung oder den Laborbefunden Hinweise darauf, dass die Symptome während oder kurz nach einer Substanzintoxikation oder einem Entzug oder nach der Einnahme eines Medikaments aufgetreten sind?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

Nachweise dafür, dass die Substanz als Auslöser für die Symptome infrage kommt, wurden erbracht durch:

- Anamnese _____
- Körperliche Untersuchung _____
- Laborbefunde _____
- Bekannte Wirkungen der Substanz _____

4. <i>Ergeben sich aus der Anamnese, der körperlichen Untersuchung oder den Laborbefunden Hinweise darauf, dass die betreffende Substanz oder das betreffende Medikament die Symptome hervorrufen kann?</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

5. <i>Sind die Symptome besser durch eine nicht-substanzbedingte Störung zu erklären?</i>	Nein	Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

6. <i>Treten die Symptome ausschließlich im Delirium auf (Aufmerksamkeits-, Bewusstseins- und Wahrnehmungsstörungen, Entwicklung über einen kurzen Zeitraum, Veränderung im Vergleich zum Ausgangszustand sowie Neigung zu Schwankungen im Tagesverlauf)?</i>	Nein	Ja Weiter mit Item 7 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

Aktueller Schweregrad der substanz-/medikamenten-induzierten Störung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen normal und mild, oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> Ziemlich seltene Beschwerden ODER Kurze Dauer der Beschwerden ODER Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> Sehr häufige Beschwerden ODER Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER Akut psychotisch ODER Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Spezifizieren Sie:

- Substanz-/medikamenten-induzierte Angststörung
- Substanz-/medikamenten-induzierte depressive Störung
- Substanz-/medikamenten-induzierte bipolare und verwandte Störungen
- Substanz-/medikamenten-induzierte Zwangs- und verwandte Störungen
- Substanz-/medikamenten-induzierte Trauma- und Stressbezogene Störung
- Substanz-/medikamenten-induzierte Ess- und Fütterstörungen
- Substanz-/medikamenten-induzierte neurologische Entwicklungsstörung
- Substanz-/medikamenten-induzierte schizophrene Spektrum- und andere psychotische Störungen

STÖRUNG AUFGRUND EINES MEDIZINISCHEN KRANKHEITSFAKTORS

(Hinweis: Überprüfen Sie die vorherigen Module auf das Vorhandensein von Krankheitssymptomen; führen Sie dieses Modul durch, wenn der Verdacht besteht, dass diese Symptome auf eine andere Erkrankung zurückzuführen sind.)

1. Wird das klinische Bild von Symptomen dominiert, die für Zwangsstörungen und verwandte Störungen, Angststörungen, affektive Störungen, trauma- und stressbezogene Störungen, schizophrene Spektrum- und andere psychotische Störungen, Fütter- oder Essstörungen oder neurologische Entwicklungsstörungen charakteristisch sind?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	----	--

Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen _____ | | |

2. Verursachen die Symptome einen erheblichen Leidensdruck oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

Hatten Sie kurz vor Beginn der (Symptome) eine Krankheit oder Verletzung? _____

- ⇒ Leiden Sie immer noch an dieser Krankheit oder Verletzung?

Haben Sie mit einem Arzt/einer Ärztin über diese Befürchtung gesprochen? _____

◆ Gibt es einen Grund zu der Annahme, dass (die Symptome) durch eine Krankheit oder Verletzung verursacht werden?

Nachweise für einen Zusammenhang mit einem medizinischen Zustand durch:

- Anamnese _____
- Körperliche Untersuchung _____
- Laborbefunde _____

3. <i>Ergeben sich aus der Anamnese, der körperlichen Untersuchung oder den Laborbefunden Hinweise darauf, dass die Symptome eine direkte pathophysiologische Folge eines anderen medizinischen Zustands sind? (Falls ja, füllen Sie das entsprechende Modul für substanzbedingte oder allgemeine Erkrankungen aus.)</i>	Ja	Nein Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	----	--

4. <i>Sind die Symptome besser durch eine andere psychische Störung zu erklären?</i>	Nein	Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
--	------	--

5. <i>Treten die Symptome ausschließlich im Delirium auf (Aufmerksamkeits-, Bewusstseins- und Wahrnehmungsstörungen, Entwicklung über einen kurzen Zeitraum, Veränderung im Vergleich zum Ausgangszustand sowie Neigung zu Schwankungen im Tagesverlauf)?</i>	Nein	Ja Weiter mit Item 6 und „Nein“ ankreuzen
---	------	--

6. STÖRUNG AUFGRUND EINES MEDIZINISCHEN KRANKHEITSAKTORS	Ja	Nein
---	----	------

Aktueller Schweregrad der Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Spezifizieren Sie:

- Angststörung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- Depressive Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- Bipolare und verwandte Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- Zwangs- und verwandte Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- Trauma- und stressbezogene Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- Fütter- oder Essstörungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- Neurologische Entwicklungsstörung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- Schizophrene Spektrum- und andere psychotische Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors

ANDERE NÄHER/NICHT NÄHER BEZEICHNETE PSYCHISCHE STÖRUNG

(Hinweis: Wenn die Kriterien für eine andere Störung erfüllt sind, darf dieses Modul nicht durchgeführt werden.)

1. Zeigt die Person Symptome, die für Zwangs- und verwandte Störungen, Angststörungen, affektive Störungen, trauma- und stressbezogene Störungen, schizophrene Spektrum- und andere psychotische Störungen, Fütter- und Essstörungen oder neurologische Entwicklungsstörungen charakteristisch sind, bei denen aber nicht alle Diagnosekriterien erfüllt sind?	Ja	Nein Weiter mit Items 4 und 5 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

Wie sehr hat Sie dieses Problem im letzten Monat gestört oder belastet?

- ⇒ Wie oft fühlen Sie sich belastet? _____
- ⇒ Wenn Sie sich belastet fühlen, wie lange hält diese Belastung an? _____
- ⇒ Wie stark ist die Belastung, wenn Sie sie erleben? _____

Hat dieses Problem im letzten Monat Ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, z. B. in der Schule oder bei der Arbeit, in Ihrem sozialen Leben, in Ihrer Familie oder bei der Erledigung von Dingen, die für Sie wichtig sind? Inwiefern?

- ⇒ Vermeiden Sie aufgrund dieser Probleme bestimmte Aktivitäten oder Situationen?
- ⇒ Beeinträchtigen diese Probleme Ihre Fähigkeit, sich auf notwendige Aufgaben zu konzentrieren?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Probleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Arbeit oder in der Rollenfunktion | <input type="checkbox"/> Probleme im sozialen Leben |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie | <input type="checkbox"/> Probleme mit häuslichen Pflichten | <input type="checkbox"/> Probleme bei der Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Rechtliche Probleme | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Gesundheit oder Sicherheit |
| <input type="checkbox"/> Andere funktionelle Beeinträchtigungen | | |

2. Verursachen die Symptome einen erheblichen Leidensdruck oder eine Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen?	Ja	Nein Weiter mit Items 4 und 5 und „Nein“ ankreuzen
--	----	---

3. Entscheidet sich der/die Interviewer:in dafür, den Grund für die Nichterfüllung der Kriterien nicht anzugeben, oder liegen keine ausreichenden Informationen vor, um eine genauere Diagnose zu stellen?	Ja Bei Item 4 „Nein“ und bei Item 5 „Ja“ ankreuzen	Nein Bei Item 4 „Ja“ für Item 4 und bei Item 5 „Nein“ ankreuzen
--	---	--

4. ANDERE NÄHER BEZEICHNETE PSYCHISCHE STÖRUNG	Ja	Nein
--	----	------

5. NICHT NÄHER BEZEICHNETE PSYCHISCHE STÖRUNG	Ja	Nein
---	----	------

Aktueller Schweregrad der anderen näher oder nicht näher bezeichneten psychischen Störung (Nummer einkreisen):

	Leidensdruck	Beeinträchtigung
1. Unbeeinträchtigt	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beschwerden oder vollständige Remission 	<ul style="list-style-type: none"> • Überhaupt keine Beeinträchtigung oder vollständige Remission
2. Unterschwellig	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen normal und mild, oder unterschwellig
3. Mild	<ul style="list-style-type: none"> • Ziemlich seltene Beschwerden ODER • Kurze Dauer der Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind geringfügig 	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte Beeinträchtigung in einem Bereich der Funktionsfähigkeit (z. B. längere Zeit für die Erledigung von Arbeitsaufgaben, gelegentliches Vermeiden von sozialen Kontakten) ODER • Im Allgemeinen noch in der Lage, seinen/ihren Verpflichtungen nachzukommen
4. Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen mild und ausgeprägt
5. Ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr häufige Beschwerden ODER • Sehr lang anhaltende Beschwerden ODER • Die Beschwerden sind erheblich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in vielen Funktionsbereichen (z. B. Arbeit, Sozialleben, Familienleben) erheblich ODER • Gewisse Versäumnisse bei der Erfüllung von Aufgaben (z. B. schlechte Arbeitsleistung, Arbeitsfehltag) ODER • Die Symptome stellen ein geringes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar
6. Schwer	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen ausgeprägt und extrem
7. Extrem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschwerden treten ständig ohne Linderung auf ODER • Die Beschwerden sind extrem intensiv oder unerträglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beeinträchtigung ist in den meisten oder allen Funktionsbereichen extrem (z. B. völlig unfähig, zu arbeiten oder soziale Kontakte zu pflegen) ODER • Der/die Patient:in gilt als handlungsunfähig ODER • Die Symptome stellen ein ernsthaftes Risiko der Selbst- oder Fremdgefährdung dar ODER • Akut psychotisch ODER • Er/sie benötigt einen Krankenhausaufenthalt oder eine stationäre Betreuung

Spezifizieren Sie:

Andere näher bezeichnete Angststörung

Andere näher bezeichnete depressive Störung

Andere näher bezeichnete bipolare und verwandte Störungen

Andere näher bezeichnete Zwangs- und verwandte Störungen

Andere näher bezeichnete trauma- und stressbezogene Störungen

Andere näher bezeichnete Fütter- oder Essstörung

Andere näher bezeichnete neurologische Entwicklungsstörung

Andere näher bezeichnete schizophrene Spektrum- und andere psychotische Störungen _____

- Nicht näher bezeichnete Angststörung
- Nicht näher bezeichnete depressive Störung
- Nicht näher bezeichnete bipolare und verwandte Störungen
- Nicht näher bezeichnete Zwangs- und verwandte Störungen

- Nicht näher bezeichnete trauma- und stressbezogene Störungen
- Nicht näher bezeichnete Fütter- und Essstörung
- Nicht näher bezeichnete neurologische Entwicklungsstörung
- Nicht näher bezeichnete schizophrene Spektrum- und andere psychotische Störungen

SUIZID-SCREEN

♥ **Haben Sie jemals daran gedacht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen?** _____

⇒ Hatten Sie in letzter Zeit solche Gedanken? _____

1. <i>Berichtet die Person über Suizidgedanken?</i>	<i>Aktuell</i>	<i>Früher</i>	<i>Nicht</i>
---	----------------	---------------	--------------

♥ **Haben Sie die Absicht, sich heute oder in Zukunft selbst zu verletzen oder umzubringen?** _____

⇒ Seit wann haben Sie die Absicht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen? Haben Sie die Absicht, zu sterben? _____

2. <i>Berichtet die Person von Suizidabsichten?</i>	<i>Aktuell</i>	<i>Früher</i>	<i>Nicht</i>
---	----------------	---------------	--------------

♥ **Haben Sie einen Plan gemacht, wie Sie sich selbst verletzen oder umbringen wollen?**

⇒ Wie sieht Ihr Plan, sich selbst zu verletzen oder umzubringen, konkret aus? _____

3. <i>Berichtet die Person von einem Suizidplan?</i>	<i>Aktuell</i>	<i>Früher</i>	<i>Nicht</i>
--	----------------	---------------	--------------

♥ **(Falls ein Plan bestätigt wird:) Sind Sie in der Lage, diesen Plan auszuführen?** _____

⇒ Haben Sie Zugang zu (geplante Methode: Waffe, Messer usw.)? Könnten Sie sich diesen Zugang leicht verschaffen? _____

4. <i>Gibt die Person an, dass sie die Absicht hat, Suizid zu begehen?</i>	<i>Aktuell</i>	<i>Früher</i>	<i>Nicht</i>
--	----------------	---------------	--------------

♥ **(Falls ein Plan bestätigt wird:) Welche Schritte haben Sie unternommen, um diesen Plan auszuführen?** _____

⇒ Haben Sie versucht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen, haben Sie einen Abschiedsbrief geschrieben, haben Sie nach Möglichkeiten gesucht, den Plan umzusetzen, haben Sie Materialien für den Plan gesammelt, haben Sie Besitz verschenkt, haben Sie Ihre Angelegenheiten in Ordnung gebracht usw.? Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal versucht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen? _____

5. <i>Berichtet die Person über gegenwärtige oder frühere Verhaltensweisen, die zu einem Suizid führen könnten?</i>	<i>Aktuell</i>	<i>Früher</i>	<i>Nicht</i>
---	----------------	---------------	--------------

♥ **(Falls ein Plan bestätigt wird:) Was würde Sie davon abhalten, diesen Plan auszuführen?** _____

⇒ Haben Sie religiöse Überzeugungen oder das Gefühl, dass die Dinge besser werden könnten? Haben Sie eine Verantwortung gegenüber anderen, die Ihnen einen Grund zum Leben geben würde? _____

6. <i>Verfügt die Person über interne oder externe Schutzfaktoren, die das Risiko verringern?</i>	<i>Aktuell</i>	<i>Früher</i>	<i>Nicht</i>
---	----------------	---------------	--------------

**Aktuelle
Risikostufe**

- Hoch (psychiatrische Diagnosen mit schwerwiegenden Symptomen oder akutes auslösendes Ereignis; Schutzfaktoren nicht relevant; potenziell tödlicher Versuch oder anhaltende Ideation mit starker Absicht oder Probe)
- Mäßig (mehrere Risikofaktoren, wenige Schutzfaktoren; Ideation mit Plan, aber ohne Absicht oder Verhaltensweise)
- Niedrig (modifizierbare Risikofaktoren, starke Schutzfaktoren; Todesgedanken, kein Plan, keine Absicht oder Verhaltensweise)

Intervention(en)

- Abschluss eines Non-Suizid-Vertrags
 - Bereitstellen von Notfall-/Krisennummern
 - Erkundigung nach verfügbaren Ressourcen (z. B. Unterstützung durch die Familie, Freunde usw.)
 - Entwicklung eines Plans für den Umgang mit potenziellen Waffen, Medikamenten, Drogen usw.
 - Überweisung zur ergänzenden Behandlung
 - Bereitstellen von Informationen über lokale Krisenteams
 - Einweisung in ein Krankenhaus
 - Andere Interventionen
-

DIAGNOSE-KODIERBLATT

Angststörungen

- 309.21/F93.0 Störung mit Trennungsangst
 - Spezifische Phobie
 - 300.29/F40.218 Tier-Typ
 - 300.29/F40.228 Umwelt-Typ
 - 300.29/F40.230 Furcht vor Blut
 - 300.29/F40.231 Furcht vor Spritzen/Transfusionen
 - 300.29/F40.232 Furcht vor anderen medizinischen Behandlungen
 - 300.29/F40.233 Furcht vor Verletzung
 - 300.29/F40.248 Situativer Typ (z. B. Flugzeuge, Aufzüge)
 - 300.29/F40.298 Andere Typ (z. B. Erbrechen, Clowns)
 - 300.23/F40.10 Soziale Angststörung (Soziale Phobie)
 - 300.01/F41.0 Panikstörung
 - 300.22/F40.00 Agoraphobie
 - 300.02/F41.1 Generalisierte Angststörung
 - 293.84/F06.4 Angststörung aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors
 - 300.09/F41.8 Sonstige spezifische Angststörung
 - 300.00/F41.9 Nicht näher bezeichnete Angststörung

Bipolare und Verwandte Störungen

- Bipolar-I-Störung, aktuelle oder letzte Episode manisch
 - 296.41/F31.11 Leichtgradig
 - 296.42/F31.12 Mittelgradig
 - 296.43/F31.13 Schwergradig
 - 296.44/F31.2 Mit psychotischen Merkmalen
 - 296.45/F31.73 Teilremittiert
 - 296.46/F31.74 Vollremittiert
 - 296.40/F31.9 Nicht näher bezeichnet
- 296.40/F31.0 Bipolar-I-Störung, aktuelle oder letzte Episode hypoman
 - 296.45/F31.71 Teilremittiert
 - 296.46/F31.72 Vollremittiert
- 296.40/F31.9 Nicht näher bezeichnet
- Bipolar-I-Störung, aktuelle oder letzte Episode depressiv
 - 296.51/F31.31 Leichtgradig
 - 296.52/F31.32 Mittelgradig
 - 296.53/F31.4 Schwergradig
 - 296.54/F31.5 Mit psychotischen Merkmalen
 - 296.55/F31.75 Teilremittiert
 - 296.56/F31.76 Vollremittiert
 - 296.50/F31.9 Nicht näher bezeichnet
- 296.7/F31.9 Bipolar-I-Störung, nicht näher bezeichnet
- 296.89/F31.81 Bipolar-II-Störung
- 301.13/F34.0 Zykllothyme Störung
- Substanz-/medikamenten-induzierte bipolare und verwandte Störung Bipolare und verwandte Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
 - 293.83/F06.33 Mit manischen Merkmalen
 - 293.83/F06.33 Mit manie- oder hypomanie-ähnlichen Episoden
 - 293.83/F06.34 Mit gemischten Merkmalen
- 296.89/F31.89 Andere näher bezeichnete bipolare und verwandte Störung
- 296.80/F31.9 Nicht näher bezeichnete bipolare und verwandte Störung

Depressive Störungen

Schwere depressive Störung, einzelne Episode

- 296.21/F32.0 Leichtgradig
- 296.22/F32.1 Mittelgradig
- 296.23/F32.2 Schwergradig
- 296.24/F32.3 Mit psychotischen Merkmalen
- 296.25/F32.4 Teilremittiert
- 296.26/F32.5 Vollremittiert
- 296.20/F32.9 Nicht näher bezeichnet
- 300.4/F34.1 Persistierende depressive Störung (Dysthymie)
- 625.4/N94.3 Prämenstruelle dysphorische Störung

Zwangs- und verwandte Störungen

- 300.3/F42 Zwangsstörung
- 300.7/F45.22 Körperdysmorphie Störung
- 300.3/F42 Pathologisches Horten
- 312.39/F63.3 Trichotillomanie
- 698.4/L98.1 Dermatillomanie

Trauma- und stressbezogene Störung

- 309.81/F43.10 Posttraumatische Belastungsstörung
- 308.3/F43.0 Akute Belastungsstörung

Major Depression, rezidivierend (Major Depression)

- 296.31/F33.0 Leichtgradig
- 296.32/F33.1 Mittelgradig
- 296.33/F33.2 Schwergradig
- 296.34/F33.3 Mit psychotischen Merkmalen
- 296.35/F33.41 Teilremittiert
- 296.36/F33.42 Vollremittiert
- 296.30/F33.9 Nicht näher bezeichnet

Substanz-/medikamenten-induzierte depressive Störung

Depressive Störung aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors

- 293.83/F06.31 Mit depressiven Merkmalen
- 293.83/F06.32 Mit Major-Depression-ähnlicher Episode
- 293.83/F06.34 Mit gemischten Merkmalen
- 311/F32.8 Andere näher bezeichnete depressive Störung
- 311/F32.9 Nicht näher bezeichnete depressive Störung

Substanz-/medikamenten-induzierte Zwangs- und verwandte Störung

294.8/F06.8 Zwangs- und verwandte Störung aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors

300.3/F42.8 Andere näher bezeichnete Zwangs- und verwandte Störung

300.3/F42.9 Nicht näher bezeichnete Zwangs- und verwandte Störung

Anpassungsstörung

- 309.0/F43.21 Mit depressiver Stimmung
- 309.28/F43.23 Mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt
- 309.3/F43.24 Mit Störung des Sozialverhaltens
- 309.4/F43.25 Mit Störung der Emotionen und des Sozialverhaltens
- 309.9/F43.20 Nicht näher bezeichnet

Ess- und Fütterungsstörungen

Anorexia Nervosa

- 307.1/F50.01 Restriktiver Typ
- 307.1/F50.02 Binge-Eating-/Purging-Typ
- 307.51/F50.2 Bulimia Nervosa

- 307.51/F50.81 Binge-Eating-Störung
- 307.59/F50.82 Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme
- 300.7/F45.21 Krankheitsangststörung

Somatische Belastungs- und verwandte Störung

- 300.82/F45.1 Somatische Belastungsstörung

Substanzbezogene und Abhängigkeitsstörungen

Störung durch Alkoholkonsum

- 305.00/F10.10 Leicht
- 303.90/F10.20 Mittel
- 303.90/F10.20 Schwer

Störung durch Cannabiskonsum

- 305.20/F12.10 Leicht
- 304.30/F12.20 Mittel
- 304.30/F12.20 Schwer

Störung durch Phencyclidinkonsum

- 305.90/F16.10 Leicht
- 304.60/F16.20 Mittel

Konsumstörung bezüglich anderer Halluzinogene

- 305.30/F12.10 Leicht
- 304.50/F12.20 Mittel
- 304.5/F12.20 Schwer

304.5/16.20 Schwere Störung des Inhalanzienkonsum

Inhalanzienkonsumstörung

- 305.90/F18.10 Leicht
- 304.60/F18.20 Mittel
- 304.60/F18.20 Schwer

Störung durch Opioidkonsum

- 305.50/F11.10 Leicht
- 304.00/F11.20 Mittel
- 304.00/F11.20 Schwer

Störung durch Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikakonsum

- 305.40/F13.10 Leicht
- 304.10/F13.20 Mittel
- 304.10/F13.20 Schwer

Stimulanziengebrauchsstörung

- Leicht
 - 304.60/F18.20 Mittel
 - 304.60/F18.20 Schwer
 - 305.70/F15.10 Substanzen vom Amphetamin-Typ
 - 305.60/F14.10 Kokain
 - 305.70/F15.10 Andere oder nicht näher bezeichnete Stimulanzien
- Mittel
 - 304.40/F15.20 Substanzen vom Amphetamin-Typ
 - 304.20/F14.20 Kokain
 - 304.40/F15.20 Andere oder nicht näher bezeichnete Stimulanzien
- Schwer
 - 304.40/F15.20 Substanzen vom Amphetamin-Typ
 - 304.20/F14.20 Kokain
 - 304.40/F15.20 Andere oder nicht näher bezeichnete Stimulanzien

Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

- 314.01/F90.2 Gemischtes Erscheinungsbild
- 314.00/F90.0 Vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild
- 314.01/F90.1 Vorwiegend hyperaktiv-impulsives Erscheinungsbild

- 307.23/F95.2 Tourette-Störung
- 307.22-F95.1 Persistierende (chronische) motorische oder vokale Tic-Störung
- 307.21/F95.0 Vorläufige Tic-Störung

Schizophrene Spektrum- und andere psychotische Störungen

- 295.90/F20.9 Schizophrenie
- 295.70/F25.0 Schizoaffektive Störung

- 297.1/F22 Wahnhafte Störung
- 295.40/F20.81 Schizophreniforme Störung