

Checkliste Kölner Risikoindex

für Opfer von Katastrophen bzw. für Angehörige von Opfern von Katastrophen

PIN: _____

Datum: _____

Allgemeine Fragen

A.	Alter:	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m
B.	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig, ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/> verheiratet/oder leben in einer festen Partnerschaft	<input type="checkbox"/> geschieden oder leben getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet
C.	Haben Sie Kinder? (mehrere Angaben bitte durch Kommata trennen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Alter: _____ Davon in eigenem Haushalt lebend: _____
D.	Haben Sie Geschwister?	<input type="checkbox"/> ja/ Anzahl: _____	<input type="checkbox"/> nein	Alter _____
E.	Schulbildung	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Abitur
E.	Berufs- Ausbildung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre	<input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium
F.	Letzte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angelernte Tätigkeit <input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Fachkraft/ Lehre <input type="checkbox"/> Schüler/ Student	<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> akademischer/ höherer Dienst <input type="checkbox"/> sonstige
G.	Derzeitige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angelernte Tätigkeit <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Erwerbs- /Arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> Fachkraft/ Lehre <input type="checkbox"/> Schüler/ Student <input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> akademischer/ höherer Dienst <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> sonstige
H.	Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> Wohnung/Haus zur Miete	<input type="checkbox"/> eigenes Haus/ Wohnung	<input type="checkbox"/> Stadt <input type="checkbox"/> Land <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> WG <input type="checkbox"/> Familie/Partner <input type="checkbox"/> Eltern
I.	Waren Sie schon einmal in psychiatrischer Behandlung?			
		<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja	↳ wenn ja: <input type="checkbox"/> 1 Mal <input type="checkbox"/> 2-3Mal <input type="checkbox"/> 4-6 Mal <input type="checkbox"/> 7- 10 Mal <input type="checkbox"/> mehr als 10 Mal	
			Die erste Aufnahme war vor _____ Monaten	
			Die letzte Aufnahme war vor _____ Monaten.	
J.	Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?			
		<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja	↳ wenn ja: <input type="checkbox"/> bis 50 Stunden <input type="checkbox"/> bis 80 Stunden <input type="checkbox"/> mehr als 80 Stunden	
			Die Therapie ist _____ Monate her.	
K.	Liegen in Ihrer Familie psychische Erkrankungen vor?			
		<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja		
L.	Fühlen Sie sich von der Gesellschaft diskriminiert, aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit (z. B. Religionszugehörigkeit, Hautfarbe, Nationalität)?			
		<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja		

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die Zeit unmittelbar vor und die Zeit nach dem Anschlag

1.	<p>Standen Sie vor der Katastrophe durch sonstige Lebensumstände unter Stress (z.B. familiär, finanziell bedingt etc.)?</p> <p>↳ wenn ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> die Belastung liegt länger als ein Jahr zurück <input type="checkbox"/> die Belastung trat kurz vor oder nach dem Anschlag auf <input type="checkbox"/> die Belastung ist anhaltend 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.	Waren die erste Zeit nach der Katastrophe ihre wichtigen sozialen Kontakte beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.	Fühlten Sie sich nach der Katastrophe durch Ihre sonstigen Lebensbedingungen eingeschränkt (z.B. beengte Wohnsituation, Leben im sozialen Brennpunkt, Strom abgeschaltet etc.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.	Sind Ihre Erzählungen von den belastenden Erlebnissen in ihrem persönlichen Umfeld auf negative Reaktionen wie Desinteresse, Unverständnis, übermäßige oder belastende Neugier, Opferbeschuldigungen oder Abwertung gestoßen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5.	<p>Haben Sie negative Erfahrungen mit Institutionen gemacht?</p> <p>↳ wenn ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Polizei (z.B. Vernehmungen) <input type="checkbox"/> Rettungskräfte <input type="checkbox"/> Ärzte/Kliniken <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/> Sonstige 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.	Haben ihre Familie, Freunde oder Bekannte weniger Verständnis für ihre Lage aufgebracht, als Sie erwartet haben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.	Haben Sie in der Zeit nach dem belastenden Ereignis von ihren Vorgesetzten eine (erwartete) Unterstützung erfahren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.	Fällt es Ihnen schwer, offen über die Folgen der Katastrophe für Ihr Leben zu berichten ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Katastrophe!

9.	<p>Wann und wo war die Katastrophe? Monat / Jahr: _____</p> <p>Ort: _____</p>	
10.	<p>Als wie belastend bewerten Sie dieses Erlebnis?</p> <p>Belastung: extrem (2) stark (2) eher stark (1) eher leicht (1) leicht (0)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>	
11.	Haben Sie das belastende Ereignis (teilweise) auf ungewöhnliche Weise erlebt?	
	a) als seien Sie nicht Teil des Geschehens	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	b) es wurde automatisch gehandelt (z.B. geschrien), ohne dass Sie sich dazu bewusst entschlossen hätten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	c) das Zeiterleben war verändert, z.B. schneller oder langsamer (Zeitlupe)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	d) es wurde als unwirklich erlebt (wie in einem Film oder Traum)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	e) Sie waren verwirrt oder hatten Probleme, sich in Zeit und Raum zu orientieren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

f) es war, als ob gar nicht Ihr eigener Körper betroffen sei, bzw. Schmerzen oder ganze Körperpartien wurden nicht wahrgenommen oder Ihr Körpergefühl war anderweitig verändert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
g) es war, als ob Sie darüber schwebten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
h) Sie haben nur bruchstückhafte, unvollständige Erinnerungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
i) Ihr Gesichtsfeld war stark seitlich eingengt, wie in einem Tunnel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
j) Sonstige veränderte Wahrnehmungen / Erlebnisweisen, welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12. Was waren Merkmale der belastenden Erfahrung?	
a) Trat das belastende Erlebnis völlig überraschend und unerwartet ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) Dauerte es länger als eine halbe Stunde bis Sie wieder in Sicherheit waren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) Haben Sie selbst eine Bedrohung für Leib und Leben erlebt? Haben Sie subjektiv Todesangst erlebt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
d) Haben Sie eine Bedrohung für Leib und Leben von einer oder mehreren anderen Person(en) beobachtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
e) Wurden Sie selbst schwer verletzt ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
f) Sind bleibende körperliche Schäden (Narben, Bewegungseinschränkungen, Berufsunfähigkeit usw.) bei Ihnen zu erwarten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
g) Haben Sie schwere Verletzung bei anderen beobachtet ? ↳ wenn ja: <input type="checkbox"/> Fremde(r) <input type="checkbox"/> Fremde: Kind(er), Frau(en), Alte Person(en) <input type="checkbox"/> Bekannte(r) <input type="checkbox"/> enge(r) Freund(e) <input type="checkbox"/> Familienangehörige(r)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
h) Kam(en) eine oder mehrere Person(en) zu Tode ? ↳ wenn ja: <input type="checkbox"/> Fremde(r) <input type="checkbox"/> Fremde: Kind(er), Frau(en), Alte Person(en) <input type="checkbox"/> Bekannte(r) <input type="checkbox"/> enge(r) Freund(e) <input type="checkbox"/> Familienangehörige(r)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
i) Falls es Tote gab, konnten alle Verstorbenen identifiziert werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weiß nicht
j) Sie wurden mit dem Anblick einer schwer verletzten Person oder eines Toten konfrontiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
k) Sie haben Privateigentum (z.B. Haus, Wohnung, Möbel, Auto, Kleidung etc.) verloren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
n) Sie haben finanzielle Verlust erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

13. Haben Sie vor der Katastrophe andere sehr belastende Erfahrungen gemacht?	
a) Bedrohung/ Angriff mit einer Waffe (z.B. Überfall)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) körperliche Gewalterfahrung (z.B. Schlägerei)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) Vergewaltigung, sexueller Missbrauch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
d) Unfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
e) früher oder plötzlicher Verlust nahestehender Personen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
f) Wohnungseinbruch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
h) Sonstige belastende Vorerfahrung(en) Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Umgang der Medien und der Regierung(en) mit der Katastrophe	
14. a) Ich fühle mich durch die Medien hinreichend informiert.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) Ich fühle mich durch die Berichterstattung belastet und unnötig an das Ereignis erinnert.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) Ich glaube, dass die Katastrophe vermeidbar gewesen wäre.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
d) Ich mache die Politiker für den Anschlag verantwortlich und/oder glaube, dass diese versagt haben.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
e) Ich fühle mich von der Regierung unterstützt.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
f) Ich habe von der Regierung finanzielle Unterstützung erhalten.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Im Anschluss an diese Fragen bitten wir Sie Ihre Erfahrungen und das, was Ihnen wichtig ist in eigenen Worten in den folgenden Fragen zu beschreiben:

- 1. Welcher Moment der Erfahrung ist Ihnen am eindrucklichsten in Erinnerung geblieben?**

- 2. Was war während der Erfahrung das für sie am meisten belastendste?**

- 3. Welche Erfahrungen nach der Katastrophe haben Sie als unterstützend und positiv erlebt?**

- 4. Welche Erfahrungen nach der Katastrophe haben Sie als zusätzlich belastend erfahren?**

- 5. Haben Sie therapeutische Hilfe in Anspruch genommen? Wenn ja, wie hilfreich haben Sie diese erlebt?**

- 6. Was war nach der Katastrophe für Sie hilfreich bei der Verarbeitung der Erfahrungen?**

- 7. Welche Unterstützung hätten Sie sich gewünscht, was hätte Ihnen noch helfen können?**

- 8. Hat sich seit der Katastrophe das Bild, das Sie von sich selbst haben verändert?**

- 9. Wie erleben Sie Ihre Umwelt seit der Katastrophe?**

- 10. Was ist Ihnen sonst noch wichtig zu erwähnen?**