

Modul 1: Unterbrechungen der Substitutionsbehandlung

M1.1 Mussten Sie in den letzten 12 Monaten die Behandlung unterbrechen?

nein ja, mal

Was waren die Gründe? (Mehrfachantworten möglich) (siehe →)

1. Mal: 2. Mal: 3. Mal:

0=Nebenwirkungen
1=Complianceprobleme
2=disziplinarischer Abbruch
3=Beigebrauch
4=Rückfall
5=Schwangerschaft
6=psychische Komplikationen
7=Entzug/Abstinenz
8=Arztentscheidung
9=andere

M1.2 Für wie viele Wochen wurde die regelhafte Substitution in den letzten 12 Monaten insgesamt unterbrochen?

Anzahl: Wochen

M1.3 Mussten Sie im Zeitraum davor bis zur letzten Erhebung (2005) die Behandlung unterbrechen?

nein ja, mal

Was waren die Gründe? (Mehrfachantworten möglich) (siehe →)

1. Mal: 2. Mal: 3. Mal:

0=Nebenwirkungen
1=Complianceprobleme
2=disziplinarischer Abbruch
3=Beigebrauch
4=Rückfall
5=Schwangerschaft
6=psychische Komplikationen
7=Entzug/Abstinenz
8=Arztentscheidung
9=andere

Modul 2: Abdosierungen/ Ausstiegsversuche

M2.1 Haben Sie bei diesem Patienten seit der letzten Erhebung (2005) den Versuch eines Ausstiegs aus der Substitutionsbehandlung (einschl. der Abdosierung mit dem Ziel der Abstinenz) unternommen?

- nein → Bitte nur Frage M2.2 beantworten!
 ja → Bitte ab Frage M2.3 fortfahren!

M2.2 Warum haben Sie keinen Versuch des Ausstiegs aus der Substitutionsbehandlung unternommen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Halte grundsätzlich nichts von der Abdosierung mit dem Ziel der Abstinenz
 Patient hinsichtlich seiner psychosozialen Situation zu instabil
 Patient aufgrund seiner medizinischen Problematik zu instabil
 Patient aufgrund seiner Suchtproblematik zu instabil
 Patient nicht in der Lage, Beikonsum stabil zu reduzieren
 Ausstiegsversuch wäre nicht aussichtsreich gewesen
 Mangelnde Bereitschaft des Patienten
 andere, und zwar:

M2.3 Was waren die Gründe für den/die Ausstiegsversuch(e)?

- Schwangerschaft Wunsch des Patienten
 gute psychosoziale Stabilisierung bei stabiler Substitution andere:

M2.4 Wie oft haben Sie den Versuch der Abdosierung unternommen?

Anzahl der Versuche: Zeitpunkt: 1. Monat Jahr 2. Monat Jahr

M2.5 Wie oft erreichten Sie eine vollständige Abstinenz? (kein Substitutionsmittel für mindestens eine Woche)

Anzahl:

M2.6 Bitte schätzen Sie die Gesamtanzahl der abstinenten Wochen!

in den letzten fünf Jahren (seit Ersterhebung): in den letzten 12 Monaten:

M2.7 Welche Gründe gab es für die Wiederaufnahme der Substitution? (Mehrfachnennungen möglich)

- Krise des Patienten Probleme bei der Zuweisung in abstinentenorientierte Therapie
 Wiederaufnahme des Drogenkonsums fehlende Kapazitäten der abstinentenorientierten Therapie
 andere und zwar:

5 Welche der folgenden Punkte treffen auf den Patienten in den letzten 12 Monaten zu? (Mehrfachangaben möglich)

- Patient nicht zur Abstinenztherapie bereit
- bisherige nicht-medikamentöse Abstinenztherapie nicht erfolgreich
- Fortführung der Abdosierung mit dem Ziel Abstinenz
- Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Abstinenz
- Wiederaufnahme der Substitution nach Abbruch
- Substitution mit Abstinenz als Ziel ohne Abstinenz als Ziel
- Therapie gravierender psychischer Komorbidität (z.B. Psychose, Depression, etc.)
- Therapie gravierender körperlicher Begleiterkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, KHK, etc.)
- gravierende verhaltensbezogene Risiken (z.B. Sexualität, Sprizentausch, Beschaffungskriminalität, etc.)
- andere:.....

6 Welche psychosozialen Einrichtungen/Dienste wurden in den letzten 12 Monaten in die Therapie dieses Patienten einbezogen? (Bitte interne Einrichtungen mit berücksichtigen)

	in letzten 12 Monaten nicht erforderlich	in letzten 12 Monaten erforderlich, aber nicht verfügbar/ machbar	in letzten 12 Monaten realisiert
Drogenberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entschuldungsstelle/-dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
betreutes Wohnen/Wohngruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
berufliche Reha-Dienste/Arbeitsprojekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medizinische Reha-Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfeorganisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergangseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Welche der folgenden Behandlungen wurden mit dem Patienten in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

	nein	ja	geschätzte Anzahl Aufnahmen	Tage stationär
stationärer qualifizierter Entzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ mal	___
stationäre Therapie (ohne Substitutionsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ mal	___
stationäre psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ mal	___
andere stationäre Therapien (Hepatitis, AIDS, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ mal	___
Notfallaufnahme ins Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ mal	___
ambulanter Entzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ mal	___
andere, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ mal	___

8 Wurde der Patient seit der letzten Erhebung (2005) in einer abstinenzorientierten (substitutionsfreien) Therapie (einschließlich Rehabilitation) behandelt?

- nein ja Wenn ja, wie oft insgesamt? ___ (Anzahl) Anzahl unbekannt

Wann?	Dauer	Art der Einrichtung, Ort	Regelhaft beendet?
___ / ___ Monat / Jahr	___ Wochen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
___ / ___ Monat / Jahr	___ Wochen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wenn weitergehende Infos (z. B. Abbruchgrund), bitte hier eintragen:

.....

.....

9 Kam es bei dem Patienten innerhalb der letzten fünf Jahre zu Unterbrechungen der Kontinuität der Behandlung? (Bitte nur hinsichtlich kontinuierlicher und induzierter Interventionen beurteilen)

nein ja Wenn ja, bitte spezifizieren Sie den Grund der Unterbrechung?

- Wechsel des Substitutionsarztes
- Wechsel in der Substitutionseinrichtung
- erhebliche Wartezeiten bei dringender
 - psychiatrischer Behandlung
 - psychotherapeutischer Behandlung
 - Entzugsbehandlung
 - Behandlung körperlicher Morbidität
- Wechsel der Schlüsselperson in der psychosozialen Betreuung

10 Hat der Patient in den letzten 12 Monaten eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erhalten?

psychiatrische Behandlung
 nein, keine Indikation nein, trotz Indikation ja, Anzahl der Sitzungen pro Monat:

psychotherapeutische Behandlung
 nein, keine Indikation nein, trotz Indikation ja, Anzahl der Sitzungen pro Monat:

11 Wie häufig wurde der Patient in den letzten 12 Monaten außerhalb der Substitutionstherapie von anderen Ärzten ambulant behandelt?

- mal Internist mal Zahnarzt
- mal Augenarzt mal Gynäkologe/Urologe
- mal Hautarzt mal Allgemeinarzt/Praktischer Arzt
- mal Psychiater/Psychotherapeut mal anderer Arzt, welcher?.....

12 In den letzten 4 Wochen: Beurteilen Sie für jede Substanz, ob Konsum, problematischer Konsum („schädlicher Konsum“ nach ICD-10) oder Abhängigkeit (Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10) vorliegt!

	Konsum	problematischer Konsum	Abhängigkeit	Schweregrad der Abhängigkeit		
				leicht	mittel	schwer
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine/MDMA (z.B. Ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf- und Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Welche nicht verschriebenen Substanzen nahm der Patient in den letzten 4 Wochen ein?

Der Patient nimmt nur ärztlich verschriebenen Substanzen ein → weiter bei Frage 14

	nein ja		Geschätzte Anzahl Tage		nein ja		Geschätzte Anzahl Tage
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Opiate (z.B. Heroin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Methamphetamine/Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Methadon (Schwarzmarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Codein/DHC (Schwarzmarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Schlaf- und Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Buprenorphin (Schwarzmarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Halluzinogene (z.B. LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

14 Bitte tragen Sie nun das Ergebnis des aktuellen Urin-Drogenscreenings ein!

	negativ	positiv		negativ	positiv
Amphetamine (AMP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benzodiazepine (BZD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methadon (MTD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Methamphetamine (MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain (COC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opiate (MOR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis (THC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buprenorphin (BUP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tricycl. Antidepressiva (TCA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barbiturate (BAR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 Wie und wie oft prüften Sie in den letzten 12 Monaten den Beigebrauch? (ohne heutiges Screening)

	Anzahl	wann zuletzt
Urintest	<input type="text"/>	vor <input type="text"/> Wochen
Gespräch	<input type="text"/>	vor <input type="text"/> Wochen
körperliche Untersuchung, Geruchskontrolle	<input type="text"/>	vor <input type="text"/> Wochen

Wie viele Urintests waren in den letzten 12 Monaten auf Opiate positiv? Anzahl:

16 In welchem Ausmaß haben Sie folgende Behandlungsziele in den letzten 12 Monaten erreicht? Bitte geben Sie Ihre Einschätzung auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 9 (vollständig) an!

	kein Ziel	gar nicht	vollständig
Motivations-/Beziehungsaufbau für Substitution (Problembewusstsein)	<input type="checkbox"/>	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9	
vollkommene Opiat-/Substitutionsmittelfreiheit	<input type="checkbox"/>	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9	
Motivation für Beginn drogen-/substitutionsfreier Therapie	<input type="checkbox"/>	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9	
soziale Stabilisierung	<input type="checkbox"/>	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9	
Reduktion körperlicher Komorbidität	<input type="checkbox"/>	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9	
Reduktion psychischer Komorbidität	<input type="checkbox"/>	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9	
Reduktion des Gebrauchs <u>illegaler Drogen</u> (z.B. Begleitkonsum)	<input type="checkbox"/>	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9	
Abstinenz von <u>allen illegalen Drogen</u>	<input type="checkbox"/>	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9	
Reduktion von legalen Substanzen (z.B. Alkohol, psychotrope Medikamente)	<input type="checkbox"/>	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9	
gesundheitliche Risikoreduktion (z.B. Spritzenaustausch, Sexualität)	<input type="checkbox"/>	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9	
Risikoreduktion kriminellen Verhaltens (z.B. Beschaffungskriminalität, Drogenhandel)	<input type="checkbox"/>	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9	
andere:.....	<input type="checkbox"/>	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9	

17 Bitte geben Sie an, wie der Gesundheitszustand des Patienten in den letzten 4 Wochen war! (Grad der Auffälligkeit)

	unauffällig (gesund)	leicht	deutlich	auffällig (schwerst krank)
Beweglichkeit/Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
für sich selbst sorgen (z.B. Ernährung, Körperpflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Haushalt, alltägliche Aktivitäten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen/körperliche Beschwerden (körperliche Morbidität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst/Niedergeschlagenheit (psychische Morbidität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.1 Verglichen mit dem Gesundheitszustand vor 12 Monaten wie geht es dem Patienten heute?

besser im Großen und Ganzen etwa gleich schlechter

18 Aktueller Allgemeinzustand:

gut reduziert schlecht

19 Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

nein ja, im . Monat

20 EKG/Herz:

Herzrhythmus: normal fraglich pathologisch pathologisch

28 An welchen körperlichen Erkrankungen leidet der Patient derzeit? (Alle aktuellen Diagnosen - Klartext oder ICD-10-Nr.)

	nein	ja	Verdacht	nicht beurteilbar	Behandlung in den letzten 12 Monaten?
andere Lebererkrankung (z.B. Zirrhose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Endokarditis, Myokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulmonale Erkrankungen (z.B. TBC, Krankheiten der Atmungsorgane durch chem. Substanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen (z.B. Niereninsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gastrointestinale Erkrankungen (z.B. Ösophagitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neurologische Erkrankungen (z.B. arzneimittelinduziertes Parkinsonsyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere körperliche Erkrankungen, und zwar:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 An welchen psychischen Erkrankungen leidet der Patient derzeit? (1=ein Grenzfall, 2=nur leicht krank, 3=mäßig krank, 4=schwer krank, 5=extrem schwer krank)

Behandlung in den letzten 12 Monaten?	nein	ja	Schweregrad	Behandlung in den letzten 12 Monaten?
Demenz, amnestische, andere kognitive Störungen (F00-09), welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schizophrenie, andere psychotische Störungen (F20-29), welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manische/hypomanische Störungen (bipolare, Manie, Hypomanie) (F30-31), welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressive Störungen (F32-33), welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststörungen (F40-41), welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
somatoforme Störungen (F45) (z.B. Schmerzsyndrom), welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
primäre oder sekundäre Schlafstörungen (F51), welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
akute und chronische Stress-Störungen (F43) (PTSD, Anpassungsstörungen), welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlichkeitsstörungen (F60), welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Erkrankungen, welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenfassende Beurteilung des Schweregrads (EuropASI)

Bitte beurteilen Sie für jeden Bereich den aktuellen (in den letzten 4 Wochen) Schweregrad des Patienten. Benutzen Sie dabei die Anhaltspunkte aus dem Glossar! Schätzen Sie ein, wie dringend der Patient die Interventionen benötigt. Die Skala reicht von 0 (kein Bedarf) bis 9 (Behandlung notwendig bei lebensbedrohlicher Situation). Die Beurteilung sollte sich auf die Symptomgeschichte, die derzeitigen Umstände sowie die vom Patienten geäußerten subjektiven Behandlungsbedürfnisse beziehen.

Schweregradprofil

Problembereiche	kein	leicht	mittel	beträchtlich	extrem					
körperliche Probleme/Leiden (akute und chronische)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Arbeit/Unterhalt/finanzielle Probleme (Schule, Beruf, Arbeit, Geld etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Alkohol (Häufigkeit, Menge, Intoxikation, Abhängigkeitssymptome und Probleme)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Drogen (Häufigkeit, Menge, Intoxikation, Abhängigkeitssymptome und Probleme)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
rechtliche Probleme (Verhaftungen, Beschaffungskriminalität, Verurteilungen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
familiäre/soziale Probleme (Familien-/Partnersituation, Isolation, Freizeit und soziale Unterstützung)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
psychische Probleme/Leiden (Depression, Angst, Psychose, Impulsivität, Persönlichkeitsstörung, suizidales Verhalten)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

