



Workshops 2023

zur Datenerfassung und Datenauswertung des Deutschen Kerndatensatzes 3.0 und der NRW Erweiterung

Dr. Marcus-Sebastian Martens
Eike Neumann-Runde



Themenschwerpunkte des Workshops

- Hintergrund der zentralen Datensammlung
- Deutscher Kerndatensatz 3.0 (+NRW)

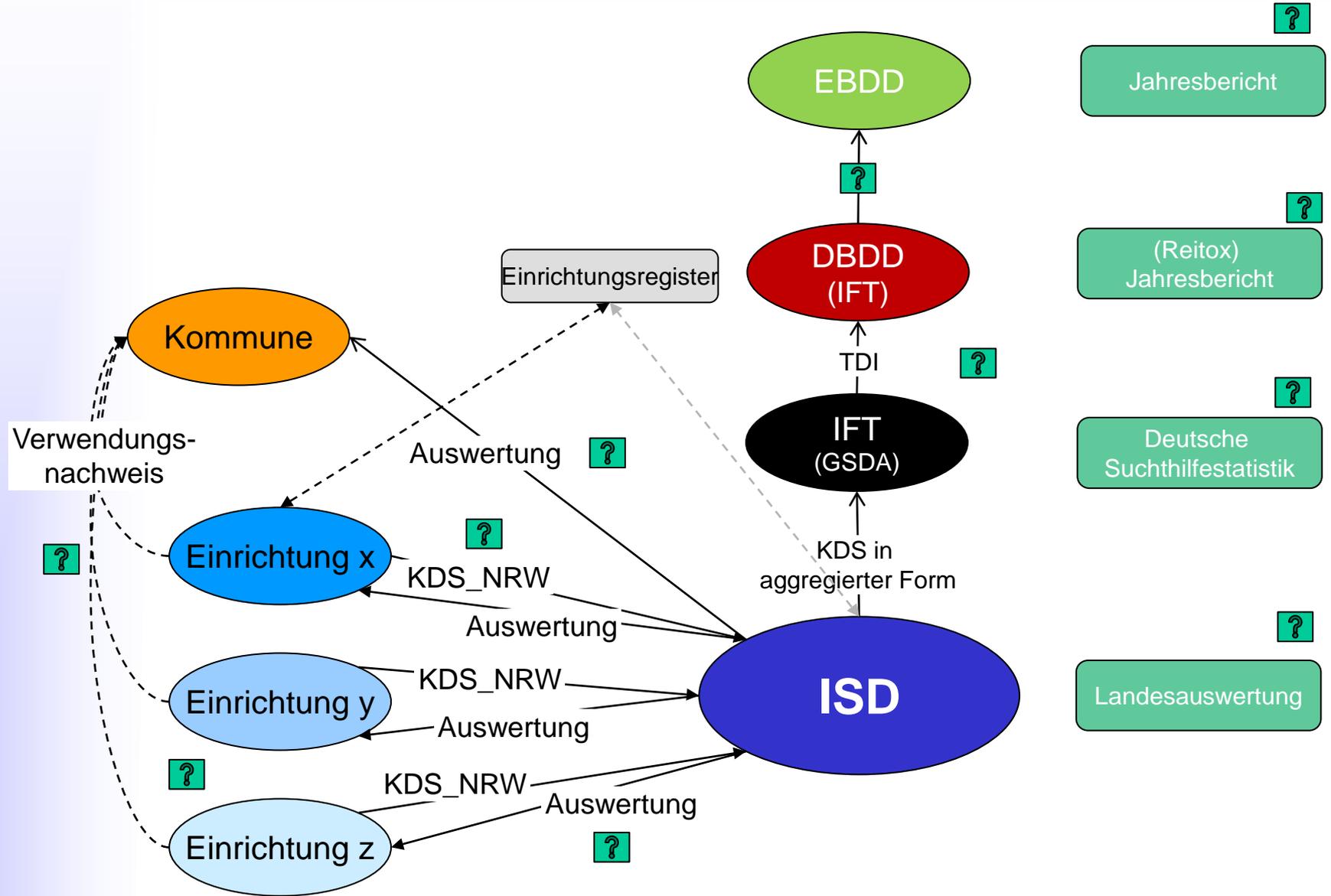
--- Mittagspause ---

- Fortsetzung: Deutscher Kerndatensatz 3.0 (+NRW)
- einrichtungsbezogene Auswertungen



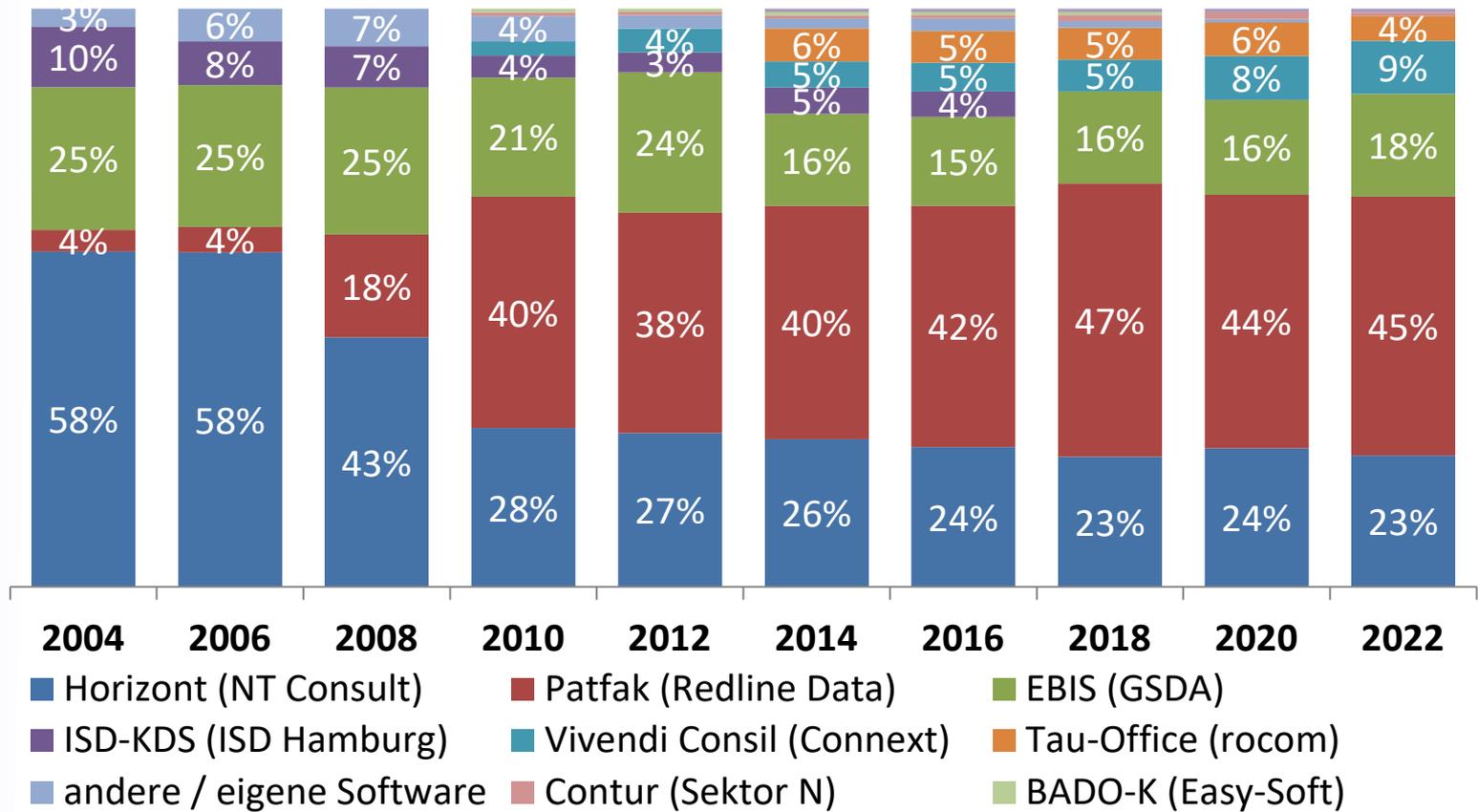
Datenwege und Berichterstattung

Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung



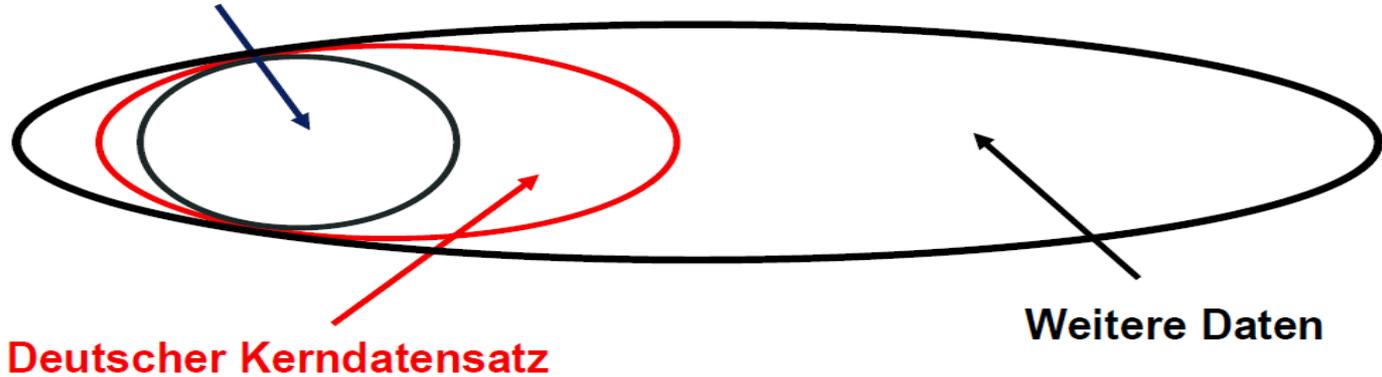


Verwendete Dokumentationssysteme





Europäischer Kerndatensatz (TDI)



TDI ITEM LIST

Treatment centre type

Year of treatment

Ever previously treated (First in the year)

Source of referral

Sex

Age at treatment start

Living status (with whom)

Drug clients with children

Living status (where)

Nationality

Labour status

Highest educational level completed

Primary drug

Usual route of administration

Frequency of use of primary drug

Age at first use of primary drug

Secondary drug

Polydrug use problem

Opioid substitution treatment

Age at first opioid substitution treatment

Ever injected or currently injecting any drug

Age at first injection

HIV testing

HCV testing

Needle/syringe sharing





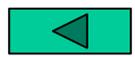
epidemiologische Schlüsselindikatoren (key indicators)

- Prävalenz und Muster des Drogenkonsums
- Problematischer Drogenkonsum
- **Behandlungsnachfrage**
- Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität
- Drogenbedingte Infektionskrankheiten





<http://www.emcdda.europa.eu>



SUCHTHILFE IN DEUTSCHLAND 2021

JAHRESBERICHT DER DEUTSCHEN SUCHTHILFESTATISTIK (DSHS)

Larissa Schwarzkopf

Jutta Künzel

Monika Murawski

Sara Specht

Unter Mitwirkung des Fachbeirates Suchthilfestatistik
(Rudolf Bachmeier, Heike Timmen, Corinna Mäder-Linke, Friederike Neugebauer,
Peter Raiser, Daniela Ruf, Gabriele Saueremann, Iris Otto, Detlef Weiler)

München, November 2022

© IFT Institut für Therapieforschung, München

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Mental Health &
Addiction Research

Datei Start Neue Registerkarte Einfügen Seitenlayout Formeln Daten Überprüfen

A2 : X ✓ fx Deutsche Suchthilfestatistik 2022

A

Deutsche Suchthilfestatistik 2022

Jahresauswertung

Alle Bundesländer

Tabellenband für Ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen

Zugänge Beender ohne Einmalkontakte

Prozentsatz Unbekannt <= 33%

Grundsätzliche Datenbasis: N= 887 *

Autoren

Jutta Künzel
Monika Murawski
Charlotta Riemerschmid
Larissa Schwarzkopf

© 2023 IFT Institut für Therapieforschung, München

Zitationsempfehlung:

IFT Institut für Therapieforschung, Forschungsgruppe Therapie und Versorgung (2023): Deutsche Suchthilfestatistik 2022. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1).
Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung.

* Gesamtzahl aller Einrichtungen, die zu den ausgewählten Einrichtungstypen Daten geliefert haben

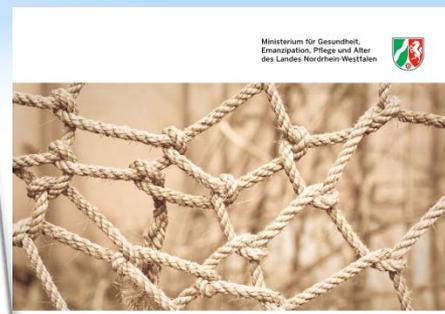


SUCHT
KOOPERATION NRW

Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2021
Schwerpunktthema „Eltern in der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen“

ISD
Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung

www.suchtkooperation.nrw



Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2006 bis 2012



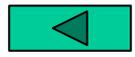
Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2014
Schwerpunktthema „Bildung, Arbeit, Armut“



Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2016
Schwerpunktthema „Altersspezifische Aspekte“



Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2018
Schwerpunktthema „Klientinnen und Klienten in stabilen und prekären Wohnverhältnissen“





DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.



**Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation
im Bereich der Suchtkrankenhilfe**

3.0

Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch

Stand: 01.01.2023



<http://www.suchthilfestatistik.de>



**Landesspezifische Ergänzungen NRW
zum Deutschen Kerndatensatz 3.0**

**Definitionen und Informationen
für die Anwendung**

21.12.2016



ISD
Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

<http://www.isd-hamburg.de>





Grundzüge des deutschen Kerndatensatzes 3.0

- **Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)**
- **Kerndatensatz Fall (KDS-F)**
- Kerntabellensatz Fall
- Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat)

- Technische Beschreibung der Schnittstelle für die Deutsche Suchthilfestatistik



Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

„Es ist bei der Dokumentation darauf zu achten, dass als eigene Einrichtungen nur die Einheiten berücksichtigt werden, die in der Summe jeweils **mindestens eine Vollzeitstelle** aufweisen, und dass sich die Angaben pro Einrichtung jeweils nur auf diese beschriebene Einheit beziehen.“



1.1	Anschrift	
1.1.1	Name der Einrichtung	
1.1.2	Straße	
1.1.3	Postleitzahl	
1.1.4	Stadt/Gemeinde	
1.1.5	Postfach	
1.1.6	Telefon	
1.1.7	Fax	
1.1.8	E-Mail-Adresse	
1.1.9	Web-Adresse	
1.1.10	Einrichtungscode	

1.2		Bundesland	<input type="checkbox"/>
------------	--	-------------------	--------------------------



1.3	Trägerschaft		<input type="checkbox"/>
	1	Öffentlich-rechtlicher Träger	
	2	Freie Wohlfahrtspflege / gemeinnütziger Träger	
	3	Privatwirtschaftlicher Träger	
	4	Sonstiger Träger	

1.4	Art der Einrichtung / Einrichtungstyp		<input type="checkbox"/>
	1	Ambulante Einrichtung	
	2	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	
	3	Krankenhaus/-abteilung	
	4	Ärztliche / psychotherapeutische Praxis	
	5	Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten	
	6	Einrichtung im Strafvollzug	
	7	Andere (z.B. Pflegeheim, Maßregelvollzug)	



N.1	Jahresbudget der Einrichtung in Euro	
N.1.1	Institutionelle kommunale Mittel	□□□ □□□ □□□
N.1.2	Fallbezogene kommunale Mittel (z.B. ARGES, Optionskommunen)	□□□ □□□ □□□
N.1.3	Personalmittel der Arbeitsverwaltung (ARGES, ABM)	□□□ □□□ □□□
N.1.4	Landesmittel	□□□ □□□ □□□
N.1.5	Bundesmittel	□□□ □□□ □□□
N.1.6	Mittel der Rentenversicherung	□□□ □□□ □□□
N.1.7	Mittel der Krankenkassen	□□□ □□□ □□□
N.1.8	Erstattung durch Klienten	□□□ □□□ □□□
N.1.9	Eigenmittel nicht öffentlich-rechtlicher Träger	□□□ □□□ □□□
N.1.10	Sonstige Mittel	□□□ □□□ □□□



1.5	Personelle Besetzung (im Suchtbereich; Stichtag: 30.11.)	Mitarbeiter/innen mit Festanstellung		Mitarbeiter/innen mit Honorarvertrag	
		Anzahl	Std/Woche (gesamt)	Anzahl	Std/Woche (gesamt)
	Berufsgruppen:				
1.5.1	Ärzte/innen	□□	□□□	□□	□□□
1.5.2	Psychologen/innen*	□□	□□□	□□	□□□
1.5.3	Pädagogen/innen* / Sozialwissenschaft- ler/innen* / Soziologen/innen*	□□	□□□	□□	□□□
1.5.4	Sozialarbeiter/innen* / Sozial-pädago- gen/innen*	□□	□□□	□□	□□□
1.5.5	Erzieher/innen / Fachkräfte für soziale Arbeit	□□	□□□	□□	□□□
1.5.6	Krankenschwester / Kranken-pfleger/in- nen/-helfer/innen	□□	□□□	□□	□□□
1.5.7	Ergo- / Arbeits- und Beschäftigungsthera- peuten/innen	□□	□□□	□□	□□□
1.5.8	Kreativtherapeuten/innen (Kunst, Musik, Theater)	□□	□□□	□□	□□□
1.5.9	Sport- / Bewegungstherapeuten/innen	□□	□□□	□□	□□□





		Anzahl	Std/Woche (gesamt)	Anzahl	Std/Woche (gesamt)
1.5.10	Physiotherapeuten/innen	□□	□□□	□□	□□□
1.5.11	Sonstige in Beratung und Therapie tätige Personen	□□	□□□	□□	□□□
1.5.12	Ökonom(inn)en / Betriebswirte/innen	□□	□□□	□□	□□□
1.5.13	Büro / Verwaltungspersonal	□□	□□□	□□	□□□
1.5.14	Technisches Personal / Wirtschaftsbe- reich	□□	□□□	□□	□□□
1.5.15	Praktikanten/innen / Auszubildende	□□	□□□	□□	□□□
1.5.16	Freiwilligendienst-Leistende	□□	□□□	□□	□□□

* mit (Fach-)Hochschulabschluss

1.6	Aktueller Stand der behandlungsrelevanten Qualifikation der Mitarbei- ter/innen <i>(nur Festangestellte + Honorarkräfte)</i>	Anzahl
1.6.1	Facharzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie; Facharzt/innen für Psy- chosomatik und Psychotherapie; ärztliche/r Psychotherapeut/innen, Zusatz- bezeichnung Psychotherapie (ggf. fachgebunden) oder Psychoanalyse	□□
1.6.2	Psychologische/r Psychotherapeut/innen oder Kinder- und Jugendlichen Psy- chotherapeut/innen (Approbation nach PsychThG)	□□
1.6.3	Mitarbeiter/innen mit einer abgeschlossenen von der Deutschen Rentenversi- cherung anerkannten suchtspezifischen Zusatzausbildung	□□
1.6.4	Mitarbeiter/innen mit einer abgeschlossenen anderen suchtspezifischen Zu- satzausbildung	□□



1.7	Art der Dienste / Angebote	
1.7.1	PF – Prävention und Frühintervention	ja / nein
1.7.2	Akutbehandlung	ja / nein
1.7.2.1	ASA – Ambulante somatische Akutbehandlung inkl. Frühintervention	ja / nein
1.7.2.2	APB – Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung	ja / nein
1.7.2.3	AKH – Stationäre somatische Akutbehandlung	ja / nein
1.7.2.4	PIA – Ambulante psychiatrische Akutbehandlung	ja / nein
1.7.2.5	PKH – Stationäre psychiatrische Akutbehandlung	ja / nein
1.7.2.6	PSA – Stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Akutbehandlung	ja / nein
1.7.3	Beratung und Betreuung	ja / nein
1.7.3.1	NIH – Niederschwellige Hilfen	ja / nein
1.7.3.2	SBS – Sucht- und Drogenberatung	ja / nein
1.7.3.3	PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	ja / nein
1.7.3.4	SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	ja / nein
1.7.4	JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII)	ja / nein





1.7.5	BS – Suchtberatung im Betrieb	ja / nein
1.7.6	Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	ja / nein
1.7.6.1	AOB – Arbeitsmarktorientierte Beratung	ja / nein
1.7.6.2	ABP – Beschäftigung	ja / nein
1.7.6.3	QUA – Qualifizierung	ja / nein
1.7.6.4	AFD – Arbeitsförderung	ja / nein
1.7.6.5	BRH – Berufliche Rehabilitation	ja / nein
1.7.6.6	BBM – Beschäftigung für behinderte Menschen	ja / nein





1.7.7	Suchtbehandlung	ja / nein
1.7.7.1	ENT – Entgiftung	ja / nein
1.7.7.2	QET – Qualifizierter Entzug	ja / nein
1.7.7.3	MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe	ja / nein
1.7.7.4	SUB – Ambulante Opiatsubstitution	ja / nein
1.7.7.5	ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation	ja / nein
1.7.7.5.1	<i>Falls ja, auch unter Substitution?</i>	ja / nein
1.7.7.6	TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	ja / nein
1.7.7.6.1	<i>Falls ja, auch unter Substitution?</i>	ja / nein
1.7.7.7	STR – Stationäre medizinische Rehabilitation	ja / nein
1.7.7.7.1	<i>Falls ja, auch unter Substitution?</i>	ja / nein
1.7.7.8	ADA – Adaption	ja / nein
1.7.7.8.1	<i>Falls ja, auch unter Substitution?</i>	ja / nein
1.7.7.9	KOM – Kombibehandlung	ja / nein
1.7.7.9.1	<i>Falls ja, auch unter Substitution?</i>	ja / nein
1.7.7.10	NAS – (Reha-)Nachsorge	ja / nein
1.7.7.11	AEF – Ambulante Entlassform	ja / nein
1.7.7.12	GEF – Ganztägig ambulante Entlassform	ja / nein
1.7.7.13	WAB – Wechsel in die Ambulante Behandlungsform	ja / nein





1.7.8	Eingliederungshilfe	ja / nein
1.7.8.1	ABW – Ambulant betreutes Wohnen	ja / nein
1.7.8.2	SOZ – Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen	ja / nein
1.7.8.3	ÜEW – Übergangswohnen	ja / nein
1.7.8.4	TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen	ja / nein
1.7.9	Justiz	ja / nein
1.7.9.1	MVJ – Medizinische Versorgung im Justizvollzug	ja / nein
1.7.9.2	SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug	ja / nein
1.7.9.3	SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)	ja / nein
1.7.9.4	ENH – Eingliederung nach Haft	ja / nein
1.7.10	Altenhilfe und Pflege	ja / nein
1.7.10.1	ALT – Ambulante und stationäre Altenhilfe	ja / nein
1.7.10.2	HPF – Hilfen für Pflegebedürftige	ja / nein
1.7.11	SH - Selbsthilfe	ja / nein



1.8	Anzahl nicht dokumentierter Klienten <i>(nur ambulanter Bereich)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------------	---	---

1.9	Qualitätskriterien	
1.9.1	Existiert ein (schriftliches) Einrichtungskonzept?	ja / nein
1.9.2	Wurde in der Einrichtung ein QM-System implementiert?	ja / nein
1.9.3	Wurde die Einrichtung zertifiziert?	Ja / nein
1.9.4	Wenn ja, in welchem Jahr (zuletzt) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.9.5	Nimmt die Einrichtung an einer externen Qualitätssicherung teil?	ja / nein



1.10	Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen / Angeboten	
	Bitte geben Sie für jede der folgenden Einrichtungstypen/Angebote an, ob und in welcher Form Ihre Einrichtung zumindest in einem Fall Kooperationsregelungen getroffen hat: 1 (schriftlicher) Vertrag 2 gemeinsames Konzept 3 sonstige Vereinbarung 4 keine Vereinbarung	
1.10.1	PF – Prävention und Frühintervention	<input type="checkbox"/>
1.10.2	Akutbehandlung	<input type="checkbox"/>
1.10.3	Beratung und Betreuung	<input type="checkbox"/>
1.10.4	JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)	<input type="checkbox"/>
1.10.5	BS – Suchtberatung im Betrieb	<input type="checkbox"/>
1.10.6	Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	<input type="checkbox"/>
1.10.7	Suchtbehandlung	<input type="checkbox"/>
1.10.8	Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/>
1.10.9	Justiz	<input type="checkbox"/>
1.10.10	Altenhilfe und Pflege	<input type="checkbox"/>
1.10.11	SH – Selbsthilfe	<input type="checkbox"/>
1.10.12	Wohnungslosenhilfe	<input type="checkbox"/>



Kerndatensatz Fall (KDS-F)

- **2.1 Basisdaten**
(u.a. Personenbezug, Informationen zur Kontaktaufnahme und zum Anlass)
- **2.2 Verwaltungs- und Zugangsdaten**
(u.a. Vorbetreuung/-behandlung, Vermittlungswege, Kostenträger, mögliche Auflagen)
- **2.3 Soziodemografische Angaben**
(u.a. Lebenssituation, Kinder, Migration, Schule/Ausbildung, Erwerbssituation, Wohnsituation)
- **2.4 Suchtbezogene Problembereiche**
(u.a. Substanzen und Verhaltenssüchte, Konsumformen, Diagnosen, weitere medizinische Informationen)
- **2.4 Maßnahmen und Interventionen**
(u.a. durchgeführte Maßnahmen aus dem Leistungsspektrum, Kooperationen)
- **2.6 Abschlussdaten**
(u.a. Dauer und Kontakthäufigkeit, Art der Beendigung, Erfolgseinschätzung, Weitervermittlung, Kontakt zur Selbsthilfe)



„Darüber hinaus möchte der KDS mit der Auswahl und Struktur der Items in der personen- bzw. fallbezogenen Dokumentation auch eine **Hilfestellung für das anamnestische Gespräch** mit Klient/innen und Patient/innen geben.

Es geht dabei um einen **Leitfaden für die Erhebung von Informationen, die für die weitere Beratung, Betreuung und Behandlung relevant sein könnten.**

Es geht ausdrücklich nicht um einen verbindlichen Fragebogen, der den betroffenen Personen zum Ausfüllen vorgelegt wird (außer bei der Durchführung einer schriftlichen Katamnese).“



Grundzüge des klientenbezogenen deutschen Kerndatensatzes (KDS-F)

- der KDS-F ist eine **fallbezogene**, also nicht klientenbezogene Erfassung von Grunddaten
- der KDS-F wird **ab dem ersten Kontakt** zu einer neu aufgenommenen Betreuung erhoben, also **auch** bei **Einmalkontakten**
- der KDS-F ist bei Menschen mit eigenständiger Suchtproblematik und **aus dem sozialen Umfeld** zu erheben
- KDS: Überwiegend wird die Situation zu **Betreuungsbeginn** erhoben, einige Bereiche zum **Betreuungsende**



Erweiterung der Erhebungslogik um einen weiteren Erhebungszeitpunkt

- Zusätzlich zur Situation zum **Betreuungsbeginn** wird der **aktuelle Status** erhoben.
- In diesen Bereichen wird die Situation also zu **zwei Zeitpunkten über gleiche Fragen** abgebildet: "Beginn" und "aktuell".
- **Zu Beginn** der Betreuung sind "Beginn" und "Aktuell" **identisch**
- Im weiteren **Verlauf** müssen lediglich **Veränderungen** dokumentiert werden.
- Wird eine Betreuung beendet, bildet die Antwort im Feld „Aktuell“ die Situation am Betreuungsende ab.



2.1	Basisdaten <i>(alle Items bis 2.1.6 sind auch für Einmalkontakte anzugeben)</i>
-----	--

2.1.1	Datum des Betreuungs-/Behandlungsbeginns	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------	--	--

2.1.2	Alter bei Betreuungs-/Behandlungsbeginn (in Jahren)	<input type="text"/> <input type="text"/>
-------	---	---

2.1.3	Geschlecht	<input type="checkbox"/>
	1	Männlich
	2	Weiblich
	3	Ohne Angabe

2.1.4	Betreuungs-/Behandlungsgrund	<input type="checkbox"/>
	1	Eigene Problematik
	2	Problematik von Personen im sozialen Umfeld

Für Personen im sozialen Umfeld müssen nur die Basisdaten im Abschnitt 2.1 angegeben werden (wenn für die Einrichtung notwendig, kann selbstverständlich darüber hinaus dokumentiert werden).



2.1.5	Wenn eine eigene Problematik vorliegt (nur wenn 2.1.4 = 1), welche Bereiche sind betroffen?	
	Bitte für alle Bereiche angeben, ob aktuell ein Problem / eine Belastung vorliegt.	
2.1.5.1	Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten	ja/nein
2.1.5.2	Körperliche/s Gesundheit / Befinden	ja/nein
2.1.5.3	Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	ja/nein
2.1.5.4	Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder)	ja/nein
2.1.5.5	Weiteres soziales Umfeld	ja/nein
2.1.5.6	Schul- / Ausbildungs- / Arbeits- / Beschäftigungssituation	ja/nein
2.1.5.7	Freizeit(bereich)	ja/nein
2.1.5.8	Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur	ja/nein
2.1.5.9	Finanzielle Situation	ja/nein
2.1.5.10	Wohnsituation	ja/nein
2.1.5.11	Rechtliche Situation	ja/nein
2.1.5.12	Fahreignung	ja/nein
2.1.5.13	Sexuelle Gewalterfahrungen	ja/nein
2.1.5.14	Andere Gewalterfahrungen	ja/nein
2.1.5.15	Gewaltausübung	ja/nein



2.1.6	Wenn Person im sozialen Umfeld <i>(nur wenn 2.1.4.= 2)</i>	
2.1.6.1	Person kommt als	<input type="checkbox"/>
	1 Partner/in	
	2 Kind	
	3 Geschwister	
	4 Eltern(-teil)	
	5 Andere	
2.1.6.2	Problem(e) aus Sicht dieser Person	
2.1.6.2.1	Konsum von Alkohol	ja / nein
2.1.6.2.2	Konsum von Opioiden	ja / nein
2.1.6.2.3	Konsum von Cannabinoiden	ja / nein
2.1.6.2.4	Konsum von Hypnotika / Sedativa	ja / nein
2.1.6.2.5	Konsum von Kokain	ja / nein
2.1.6.2.6	Konsum von Amphetaminen / Stimulantien	ja / nein
2.1.6.2.7	Konsum von Halluzinogenen	ja / nein
2.1.6.2.8	Konsum von Tabak	ja / nein
2.1.6.2.9	Konsum von Inhalantien / flüchtigen Lösungsmitteln	ja / nein
2.1.6.2.10	Konsum von sonstigen Substanzen / multipler Substanzkonsum	ja / nein
2.1.6.2.11	Glücksspielen	ja / nein
2.1.6.2.12	Mediennutzung	ja / nein
2.1.6.2.13	Essverhalten	ja / nein
2.1.6.2.14	Sonstiges	ja / nein



2.2	Verwaltungs-/Zugangsdaten <i>(muss nur dokumentiert werden, wenn 2.1.4 = 1 eigene Problematik vorliegt, und es sich um einen Mehrfachkontakt handelt)</i>
-----	--

2.2.1	Im Jahr des Betreuungs-/Behandlungsbeginns bereits in einer Suchthilfeeinrichtung vorstellig geworden	ja / nein
2.2.2	Jemals zuvor suchtbezogene Hilfe beansprucht	ja / nein

2.2.3	Vorbetreuungen/-behandlungen <i>(wenn 2.2.1 und/oder 2.2.2 ja):</i> Geben Sie für jedes nachfolgende Betreuungs-/ Behandlungsangebot die Anzahl aller jemals ganz oder teilweise genutzten Vorbetreuungen/-behandlungen an.	
2.2.3.1	PF – Prävention und Frühintervention	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.2	Akutbehandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.2.1	ASA – Ambulante somatische Akutbehandlung inkl. Frühintervention	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.2.2	APB – Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.2.3	AKH – Stationäre somatische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.2.4	PIA – Ambulante psychiatrische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.2.5	PKH – Stationäre psychiatrische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.2.6	PSA – Stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





2.2.3.3	Beratung und Betreuung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.3.1	NIH – Niederschwellige Hilfen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.3.2	SBS – Sucht- und Drogenberatung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.3.3	PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.3.4	SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.4	JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.5	BS – Suchtberatung im Betrieb	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.6	Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.6.1	AOB – Arbeitsmarktorientierte Beratung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.6.2	ABP – Beschäftigung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.6.3	QUA – Qualifizierung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.6.4	AFD – Arbeitsförderung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.6.5	BRH – Berufliche Rehabilitation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.6.6	BBM – Beschäftigung für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





2.2.3.7	Suchtbehandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.1	ENT – Entgiftung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.2	QET – Qualifizierter Entzug	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.3	MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.4	SUB – Ambulante Opiatsubstitution	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.5	ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.6	TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.7	STR – Stationäre medizinische Rehabilitation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.8	ADA – Adaption	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.9	KOM – Kombibehandlung (<i>abgeschlossen</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.10	NAS – (Reha-)Nachsorge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.11	AEF – Ambulante Entlassform	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.12	GEF – Ganztägig ambulante Entlassform	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.7.13	WAB – Wechsel in die Ambulante Behandlungsform	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





2.2.3.8	Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.8.1	ABW – Ambulant betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.8.2	SOZ – Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.8.3	ÜEW – Übergangswohnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.8.4	TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.9	Justiz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.9.1	MVJ – Medizinische Versorgung im Justizvollzug	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.9.2	SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.9.3	SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.9.4	ENH – Eingliederung nach Haft	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.10	Altenhilfe und Pflege	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.10.1	ALT – Ambulante und stationäre Altenhilfe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.10.2	HPF – Hilfen für Pflegebedürftige	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.3.11	SH - Selbsthilfe (Besuch in Jahren)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.2.4	Wiederaufnahme in dieser Einrichtung	ja / nein
-------	---	-----------



2.2.5		Vermittelnde Instanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	Keine / Selbstmelder/in		
	2	Soziales Umfeld		
	3	Selbsthilfe		
	4	Arbeitgeber, Betrieb, Schule		
↓	5	Ärztliche Praxis		
	6	Psychotherapeutische Praxis		
	7	Allgemeines Krankenhaus		
	8	Einrichtung der Akutbehandlung		
	9	Psychiatrisches Krankenhaus		
	10	Ambulante Suchthilfeeinrichtung		
	11	Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)		
	12	Soziotherapeutische Einrichtung		



13	Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, sozial-psychiatrischer Dienst)
14	Schuldnerberatung
15	Einrichtung der Jugendhilfe
16	Jugendamt
17	Einrichtung der Altenhilfe
18	Wohnungslosenhilfe
19	Agentur für Arbeit / Jobcenter
20	Polizei / Justiz / Bewährungshilfe
21	Einrichtung im Präventionssektor
22	Kosten-/Leistungsträger
23	Sonstige Einrichtung / Institution



2.2.6	Kosten-/Leistungsträger der aktuellen Betreuung / Behandlung	
2.2.6.1	Pauschale/institutionelle Einrichtungsfinanzierung (z.B. ÖGD)	ja / nein
2.2.6.2	Selbstzahler/in	ja / nein
2.2.6.3	Rentenversicherung	ja / nein
2.2.6.4	Krankenversicherung	ja / nein
2.2.6.5	Sozialhilfe	ja / nein
2.2.6.6	Jugendhilfe	ja / nein
2.2.6.7	Arbeitsagenturen, Jobcenter	ja / nein
2.2.6.8	Pflegeversicherung	ja / nein
2.2.6.9	Sonstiges	ja / nein



2.2.7	Auflagen	ja / nein
2.2.7.1	Wenn ja, welche Auflage/n besteh/t/en	
2.2.7.1.1	Auflagen nach § 35 BtMG	ja / nein
2.2.7.1.2	Andere strafrechtliche Grundlage außer nach § 35 BtMG	ja / nein
2.2.7.1.3	Nach Psych-KG / Landesunterbringungsgesetz	ja / nein
2.2.7.1.4	Durch Renten-/Krankenversicherung	ja / nein
2.2.7.1.5	Durch Arbeitsagentur / Jobcenter	ja / nein
2.2.7.1.6	Durch Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle	ja / nein
2.2.7.1.7	Durch Arbeitgeber	ja / nein
2.2.7.1.8	Durch sonstige Institutionen	ja / nein
2.2.8	Besteht eine gesetzliche Betreuung?	ja / nein



2.3	Soziodemographische Angaben <i>(muss nur dokumentiert werden, wenn 2.1.4 = 1 eigene Problematik)</i>
-----	---



2.3.1	Lebenssituation	
2.3.1.1	Partnerschaft	ja / nein
2.3.1.2	Alleinlebend	ja / nein
2.3.1.3	Wenn nicht alleinlebend, lebt zusammen mit	
	Partner/in	ja / nein
	Kind(ern)	ja / nein
	Eltern(-teil)	ja / nein
	Sonstige Bezugsperson/en	ja / nein
	Sonstige Person/en	ja / nein



2.3.1 Kinder		
2.3.1.1	Schwangerschaft in der aktuellen Betreuung/Behandlung	ja / nein
2.3.1.2	Eigene Kinder insgesamt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.1.3	Eigene minderjährige Kinder	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.1.4	Minderjährige Kinder im Haushalt (der/s Klientin/en) insgesamt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	im Alter von 0 - 2 Jahren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	im Alter von 3 - 5 Jahren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	im Alter von 6 - 13 Jahren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	im Alter von 14 - 17 Jahren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.1.5	Minderjährige eigene Kinder im Haushalt (der/s Klientin/en) insgesamt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.2.6	Nicht im Haushalt (der/s Klientin/en) lebende minderjährige eigene Kinder (nach Aufenthaltsort)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.2.6.1	davon bei anderem Elternteil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.2.6.2	davon bei Großeltern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.2.6.3	davon in Pflegefamilie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.2.6.4	davon in öffentlicher Erziehungseinrichtung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.2.6.5	davon im eigenen Haushalt (des Kindes)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.2.6.6	davon an sonstigen Aufenthaltsorten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nur zu
Betreuungs-
beginn



2.3.3	Staatsangehörigkeit/Migration	
2.3.3.1	Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) der/s Klienten/in/ Patienten/in (bei doppelter Staatsangehörigkeit bitte beide angeben) (<i>Internationaler Code – siehe Anhang</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.3.2	Migrationshintergrund:	<input type="checkbox"/>
	1 nein	
	2 Selbst migriert	
	3 Als Kind von Migranten geboren	
	4 Migration liegt ausschließlich in dritter Generation vor	
2.3.3.3	Auf welches Herkunftsland / welche Herkunftsländer bezieht sich der Migrationshintergrund? (<i>Internationaler Code</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.3.4	Ist eine Betreuung/Behandlung in deutscher Sprache möglich?	ja / nein



2.3.4		Höchster bisher erreichter allgemeinbildender Schulabschluss	<input type="checkbox"/>
	1	Derzeit in Schulausbildung	
	2	Ohne Schulabschluss abgegangen	
	3	Hauptschul-/Volksschulabschluss	
	4	Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	
	5	(Fach-)Hochschulreife / Abitur	
	6	Anderer Schulabschluss	



2.3.5		Höchster Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>
	1	Keine berufliche oder akademische Ausbildung begonnen	
	2	Derzeit in beruflicher oder akademischer Ausbildung	
	3	Keine berufliche oder akademische Ausbildung abgeschlossen	
	4	Betriebliche Berufsausbildung	
	5	Abschluss als Meister/in / Techniker/in bzw. an Berufs- oder Fachakademie	
	6	Akademischer Abschluss	
	7	Anderer Ausbildungsabschluss	



2.3.6	Wohnverhältnis		
2.3.6.1	Am Tag vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn		<input type="checkbox"/>
2.3.6.2	Am Tag nach Betreuungs-/Behandlungsende/ aktuell		<input type="checkbox"/>
	1	Selbstständiges Wohnen (eigene(s) / gemietete(s) Zimmer / Wohnung / Haus)	
	2	Bei anderen Personen (instabil)	
	3	Ambulant Betreutes Wohnen	
	4	(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	
	5	Wohnheim / Übergangwohnheim	
	6	JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	
	7	Notunterkunft, Übernachtungsstelle	
	8	Ohne Wohnung	
	9	Sonstiges	



2.3.7	Erwerbssituation	
2.3.7.1	Am Tag vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.7.2	Am Tag nach Betreuungs-/Behandlungsende /aktuell	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1	Auszubildende(r)	
2	Arbeiter/in / Angestellte(r) / Beamte(r)	
3	Selbständig(e) / Freiberufler/in	
4	Sonstige Erwerbstätige (z.B. mithelfende Familienangehörige, Personen in besonderen Dienstverhältnissen)	
5	In beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	
6	In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	
7	Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	
8	Bezug von Bürgergeld	
9	Schüler/in / Studierender	
10	Hausfrau / Hausmann	
11	Rentner/in / Pensionär/in	
12	Sonstige Nichterwerbsperson (mit Bezug von Leistungen nach SGB XII)	
13	Sonstige Nichterwerbspersonen (ohne Bezug von Leistungen nach SGB XII)	



Lebensunterhalt			
	a) In der Woche vor Betreuungsbeginn	a)	b)
	b) In der Woche nach Betreuungsende / aktuell		
1	Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit	ja / nein	ja / nein
2	Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt	ja / nein	ja / nein
3	Gelegenheitsjobs, unregelmäßige Einkünfte	ja / nein	ja / nein
4	Krankengeld, Übergangsgeld	ja / nein	ja / nein
5	Leistungen der Pflegeversicherung	ja / nein	ja / nein
6	Rente, Pension	ja / nein	ja / nein
7	Arbeitslosengeld I (SGB III 117)	ja / nein	ja / nein
8	Arbeitslosengeld II (SGB II 19)/Sozialgeld (SGB II 28)	ja / nein	ja / nein
9	Sozialhilfe (u.a. staatliche Leistungen, z.B. AsylbLG, Wohngeld)	ja / nein	ja / nein
10	Angehörige	ja / nein	ja / nein
11	Vermögen	ja / nein	ja / nein
12	Sonstiges (z.B. Betteln)	ja / nein	ja / nein
13	Davon Hauptlebensunterhalt (aus 1-12)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



2.3.8	Problematische Schulden		<input type="checkbox"/>
	1	Keine	
	2	bis 10.000 Euro	
	3	bis 25.000 Euro	
	4	bis 50.000 Euro	
	5	Mehr	



2.4.1 Konsum von psychotropen Substanzen

(nur wenn 2.1.4 = 1 eigene Problematik)

Zunächst soll jede Substanz, die irgendwann im Leben **problematisch** konsumiert wurde, genannt werden.

Behandlungs-/ betreuungsrelevante Substanz?		Substanz (max. 15 aus- wählen)	2.4.1.X.1 2.4.1.X.2 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen je- weils Beginn... aktuell 	2.4.1.X.3 aktuell Veränderung Dosis / Menge ge- genüber Betreu- ungs-/ Behand- lungsbeginn <i>1 deutlich verringert 2 leicht verringert 3 gleich geblieben 4 leicht gesteigert 5 deutlich gesteigert</i>	2.4.1.X.4 Konsum und Do- sis aus- schließ- lich im Rahmen ärztlicher Verord- nung 	2.4.1.X.5 Alter bei Erstkon- sum
1	ja / nein	Alkohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	ja / nein	Heroin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	ja / nein	Methadon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	ja / nein	Buprenorphin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	ja / nein	Fentanyl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	ja / nein	Andere opiathal- tige Mittel / Opi- oide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	ja / nein	Cannabis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	ja / nein	Andere / synthe- tische Cannabi- noide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Behandlungs-/ betreuungsrelevante Substanz?		Substanz (max. 15 aus- wählen)	2.4.1.X.1 2.4.1.X.2 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen je- weils Beginn... aktuell 	2.4.1.X.3 aktuell Veränderung Dosis / Menge ge- genüber Betreu- ungs- / Behand- lungs-beginn <i>1 deutlich verringert</i> <i>2 leicht verringert</i> <i>3 gleich geblieben</i> <i>4 leicht gesteigert</i> <i>5 deutlich gesteigert</i> 	2.4.1.X.4 Konsum und Do- sis aus- schließ- lich im Rahmen ärztlicher Verord- nung 	2.4.1.X.5 Alter bei Erstkon- sum
9	ja / nein	Barbiturate	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	ja / nein	Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	ja / nein	GHB / GBL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	ja / nein	Andere Sedati- va / Hypnotika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	ja / nein	Kokain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	ja / nein	Crack	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Behandlungs-/ betreuungsrelevante Substanz?		Substanz (max. 15 aus- wählen)	2.4.1.X.1 2.4.1.X.2 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen je- weils Beginn... aktuell 	2.4.1.X.3 aktuell Veränderung Dosis / Menge ge- genüber Betreu- ungs-/ Behand- lungs-beginn <i>1 deutlich verringert</i> <i>2 leicht verringert</i> <i>3 gleich geblieben</i> <i>4 leicht gesteigert</i> <i>5 deutlich gesteigert</i> 	2.4.1.X.4 Konsum und Do- sis aus- schließ- lich im Rahmen ärztlicher Verord- nung 	2.4.1.X.5 Alter bei Erstkon- sum
15	ja / nein	Amphetamine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16	ja / nein	<u>Methampheta- mine (Crystal)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17	ja / nein	MDMA und an- dere verwandte Substanzen (Ecstasy)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18	ja / nein	Synthetische <u>Cathinone</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19	ja / nein	Andere Stimu- lanzien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	ja / nein	LSD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21	ja / nein	<u>Mescaline</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22	ja / nein	<u>Ketamin</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23	ja / nein	Andere Halluzi- nogene	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Behandlungs-/ betreuungsrelevante Substanz?		Substanz (max. 15 aus- wählen)	2.4.1.X.1 2.4.1.X.2 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen je- weils Beginn... aktuell 	2.4.1.X.3 aktuell Veränderung Dosis / Menge ge- genüber Betreu- ungs-/ Behand- lungs-beginn <i>1 deutlich verringert</i> <i>2 leicht verringert</i> <i>3 gleich geblieben</i> <i>4 leicht gesteigert</i> <i>5 deutlich gesteigert</i> 	2.4.1.X.4 Konsum und Do- sis aus- schließ- lich im Rahmen ärztlicher Verord- nung 	2.4.1.X.5 Alter bei Erstkon- sum
24	ja / nein	Tabak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25	ja / nein	Flüchtige Lö- sungsmittel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26	ja / nein	NPS (andere als oben angeführt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27	ja / nein	Andere psycho- trope Substan- zen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



2.4.2	I.V.-Konsum Bitte geben Sie an, ob irgendeine der unter 2.4.1 genannten Substanzen jemals intravenös konsumiert wurde	<input type="checkbox"/>
	1 Nein, nie	
	2 Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	
	3 Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	
	4 Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	
2.4.2.1	Falls jemals I.V.-Konsum (wenn 2.4.2 ungleich 1): In welchem Alter das erste Mal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.4.3	Gemeinsame Spritzenbenutzung (Needle Sharing) (wenn 2.4.2 ungleich 1)	<input type="checkbox"/>
	1 Nein, nie	
	2 Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	
	3 Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	
	4 Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	



2.4.4	Welche ist die Hauptsubstanz (Nummer von [2.4.1.]1 bis [2.4.1.]27 auswählen) Falls keine Hauptsubstanz identifiziert werden kann, weil ein polyvalentes Konsummuster vorliegt, bitte 99 kodieren. Falls der Betreuungs-/Behandlungsanlass keine substanzbezogene Problematik ist, bitte 0 kodieren.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.4.1	Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn bei der Hauptsubstanz	<input type="checkbox"/>
	1	Injektion
	2	Rauchen / Inhalieren / Schnüffeln
	3	Essen / Trinken
	4	Schnupfen / Schniefen
	5	Andere Arten



2.4.5	Vorliegende Diagnosen ICD-10 nach Substanzklassen Bitte geben Sie, falls zutreffend, die Diagnose je Substanzklasse an	2.4.5.X.1 Aktuelle Diagnose(n)	2.4.5.X.2 Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose	2.4.5.X.3 Alter bei Störungsbeginn
2.4.5.1	Störungen durch Alkohol	F10. <input type="text"/> <input type="text"/>	F10. <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.5.2	Störungen durch Opioide	F11. <input type="text"/> <input type="text"/>	F11. <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.5.3	Störungen durch Cannabinoide	F12. <input type="text"/> <input type="text"/>	F12. <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.5.4	Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13. <input type="text"/> <input type="text"/>	F13. <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.5.5	Störungen durch Kokain	F14. <input type="text"/> <input type="text"/>	F14. <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.5.6	Störungen durch andere Stimulanzien	F15. <input type="text"/> <input type="text"/>	F15. <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.5.7	Störungen durch Halluzinogene	F16. <input type="text"/> <input type="text"/>	F16. <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.5.8	Störungen durch Tabak	F17. <input type="text"/> <input type="text"/>	F17. <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.5.9	Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18. <input type="text"/> <input type="text"/>	F18. <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.5.10	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen	F19. <input type="text"/> <input type="text"/>	F19. <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>



2.4.6		Konsum von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen			
		Falls die Substanz jedem im Leben problematisch konsumiert wurde, bitte für diese die Fragen 2.4.6.X.1 bis 2.4.6.X.4 beantworten.			
Behandlungs-/ betreuungsrelevante Substanz?		Substanz	2.4.6.X.1 2.4.6.X.2 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils Beginn.. aktuell	2.4.6.X.3 aktuell Veränderung Dosis / Menge gegenüber Betreuungs-/Behandlungsbeginn <i>1 deutlich verringert</i> <i>2 leicht verringert</i> <i>3 gleich geblieben</i> <i>4 leicht gesteigert</i> <i>5 deutlich gesteigert</i>	2.4.6.X.4 Konsum und Dosis ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung
2.4.6.1	ja / nein	Antidepressiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein
2.4.6.2	ja / nein	Laxantien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein
2.4.6.3	ja / nein	Analgetika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein
2.4.6.4	ja / nein	Andere Substanzen / Stoffe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein

Ergänzung bei 2.4.6.4 Andere Substanzen und Stoffe:
Dies beinhaltet ausschließlich Antazida, Vitamine, Steroide und Hormone, Pflanzen oder Naturheilmittel.



2.4.7	Vorliegende Diagnosen nach ICD-10 bei nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen Bitte geben Sie, falls zutreffend, die Diagnose für jede Substanz an.	2.4.7.X.1 Aktuelle Diagnose(n)	2.4.7.X.2 Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose	2.4.7.X.3 Alter bei Störungsbeginn
2.4.7.1	Antidepressiva (F55.0)	ja / nein	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.7.2	Laxantien (F55.1)	ja / nein	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.7.3	Analgetika (F55.2)	ja / nein	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.7.4	Andere nichtabhängigkeitserzeugende Substanz (F55.3 bis F55.9)	ja / nein	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



jemals im Leben problematisch praktiziert

Behandlungs-/ betreuungsrelevantes Glücksspielverhalten?		Glücksspielform	2.4.8.X.1 2.4.8.X.2 Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen jeweils Be- ginn... aktuell	2.4.8.X.3 aktuell Verände- rung Spieldauer /-intensität ge- genüber Betreu- ungs- /Behandlungs- beginn 1 <i>deutlich verringert</i> 2 <i>leicht verringert</i> 3 <i>gleich geblieben</i> 4 <i>leicht gesteigert</i> 5 <i>deutlich gesteigert</i>	2.4.8.X.5 Alter bei erstem Spielen um Geld
Terrestrisch					
2.4.8.1	ja/nein	Geldspielautomaten in Spielhallen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.2	ja/nein	Geldspielautomaten in der Gastronomie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.3	ja/nein	Kleines Spiel in der Spielbank	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.4	ja/nein	Großes Spiel in der Spielbank	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.5	ja/nein	Sportwetten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.6	ja/nein	Pferdewetten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.7	ja/nein	Lotterien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.8	ja/nein	Andere	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Behandlungs-/ betreuungsrelevantes Glücksspielverhalten?		Glücksspielform	2.4.8.X.1 2.4.8.X.2	2.4.8.X.3	2.4.8.X.5
			Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen jeweils Be- ginn... aktuell	aktuell Verände- rung Spieldauer /-intensität ge- genüber Betreu- ungs- /Behandlungs- beginn 1 <i>deutlich verringert</i> 2 <i>leicht verringert</i> 3 <i>gleich geblieben</i> 4 <i>leicht gesteigert</i> 5 <i>deutlich gesteigert</i>	Alter bei erstem Spielen um Geld
Online / über das Internet					
2.4.8.9	ja/nein	Automatenspiel (Geld-/Glücksspiel- automaten)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.10	ja/nein	Casinospiele (großes Spiel in der Spiel- bank, mit Ausnahme von Poker)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.11	ja/nein	Poker	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.12	ja/nein	Sportwetten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.13	ja/nein	Pferdewetten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.14	ja/nein	Lotterien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.15	ja/nein	Andere	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



2.4.9	Hauptspielform (aus [2.4.8.]1 bis [2.4.8.]15) Falls keine Hauptspielform identifiziert werden kann, weil mehrere Spielformen als gleich bedeutsam beurteilt werden, bitte 99 kodieren. Falls der Betreuungs-/Behandlungsanlass keine Glücksspielproblematik ist, bitte 0 kodieren.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.10	Vorliegende Diagnose nach ICD-10 für pathologisches Glücksspielen (F63.0)	
2.4.10.1	Aktuelle Diagnose	ja / nein
2.4.10.2	Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose	ja / nein
2.4.10.3	Alter bei Störungsbeginn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



2.4.11 Exzessive Mediennutzung

Falls die Tätigkeit bzw. Nutzungsform **jemals im Leben exzessiv praktiziert** wurde, bitte für diese die Fragen 2.4.11.X.1, 2.4.11.X.2 und 2.4.11.X.4 beantworten.

Behandlungs-/ betreuungsrelevante Mediennutzung?		Tätigkeit	2.4.11.X.1 2.4.11.X.2 Anzahl der Nutzungstage in den letzten 30 Tagen jeweils Beginn... aktuell	2.4.11.X.3 aktuell Veränderung Nutzungsdauer/ -intensität gegenüber Betreuungs-/Behandlungsbeginn 1 <i>deutlich verringert</i> 2 <i>leicht verringert</i> 3 <i>gleich geblieben</i> 4 <i>leicht gesteigert</i> 5 <i>deutlich gesteigert</i>	2.4.11.X.5 Alter bei erster Nutzung
2.4.11.1	ja / nein	Gamen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.11.2	ja / nein	Chatten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.11.3	ja / nein	Surfen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.11.4	ja / nein	Sonstiges	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



2.4.12	Haupttätigkeit (aus [2.4.11.]1 bis [2.4.11.]4) Falls keine Haupttätigkeit identifiziert werden kann, weil mehrere Tätigkeiten als gleich relevant beurteilt werden, bitte 99 kodieren. Falls der Betreuungs-/Behandlungsanlass nicht exzessive Mediennutzung ist, bitte 0 kodieren.	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.13	Vorliegende Diagnose nach ICD-10 in Bezug auf die exzessive Mediennutzung vor? Wenn ja, bitte ICD-Kodierung angeben	
2.4.13.1	Aktuelle Diagnose	F 6. <input type="text"/> . <input type="text"/>
2.4.13.2	Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose	F 6. <input type="text"/> . <input type="text"/>
2.4.13.3	Alter bei Störungsbeginn	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.14	Essstörungen (F50)	
2.4.14.1	Aktuelle ICD-10-Diagnose	F50. <input type="text"/>
2.4.14.2	Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose	F50. <input type="text"/>
2.4.14.3	Alter bei Störungsbeginn	<input type="text"/> <input type="text"/>



2.4.15	Hauptdiagnose aus 2.4.5, 2.4.7, 2.4.10, 2.4.13 oder 2.4.14 (3-stelliger ICD-10-Code aus Kapitel F)	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.15.1	Grund, warum keine Haupt-/Diagnose(n) nach 2.4.15 gestellt wurde	<input type="checkbox"/>
	1	Weder aktuell noch früher die Kriterien für eine ICD-10 Diagnose erfüllt
	2	Aktuell nicht die Kriterien für eine ICD-10 Diagnose erfüllt, aber frühere Diagnose
	3	Der aktuelle Betreuungs-/Behandlungsanlass liegt unterhalb der Diagnose-schwelle und es liegt eine suchtbezogene Zusatzdiagnose vor
	4	Keine ausreichenden Informationen für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden
	5	Keine ausreichende Qualifikation für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden
	6	Andere Gründe



2.4.16	Weitere Diagnosen aus dem Bereich Psychische und Verhaltensstörungen (keine Diagnosen aus 2.4.5, 2.4.7, 2.4.10, 2.4.13, 2.4.14; es sei denn es liegen mehrere Diagnosen aus 2.4.5 derselben Substanzklasse vor)	
2.4.16.1	1. Psychische ICD-10-Diagnose	F □□.□□
2.4.16.2	2. Psychische ICD-10-Diagnose	F □□.□□
2.4.16.3	3. Psychische ICD-10-Diagnose	F □□.□□
2.4.16.4	4. Psychische ICD-10-Diagnose	F □□.□□
2.4.16.5	5. Psychische ICD-10-Diagnose	F □□.□□
2.4.16.6	6. Psychische ICD-10-Diagnose	F □□.□□
2.4.17	Andere wichtige Diagnosen, z.B. somatische oder neurologische Diagnosen (keine Fxx.xx-Diagnosen; mindestens 3-stellig)	
2.4.17.1	1. Andere ICD-10-Diagnose	□□□.□□
2.4.17.2	2. Andere ICD-10-Diagnose	□□□.□□
2.4.17.3	3. Andere ICD-10-Diagnose	□□□.□□
2.4.17.4	4. Andere ICD-10-Diagnose	□□□.□□
2.4.17.5	5. Andere ICD-10-Diagnose	□□□.□□
2.4.17.6	6. Andere ICD-10-Diagnose	□□□.□□



2.4.18	HIV - Status	
2.4.18.1	Teststatus	<input type="checkbox"/>
	1 Noch nie getestet	
	2 Getestet vor mehr als 12 Monaten vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	
	3 Getestet in den letzten 12 Monaten vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	
2.4.18.2	Wenn getestet, Testergebnis:	<input type="checkbox"/>
	1 Negativ	
	2 Positiv	
	3 Unbekannt	

2.4.19	Hepatitis B - Status	
2.4.19.1	Teststatus	<input type="checkbox"/>
	1 Noch nie getestet	
	2 Getestet vor mehr als 12 Monaten vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	
	3 Getestet in den letzten 12 Monaten vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	
2.4.19.2	Wenn getestet, Testergebnis:	<input type="checkbox"/>
	1 Nicht aktiv, Antikörper negativ	
	2 Nicht aktiv, Antikörper positiv, Virusnachweis negativ	
	3 Aktiv, Virusnachweis positiv	
	4 Unbekannt	



2.4.20	Hepatitis C - Status	
2.4.20.1	Teststatus	<input type="checkbox"/>
	1 Noch nie getestet	
	2 Getestet vor mehr als 12 Monaten vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	
	3 Getestet in den letzten 12 Monaten vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	
2.4.20.2	Wenn getestet, Testergebnis:	<input type="checkbox"/>
	1 Nicht aktiv, Antikörper negativ	
	2 Nicht aktiv, Antikörper positiv, Virusnachweis negativ	
	3 Aktiv, Virusnachweis positiv	
	4 Unbekannt	



N.18		HIV - Teststatus / Testergebnis - seit Betreuungsbeginn	<input type="checkbox"/>
	1	Negativ	
	2	Positiv	
	3	Unbekannt	
	4	Kein Test seit Betreuungsbeginn	

N.19		Hepatitis B - Teststatus / Testergebnis - seit Betreuungsbeginn	<input type="checkbox"/>
	1	Nicht aktiv, Antikörper negativ	
	2	Nicht aktiv, Antikörper positiv, Virusnachweis negativ	
	3	Aktiv, Virusnachweis positiv	
	4	Unbekannt	
	5	Kein Test seit Betreuungsbeginn	

N.20		Hepatitis C - Teststatus / Testergebnis - seit Betreuungsbeginn	<input type="checkbox"/>
	1	Nicht aktiv, Antikörper negativ	
	2	Nicht aktiv, Antikörper positiv, Virusnachweis negativ	
	3	Aktiv, Virusnachweis positiv	
	4	Unbekannt	
	5	Kein Test seit Betreuungsbeginn	



2.5	Maßnahmen und Interventionen <i>(muss nur dokumentiert werden, wenn 2.1.4 = 1 eigene Problematik)</i>	
2.5.1	Art der Betreuung / Behandlung in der eigenen Einrichtung. Bitte alle Maßnahmen angeben und bei mehreren Maßnahmen eine Hauptmaßnahme wählen <i>(max. zweistellig)</i>	2.5.1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.5.1.1	PF – Prävention und Frühintervention	ja / nein
2.5.1.2	Akutbehandlung	ja / nein
2.5.1.2.1	ASA – Ambulante somatische Akutbehandlung inkl. Frühintervention	ja / nein
2.5.1.2.2	APB – Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung	ja / nein
2.5.1.2.3	AKH – Stationäre somatische Akutbehandlung	ja / nein
2.5.1.2.4	PIA – Ambulante psychiatrische Akutbehandlung	ja / nein
2.5.1.2.5	PKH – Stationäre psychiatrische Akutbehandlung	ja / nein
2.5.1.2.6	PSA – Stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Akutbehandlung	ja / nein
2.5.1.3	Beratung und Betreuung	ja / nein
2.5.1.3.1	NIH – Niederschwellige Hilfen	ja / nein
2.5.1.3.2	SBS – Sucht- und Drogenberatung	ja / nein
2.5.1.3.3	PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	ja / nein
2.5.1.3.4	SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	ja / nein
2.5.1.4	JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII)	ja / nein



2.5.1.5	BS – Suchtberatung im Betrieb	ja / nein
2.5.1.6	Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	ja / nein
2.5.1.6.1	AOB – Arbeitsmarktorientierte Beratung	ja / nein
2.5.1.6.2	ABP – Beschäftigung	ja / nein
2.5.1.6.3	QUA – Qualifizierung	ja / nein
2.5.1.6.4	AFD – Arbeitsförderung	ja / nein
2.5.1.6.5	BRH – Berufliche Rehabilitation	ja / nein
2.5.1.6.6	BBM – Beschäftigung für behinderte Menschen	ja / nein



2.5.1.7	Suchtbehandlung	ja / nein
2.5.1.7.1	ENT – Entgiftung	ja / nein
2.5.1.7.2	QET – Qualifizierter Entzug	ja / nein
2.5.1.7.3	MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe	ja / nein
2.5.1.7.4	SUB – Ambulante Opiatsubstitution	ja / nein
2.5.1.7.5	ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation	ja / nein
2.5.1.7.5.1	<i>Falls ja, unter Substitution?</i>	ja / nein
2.5.1.7.5.2	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	ja / nein
2.5.1.7.6	TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	ja / nein
2.5.1.7.6.1	<i>Falls ja, unter Substitution?</i>	ja / nein
2.5.1.7.6.2	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	ja / nein
2.5.1.7.7	STR – Stationäre medizinische Rehabilitation	ja / nein
2.5.1.7.7.1	<i>Falls ja, unter Substitution?</i>	ja / nein
2.5.1.7.7.2	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	ja / nein



2.5.1.7.8	ADA – Adaption	ja / nein
2.5.1.7.8.1	<i>Falls ja, unter Substitution?</i>	ja / nein
2.5.1.7.8.2	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	ja / nein
2.5.1.7.9	KOM – Kombibehandlung	ja / nein
2.5.1.7.9.1	<i>Falls ja, unter Substitution?</i>	ja / nein
2.5.1.7.10	NAS – (Reha-)Nachsorge	ja / nein
2.5.1.7.11	AEF – Ambulante Entlassform	ja / nein
2.5.1.7.12	GEF – Ganztägig ambulante Entlassform	ja / nein
2.5.1.7.13	WAB – Wechsel in die Ambulante Behandlungsform	ja / nein





2.5.1.8	Eingliederungshilfe	ja / nein
2.5.1.8.1	ABW – Ambulant betreutes Wohnen	ja / nein
2.5.1.8.2	SOZ – Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen	ja / nein
2.5.1.8.3	ÜEW – Übergangswohnen	ja / nein
2.5.1.8.4	TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen	ja / nein
2.5.1.9	Justiz	ja / nein
2.5.1.9.1	MVJ – Medizinische Versorgung im Justizvollzug	ja / nein
2.5.1.9.2	SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug	ja / nein
2.5.1.9.3	SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)	ja / nein
2.5.1.9.4	ENH – Eingliederung nach Haft	ja / nein
2.5.1.10	Altenhilfe und Pflege	ja / nein
2.5.1.10.1	ALT – Ambulante und stationäre Altenhilfe	ja / nein
2.5.1.10.2	HPF – Hilfen für Pflegebedürftige	ja / nein
2.5.1.11	SH - Selbsthilfe	ja / nein



N.21	Opiatsubstitution und welches Mittel (Wirkstoff)? - Betreuungsbeginn	<input type="checkbox"/>
Anpassung von 2.5.2 in Fragestellung und Erweiterung um Antwortkategorie 7– „Keine Substitution“		
	1	Methadon (z.B. Eptadone®, Methaddict®)
	2	Levomethadonhydrochlorid (z.B. L- Polamidon®)
	3	Buprenorphin (z.B. Subutex®, Suboxone®)
	4	Diamorphin (Diaphin®)
	5	Morphin (Substitol®)
	6	Anderes
	7	Keine Substitution
2.5.2.1	Alter bei erster Opiatsubstitution?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N.22	Opiatsubstitution und welches Mittel (Wirkstoff)? - Aktuell	<input type="checkbox"/>
	1	Methadon (z.B. Eptadone®, Methaddict®)
	2	Levomethadonhydrochlorid (z.B. L- Polamidon®)
	3	Buprenorphin (z.B. Subutex®, Suboxone®)
	4	Diamorphin (Diaphin®)
	5	Morphin (Substitol®)
	6	Anderes
	7	Keine Substitution



2.5.3	Kooperation während der Betreuung / Behandlung	ja / nein
	Wenn ja, Kooperation während der Betreuung / Behandlung mit	
2.5.3.1	Sozialem Umfeld	ja / nein
2.5.3.2	Selbsthilfe	ja / nein
2.5.3.3	Arbeitgeber, Betrieb, Schule	ja / nein
2.5.3.4	Ärztliche Praxis	ja / nein
2.5.3.5	Psychotherapeutische Praxis	ja / nein
2.5.3.6	Allgemeines Krankenhaus	ja / nein
2.5.3.7	Einrichtung der Akutbehandlung	ja / nein
2.5.3.8	Psychiatrisches Krankenhaus	ja / nein
2.5.3.9	Ambulante Suchthilfeeinrichtung	ja / nein
2.5.3.10	Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	ja / nein
2.5.3.11	Soziotherapeutische Einrichtung	ja / nein
2.5.3.12	Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, sozial-psychiatrischer Dienst)	ja / nein



2.5.3.13	Schuldnerberatung	ja / nein
2.5.3.14	Einrichtung der Jugendhilfe	ja / nein
2.5.3.15	Jugendamt	ja / nein
2.5.3.16	Einrichtung der Altenhilfe	ja / nein
2.5.3.17	Wohnungslosenhilfe	ja / nein
2.5.3.18	Agentur für Arbeit / Jobcenter	ja / nein
2.5.3.19	Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	ja / nein
2.5.3.20	Einrichtung im Präventionssektor	ja / nein
2.5.3.21	Kosten-/Leistungsträger	ja / nein
2.5.3.22	Sonstige Einrichtung / Institution	ja / nein



2.6	Abschlussdaten (<i>muss nur dokumentiert werden, wenn 2.1.4 = 1 eigene Problematik; mit Ausnahme 2.6.1: auszufüllen für alle Betreuungen</i>)
-----	--

2.6.1	Dauer der Betreuung / Behandlung	
2.6.1.1	Datum des Betreuungs-/Betreuungsendes	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.6.1.2	Betreuungs-/Behandlungsdauer in Tagen (<i>wird von der Software automatisch berechnet</i>)	

2.6.2	Kontaktzahl (<i>nur ambulanter Bereich, ausgenommen tagesstrukturierende/-begleitende Angebote</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------	--	--

Diese Angabe ist (...) Behörden und sonstigen Bezugspersonen zu berücksichtigen.
Analog zu den Erläuterungen zu einem dokumentationsrelevanten Kontakt (siehe Erläuterung zu 2.1) gelten dabei folgende Vorgaben: Eine Mindestgesprächsdauer von 10 Minuten mit substanzuell beratendem oder behandelndem oder informationsaustauschendem Charakter (persönlich, telefonisch, per Brief/E-Mail).

2.6.3	Wurde im Laufe der Betreuung / Behandlung ein verbindlicher Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hergestellt?	ja / nein
2.6.4	Hat der/die Klient/in / Patient/in im Laufe der Betreuung / Behandlung eine Selbsthilfegruppe besucht?	ja / nein



2.6.5	Art der Beendigung	<input type="checkbox"/>
	1 Regulär nach Betreuungs-/Behandlungsplan	
	2 Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	
	3 Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	
	4 Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient/in / Patient/in	
	5 Disziplinarisch	
	6 Außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	
	7 Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/Behandlungsform	
	8 Verstorben	



2.6.6	Weitervermittlung Beendigung der Betreuung / Behandlung mit einer Weitervermittlung	ja / nein
	Wenn eine Weitervermittlung stattfindet, wohin	
2.6.6.1	PF – Prävention und Frühintervention	ja / nein
2.6.6.2	Akutbehandlung	ja / nein
2.6.6.2.1	ASA – Ambulante somatische Akutbehandlung inkl. Frühintervention	ja / nein
2.6.6.2.2	APB – Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung	ja / nein
2.6.6.2.3	AKH – Stationäre somatische Akutbehandlung	ja / nein
2.6.6.2.4	PIA – Ambulante psychiatrische Akutbehandlung	ja / nein
2.6.6.2.5	PKH – Stationäre psychiatrische Akutbehandlung	ja / nein
2.6.6.2.6	PSA – Stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Akutbehandlung	ja / nein
2.6.6.3	Beratung und Betreuung	ja / nein
2.6.6.3.1	NIH – Niederschwellige Hilfen	ja / nein
2.6.6.3.2	SBS – Sucht- und Drogenberatung	ja / nein
2.6.6.3.3	PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	ja / nein
2.6.6.3.4	SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	ja / nein



2.6.6.4	JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII)	ja / nein
2.6.6.5	BS – Suchtberatung im Betrieb	ja / nein
2.6.6.6	Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	ja / nein
2.6.6.6.1	AOB – Arbeitsmarktorientierte Beratung	ja / nein
2.6.6.6.2	ABP – Beschäftigung	ja / nein
2.6.6.6.3	QUA – Qualifizierung	ja / nein
2.6.6.6.4	AFD – Arbeitsförderung	ja / nein
2.6.6.6.5	BRH – Berufliche Rehabilitation	ja / nein
2.6.6.6.6	BBM – Beschäftigung für behinderte Menschen	ja / nein



2.6.6.7	Suchtbehandlung	ja / nein
2.6.6.7.1	ENT – Entgiftung	ja / nein
2.6.6.7.2	QET – qualifizierter Entzug	ja / nein
2.6.6.7.3	MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe	ja / nein
2.6.6.7.4	SUB – Ambulante Opiatsubstitution	ja / nein
2.6.6.7.5	ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation	ja / nein
2.6.6.7.5.1	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	ja / nein
2.6.6.7.6	TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	ja / nein
2.6.6.7.6.1	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	ja / nein
2.6.6.7.7	STR – Stationäre medizinische Rehabilitation	ja / nein
2.6.6.7.7.1	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	ja / nein
2.6.6.7.8	ADA – Adaption	ja / nein
2.6.6.7.8.1	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	ja / nein
2.6.6.7.9	KOM – Kombibehandlung	ja / nein
2.6.6.7.10	NAS – (Reha-)Nachsorge	ja / nein
2.6.6.7.11	AEF – Ambulante Entlassform	ja / nein
2.6.6.7.12	GEF – Ganztägig ambulante Entlassform	ja / nein
2.6.6.7.13	WAB – Wechsel in die Ambulante Behandlungsform	ja / nein



2.6.6.8	Eingliederungshilfe	ja / nein
2.6.6.8.1	ABW – Ambulant betreutes Wohnen	ja / nein
2.6.6.8.2	SOZ – Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen	ja / nein
2.6.6.8.3	ÜEW – Übergangswohnen	ja / nein
2.6.6.8.4	TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen	ja / nein
2.6.6.9	Justiz	ja / nein
2.6.6.9.1	MVJ – Medizinische Versorgung im Justizvollzug	ja / nein
2.6.6.9.2	SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug	ja / nein
2.6.6.9.3	SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)	ja / nein
2.6.6.9.4	ENH – Eingliederung nach Haft	ja / nein
2.6.6.10	Altenhilfe und Pflege	ja / nein
2.6.6.10.1	ALT – Ambulante und stationäre Altenhilfe	ja / nein
2.6.6.10.2	HPF – Hilfen für Pflegebedürftige	ja / nein



N.23	Problematik - Aktuell (ersetzt 2.6.7.X)	
	Bitte für alle Bereiche angeben, wie sich die Belastung im Vergleich zum Betreuungs-/Behandlungsbeginn darstellt:	
	1 gebessert 2 gleich geblieben 3 verschlechtert 4 neu aufgetreten	
N.23.1	Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>
N.23.2	Körperliche/s Gesundheit / Befinden	<input type="checkbox"/>
N.23.3	Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	<input type="checkbox"/>
N.23.4	Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder)	<input type="checkbox"/>
N.23.5	Weiteres soziales Umfeld	<input type="checkbox"/>
N.23.6	Schul- / Ausbildungs- / Arbeits- / Beschäftigungssituation	<input type="checkbox"/>
N.23.7	Freizeit(bereich)	<input type="checkbox"/>
N.23.8	Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur	<input type="checkbox"/>
N.23.9	Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>
N.23.10	Wohnsituation	<input type="checkbox"/>
N.23.11	Rechtliche Situation	<input type="checkbox"/>
N.23.12	Fahreignung	<input type="checkbox"/>
N.23.13	Sexuelle Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>
N.23.14	Andere Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>
N.23.15	Gewaltausübung	<input type="checkbox"/>

