

ISSN 1617-108 X

C 5732 F

SUCHT

Zeitschrift für
Wissenschaft und Praxis

Deutsche Hauptstelle gegen
die Suchtgefahren (DHS)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung
und Suchttherapie (DG-SUCHT)

NEULAND

47. Jahrgang · Sonderheft 2 · Dezember 2001

**Dokumentationsstandards III für die Evaluation
der Behandlung von Abhängigen**

**Documentation Standards III for the Evaluation
of Addiction Treatment**

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung
und Suchttherapie e. V. (Hrsg.)

IMPRESSUM

SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis

ehemals »Suchtgefahren« (Jahrgänge 1–36)

Herausgeber:

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V. Westring 2, Postfach 1369, 59003 Hamm
 Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., Postfach 1453, 59004 Hamm

Verlag:

Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.
 Postfach 1422, 21496 Geesthacht
 Telefon: 0 41 528 13 42, Telefax: 0 41 528 13 43
 E-Mail: vertrieb@neuland.com
 Internet: http://www.zeitschrift-sucht.de

Bestellungen und Vertriebsfragen: Frank Lindemann

Erscheinungsweise: Sechs Hefte pro Jahrgang, jeweils Ende Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember

Bezugsbedingungen: Bestellungen sind nur an den Verlag oder den Buchhandel zu richten.

Bezugspreise: Inland: € 86,-, Ausland € 120,- jährlich. Einzelheft € 22,-. Die Preise beinhalten Versandkosten und 7 % Umsatzsteuer. Die Rechnungsstellung erfolgt zu Jahres- bzw. Abonnementsbeginn. Das Abonnement verlängert sich, wenn es nicht einen Monat vor Auslieferung des ersten Hefes gekündigt wird. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt (auch durch Streiks) entstehen keinerlei Rechtsansprüche seitens des Abonnenten.

Herstellung:

Satz: KCS GmbH, Buchholz/Hamburg
 Druck: Nieswand, Kiel

Copyright: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen (mit Ausnahme der genannten Datenbanken).

Die Zeitschrift SUCHT wird ausgewertet für die Datenbanken:

EMBASE/JURIS/PSYINDEX/SOLIS/SOLit

Außerdem werden Aufsätze in folgenden gedruckten Diensten (Referatezeitschriften) nachgewiesen:

EMBASE/Excerpta Medica: Section 40 Drug Dependence (Auszüge aus EMBASE); Referatedienst Kriminologie; Addiction Abstracts

Haftungsausschluss: Der Inhalt dieses Hefes wurde sorgfältig erarbeitet; jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Herausgeber und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit von Angaben, Hinweisen und Ratschlägen.

Anzeigenverwaltung:

me:di:se GmbH, Gneisenaustr. 7, 51377 Leverkusen,
 Telefon: 0214/206 76 23, Telefax: 0214/206 76 48

Beirat:

Dr. Dipl.-Psych. Reinhold Aßfalg, Renchen;
 Prof. Dr. med. Jobst Böning, Würzburg;
 Prof. Dr. med. Gerhard Buchkremer, Tübingen;
 Prof. Dr. med. Helmut Busch, Bernkastel-Andel;
 Prof. Dr. med. Horst Coper, Berlin;
 Prof. Dr. Horst Dilling, Lübeck;
 Prof. Dr. Rudolf Egg, Wiesbaden;
 Prof. Dr. Roman Ferstl, Kiel;
 Prof. Dr. phil. Herbert Feser, Aachen;
 Prof. Dr. med. Wilhelm Feuerlein, München;
 Prof. Dr. Alexa Franke, Dortmund;
 Prof. Dr. med. Joachim Gerchow, Frankfurt/Main;
 Dr. rer. nat. Gerd Glaeske, Bremen;
 PD Dr. rer. nat. Ursula Havemann-Reinecke, Göttingen;
 Dipl.-Päd. Dipl.-Soz. Arb. Irene Helas, Kassel;

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Bielefeld;
 Prof. Dr. phil. Ulrich John, Greifswald;
 Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Helmut Kampe, Darmstadt;
 Dr. med. Volker Kielstein, Magdeburg;
 Prof. Dr. Dieter Kleiber, Berlin;
 Prof. Dr. phil. Joachim Körkel, Nürnberg;
 Prof. Dr. jur. Otto Ernst Krasney, Kassel;
 Prof. Dr. jur. Arthur Kreuzer, Gießen;
 Prof. Dr. Hans-Peter Krüger, Würzburg;
 Dr. Dipl.-Psych. Heinrich Küfner, München;
 Prof. Dr. Klaus Kuschinsky, Marburg;
 Prof. Dr. med. D. Ladewig, Basel;
 Prof. Dr. Otto Michael Lesch, Wien;
 Prof. Dr. med. Karl Mann, Mannheim;
 Prof. Ph. Dr. G. Alan Marlatt, Seattle, Washington;
 Prof. Dr. Hans H. Maurer, Homburg/Saar;
 Dr. Richard Müller, Lausanne;
 Prof. Dr. med. Dieter Naber, Hamburg;
 Prof. Dr. Dr. Robert Olbrich, Mannheim;

Dr. Wolfgang Pittrich, Münster;
 Dr. Ph. D. Jerome J. Platt, Camden, New Jersey;
 Dr. med. Niels Pörksen, Bielefeld;
 Prof. Dr. Wolfgang Poser, Göttingen;
 Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Hamburg;
 Prof. Dr. rer. pol. Heinz Renn, Hamburg;
 Prof. Dr. Karl-Heinz Reuband, Dresden;
 Prof. Dr. med. Hans Rommelspacher, Berlin;
 Dipl.-Theol. Dipl.-Soz. Arb. Wolfgang Scheiblich, Köln;
 Dipl.-Psych. Ralf Schneider, Friedrichsdorf;
 Prof. Dr. Helmut K. Seitz, Heidelberg;
 Prof. Dr. med. Michael Soyka, München;
 Prof. Dr. Alfred Springer, Wien;
 Prof. Dr. Karl-Ludwig Täschner, Stuttgart;
 M. B. A. Dr. med. Jan Auke Walburg, Amsterdam;
 Karl-Rudolf Winkler, Koblenz;
 Dr. med. Erik Winter, Berlin.

Redaktion:

Dr. rer. soc. Gerhard Bühringer, IFT Institut für Therapieforschung, München; E-Mail: buehringer@ift.de (Chefredaktion);
 PD Dr. med. Anil Batra, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen, E-Mail: albatra@med.uni-tuebingen.de;
 PD Dr. med. Dipl.-Psych. Dieter Caspari, Marienkrankenhaus St. Wendel, St. Wendel, E-Mail: dcaspari@wnd.st-elisabeth.de;
 Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ralf Demmel, Westfälische Wilhelms-Universität, Psychologisches Institut I, Münster, E-Mail: demmel@psy.uni-muenster.de;
 PD Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Einrichtungen der RWTH, Aachen, E-Mail: egouzoulis@post.klinikum.rwth-aachen.de;
 Prof. Dr. Andreas Heinz, Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, E-Mail: HeinzA@as200.zi-mannheim.de;
 Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Johannes Lindenmeyer, Salus-Klinik Lindow, Lindow, E-Mail: lindenmeyer@salus-lindow.de;
 Prof. Dr. Dipl.-Psych. Fred Rist, Westfälische Wilhelms-Universität Psychologisches Institut I, Münster, E-Mail: rist@psy.uni-muenster.de;
 Dr. med. Norbert Scherbaum, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Essen, E-Mail: norbert.scherbaum@uni-essen.de;
 Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Lutz G. Schmidt, Psychiatrische Klinik der Universität Mainz, Mainz, E-Mail: schmidt@psychiatrie.klinik.uni-mainz.de;
 PD Dr. med. Friedhelm Stetter, Oberbergklinik Extertal für Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik, Extertal, E-Mail: stetter@oberbergkliniken.de;
 PD Dr. med. Stephan J. M. Teysen, Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen, E-Mail: Steysen@sjs-bremen.de;
 Dipl.-Psych. Heinz C. Vollmer, Salus Therapiezentrum, Friedberg, E-Mail: hcv@tz-friedberg.de;
 Dr. Dipl.-Psych. Hans Watzl, Universität Konstanz – Sozialwissenschaftliche Fakultät/Psychologie, Konstanz, E-Mail: hans.watzl@uni-konstanz.de;
 Rolf Hüllinghorst, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V., Hamm, E-Mail: huellinghorst@dhs.de (Vertreter der Herausgeber).

Redaktionsbüro:

Dipl.-Psych. Jutta Künzel
 IFT Institut für Therapieforschung
 Parzivalstraße 25, 80804 München
 Telefon : +49-(0)89/36 08 04-15, Telefax: +49-(0)89/36 08 04-19
 E-Mail: kuenzel@ift.de

Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen
Documentation Standards III for the Evaluation of Addiction Treatment

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Therapie e. V. (Hrsg.)

Vorwort

Heinrich Küfner, Jobst Böning 5

A Überblick 7

B Glossar 11

C Standards 20

1. Datenerhebung bei Therapieaufnahme 20

1.1 Soziodemographische Angaben 20

1.2 Arbeitssituation und Einkommen 21

1.3 Familiäre Situation, persönliche Beziehungen 24

1.4 Psychische Situation 26

1.5 Gesundheitliche Situation 27

1.6 Rechtliche Situation 28

1.7 Vorbehandlung 31

1.8 Konsum psychoaktiver Substanzen 33

1.9 ICD - Diagnosen 38

1.10 Standardisierte Erhebungsinstrumente 38

1.11 Anamneseprotokoll 40

2. Datenerhebung im Therapieverlauf 41

2.1 Verlaufsdaten für die ambulante Behandlung 41

2.2 Verlaufsdaten für die stationäre Behandlung 42

2.3 Standardisierte Fragebogen 43

3. Datenerhebung bei Ende der Beratung Therapie 45

3.1 Angaben zum Behandlungsende 45

3.2 Gebrauch psychoaktiver Substanzen (während der Behandlung) 46

3.3 Arbeitssituation, Einkommen 47

3.4 Familiäre Situation/Partnerschaft 47

3.5 Psychische Situation 48

3.6 Gesundheitliche Situation 48

3.7 Rechtliche Situation 49

3.8 ICD - Diagnosen 50

3.9 Standardisierte Fragebogen 51

4. Datenerhebung bei Katamnese (bzw. umfassende Verlaufserhebung) 52

4.1 Soziodemographische Angaben 52

4.2 Arbeitssituation und Einkommen 53

4.3 Familiäre Situation, persönliche Beziehungen 55

4.4	Psychische Situation	56
4.5	Körperliche Situation	57
4.6	Rechtliche Situation	59
4.7	Beratung bzw. Behandlung seit Therapieende	61
4.8	Gebrauch psychoaktiver Substanzen und substanzbezogenes Verhalten	63
4.9	ICD-Diagnosen	68
4.10	Standardisierte Fragebogen	69
4.11	Katamneseprotokoll	70
4.12	Organisation und Durchführung von Katamnesen bzw. Verlaufserhebungen	71
5.	Bewertung der Therapieergebnisse	74
6.	Beschreibung der Therapieeinrichtung und des Therapieprogramms	78
7.	Publikation der Ergebnisse	82
D.	Hinweise zur Nutzung der Standards	83
1.	Ausgangssituation und Fragestellung	83
2.	Zum Untersuchungsansatz	83
3.	Zur Auswahl der Variablen und Datenbereiche	85
4.	Erhebungsunterlagen	86
5.	Organisation und Durchführung der Datenerhebung	86
6.	Auswertung der Daten	88
7.	Bewertung der Behandlungsergebnisse	89
8.	Publikation	90
	Literaturverzeichnis	90
	Allgemeine Literatur	90
	Literatur zu den empfohlenen diagnostischen Fragebogen und Verfahren	91
	Anhang	92
	Anlage 1: Liste psychoaktiver Substanzen	93
	Anlage 2: Liste üblicher Gläser für Alkoholgetränke	94

Vorwort

Die dritte überarbeitete Auflage der Dokumentationsstandards erscheint diesmal nicht in Buchform, sondern als Sonderheft der Zeitschrift SUCHT mit einer größeren Verbreitung und leichteren Zugänglichkeit für den deutschsprachigen Raum. Die englische Übersetzung ist in Vorbereitung und wird als elektronische Publikation über die Web-Seite der DG-Sucht (www.dg-sucht.de) als PDF-Datei Ende des Jahres zur Verfügung stehen, ebenso die deutschen Standards in Teil C, um die Erstellung eines Erhebungsbogens zu erleichtern. Auch diese Form soll die Zugänglichkeit und Verbreitung der Dokumentationsstandards auf internationaler und nationaler Ebene fördern.

Es gibt erstaunlich viele Varianten, wie einfach erscheinende Merkmale z. B. die Erwerbstätigkeit oder die Häufigkeit von Drogenkonsum erfasst werden können, und es gibt noch mehr Möglichkeiten, was bei der Planung und Durchführung einer Evaluationsstudie alles übersehen und vergessen werden kann. Die Dokumentationsstandards sollen einen Beitrag zur Reduzierung dieser Probleme leisten und potenziellen Anwendern die Aufgaben erleichtern.

Wenn wir auch nicht quantitativ angeben können, welche Bedeutung die Dokumentationsstandards für Evaluationsstudien im deutschsprachigen Raum gewonnen haben, ergibt sich aus der Literatur über Evaluationsstudien der Eindruck, dass die Dokumentationsstandards am häufigsten bei der Berechnung der Erfolgsquoten zitiert werden. Der Einfluss auf die erfassten Merkmale ist dagegen weit weniger klar ersichtlich.

Was die Dokumentationsstandards III von der Version II unterscheidet, wird in Form eines Überblicks im Abschnitt A eigens dargestellt. Die Dokumentationsstandards stellen nicht nur Prinzipien und allge-

meine Regeln dar, sondern enthalten im Gegensatz zu anderen Leitlinien für die Evaluation im Suchtbereich auch einen vollständigen Satz konkret ausformulierter Fragen. Manchen potenziellen Anwendern wird die Menge von Items zu groß erscheinen, sie sollten bei einer Kürzung genau begründen, weshalb sie diesen oder jenen Bereich nicht erfassen wollen.

Allen bei der Ausarbeitung dieser dritten Version Beteiligten möchten wir abschließend herzlich danken, insbesondere den Experten in der Arbeitsgruppe, aber auch den Studentinnen Vera Günttner, Violeta Stare und Claudia Brungert aus einem Seminar von Dr. Demmel an der Universität Münster, die zu einer Vorversion hilfreiche Kommentare und Anregungen gaben. Herrn Prof. Dr. W. Feuerlein danken wir für die Bearbeitung der Medikamentenliste im Anhang. Frau Edith Göcke hat in bewährter und gelassener Weise den Verwaltungsablauf durchgeführt. Nicht zuletzt danken wir Frau Dipl.-Psych. Edith Perschthaler für die konstante redaktionelle Arbeit über den gesamten Projektverlauf.

Die Entwicklung solcher Standards wird weitergehen und sich immer neu auf die jeweiligen Bedingungen des Anwendungsfeldes und auf neue Ergebnisse und Erfahrungen theoretischer und praktischer Art der Evaluation einzustellen haben. So ist zu hoffen, dass zu gegebener Zeit sich wieder eine Arbeitsgruppe findet, die zu einer erneuten Überarbeitung bereit ist.

Dr. Heinrich Küfner
Für die Arbeitsgruppe

Prof. Dr. Jobst Böning
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (Hrsg.)

Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen

Die Überarbeitung der Standards wurde durch einen Sachkostenzuschluss des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. hat im Sommer 1998 einen Arbeitskreis zur Überarbeitung der Dokumentationsstandards II (1992) eingesetzt.

Folgende Experten haben daran mitgewirkt:

Dr. Ackermann (zeitweilig)
Zentralinstitut für seelische Gesundheit
Mannheim

Dr. Thomas Steffen (zeitweilig)
Institut für Suchtforschung
Zürich

Dr. Ralf Demmel
Westfälische Wilhelms-Universität
Psychologisches Institut I
Münster

Dr. Alfred Uhl
Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung
Wien

Dr. Wilma Funke (zeitweilig)
Kliniken Wied
Wied im Mühlental

Ralph Wettach
Institut für Suchtforschung
Zürich

Dr. Heinrich Kufner (Vorsitz)
IFT Institut für Therapieforschung
München

Dr. Gerhard Wiesbeck
Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg
Würzburg

PD Dr. Michael Soyka
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
Nervenklinik der Universität
München

Die Fragen aus dem juristischen Bereich wurden von Prof. Dr. Rudolf Egg, Wiesbaden bearbeitet.
An der Anhörung haben folgende Personen teilgenommen:

Dr. Buschmann-Steinhage
Verband Deutscher Rentenversicherungen (schriftliche Stellungnahme)

Dr. Michael Heitler
Krankenhaus Spandau (BUSS)
Berlin

Gregor Burkhart
Europäische Drogenbeobachtungsstelle, Lissabon

Helmut Urbaniak
Diakonisches Werk der evangelischen Kirche
Stuttgart

Dr. Thomas Klein
Fachverband Sucht e. V.
Heidelberg

Das Sekretariat der Arbeitsgruppe lag bei Frau Wöhe und Frau Perschthaler (cand. psych.).

A Überblick

Standards in der Dokumentation von Therapien substanzbezogener Störungen haben die Aufgabe, die Durchführung einer Evaluationsstudie zu erleichtern, die Vergleichbarkeit der Daten zu verbessern und schließlich Meta-Analysen zu ermöglichen, mit denen die Ergebnisse vieler Einzelstudien zusammengefasst und analysiert werden können. Die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen erfordert insbesondere für die Erfassung des suchtbegleitenden Verhaltens einen eigenständigen Evaluationsansatz, der durch allgemeine Leitlinien für Evaluationsstudien nicht ausreichend erfasst werden kann. Standards tragen dazu bei, dass ein Untersucher nicht immer wieder neu die bei einer Evaluation auftauchenden allgemeinen Probleme und Aufgaben bewältigen muss, sondern die Erfahrungen zahlreicher Studien und Experten in diesem Bereich besser nutzen kann. Standards und Leitlinien sind immer auch vom Fortschritt in einem bestimmten Wissensfeld abhängig und deshalb von Zeit zu Zeit an neue Entwicklungen anzupassen, ohne dass deswegen bewährte alte Standards aufgegeben werden müssen.

1985 hat die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. eine erste Fassung von Standards unter dem Titel »Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen« herausgegeben. Die Finanzierung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit übernommen, das auch die nachfolgenden Versionen finanziell gefördert hat. Zur Zeit dieser ersten Version der Standards gab es zumindest in Europa keine vergleichbaren Leitlinien im Suchtbereich. 1992 folgte eine zweite Fassung mit dem Titel »Dokumentationsstandards II für die Behandlung von Abhängigen«, 1994 wurden sie in Englisch publiziert. Die zweite Version ist durch folgende Änderungen im Vergleich zur ersten Fassung charakterisiert: Es kam zu einer stärkeren Berücksichtigung der Anforderungen für die Praxis, zu einer stärkeren Einbeziehung der ambulanten Behandlung, zu einer europäischen Zusammenarbeit durch Einbeziehung der Schweiz, Hollands und Österreichs, zu einer zusammenfassenden globalen Bewertung der Therapieergebnisse, zu einheitlichen Zeitfenstern sowie verschiedenen formalen und inhaltlichen Einzelveränderungen. Die Unterscheidung von obligatorischen und optionalen Standards war aufgegeben worden.

Mittlerweile sind im Suchtbereich zahlreiche Ver-

suche entstanden, ebenfalls Standards oder Leitlinien zur evaluativen Datenerhebung zu erstellen (abgesehen von Standards zur Therapiedurchführung). Dazu gehören die Leitlinien der Plinius Major Gesellschaft, die Leitlinien der EBDDA zur Prävention, die »Workbooks« der WHO zur Evaluation und verschiedene Ansätze zu einheitlichen Kerndatensätzen auf europäischer (vgl. Simon, 1999) und auf nationaler Ebene (DHS, 1998, 1999).

Die Leitlinien der Plinius Major Gesellschaft (1994) sind eher als allgemeine Richtlinien der Evaluation zu verstehen, sie enthalten keine konkreten Formulierungen der zu erhebenden Items und sind auf den Alkoholbereich beschränkt. Die Arbeitsbücher der WHO zur Evaluation (WHO et al., 2000) sind ein umfangreicher Einführungs- und Lernertext zur Evaluation im Suchtbereich, die didaktisch gut aufbereitet sind. Es werden sechs Typen von Evaluation unterschieden: »need assessment evaluation, process evaluation, cost evaluation, client satisfaction evaluation, outcome evaluation, economic evaluation«. Dazu gibt es einen einführenden Text von Marsden et al. (2000). Die Leitlinien der EBDDA beziehen sich hauptsächlich auf die Suchtprävention und gehen daher auf die Besonderheiten der Therapie nicht ausreichend ein. Der Europäische Kerndatensatz hatte das Ziel, für rein epidemiologische Zwecke eine Vereinheitlichung der Datenerhebung herbeizuführen. Alkohol und Tabak wurden dabei nicht berücksichtigt. Im nationalen Bereich gibt es ebenfalls solche Versuche der Datenvereinheitlichung: 1998 wurde von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren ein Klient-/Patientenbezogener Kerndatensatz publiziert, 1999 kam ein Einrichtungsbezogener Deutscher Kerndatensatz hinzu. Letzterer besteht aus einem Mantelbogen, einem allgemeinen Einrichtungsbogen und aus acht Zusatzbögen für verschiedene Einrichtungstypen. Auf diese Weise ergibt sich zwar ein guter Überblick über die verschiedensten Therapieangebote, vergleichbare therapierelevante Variablen über alle Einrichtungstypen hinweg, wie z. B. die Intensität der Therapie, fehlen, so dass eine vergleichende Auswertung in einer Evaluationsstudie hinsichtlich der Effekte von Behandlungsmerkmalen kaum möglich erscheint. Potenzielle Wirkfaktoren der Therapie (s. z. B. Grawe, 1995) sind in die Formulierung der Items nicht sichtbar eingegangen.

Für die neue Version der Dokumentationsstandards ergab sich die Aufgabe, so weit als möglich all diese Ansätze zu berücksichtigen. Hauptsächlich vier Gründe führten zur Überarbeitung der Dokumentationsstandards II:

1. Bisherige Erfahrungen mit den Dokumentationsstandards II sollten eingearbeitet werden.
2. Aspekte der Psychopharmakaforschung bei der Behandlung von Abhängigen sollten stärker berücksichtigt werden.
3. Die Entwicklung neuer Erhebungsinstrumente wie des EuropASI (deutsche Übersetzung Gsellhofer et al., 1999) hat anders erfasste Ergebniskriterien in den Mittelpunkt gestellt.
4. Vor- und Nachteile naturalistischer und experimenteller Studien sollten deutlich gemacht werden.

Die Erfahrungen der Teilnehmer in der Expertengruppe mit den bisherigen Standards gingen in zahlreichen Detailänderungen mit ein. Keine Erfahrungen lagen mit dem einheitlichen Beurteilungssystem der Dokumentationsstandards II vor, so dass dieses als Option in modifizierter Form belassen wurde. Generell wurde eine dimensionale Beurteilung im Sinne eines Wirkungsprofils angestrebt und eine zusammenfassende Beurteilung über alle Lebensbereiche offen gelassen, weil die Veränderungen in den verschiedenen Bereichen ganz unterschiedlich gewertet werden können, und diese unterschiedlichen Gewichtungen bislang nicht empirisch begründet werden können.

Neue Erhebungsinstrumente mit internationaler Bedeutung wie der EuropASI haben verschiedene Aspekte, wie die Wahl des Zeitfensters und die Frage nach den zu überprüfenden Dimensionen in den verschiedensten Studien geprägt. Die Frage war, was ist vom Ansatz des ASI sinnvoll und brauchbar, so dass es übernommen werden sollte.

Durch den verstärkten Einsatz von Psychopharmaka in der Suchttherapie traten andere Erfolgsparameter in den Mittelpunkt z. B. die Anzahl der Tage mit Konsum einer psychoaktiven Substanz, deren klinische Bedeutung unklar erschien, und deren Zusammenhang mit anderen Erfolgskriterien ebenfalls einer Klärung bedarf. Die Pharmakoforschung ist durch ein gut standardisiertes Vorgehen (Good Clinical Practice) und klar vorgegebenen methodischen Standards charakterisiert, wie der einer Doppelblindstudie mit Randomisierung der Patientenzuordnung. Die allgemeine Akzeptanz dieses Vorgehens und die Dominanz dieses Modells hat zu einer Abwertung naturalistischer Studienansätze beigetragen. Das Problem einer zwar guten internen Validität experimenteller Ansätze auf Kosten der externen Validität wird dabei meist übersehen. Das Wirkungsgefüge bei der Evaluation psychosozialer Maßnahmen ist jedoch erheblich komplexer als bei der Wirksamkeitsüberprüfung

einer Substanz. Eine Randomisierung ist nicht bei allen therapeutischen Alternativen möglich: Wenn bspw. die Therapieform A für einen Klienten deutlich aufwendiger ist als die Therapieform B, wird ein Patient kaum im Prinzip für beide Alternativen bereit sein, was für eine erfolgreiche Randomisierung aber Voraussetzung ist.

Was hat sich verändert in den Dokumentationsstandards III?

1. Aus dem Inhaltsverzeichnis geht hervor, dass die Grobgliederung in folgender Weise geändert wurde: Aus der Einleitung wurde Teil A Überblick; Teil B ist als Glossar mit den wichtigsten Begriffen für den Bereich der Evaluation neu hinzugekommen. Damit soll vor allem eine Klärung methodischer, aber auch inhaltlicher Grundbegriffe erfolgen und das oft mühselige Nachschlagen in unterschiedlichen Fachbüchern erspart werden. Teil C beinhaltet die eigentlichen Standards und Teil D sind die Hinweise zur Nutzung der Standards (bisher Teil B).
2. Die Items des Europäischen Kerndatensatzes sowie der beiden deutschen Kerndatensätze wurden auf Kompatibilität überprüft. An einigen Stellen wurden Ergänzungen bei den Standards vorgenommen oder als vollständig neue Standards übernommen (z. B. Therapievermittlung).
3. Aus dem EuropASI wurden eine Reihe von Items eingeführt, die als quantitative Maße die Situation in den letzten 30 Tagen beschreiben. Für die Lebens- und Verhaltensbereiche Konsum psychoaktiver Substanzen, Arbeitssituation, Finanzielle Situation, Psychische Situation, Familiäre Beziehungen, Freunde und Gesundheitliche Situation gibt es jetzt ein einheitliches Beurteilungssystem mit jeweils 3 Fragen: 1. An wie vielen Tagen kam es zu Problemen? 2. Wie groß war die Belastung? Und 3. Wie wichtig ist jetzt eine Beratung oder Behandlung in dem jeweiligen Bereich?
4. Die Standards bei Behandlungsende wurden zur Beurteilung der gleichen Lebens- und Verhaltensbereiche wie bei Aufnahme und Katamnese entsprechend erweitert.
5. Für die Erfolgsbeurteilung werden drei Grundaspekte unterschieden:
 1. Die Erreichbarkeit der Zielpopulation und die Akzeptanz der Klienten, aber auch der Therapeuten. Wichtigste Erfolgsgröße ist hier die Haltequote. Die Erreichbarkeit setzt die Größe der Zielpopulation voraus, die häufig nicht genau bekannt ist. Die Akzeptanz einer Therapie

- durch die Therapeuten wird meist ohne Diskussion vorausgesetzt. Sie wird auch in dieser Version der Standards nicht weiter bearbeitet.
2. Die Wirksamkeit einer Therapie: Dazu gehört das vorgeschlagene Zustandsprofil in den letzten 30 Tagen (siehe Punkt 3), die bisherige, in den Dokumentationsstandards II dargestellte und in einer Dimension veränderte zusammenfassende Bewertung sowie eine quantitative Größe (Abstinenz, Reduktion) im gesamten Zeitraum und schließlich die Mortalitätsrate als Erfolgsgröße. Abhängig von der Aufgabenstellung können unterschiedliche Erfolgskriterien im Mittelpunkt stehen (s. auch Punkt 6).
 3. Die hier nicht einbezogene ökonomische Bewertung: Dazu gehören (u. a.) Kosten-Nutzen-Analysen, die Punkt 1 oder Punkt 2 voraussetzen, und eine Effektbeurteilung mit Hilfe eines monetären Bewertungssystems (siehe Ökonomische Evaluation).
Für die Wirksamkeitsbeurteilung wurde einerseits wie in Punkt 3 beschrieben der Ansatz des ASI übernommen, in verschiedenen Lebensbereichen nach einem einheitlichen Zeitfenster (die letzten 30 Tage) in einer quantitativen Form (Anzahl der Tage mit ...) zu erfassen. Andererseits wurde aber auch daran festgehalten, dass der gesamte Katamnesezeitraum zu berücksichtigen ist, wenn die Wirksamkeit einer Therapie ausreichend beurteilt werden soll. Dies gilt vor allem für den Konsum psychoaktiver Substanzen und deren Folgen. Das kann geschehen, indem entweder statt der letzten 30 Tage der gesamte Zeitraum in gleicher Weise abgedeckt wird, was aber je nach Katamnesezeitraum mit Erinnerungsproblemen belastet ist, oder man gibt normative und qualitative Bewertungskategorien vor wie in dem Beurteilungssystem der Dokumentationsstandards II. Vorgeschlagen wird hier für den Gebrauch psychoaktiver Substanzen im gesamten Katamnesezeitraum ein quantitatives Maß, nämlich die Anzahl der Wochen (Tage) mit Abstinenz und qualitativ die bisherige, in einem Bereich allerdings modifizierte Bewertung in den Standards II. An Stelle der Dimension Lebenszufriedenheit wurde der Bereich Psychischer Status eingeführt, um die gleichen Lebensbereiche wie im ASI zu erfassen.
 6. Je nach Ausgangslage und Zielsetzung einer Therapie (z. B. niedrigschwellige Angebote mit dem Ziel der Schadensminimierung) können unterschiedliche Grundaspekte und deshalb unterschiedliche Erfolgskriterien maßgebend sein: Dazu gehören die Haltequote im Behandlungsverlauf, die Mortalitätsrate, die Quote der erreichten Klienten sowie zusätzlich die Reduktion von Folgeerkrankungen.
 7. Neben dem bislang dargestellten Katamneseansatz wird gleichwertig ein Verlaufsansatz für die Festlegung der Erhebungszeitpunkte mit inhaltlich gleichen Standards dargestellt. Beim Katamneseansatz wird der Erhebungszeitraum vom Ende der Therapie her berechnet, beim Verlaufsansatz geht man vom Beginn der Behandlung aus. Beide Ansätze haben Vor- und Nachteile. Für eine über Jahre sich erstreckende Therapie, z. B. einer Substitutionsbehandlung, ist der Verlaufsansatz unverzichtbar. Bei kurzen Therapien ist der Katamneseansatz günstiger, weil die Therapie als Einflussfaktor besser abgrenzbar ist.
 8. Für die Abfrage bestimmter Bereiche wie z. B. dem Suchtmittelkonsum oder den Folgeerkrankungen werden Listen empfohlen, die dem Klienten im Rahmen eines Interviews vorgelegt werden. Damit sollen für die Klienten die Antworten erleichtert und die Angaben sowohl reliabler als auch valider werden. Dies entspricht dem Vorgehen in vielen standardisierten Interviews.
 9. Gültigkeitsanspruch der Standards:
Wir gehen nicht davon aus, dass in einer Studie alle Standards berücksichtigt werden müssen. Der Gültigkeitsanspruch der Standards ist so zu verstehen, dass wenn ein bestimmter Bereich erfasst wird, dann sollte er in der vorgeschlagenen Weise erfasst werden. Daneben wird es sicherlich auch gute Gründe geben, das eine oder andere Merkmal anders zu erfassen als in den Standards vorgeschlagen. Dies sollte dann jeweils explizit begründet werden.
Wir haben keine Module entwickelt für unterschiedliche Fragestellungen oder Evaluationstypen, weil bislang kein einheitliches Klassifikationssystem zur Evaluation existiert (vgl. Glossar: Evaluation). Die Unterscheidung zwischen Forschungs- und Routinestandards oder zwischen verbindlichen und optionalen Standards wurde wie in den Dokumentationsstandards II aufgegeben. Standard bleibt die Erfassung der Wirkung in den verschiedenen vorgeschlagenen Lebens- und Verhaltensbereichen, unabhängig davon was als Therapieziel vereinbart worden ist. Das heißt, eine Evaluationsstudie im Suchtbereich sollte sich nicht auf die individuellen Ziele der Studie oder

der Klienten beschränken, auch wenn der Schwerpunkt einer Studie mit ergänzenden Items diese spezifischen Ziele aufgreifen kann. Wenn allerdings kontrollierter Drogenkonsum als Therapieziel angestrebt wird, ist eine Umformulierung der Erfolgskriterien und eine Definition kontrollierten Konsums in sorgfältiger Weise erforderlich.

10. Hinsichtlich der Erfolgskriterien wurde neu aufgenommen die Mortalitätsrate und die Quote der erreichten Klienten. Letztere kann allerdings nur studienspezifisch festgelegt werden, hat aber für die Evaluation niedrigschwelliger Angebote und für eine ökonomische Evaluation eine zentrale Bedeutung.
11. Darüber hinaus wurde eine Vielzahl kleinerer Veränderungen und Anpassungen von Definitionen

(z. B. genaue Definition der Erwerbssituation) und Antwortkategorien an andere Datensätze vorgenommen, die hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden können. Generell vermieden wurden kategoriale Häufigkeitsangaben, die so weit als möglich durch quantitative Angaben ersetzt wurden.

12. Nicht berücksichtigt wurde eine ökonomische Evaluation mit Kosten-Nutzen-Analysen sowie eine Bedarfsevaluation, deren Gegenstand allerdings nicht die Therapie und deren Wirksamkeit, sondern die Nachfrage ist. Zu diesen Bereichen lagen von den Teilnehmern der Expertengruppe zu wenig Erfahrungen vor. Damit wird deutlich, dass diese Dokumentationsstandards nicht alle Fragetypen der Evaluation abdecken können.

B Glossar

Akutbehandlung

Zur Akutbehandlung im Suchtbereich gehören die Entzugsbehandlung (Entgiftung), die Motivationsbehandlung und Kriseninterventionen. Zur Postakutbehandlung zählen Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitationsbehandlung) und Nachbehandlung (Nachsorge, Festigungsbehandlung u. a.).

Arbeitslose (vgl. Erwerbslose, Erwerbspersonen, Erwerbstätige, Nicht-Erwerbspersonen)

Damit bezeichnet man Personen ohne Arbeitsverhältnis, die beim Arbeitsamt als Arbeitslose – mit oder ohne Bezug von Arbeitslosenunterstützung – gemeldet sind.

Abbruchquote (vgl. Haltequote)

Behandlung (= Therapie)

Der Begriff Behandlung umfasst medikamentöse, andere medizinische, psychotherapeutische (s. **Psychotherapie**) und soziotherapeutische (s. **Soziotherapie**) Maßnahmen. In dem hier verwendeten Sinn ist er nicht mit sozialrechtlichen Bestimmungen und Folgen verbunden, sondern als Sammelbegriff für gezielte, auf die Beseitigung einer Störung gerichtete Aktivitäten zu sehen, die über eine **Beratung** hinaus gehen.

Arzneimittelprüfung

Zur Überprüfung von Arzneimitteln gibt es eine Reihe von nationalen und internationalen Gesetzen, Regelungen und Leitlinien. In Deutschland ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zuständig. Vor Einführung eines neuen Arzneimittels müssen Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität nachgewiesen sein. Bei der Überprüfung werden vier Phasen unterschieden: I vorklinische Phase, Phasen II–IV klinische Phasen. Für die klinischen Phasen ist die Zustimmung einer Ethik-Kommission erforderlich. Am Ende der Phase III steht im erfolgreichen Fall die Zulassung auf den Markt. In Phase IV folgen Studien zur weiteren Überprüfung z. B. der Indikation. Unter dem Schlagwort Good Clinical Practice gibt es Leitlinien und Prüflisten für die Durchführung kontrollierter klinischer Studien (z. B. Witte et al., 1990, Hrsg.: Ordnungsgemäße klinische Prüfung. Good Clinical Practice).

Behandlungseinrichtungen (suchtspezifische)

Dazu gehören psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen für die ambulante Rehabilitation, sozialpsychiatrische Einrichtungen, sowie stationäre Behandlungseinrichtungen (Suchtfachkliniken) oder suchtspezifische Stationen von Psychiatrischen Kliniken und Allgemeinkrankenhäusern, die von Leistungsträgern (Rentenversicherungsträger, Krankenkassen) belegt werden und bestimmten Kriterien entsprechen müssen. Auch spezielle Stationen zur Entzugsbehandlung in Krankenhäusern sind suchtspezifische Behandlungseinrichtungen.

Beratung

ist inhaltlich dadurch charakterisiert, dass Probleme und Ziele angesprochen und Empfehlungen gegeben werden. Auch wie diese Ziele erreicht werden können, ist in der Regel Teil der Beratung (s. Secretary of Health and Human Services, 1997). Im Unterschied zur **Behandlung (= Therapie)** sind die individuellen Motivationen und Bedingungsfaktoren für die individuelle Zielfindung sowie die Entwicklung von Fähigkeiten zur Realisierung dieser Ziele nicht mehr unmittelbares Ziel der Beratung, sondern Bestandteil der Therapie (siehe Psychotherapie). In den Dokumentationsstandards wird nicht zwischen Beratung und **Behandlung** unterschieden.

Doppel-Blind-Studie

Dieser Begriff kommt aus der Pharmakoforschung und bezeichnet dort die Überprüfung einer Substanz im Vergleich zu einem Placebo-Präparat oder zu einer zweiten eingeführten Substanz, wobei weder der Patient selbst noch der Arzt weiß, ob der Patient das Verum oder das Placebo bekommt. Wenn gleichzeitig noch unterschiedliche Applikationsarten, wie z. B. oral versus parenteral durch Injektion, überprüft werden, spricht man auch von einer »Double blind-double dummy« Studie. Der Ansatz einer Doppel-Blind-Studie kann aber auch bei Interventionen außerhalb der Pharmakoforschung zum Einsatz kommen, sofern es möglich ist, experimentelle Intervention und Vergleichsintervention in einer Art und Weise zu gestalten, dass weder die Probanden noch die Versuchsleiter erkennen können, wer welcher Intervention unterzogen wurde.

Einzelfallstudie

Sie beinhaltet die Darstellung eines Einzelfalles, wobei sowohl qualitative (z. B. biografische) als auch quantitative Methoden (z. B. Testverfahren) zur Datenerhebung angewandt werden können. Die In-

formationen über den Einzelfall sind in der Regel umfangreich und anschaulich. Eine Verallgemeinerung ist nur bedingt möglich. Voraussetzung für Kausalitätsaussagen ist die Durchführung eines Einzelfalldesigns, z. B. ein ABAB-Ansatz (A = ohne Intervention, B = mit Intervention), der die Kausalität einer Intervention nahe legt. Eine Verallgemeinerung auf andere Fälle ist dadurch nicht gesichert. Kommt es nicht zur Anwendung eines entsprechenden Einzelfalldesigns, so dass ein Fall nur genauer beschrieben wird, spricht man von kasuistischer Darstellung.

Entzugsbehandlung (Entgiftung)

Damit ist eine Behandlung der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen gemeint, die darauf abzielt, die psychoaktive Substanz aus dem Körper des Patienten zu entfernen, so dass ein Zustand ohne körperliche Entzugserscheinungen erreicht wird. Je nach Konzept sind mit der körperlichen Entgiftung mehr oder weniger umfangreiche psychosoziale Maßnahmen verbunden, die sich auf Kriseninterventionen sowie auf eine Motivation zur Abstinenz (oder zur Reduktion des Suchtmittelkonsums) sowie zur weiteren Behandlung beziehen. Die Entzugsbehandlung kann ambulant oder stationär erfolgen. Sie ist im Sinne einer eigenständigen Behandlung nicht erforderlich, wenn der Patient von sich aus eine Abstinenz erreicht und keine Komplikationen (Krampfanfälle, Delirium u. a.) erwartet werden müssen. In der Regel schließt sich an einen Entzug eine Entwöhnungsbehandlung an. Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung können getrennt oder in derselben Einrichtung mit manchmal fließendem Übergang erfolgen.

Entwöhnungsbehandlung

Darunter versteht man die Behandlung der psychischen Abhängigkeit von einer psychoaktiven Substanz meist mit psychosozialen, aber auch mit medikamentösen Methoden. Meist geht eine Entzugsbehandlung voraus, unter Umständen in ein- und derselben Einrichtung. Sie umfasst meist ein umfangreiches Programm mit Maßnahmen der Psycho- und Soziotherapie sowie der Arbeits- und Beschäftigungstherapie und der Physiotherapie. In der internationalen Literatur, aber auch im Bereich der Rentenversicherungsträger wird von einer medizinischen Rehabilitation gesprochen.

Erfolgsmessung

Bei der Berechnung von Erfolgsparametern besteht die Frage, auf welche Ausgangsstichprobe (Bezugs-

gruppe) die Häufigkeit von **Respondern** (Erfolge, positive Wirkung) bezogen wird. Allgemeine Bezugsgruppen sind folgende: 1. Die gesamte Stichprobe von Probanden, die die Intervention bekommen sollte (»intention-to-treat-Ansatz«) oder nur jene, die die Behandlung abgeschlossen haben. 2. Alle, von denen eine Information über den Erfolg vorliegt. Alle ohne Informationen werden als Non-Responder bzw. als Misserfolge klassifiziert. In der Regel ist bei einer **Evaluation** die gesamte Ausgangsstichprobe als Bezugsgruppe heranzuziehen. Hinsichtlich des zweiten Aspektes muss bei jeder Studie einzeln überlegt und diskutiert werden, welcher Fehler wahrscheinlich die Ergebnisse am wenigsten verzerrt. Welche Erfolgsparameter (Erfolgskriterien) erfasst werden, hängt zum Teil von der Zielsetzung einer Evaluationsstudie, aber auch von generellen Vorstellungen über die Wirkung von Therapien bei Abhängigkeitserkrankungen ab (siehe Standards).

Erwerbsfähigkeit

ist die Fähigkeit des Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich nach seinen Kenntnissen und seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu verschaffen. Das Vorliegen bzw. Erreichen der Erwerbsfähigkeit ermittelt der Rentenversicherungsträger, wenn er über einen Leistungsantrag zu entscheiden hat. Für die Auslegung dieses Tatbestandmerkmals ist für ihn von Bedeutung, wie sich aus sozialmedizinischer Sicht das Leistungsvermögen im Erwerbsleben darstellt. Dies ist die noch aktivierbare Restleistungsfähigkeit des Versicherten unter Berücksichtigung der vorhandenen Beeinträchtigungen und Behinderungen. Die Einschätzung des Leistungsvermögens gibt der Arzt als beratender Sachverständiger ab (BfA, 1997, Seite 1). Es gibt dazu bisher keine verbindlichen, empirisch geprüften Kriterien.

Erwerbslose (vgl. Arbeitslose, Erwerbspersonen, Erwerbstätige)

sind Personen ohne Arbeitsverhältnis, die sich jedoch um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig davon, ob sie beim Arbeitsamt als Arbeitslose gemeldet sind (Statistisches Jahrbuch, 1995, Seite 102).

Erwerbspersonen (vgl. Arbeitslose, Erwerbspersonen, Erwerbstätige)

sind alle Personen, die eine unmittelbar oder mittelbar auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen, unabhängig von der Bedeutung des Ertrages

dieser Tätigkeit für ihren Lebensunterhalt und ohne Rücksicht auf die von ihnen tatsächlich geleistete oder vertragsmäßig zu leistende Arbeitszeit. Als Erwerbspersonen zählen die **Erwerbstätigen** und die **Erwerbslosen** (Statistisches Jahrbuch, 1995, Seite 102).

Erwerbstätige (vgl. Arbeitslose, Erwerbspersonen, Erwerbstätige)

sind Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten/innen und mithelfende Familienangehörige) oder selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben (Statistisches Jahrbuch 1995, Seite 102). Arbeitslose, die vorübergehend geringfügige Tätigkeiten ausüben, zählen nach dem Erwerbskonzept nicht zu den **Erwerbslosen**, sondern zu den Erwerbstätigen (Statistisches Jahrbuch 1995, Seite 102).

Evaluation

Darunter versteht man allgemein das systematische Sammeln von Daten über einen zu beurteilenden Gegenstand z. B. ein Therapieprogramm, um damit eine jederzeit nachvollziehbare Bewertung auf der Grundlage begründeter Kriterien vorzunehmen. Zur Klassifikation von Evaluationstypen werden unterschiedliche Aspekte herangezogen (s. Uhl, 2000), die bislang nicht zu einem einheitlichen Klassifikationssystem geführt haben. Eine gebräuchliche Klassifikation von Evaluationsansätzen unterscheidet zwischen formativer und summativer Evaluation. Bei einer formativen Evaluation befindet sich die zu evaluierende Maßnahme noch in einem Entwicklungsstadium (wird geformt). Bei einer summativen Evaluation ist die zu evaluierende Maßnahme, z. B. ein Therapieprogramm bereits fertig entwickelt und soll abschließend beurteilt werden. In der Gruppe formativer Evaluation können die Interventionen bzw. Programme in unterschiedlichen Entwicklungsstadien sein, z. B. als ex-ante Untersuchungen eines Interventionsplans oder als Machbarkeitsstudie, bei der ein Therapiekonzept durchgeführt, aber je nach Ergebnis im Anschluss an die Untersuchung entsprechend verändert wird. Eine weitere gebräuchliche Klassifikation unterscheidet zwischen Prozess- und Ergebnis-Evaluation. Eine so genannte Prozessevaluation bezieht sich mehr auf den Ablauf der einzelnen Interventionen und Reaktionen und kann je nach Entwicklungsstadium der Maßnahme eher als summative oder eher als formative Evaluation verstanden werden. Zu den Ergebnisstudien gehören sowohl solche, die nur die Wirksamkeit erfassen und solche, die darüber hinaus

auch Bedingungsfaktoren als Merkmale der Patienten oder als Charakteristika der Intervention untersuchen. Eine weitergehende Differenzierung von Ergebnissen (bezogen auf die Zielsetzung) und Impact (bezogen auf die weitere, nicht unbedingt beabsichtigte Wirkung) wird hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Eine Gruppe von Evaluationsstudien, die sich mit Kosten- und Nutzen-Fragen beschäftigt wird als ökonomische Evaluation bezeichnet. (Ein umfassender Überblick über Evaluationsansätze findet sich bei Uhl, 2000).

Experimentelle Studie

Eine solche liegt im Bereich der klinischen Psychologie und Medizin vor, wenn die zu überprüfende Einflussvariablen (unabhängige Variable) zwar nicht an ein- und demselben Probanden (s. Einzelfallstudie) systematisch variiert werden können, aber vergleichbare, d. h. randomisierte Probandengruppen auf die unterschiedlichen Versuchsbedingungen aufgeteilt werden können. Im einfachsten Fall werden nur zwei Bedingungen (in der Pharmakotherapie z. B. Placebo versus Verum, in der Psychotherapie Kontrollgruppe versus Versuchsgruppe) miteinander verglichen. In einigen Fällen wird man auch am Einzelfall eine systematische Variation der zu überprüfenden Einflussvariablen vornehmen können. Zu beachten ist auch, inwieweit die zu untersuchende Einflussvariable, z. B. der Faktor Zeit ausreichend repräsentiert wird, wenn nur eine oder einige wenige Ausprägungen überprüft werden können. Durch die zufällige Zuordnung der Klienten zu den unterschiedlichen Bedingungen erwartet man, dass mögliche nicht bekannte und damit nicht kontrollierte Einflussfaktoren sich gleichartig auf die Bedingungsgruppen verteilen, so dass dadurch auf die Wirkvariable (abhängige Variable) kein dominanter Effekt ausgeübt wird. Bei kleinen randomisierten Gruppen können zufällige Unterschiede in potentiellen Einflussfaktoren nicht ausgeschlossen werden. Deshalb wird zusätzlich überprüft, ob sich die randomisierten Gruppen eventuell in manchen Variablen wie der sozialen Stabilität oder anderen vermuteten Einflussfaktoren nicht dennoch unterscheiden. Die Randomisierung kann auch bezüglich bestimmter Schichtvariablen wie z. B. dem Geschlecht oder dem Alter angewandt werden. (s. auch **quasi-experimentelle Studien**).

Fall – Kontrollstudie

Darunter versteht man einen Untersuchungsansatz, der von einer Patientengruppe mit der zu untersuchenden Erkrankung (oder mit einem bestimmten

Merkmal oder auch einer Intervention) ausgeht, der dann Kontrollpatienten ohne diese Erkrankung bzw. ohne dieses Merkmal (ohne diese Intervention oder mit einer anderen Intervention) zum Vergleich zugeordnet werden. Die Zuordnung kann paarweise (matched pairs) oder anteilmäßig nach Merkmalskategorien durchgeführt werden, um Unterschiede, die nichts mit der Erkrankung zu tun haben oder die man bereits als Einflussfaktoren kennt, möglichst auszuschalten. Man bekommt so parallelisierte Stichproben, die dann miteinander hinsichtlich anderer Merkmale im Sinne potenzieller Prognose- oder Einflussfaktoren oder hinsichtlich der Behandlungsergebnisse verglichen werden. Offen ist dabei, inwieweit die Fallstichprobe repräsentativ für die Population aller Fälle mit dieser Störung ist und inwieweit die Kontrollgruppe repräsentativ für die Population ohne die Erkrankung ist. Im Fall repräsentativer Stichproben lässt sich für jedes Merkmal das relative Risiko für die Entstehung der Störung bestimmen, ansonsten ist zur Bestimmung des Risikos der Odds-Ratio der geeignete statistische Koeffizient.

Haltequote

Der verbreitete Begriff der Abbruchquote sollte, um Missverständnisse wegen der Definition von Abbruch zu vermeiden, durch den Begriff Haltequote ersetzt werden. Unter Haltequote wird die Quote der planmäßigen (bzw. regulären) Beender bezogen auf die Beginner mit mindestens einem Kontakt verstanden. Zu unterscheiden ist davon die Erreichbarkeits- oder Ausschöpfungsquote, die sich auf die potenziell in Frage kommende Klientengruppe bezieht.

Katamnese, Verlaufsstudie

Von einer Katamnese spricht man, wenn nach Abschluss einer Therapie der weitere Verlauf anhand verschiedener Erfolgsvariablen in einer oder mehreren Erhebungen erfasst wird. Zur Festlegung des Erhebungszeitpunktes wird von dem Abschluss der Therapie (Indextherapie) ausgegangen. Da die Therapiedauer sehr unterschiedlich lang sein kann, unter Umständen auch lebenslang, ist es in diesen Fällen besser vom Beginn der Therapie auszugehen und man spricht dann besser von einer Verlaufsstudie.

Kausalität

In vielen Studien ist die Erfassung von Kausalfaktoren oder die Entwicklung eines Kausalmodells das letzte Ziel einer empirischen Untersuchung. Es lassen sich verschiedene Arten von Kausalität unterscheiden (nach Aristoteles): 1. Stoffursache 2. An-

triebsursache 3. Zweckursache 4. Formursache (z. B. Plan). Diese Differenzierung ist wichtig, um keine eingeengte Sichtweise der Kausalität zu entwickeln. Für die wissenschaftliche Erfassung der Kausalität ist das Hempel-Oppenheim-Modell der wissenschaftlichen Erklärung eine nützliche Grundlage: Es wird zwischen dem Explanans bestehend aus Gesetzesaussagen und Antecedensbedingungen und dem Explanandum unterschieden. Gesetzesaussagen können als Wenn, dann Aussagen oder psychologisch als Handlungsregeln charakterisiert werden und umfassen auch Wahrscheinlichkeitsaussagen. An Gesetzesaussagen können unterschiedlich strenge Kriterien angelegt werden. Sie sollten grundsätzlich falsifizierbar sein und können durch Induktion oder Deduktion entstanden sein. Verifizierbar sind Gesetzesaussagen nur partiell. Weitere Kriterien sind die allgemeinen Kriterien für Wissenschaftlichkeit, wie Objektivität, Wiederholbarkeit und Nachvollziehbarkeit, sowie der zeitliche Bezug von Kausalfaktor und Wirkung. Sozialwissenschaftliche Kausalmodelle sind dadurch charakterisiert, dass Gesetzesaussagen durch statistische Gleichungen ersetzt werden und ein Kausalfaktor der Wirkung zeitlich vorausgeht. Außerdem sollte die interne Validität möglichst hoch sein. Eine weitere Eigentümlichkeit von Kausalmodellen besteht darin, dass sie sich auf Gruppen von Individuen und nicht unmittelbar auf den Einzelnen beziehen (s. auch Statistisches Modell).

Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

Die persönlichen Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen in Deutschland sind nach § 10 SGB VI erfüllt, wenn

- bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung abgewendet werden kann,
- bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder
- der Eintritt von Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit BU/EU sowie von verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau abgewendet werden kann.

Die prognostische Aussage »voraussichtlich« bedeutet, dass eine Rehabilitationsleistung nur in Betracht kommt, wenn das Rehabilitationsziel mit großer Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann. Die Aussicht allein genügt nicht (BfA, 1997, Seite 1). Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden in der gesetzlichen Rentenversicherung bisher überwiegend in stationärer, zunehmend aber auch in teilstationärer oder ambulanter Form erbracht. Die kon-

zeptionellen Grundlagen der medizinischen Rehabilitation sind von der gesetzlichen Rentenversicherung festgelegt worden: Die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation orientieren sich an diesen Konzepten. Ihre Einhaltung wird durch das Reha-Qualitätsprogramm der Rentenversicherung überprüft (BfA, 1997, S. 3). Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation sind in § 11 SGB VI festgelegt.

Meta-Analyse

Jede Form der quantitativen Zusammenfassung von empirisch-statistischen Untersuchungsergebnissen verschiedener Studien wird als Meta-Analyse bezeichnet. Sie wird abgegrenzt von narrativen Berichten über Studienergebnisse und von einer bloßen Aufzählung signifikant positiver, signifikant negativer und nicht signifikanter Ergebnisse. Es gibt unterschiedliche Formen und Kriterien für die Zusammenfassung quantitativer Ergebnisse, je nach Art der zusammenzufassenden Messgröße (kontinuierliche oder kategoriale Größe) und der Abgrenzung von Analyseeinheiten (Personen, Einrichtungen). Da meist Erfolgsgrößen zusammengefasst werden, spricht man auch von Effektgrößen, die durch Standardisierung der Erfolgswerte der einzelnen Studien zustandekommen, so dass z. B. die Ergebnisse unterschiedlicher Behandlungsformen anhand der Effektgröße direkt miteinander verglichen werden können. Probleme ergeben sich bei der Auswahl der Studien (Verzerrung durch nicht publizierte ungünstige Ergebnisse), den eventuell leicht unterschiedlich definierten Erfolgsgrößen (mangelnde Standardisierung) und fehlenden statistischen Angaben. Ein standardisierter Effekt gibt an, welchen Prozentrang ein Klient der Therapiegruppe im Durchschnitt in der Verteilung der Probanden ohne Behandlung erreicht.

Mortalitätsrate

Die Mortalität als Quote der Verstorbenen in einem bestimmten Zeitraum ist von Alters- und Geschlechtsverteilung in der Stichprobe abhängig. Deshalb lassen sich Mortalitätsraten meist nicht direkt miteinander vergleichen. Standardisierte Mortalitätsraten sind hinsichtlich Alter und Geschlecht der Bevölkerung standardisiert. Dazu sind Sterbetafeln der zugehörigen Gesamtbevölkerung erforderlich. Die standardisierte Mortalitätsrate (SMR) ist definiert durch die Anzahl der Verstorbenen in dem erfassten Zeitraum bezogen auf die erwartete Anzahl von Verstorbenen errechnet nach Alter, Geschlecht und Zeitraum aus der Sterbetafel der zugrunde liegenden

Population. Werte über 1 weisen daher auf eine Übersterblichkeit hin, Werte unter 1 auf eine Untersterblichkeit der untersuchten Gruppe.

Naturalistischer Untersuchungsansatz

Im Gegensatz zu einer kontrollierten klinischen Studie, deren Ideal bei Pharmakostudien eine randomisierte Doppel-Blindstudie darstellt, erfolgt bei einer naturalistischen Studie keine Randomisierung der Patientenanzahl. Außerdem wird der Therapieprozess nicht standardisiert (z. B. kein Therapie-Manual), sondern erfolgt nach den Therapiekonzepten der beteiligten Einrichtungen und Therapeuten und stellt letztlich einen fortlaufenden Anpassungsprozess dar. Vorteil dieses Ansatzes ist eine weitaus bessere Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse (hohe externe Validität), während der Nachweis der Wirksamkeit einzelner Einflussfaktoren als Kausalfaktoren schwieriger zu führen ist. Das heißt, die Anzahl der Erklärungsmöglichkeiten ist deutlich größer als bei einer voll kontrollierten Studie (geringere interne Validität).

Nicht-Erwerbspersonen (vgl. Arbeitslose, Erwerbslose, Erwerbspersonen, Erwerbstätige)

sind alle Personen, die keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (Statistisches Jahrbuch 1995, Seite 102). In der Regel gehören dazu Schüler, Rentner oder Hausfrauen.

Ökonomische Evaluation

Verschiedene Typen von Kosten-Nutzen-Analysen unterscheiden sich darin, ob Kosten und Nutzen in monetären Einheiten (cost-benefit-analysis) oder in Einheiten der Lebensqualität z. B. Tage ohne Krankheit, gewonnene Lebensjahre etc. ausgedrückt werden (cost-effectiveness-analysis). In manchen Studien geht es um den Nachweis des Nutzens einer Maßnahme im Vergleich zu keiner Maßnahme, während in anderen der Vergleich unterschiedlicher Maßnahmen hinsichtlich Kosten und Nutzen im Mittelpunkt steht. Außerdem können Kosten und Nutzen unterschiedlich umfassend in verschiedensten Bereichen bestimmt werden. Einen speziellen Typ stellen Kosten-Nützlichkeits-Analysen dar (cost-utility-analysis), in denen nur ein Ergebnismaß, nämlich so genannte QALY's ermittelt werden, die global als Jahre mit vergleichbarer Lebensqualität definiert sind.

Power-Analyse (vgl. statistische Signifikanz)

Eine Power-Analyse untersucht den Zusammenhang zwischen den erwarteten oder beobachteten Unterschieden von Variablen zwischen zwei oder mehreren

Populationen, der jeweiligen Stichprobengröße und den zugehörigen Irrtumswahrscheinlichkeiten: (Fehler erster Ordnung = Alpha-Fehler sowie Fehler zweiter Ordnung = Beta-Fehler bzw. $1 - \text{Beta} = \text{Power}$). Mit einer Poweranalyse lässt sich berechnen, welchen Mindeststichprobenumfang man bei gegebenen Unterschieden (z. B. 20 Prozentpunkte), bei festgelegtem Signifikanzniveau (Grenze für den Alphafehler, z. B. 0,05) und festgelegter Power (= Wahrscheinlichkeit keinen Fehler zweiter Ordnung zu begehen, z. B. 80%) wählen muss. Für die Berechnung von Power und/oder Stichprobenumfang gibt es Formeln in Lehrbüchern, entsprechende Tabellen (z. B. Bortz & Döring 1995) und Software-Programme.

Psychosoziale Maßnahmen

Dieser Begriff umfasst alle psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen (Interventionen) einschließlich **Beratung und Therapie**. Diagnostische Maßnahmen sowie somatische Behandlungen sind davon abgegrenzt.

Psychotherapie

ist eine Behandlung mit psychologischen Verfahren, die im Vergleich zur **Beratung** stärker interaktionsorientiert ist und die Bedingungen von Verhaltensänderungen (Motivation, Fähigkeiten) mit einbezieht. Je nach Therapierichtung werden unterschiedliche neue Erfahrungen in der therapeutischen Situation ermöglicht (Therapeut-Klient-Beziehung, Übungen, Rollenspiele), neue Verhaltensweisen und Fähigkeiten entwickelt, sowie Widerstände gegen erwünschte Veränderungen systematisch abgebaut. Die Methoden der Psychotherapie umfassen auch die der Beratung, beziehen sich aber umfassend auf alle Verhaltensebenen (kognitive, affektive, psychomotorische und somatische Ebene). Zwischen **Beratung** und Psychotherapie gibt es fließende Übergänge.

Qualitätsmanagement (Qualitätssicherung)

Darunter versteht man alle Maßnahmen, die in den Bereichen Struktur, Ergebnis und Prozess zu einer Optimierung beitragen. Charakteristisch ist dafür eine konsequente Kundenorientierung, die sowohl den Klienten/Patienten, aber auch die Leistungs- und Kostenträger umfasst. Der Begriff Struktur bezieht sich auf die Qualität der beteiligten Systeme (z. B. Einrichtungen, Personal), der Begriff Prozess auf den Ablauf der Interventionen und Reaktionen (ethisch-moralisch, Übereinstimmung des tatsächlichen Ablaufs mit dem Plan oder der Absicht) und schließlich ist mit Ergebnis die Wirkung auch im Verhältnis zu dem Auf-

wand an Interventionen gemeint. Kriterien für ein Qualitätsmanagement stellen die Normen des DIN-ISO Systems 9000 oder des EFQM-Systems dar. Evaluationsstudien können auch zur Qualitätssicherung beitragen. Die Dokumentation von diagnostischen Daten sowie der Interventionen und deren Ergebnisse sowie sog. Qualitätszirkel (regelmäßige Gesprächsgruppen zur Erfolgsoptimierung) sind typische Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Qualitative Studien

Qualitative Forschung zeichnet sich dadurch aus, dass Beobachtungen ohne festgelegte Antwortkategorien erfolgen und die Fragen offen gestellt werden, das heißt ohne vorgegebene Antwortkategorien. Der Untersuchungsgegenstand, zum Beispiel die Wirkung einer Droge, wird bezüglich der möglichen Antworten nicht vorstrukturiert. Wenn die Antworten verschiedener Probanden zusammen erfasst werden, kann dies auch quantitative Aspekte beinhalten. Auch in qualitativen Studien wird zwischen Beobachtung und Dokumentation und einer Interpretation unterschieden. Qualitative Methoden sind eine Sammelbezeichnung für eine äußerst heterogene Gruppe von Forschungsansätzen, wie der teilnehmenden Beobachtung, der so genannten Inhaltsanalyse, dem offenen Interview, dem narrativen Interview oder der Methode des lauten Denkens. Häufig steht dabei auch das idiographische und kasuistische Vorgehen im Vordergrund.

Eine strikte Trennung von qualitativen und quantitativen Methoden ist eine Scheinalternative, weil quantitative Methoden immer auch qualitative Unterscheidungen voraussetzen und Verallgemeinerungen qualitativer Aussagen immer einen quantitativen Aspekt beinhalten.

Quasi-experimentelle Studien

Diese sind dadurch charakterisiert, dass die Probanden zu vergleichenden unterschiedlichen Bedingungen nicht randomisiert zugeordnet werden, sondern die Probandenzuordnung erfolgt unter natürlichen Bedingungen. Diese ist z. B. dann sichergestellt, wenn in einem zeitlichen Nacheinander zunächst konsekutiv die Patienten unter der Kontrollbedingung (übliche Therapie) behandelt werden und die nachfolgenden Patienten mit der neuen Methode behandelt werden.

Randomisierung

Ziel einer Randomisierung ist die Ausschaltung von Störvariablen, die meist weitgehend unbekannt sind

und die Analyse der ausgewählten Variablen beeinflussen können. Voraussetzung ist, dass die Klienten/Patienten grundsätzlich für alle zu vergleichenden Alternativen bereit sind. Unter Randomisierung versteht man die Zuordnung von Klienten/Patienten auf die zu vergleichenden Gruppen nach dem Zufallsprinzip. Dazu gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen von Zufallszahlen, nach denen eine Auswahl der Klienten erfolgt, oder einer simplen Aufteilung nach geraden oder ungeraden Probandennummern bis hin zu einer geschichteten oder verklumpten Repräsentativstichprobe. Besonders bei kleinen Stichproben besteht die Gefahr einer Verzerrung, so dass auch eine nachträgliche Überprüfung hinsichtlich potenzieller Störfaktoren erforderlich ist.

Reguläres Therapieende

Ein solches ist erreicht, wenn

- a) die Therapieziele im gegenseitigen Einverständnis zwischen Therapeut und Klient erreicht wurden, wobei aber die Beurteilung durch den Therapeuten ausschlaggebend ist. Zu den allgemeinen Therapiezielen gehören im Suchtbereich der Suchtmittelkonsum die Erwerbsfähigkeit und die soziale und psychische Stabilisierung.
- b) und/oder die maximal vorgegebene Therapiezeit durchlaufen ist.

Rehabilitationsziel der Krankenkassen

Medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung zielen darauf ab, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Rehabilitationsziel der Rentenversicherungsträger

ist in Deutschland die Stabilisierung des Leistungsvermögens so weit, dass der Versicherte im Erwerbsleben integriert bleibt (BfA, 1997, Seite 3).

Reliabilität

Die Zuverlässigkeit bzw. Reliabilität von Daten bezieht sich auf die Reproduzierbarkeit dieser erhobenen Daten. Es gibt verschiedene Formen der Reliabilität:

- (1) Wiederholungsreliabilität: Eine Messung wird in einem zeitlichen Abstand wiederholt, wobei vorausgesetzt wird, dass in der Zwischenzeit das zu messende Merkmal unverändert geblieben ist.
- (2) Übereinstimmungsreliabilität: Inwieweit kom-

men verschiedene Untersucher zu dem gleichen Ergebnis (z. B. erfasst mit dem Kappa-Koeffizient als Maß der Übereinstimmung zwischen zwei Untersuchern).

- (3) Interne Konsistenz: Inwieweit erfassen die einzelnen Items einer Skala auch das Gleiche, (erfasst z. B. durch die Kuder-Richardson-Formel der inneren Konsistenz).
- (4) Paralleltestreliaibilität: Inwieweit führen zwei Paralleltests, die das Gleiche messen sollen, zu dem gleichen Ergebnis. Die Reliabilität wird meist in Form eines Korrelationskoeffizienten angegeben. Eine hohe Reliabilität ist Voraussetzung für eine gute Validität.

Responder, Non-Responder

Dieser Begriff kommt aus der Pharmakoforschung und bezeichnet solche Probanden als Responder, die nach Verum- oder Placebo-Gabe eine bestimmte vorher definierte positive Veränderung (Wirkung) zeigen. Das bedeutet, der Erfolg oder die erwartete Wirkung der Therapie muss vorher bestimmt werden, so dass die Anzahl der Responder ein Erfolgsmaß darstellt. In der Psychotherapieforschung geht man häufiger nur von Mittelwertsveränderungen als Erfolgsmaß aus. Statistisch signifikante Einzelveränderungen oder Veränderungen einer bestimmten Größenordnung könnten als Kriterien für Responder verwendet werden. Auch das Abstinenzkriterium stellt ein Kriterium für die Unterscheidung von Responder und Non-Responder dar, wenn Abstinenz als Therapieziel definiert ist.

Risikofaktoren versus Schutzfaktoren

Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Störung, während Schutzfaktoren die Wahrscheinlichkeit für eine Störung reduzieren. Für den Begriff Schutzfaktoren gibt es gegenwärtig zwei unterschiedliche Definitionen. Nach der einen Interpretation sind Schutzfaktoren bloß das exakte Gegenteil von Risikofaktoren, wodurch die Abwesenheit von Schutzfaktoren als Risikofaktoren zu bezeichnen ist und umgekehrt. Nach dem anderen Verständnis sind Schutzfaktoren Einflussgrößen, die nur dann wirksam werden können, wenn Risikofaktoren vorhanden sind. Die Widerstandskraft, im Sinne der zweiten Definition negativen Einflüssen zu widerstehen, wird auch als Festigkeit (resiliancy) bezeichnet.

Soziotherapie

Bei soziotherapeutischen Maßnahmen steht die Beeinflussung des sozialen Umfeldes mit seinen struk-

turellen Bedingungen (Wohnung, Beruf, Lebensunterhalt, soziale Rollen u. a.) und den damit zusammenhängenden Aufgaben und Anforderungen an den Patienten (z. B. Selbstversorgung, familiäre Pflichten, soziale Regeln und Normen) im Mittelpunkt. Der Begriff Sozialtherapie ist damit synonym.

Statistische Signifikanz (vgl. Power-Analyse)

Beobachtete Unterschiede zwischen Stichproben können rein zufällig zustande gekommen sein oder tatsächliche Unterschiede zwischen den Grundgesamtheiten reflektieren. Das Konzept der statistischen Signifikanzprüfung dient dazu, mittels Wahrscheinlichkeitsrechnung, Zufallsunterschiede gegen tatsächliche Unterschiede abzugrenzen. Dabei wird mit zwei Irrtumswahrscheinlichkeiten operiert: Der Fehler erster Ordnung (= Alpha-Fehler) bezeichnet die Wahrscheinlichkeit einen Unterschied zwischen den Stichproben zu beobachten, auch wenn in Wahrheit kein Unterschied zwischen den Populationen besteht (H1- Hypothese). Überschreitet diese Wahrscheinlichkeit eine festgelegte Grenze (»Signifikanzniveau«), so wird das Ergebnis als »signifikant unterschiedlich« bezeichnet und angenommen, dass ein tatsächlicher Unterschied zwischen den Populationen existiert.

Der Fehler zweiter Ordnung (= Beta-Fehler) bezeichnet die Wahrscheinlichkeit fälschlich keinen signifikanten Unterschied zu erzielen, auch wenn in Wahrheit ein relevanter Unterschied zwischen den Populationen besteht (H1-Hypothese). Als »Power« bezeichnet man die Wahrscheinlichkeit keinen Fehler zweiter Ordnung (1-Beta) zu begehen.

Statistisches Modell

In einem empirisch-statistischen Modell werden die Variablen eines empirischen Datensatzes einer Probandengruppe durch statistische Verknüpfungen, z. B. durch eine Regressionsgleichung, miteinander verbunden. Dabei werden bestimmte statistische Parameter, wie z. B. die Regressionskoeffizienten, berechnet, um eine Minimierung der Differenzen zwischen den berechneten und den tatsächlichen empirisch ermittelten Werten der abhängigen Variable zu erreichen. Manche der in diesem Zusammenhang notwendigen Annahmen können im Zuge der konkreten Berechnungen überprüft werden, andere Annahmen sind ihrer Natur nach nicht überprüfbar. Die Regressionskoeffizienten und die Konstante und die Werte der abhängigen und unabhängigen Variablen bestimmen die für das empirisch-statistische Modell erforderlichen Parameter. Die Abweichungen der

vorhergesagten von den beobachteten Werten der abhängigen Variable dienen als Maß der Übereinstimmung zwischen empirisch-statistischem Modell und empirischem Datensatz (Methode der kleinsten Abweichungen). Auch Wahrscheinlichkeitsaussagen über den empirischen Datensatz bei vorgegebenem statistischem Modell sind ein wichtiger Ansatz der Modellprüfung (Maximum-likelihood-Berechnung). Ein statistisches Modell ist umso besser, je geringer die Abweichungen von den tatsächlichen Werten sind und je wahrscheinlicher ein Datensatz bei vorgegebenem statistischen Modell ist.

Untersuchungsansatz (Versuchsansatz, Design)

Damit soll der globale methodische Ansatz der Untersuchung beschrieben werden. Die wichtigsten Charakterisierungen werden nachfolgend aufgezählt und die Begriffe in eigenständigen Stichwörtern erläutert: Zunächst wird generell zwischen **quantitativen** und **qualitativen Studien** unterschieden werden. Daneben besteht die Unterscheidung von Einzelfallanalysen und Gruppenstudien, die qualitativ oder quantitativ durchgeführt werden können. Innerhalb der quantitativen Ansätze wird zwischen experimentellen und naturalistischen Studien (nicht experimentelle oder Beobachtungsstudien) unterschieden, die ebenfalls verschiedene Unterformen aufweisen. Weiterhin gibt es die Charakterisierung einer Studie als prospektive oder retrospektive Datenerhebung sowie als Längsschnitt- oder Querschnittstudie. Bei einer Längsschnittstudie, die ein- und dieselbe Probandengruppe zu mehreren Erhebungszeitpunkten untersucht, spricht man auch von einer Kohortenstudie. **Experimentelle Studien** sind grundsätzlich prospektiv, nur **naturalistische Studien** können auch retrospektiv erhobene Daten aufweisen. Eine weitere Unterscheidung hängt mit der Analyseeinheit zusammen, die meist selbstverständlich der einzelne Proband (Patient oder Klient) darstellt, aber auch eine einzelne Therapieeinrichtung, Klinik oder Therapiegruppe sein kann, der dann einzelne Parameter wie Therapieabbruchquote oder Behandlungsmerkmale zugeordnet werden. Da die höhere Ebene der Einrichtungen bzw. Gruppe die niedere Ebene des einzelnen Probanden oder Klienten voraussetzt spricht man in der methodisch-statistischen Literatur von einem Mehr-Ebenen-Ansatz (multi level design, multi level model). Von der globalen Zielsetzung her kann zwischen epidemiologischen Studien und Evaluationsstudien unterschieden werden. Bei einer Evaluation steht die Beurteilung einer Intervention, die als unabhängige Variable zu betrachten ist, im Vordergrund.

Untersuchungen lassen sich auch danach unterscheiden, ob eine Hypothesenüberprüfung (konfirmativer Ansatz) oder eine Hypothesenentwicklung (explorativer Ansatz) im Mittelpunkt steht.

Validität

Allgemein betrachtet bezieht sich Validität auf die Frage, inwieweit eine Aussage dem Objekt oder dem Konstrukt tatsächlich entspricht, über das die Aussage gemacht wird. Bei empirischen Studien unterscheidet man zwischen interner und externer Validität. Die interne Validität ist in einem statistischen Modell umso höher, je stärker die Varianz einer Variablen durch die anderen Variablen statistisch erklärt werden kann. Die externe Validität bezieht sich auf die Frage, inwieweit die Ergebnisse der Untersuchungsstichprobe auf die jeweilige Population generalisiert werden kann. Unter Umständen können Ergebnisse mit hoher interner Validität eine geringe Verallgemeinerbarkeit, d. h. eine geringe externe Validität aufweisen. Zur Bewertung von Testverfahren werden verschiedene Formen der Validität unterschieden: Konstruktvalidität bezieht sich darauf, wie gut eine Messvariable

ein nicht unmittelbar zu beobachtendes Merkmal, das als Konstrukt bezeichnet wird, repräsentiert. Von Kriteriumsvalidität spricht man, wenn eine Messgröße mit einem unabhängig erfassten Außenkriterium korreliert wird. Unter Inhaltsvalidität versteht man den Grad der Evidenz und Plausibilität zwischen der Messgröße bzw. deren Items und dem Merkmal oder Konstrukt, das erfasst werden soll.

Vorzeitige Therapiebeendigung

Eine solche liegt vor, wenn

- a) der Klient aufgrund eigener Entscheidung die Therapie beendet
- b) ein Klient vorzeitig aus disziplinarischen oder sonstigen Gründen vor Erreichen der maximalen Behandlungszeit durch die Einrichtung entlassen wird.

Vulnerabilität

Damit wird die Anfälligkeit bzw. Wahrscheinlichkeit eines Probanden für eine bestimmte Störung verstanden, ohne dass die Kausalfaktoren dafür bekannt sein müssen.

C Standards

1. Datenerhebung bei Therapieaufnahme

1. Patientenidentifikation:

Klienten-Code: _____

Hinweis zu Standard 1:

Für die Identifikation der Angaben einzelner Patienten empfiehlt sich die Vergabe eines alphanumerischen Codes. Generell gilt, dass die jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten sind, die von Land zu Land unterschiedlich sein können. Im Fall einer wissenschaftlichen Untersuchung sollte der Zuordnungsschlüssel für Nummern und Namen nur dem Koordinator der Studie in der Einrichtung zugänglich sein, der bei einer Bearbeitung der Daten die Einhaltung von rechtlichen Richtlinien zu verantworten hat.

2. Datum der Erhebung:

3. Aufnahme datum:

1.1 Soziodemographische Angaben

4. Geschlecht

- 1 Männlich
 2 Weiblich

5. Alter bei Erhebung:
Geburtsjahr

6. Staatsangehörigkeit:

- 410 Deutschland
 401 Österreich
 430 Schweiz
 Andere EU-Nationalität
 Sonstige: _____

Hinweis zu Standard 6:

Doppelte Staatsbürgerschaft wird unter »Sonstige« eingetragen. Ethnische Zugehörigkeiten oder eine soziokulturelle Herkunft werden hier nicht erfasst. Durch die Kategorie »Andere EU-Nationalität« wird dem entsprechenden Item des Europäischen Kerndatensatzes entsprochen.

7. Sprache

- 1 Deutsch als Muttersprache
 2 Andere Muttersprache
wenn andere, welche? _____
 3 Mehrsprachig
wenn ja, welche? _____

Wenn 1 oder 3:

Deutsche Sprachkenntnisse

sehr gut						sehr schlecht
1	2	3	4	5	6	

8. Familienstand:

- 1 Ledig
 2 Verheiratet, zusammenlebend
 3 Verheiratet, getrennt lebend
 4 Verwitwet
 5 Geschieden

Hinweis zu Standard 8:

Es handelt sich um juristische Kategorien nach dem statistischen Jahrbuch (Statistisches Bundesamt, 1995) unabhängig von der faktischen Beurteilung der Partnerschaft (s. Standard 25). Davon abweichend wurde die Kategorie »verheiratet« in die beiden Kategorien »verheiratet, zusammenlebend« und »verheiratet, getrennt lebend« aufgeschlüsselt.

9. Lebenssituation:

- 1 Allein lebend
 2 Mit Elternteil
 3 Allein mit Kindern
 4 Mit Partner/-in
 5 Mit Partner/-in und mit Kindern
 6 Mit Freunden/Bekanntem
 7 Mit sonstigen Personen

Hinweis zu Standard 9:

Hier ist ein räumliches Zusammenleben gemeint.

1.2 Arbeitssituation und Einkommen

10. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- 0 ohne Schulabschluss abgegangen
- 1 Sonderschulabschluss
- 2 Hauptschul-/Volksschulabschluss
- 3 Realschulabschluss/Mittlere Reife
- 4 Polytechnische Oberschule
- 5 (Fach-)abitur, Fachhochschulreife
- 6 Hochschulabschluss
- 7 Anderer Schulabschluss

Schweizer Version

- 0 ohne Schulabschluss abgegangen
- 1 Sonderschule, Hilfsschule
- 2 Primar-, Oberschule
(in BS Sekundarschule)
- 3 Realschule (in AG, BL,
SO Sekundarschule)
- 4 Sekundarschule (in AG und SO
Bezirksschule, in AI, BL, BS, NW,
OW, SH, UR Realschule)
- 5 Kantonsschule, Mittelschule,
Gymnasium
- 6 Fachhochschule
- 7 Hochschule, Universität
- 6 Anderer Schulabschluss

Hinweis zu Standard 10:

Im Europäischen Kerndatensatz erfolgt hinsichtlich der Schulbildung eine 5-stufige Einteilung, die auf nationaler Ebene in folgender Weise umgesetzt werden kann:

Kategorie 0	wird 1	Never went to school, never completed
Kategorie 1–2	wird 2	Primary level
Kategorie 3	wird 3	Primary level of education
Kategorie 3–4	wird 4	Secondary level of education
Kategorie 5–6	wird 5	Higher Education

11. Welche der folgenden Schul- bzw. Berufsausbildungen haben Sie abgebrochen?

- 1 Gymnasium, Realschule
- 2 Hochschulstudium
- 3 Berufliche Lehre
- 4 Sonstiges

Schweizer Version

- 1 Gymnasium, Mittelschule, Kantonschule
- 2 Hochschul-, Universitätsstudium
- 3 Fachhochschule
- 4 Berufliche Lehre
- 5 Sonstiges

Hinweis zu Standard 11:

Kurse zur Fortbildung oder Lehrgänge sind nicht gemeint. Nur solche Ausbildungen sind gemeint, die einen staatlich anerkannten Abschluss beinhalten.

12. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

- (Mehrfachantworten sind möglich)
- 0 Keine begonnen
 - 1 Abgebrochen
 - 2 Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)
 - 3 Fachschule (Meister, Technikerschule, Berufs-, Fachakademie)
 - 4 Fachhochschule/Ingenieurschule
 - 5 Universität/Hochschule
 - 6 Sonstiges

Schweizer Version

- 0 Keine begonnen
- 1 Abgebrochen
- 2 Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)
- 3 Fachhochschule
- 4 Universität/Hochschule
- 5 Sonstiges

Hinweis zu Standard 12:

Ein Hochschulabschluss gilt hier als Berufsausbildung.

13. Als was haben Sie im letzten halben Jahr gearbeitet? Als was waren Sie tätig?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | | Über- Der- |
| | | wiegend zeit |
| <input type="checkbox"/> 1 Auszubildende(r) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2 Angestellte(r), Beamte(r) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 3 ArbeiterIn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 4 FacharbeiterIn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- () 5 Selbstständige(r), FreiberuflerIn () ()
- () 6 Mithelfende(r) Familienangehörige(r) () ()
- () 7 Erwerbslose(r) () ()
- () 8 SchülerIn, StudentIn () ()
- () 9 Wehrpflichtiger () ()
- () 10 Hausfrau/-mann () ()
- () 11 RentnerIn () ()
- () 12 In beruflicher Rehabilitation () ()
- () 13 Sonstiges () ()

Bezeichnung der beruflichen Tätigkeit: _____

Hinweise zu den Standards 13 und 14:
 Jeweils nur eine Angabe ankreuzen; falls mehrere Erwerbstätigkeiten angegeben werden, die am längsten ausgeübt markieren.
 Auch bei Teilzeitarbeit die Kategorie ankreuzen, die in Bezug auf den zeitlichen Aufwand überwiegt. Arbeitslose sind ein Teil der Erwerbslosen. Als Erwerbslose gelten alle Nichtbeschäftigten, die sich um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig davon, ob sie beim Arbeitsamt registriert sind oder nicht. (Auch Personen, die ein Gewerbe oder einen freien Beruf anstreben, können danach als erwerbslos eingestuft werden.) Als Arbeitslose gelten nur diejenigen Personen, die beim Arbeitsamt als solche gemeldet sind. Erwerbstätige und Erwerbslose sind Erwerbspersonen. Nicht-Erwerbspersonen sind z. B. Schüler, Studenten, Hausfrauen/-männer, Rentner. Erwerbspersonen sind dadurch charakterisiert, dass sie für ihren Lebensunterhalt eine Arbeitsleistung gegen Entgelt anbieten.
 Zusammenfassend sollten mindestens folgende Kategorien gebildet werden:
 • Erwerbstätig
 • Erwerbslos
 • Nicht-Erwerbsperson
 Da z. B. Hausfrauen in die Kategorie »erwerbstätig« wechseln können und umgekehrt, erscheint die Kategorie Nicht-Erwerbspersonen unverzichtbar.
 Nur alle 3 Kategorien bilden die Arbeitssituation einer Klientenstichprobe und deren Veränderungen vollständig ab.

14. Sind Sie zur Zeit erwerbslos?
- () 1 ja, arbeitslos gemeldet seit ... Wochen
 - () 2 ja, aber nicht als arbeitslos gemeldet
 - () 3 ja, Selbstständiger ohne Arbeit
 - () 4 nein, weil erwerbstätig
 - () 5 trifft nicht zu, da Nicht-Erwerbsperson

Hinweis zu den Standards 15 und 16 sowie zu allen Standards mit dem 30-Tage-Zeitraum:
 Als die letzten 30 Tage wird die Zeit vor der gegenwärtigen Therapie (Indextherapie) definiert, auch wenn der Patient sich in einer institutionellen Umgebung befand.

15. Wie viele Tage haben Sie während der letzten 30 Tage gearbeitet? (*ohne Prostitution, ohne Dealen und andere illegale Tätigkeiten*)

Hinweis zu Standard 15:
 Unter Arbeitstätigkeit wird hier verstanden:
 a) in einem Arbeitsverhältnis stehend
 b) mindestens drei Stunden pro Tag einer bezahlten Arbeit nachgehend, Urlaubstage und Feiertage werden in diesem Zusammenhang wie Arbeitstage gewertet. Auch Tage mit selbstständiger Arbeit, die auf Erwerb ausgerichtet ist, zählen hierzu, ebenso sog. »Schwarzarbeit«.

16. Haben Sie während der letzten 30 Tage für Ihren Lebensunterhalt Geld aus folgenden Quellen bezogen? (Mehrfachantworten möglich)

0 = nein 1 = ja

- 16-1 Erwerbstätigkeit
- 16-2 Arbeitslosengeld bzw. -hilfe
- 16-3 Sozialhilfe
- 16-4 Pension, Rente, Frührente, Altersruhegeld
- 16-5 Unterstützung durch den Partner, Angehörige oder Freunde
- 16-6 Illegale Einkünfte
- 16-7 Prostitution
- 16-8 Andere Einkünfte

Hinweis zu Standard 16:

Unter Erwerbstätigkeit wird hier verstanden: a) Tätigkeiten in einem Arbeits- oder Angestelltenverhältnis b) Alle Tätigkeiten als Selbstständige gegen Rechnung bzw. Honorar. Das Zeitfenster bezieht sich auf die Zeit vor dem Behandlungsbeginn. Sofern der aktuellen Behandlung ein stationärer oder ambulanter Entzug vorausging, beziehen sich die Angaben auf die Zeit davor.

16-9 Aus welcher der genannten Quellen haben Sie in den letzten 30 Tagen Ihren Lebensunterhalt hauptsächlich bestritten?

Code 16-1 bis 16-8

17. Aus welchen Mitteln haben Sie im letzten halben Jahr Ihren Lebensunterhalt überwiegend finanziert? (Mehrfachantworten möglich)

- 17-1 () Erwerbstätigkeit
- 17-2 () Arbeitslosengeld/-hilfe
- 17-3 () Rente/Pension/Frühere/Altersruhegeld
- 17-4 () Sozialhilfe
- 17-5 () Unterstützung durch Angehörige
- 17-6 () Ausbildungsbeihilfe
- 17-7 () Illegale Einkünfte (z. B. Dealen)
- 17-8 () Prostitution
- 17-9 () Andere Einkünfte, z. B. Vermögenseinkünfte

18. Bezogen auf die letzten sechs Monate: Wie hoch waren Ihre durchschnittlichen monatlichen Nettoeinkünfte?

DM/Euro _____

Hinweis zu Standard 18:

Auch regelmäßige Einkünfte aus Vermögen, Kindergeld, Rente oder Unterhaltszahlungen sollen hier mit angegeben werden.

19. Haben Sie zur Zeit Schulden? (ohne offene Geldstrafen)

- () 1 Keine Schulden
- () 2 Schulden hinsichtlich Immobilienbesitz
- () 3 Sonstige Schulden

Hinweis zu Standard 19:

Schulden werden in der jeweiligen Währungseinheit eingetragen.

20. Wie zufrieden waren Sie im letzten halben Jahr mit Ihrer beruflichen/schulischen Situation?

sehr				sehr	
zufrieden				unzufrieden	
1	2	3	4	5	6

Hinweis zu Standard 20:

Bei fehlender Berufstätigkeit/Schule – z. B. Arbeitslosigkeit, Hausarbeit, Rente – ist die Zufriedenheit mit der jeweiligen Situation einzuschätzen.

21. An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage berufliche Probleme oder Probleme wegen der Arbeitslosigkeit?

(EuropASI)

22. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen diese beruflichen Probleme belastet oder beeinträchtigt?

(EuropASI)

23. Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Beratung wegen Ihrer beruflichen Probleme?

Hinweis zu Standards 22 und 23:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
- 1 – wenig
- 2 – mittel
- 3 – erheblich
- 4 – extrem

24. Wo haben Sie im letzten halben Jahr überwiegend gewohnt?
- 1 In Miete, Wohneigentum
 - 2 Bei Eltern oder anderen nahe stehenden Personen
 - 3 Hotel, Pension etc.
 - 4 Betreutes Wohnen/Wohnheim
 - 5 In stationärer Suchteinrichtung*
 - 6 In psychiatrischer Klinik
 - 7 Im Allgemeinkrankenhaus
 - 8 In Nachsorge-/Übergangseinrichtung
 - 9 In Straf-/Untersuchungshaft
 - 10 Ohne Wohnung
 - 11 Sonstiges

Hinweis zu Standard 24:

*Als stationäre Suchteinrichtungen (5) gelten auch Fachabteilungen für Sucht in psychiatrischen Kliniken.

1.3 Familiäre Situation, persönliche Beziehungen

25. In welcher Partnerbeziehung haben Sie im letzten halben Jahr gelebt?
- 1 Allein stehend
 - 2 Zeitweilige Beziehung(en)
 - 3 Feste Beziehung, getrennt lebend
 - 4 Feste Beziehung, zusammenlebend

Hinweis zu Standard 25:

Angaben auch bei gleichgeschlechtlichen Partnerbeziehungen erheben.

»Feste Beziehung«: während des gesamten letzten halben Jahres zu der gleichen Person regelmäßigen Kontakt.

»Zeitweilige Beziehung«: Partnerbeziehung, die nicht das gesamte letzte halbe Jahr, aber mindestens einen Monat bestand und mehrere Kontakte umfasste.

Grundsätzlich ist die zutreffende Kategorie mit der höchsten Zahl anzukreuzen. Wer z. B. mit einem Partner eine feste Beziehung hat und mit diesem in gemeinsamen Haushalt lebt, gehört zu Kategorie 4, auch dann wenn daneben eine weitere »zeitweilige« Beziehung existiert.

26. Hat oder hatte Ihr derzeitiger Partner jemals Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenprobleme?
- 1 Nein, nie
 - 2 Ja, nur früher
 - 3 Ja, in den letzten 6 Monaten und früher
 - 4 Ja, nur in den letzten 6 Monaten
 - 5 Trifft nicht zu, weil zur Zeit kein fester Partner

Hinweis zu Standard 26:

Es geht hier um die Einschätzung der Suchtprobleme des Partners aus der Sicht des Patienten. Bei mehreren lang dauernden Beziehungen zählt hier die wichtigste.

27. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer(n) Partnerbeziehung(en) bzw. mit dem Umstand, dass Sie gegenwärtig keinen Partner haben (im letzten halben Jahr)?

sehr zufrieden	1	2	3	4	5	6	sehr unzufrieden
-------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------

28. Wie viele (leibliche) Kinder haben Sie?
_____ Anzahl der Kinder

Hinweis zu Standard 28:

Als Kinder sind an dieser Stelle nur die leiblichen Kinder zu zählen.

29. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?
_____ Anzahl der Kinder

Hinweis zu Standard 29:

Als Kinder gelten hier auch jene über 14 Jahre sowie Kinder, für die einer der Partner das Sorgerecht hat oder auch eine Pflegschaft übernommen hat.

30. Bezogen auf die letzten sechs Monate: Zu welchen Personen hatten Sie außerhalb einer Therapie- oder einer Selbsthilfegruppe persönlich bedeutsame Kontakte?

	Ja	Nein	Trifft nicht zu
30-1 (Ehe-)partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-2 Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-3 (Leibliche) Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-4 Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-5 Andere Personen, welche? _____			

Hinweis zu Standard 30:

Persönlich bedeutsame Kontakte sind definiert durch regelmäßige Treffen mindestens 1-mal pro Monat außerhalb der Arbeit oder klar abgrenzbarer Freizeitaktivitäten (z. B. Tennis). Mit Kindern sind sowohl leibliche als auch adoptierte gemeint.

31. Waren darunter Personen mit Alkohol- oder Drogenproblemen? (Mehrfachnennungen möglich)

	Ja	Nein	Trifft nicht zu (keine bedeutsame Kontakte)
31-1 (Ehe-)partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-2 Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31_3 Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-4 Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-5 Andere Personen, welche? _____			

Hinweis zu Standard 31:

Alkohol- oder Drogenprobleme sind hier definiert durch wiederholtes Auftreten (mehr als 2-mal) in den letzten 12 Monaten.

32. Zu wem hatten Sie im letzten halben Jahr überwiegend für Sie persönlich bedeutsame Kontakte?

- () 1 Zu Personen mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen
- () 2 Zu Personen mit früheren Alkohol- oder Drogenproblemen
- () 3 Zu Personen ohne Alkohol- oder Drogenprobleme

33. Haben Sie Angehörige, Freunde oder Bekannte, auf die Sie zählen können, von denen Sie im Notfall auch praktische Hilfe und Unterstützung erhalten würden?

- () 0 Nein
- () 1 Ja, eine bis drei Person(en)
- () 2 Ja, mehr als drei Personen

Hinweis zu Standard 33:

Unter Hilfe sollen hier beispielsweise die Gesprächsbereitschaft in Krisensituationen, Hilfen und Unterstützung bei der Lösung alltagspraktischer Probleme wie Wohnungsbeschaffung usw. verstanden werden.

34. Wie oft hatten Sie während der letzten 30 Tage schwerwiegende Konflikte mit

- 34-1 Ihrer Familie
- 34-2 Anderen Personen (ausschließlich Familie)

35. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen die folgenden Probleme belastet oder beeinträchtigt:

- 35-1 Familienprobleme (einschließlich Partnerschaft)
- 35-2 Probleme mit Ihrer sozialen Umgebung (EuropASI)

Hinweis zu Standard 35:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
- 1 – wenig
- 2 – mittel
- 3 – erheblich
- 4 – extrem

36. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Freundes- bzw. Bekanntenkreis im letzten halben Jahr?

sehr zufrieden	1	2	3	4	5	sehr unzufrieden	6
-------------------	---	---	---	---	---	---------------------	---

37. Wo haben Sie im letzten halben Jahr überwiegend gewohnt?

- () 1 In Miete, Wohneigentum
- () 2 Bei Eltern oder anderen nahe stehenden Personen
- () 3 Hotel, Pension etc.

- () 4 Betreutes Wohnen/Wohnheim
- () 5 In stationärer Suchteinrichtung*
- () 6 In psychiatrischer Klinik
- () 7 Im Allgemeinkrankenhaus
- () 8 In Nachsorge-/Übergangseinrichtung
- () 9 In Straf-/Untersuchungshaft
- () 10 Ohne Wohnung
- () 11 Sonstiges

Hinweis zu Standard 37:
 *Als stationäre Suchteinrichtungen (5) gelten auch Suchtfachabteilungen in psychiatrischen Kliniken.

38. Wohnstatus
 (Europäischer Kerndatensatz)
- () 1 Stabile Wohnsituation
 - () 2 Instabile Wohnsituation
 - () 3 In einer Institution
 - () 4 unbekannt

Hinweis zu Standard 38:
 Stabile und instabile Wohnsituation werden im Europäischen Kerndatensatz nicht weiter festgelegt und zur Konkretisierung auf die nationale Ebene verwiesen, was bislang (Ende 1999) noch nicht erfolgt ist. Deshalb wird Folgendes vorläufig festgelegt: Eine stabile Wohnsituation liegt vor, wenn der Betroffene in eigener Wohnung lebt, und keine aktuelle Gefährdung (durch Kündigung oder durch nicht leistbare Schuldentilgung) zu erkennen ist. Wenn jemand als Erwachsener mit eigenem Einkommen bei seinen Eltern lebt oder bei nahen Freunden, wird grundsätzlich eine problematische Wohnsituation angenommen, es sei denn, es gibt besondere Hinweise auf eine stabile und harmonische Situation. Punkt (3) bezieht sich unmittelbar auf die Kategorien 4–9 des vorhergehenden Standards.

39. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Freizeit im letzten halben Jahr?
- | | | | | | | |
|--|-----------|---|---|---|---|-------------|
| | sehr | | | | | sehr |
| | zufrieden | | | | | unzufrieden |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Hinweis zu Standard 39:
 Immer ausfüllen lassen, Freizeit gibt es auch im Gefängnis oder in einer Therapieeinrichtung.

1.4 Psychische Situation

40. Gab es eine bedeutsame Zeitspanne, in der Sie unter folgenden psychischen Problemen litten?
 0 = nein 1 = ja

	letzte 30 Tage	ins- gesamt
40-1 Schwere Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-2 Schwere Angst- und Spannungszustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-3 Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-4 Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-5 Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-6 Verschreibung von Medikamenten für ein psychisches/emotionales Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-7 Ernsthafte Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-8 Selbstmordversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-9 Wenn Ja bei 40-8: Wie oft haben Sie Selbstmord versuche unternommen?		<input type="checkbox"/>

Hinweis zu Standard 40:
 Eine bedeutsame Zeitspanne von mindestens 2 Wochen gilt nur für die Items 40-1 bis 40-3. Die Items 40-1 bis 40-4 sollen nicht als direktes Resultat eines Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauchs entstanden sein.

41. An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage unter diesen psychischen/emotionalen Problemen gelitten?
42. Wie sehr haben Sie diese psychischen/emotionalen Probleme in den letzten 30 Tagen beeinträchtigt oder belastet? (EuropASI)
43. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Behandlung dieser psychischen/emotionalen Probleme? (EuropASI)

Hinweis zu den Standards 42 und 43:
 Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:
 0 – gar nicht 3 – erheblich
 1 – wenig 4 – extrem
 2 – mittel

1.5 Gesundheitliche Situation

44. Gab oder gibt es körperliche Krankheiten, die wahrscheinlich als Folge des Konsums psychoaktiver Substanzen (mit Abhängigkeitspotenzial) gesehen werden?
Dazu folgende Liste möglicher Störungen:
1 = Ja 2 = Nein

	In den letzten 12 Monaten	Frü- her
1. Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fettleber		
3. Chron. Hepatitis B (s. Standard 49)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Chron. Hepatitis C (s. Standard 51)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hepatitis, andere (s. Standard 49)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ösophagusvarizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Chron. Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chron. Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kardiomyopathie (Herzmuskelentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Herzinsuffizienz (ungenügende Herzleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nierenversagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. AIDS (s. Standard 48)		
15. Kleinhirnataxie (Störung der Bewegungsabläufe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cerebrale Anfälle (z. B. epileptische Anfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Polyneuropathie (typische Symptome: schmerzhafte Missempfindungen, Druck- empfindlichkeit der Waden, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Chron. Abszesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Chron. Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Extrem schlechter Zahnstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Andere chronische körperliche Erkrankungen, die wahrscheinlich nicht in Zusammenhang mit dem Missbrauch psychoaktiver Substanzen stehen?

() 1 Ja
welche? _____
() 2 Nein

46. Wurde bei Ihnen schon jemals ein HIV-Test durchgeführt?

() 1 Ja
() 2 Nein
() 3 Weiß ich nicht
() 4 Antwort verweigert

47. Wie lange liegt der letzte HIV-Test zurück?
____ Monate

48. Wenn ja, wie war das Ergebnis?

() 1 HIV-negativ
() 2 HIV-positiv, derzeit akute Infektion (Stadium I)
() 3 HIV-positiv, derzeit ohne Krankheitssymptome (Stadium II)
() 4 HIV-positiv, derzeit mit Krankheitssymptomen (Stadium III)
() 5 Ich weiß nicht
() 6 Antwort verweigert
welche Symptomatik? _____

Hinweis zu Standard 48:

Krankheitssymptome bei einer HIV-Infektion können sein: Fieber (> 38,5 Grad Celsius), chronischer Durchfall (> 4 Wochen), ungewollte Gewichtsabnahme (5–10% des Ausgangsgewichts), verschiedene opportunistische Infektionen und Tumore. Die og. Stadieneinteilung beruht auf einer vereinfachten CDC-Klassifikation. Weiterführende Literatur zu HIV und zur Stadieneinteilung: Götz, J., Mayr, C. & Bauer, G.: HIV und AIDS (2. Auflage) Urban & Schwarzenberg, München 1995.

49. Hepatitis

- 49-1 Wurde bei Ihnen schon jemals ein Hepatitis-B-Test durchgeführt?

() 1 Ja
() 2 Nein
() 3 Weiß ich nicht

- 49-2 Wie lange liegt der letzte Hepatitis-B-Test zurück?
 _____ Monate
- 49-3 Wenn ja, wie war das Ergebnis?
 1 Positiv, mit klinischer Symptomatik
 2 Positiv, ohne klinische Symptomatik
 3 Negativ
 4 Unklar
 wenn (1), welche Symptomatik? _____
50. Wurden Sie gegen Hepatitis B geimpft?
 1 Ja
 2 Nein
51. Hepatitis-C Test
- 51-1 Wurde bei Ihnen schon jemals ein Hepatitis-C-Test durchgeführt?
 1 Ja
 2 Nein
 3 Weiß ich nicht
- 51-2 Wenn 51-1 ja: wie lange liegt der letzte Hepatitis-C-Test zurück?
 _____ Monate
- 51-3 Wenn ja, wie war das Ergebnis?
 1 Positiv, mit klinischer Symptomatik
 2 Positiv, ohne klinische Symptomatik
 3 Negativ
 4 Unklar
 wenn (1), welche Symptomatik? _____
52. An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage gesundheitliche Probleme?
 (EuropASI)

Hinweis zu Standard 52:

Entsprechend dem EuropASI werden hier direkte medizinisch-körperliche Folgebeschwerden von Substanzkonsum (z. B.: Kater, Erbrechen, Schlaflosigkeit), die nicht auftreten würden, wenn der Patient abstinent wäre, nicht berücksichtigt. Chronische Folgen im Sinne einer anhaltenden körperlichen Erkrankung werden dagegen einbezogen. Auch leichte Beschwerden und Erkältung oder Grippe werden berücksichtigt.

53. Wie sehr haben Sie diese gesundheitlichen Probleme in den letzten 30 Tagen belastet oder beeinträchtigt? (EuropASI)
54. Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Behandlung Ihrer gesundheitlichen Probleme?
 (EuropASI)

Hinweis zu den Standards 53 und 54:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
 1 – wenig
 2 – mittel
 3 – erheblich
 4 – extrem

*1.6 Rechtliche Situation***Hinweis für Forschungsprojekte:**

Unter bestimmten Voraussetzungen können im Rahmen von Forschungskatamnesen Auskünfte aus dem Bundeszentralregister angefordert werden. In das Bundeszentralregister werden verschiedene strafjustizielle Entscheidungen, insbesondere Verurteilungen, eingetragen. Nach § 42 Bundeszentralregistergesetz (BZRG) kann der Generalbundesanwalt als registerführende Behörde gestatten, »dass für wissenschaftliche Forschungsvorhaben unbeschränkte Auskunft aus dem Register erteilt wird, wenn und so weit die Bedeutung des Forschungsvorhabens dies rechtfertigt und die Gewähr besteht, dass ein Missbrauch der bekannt zu gebenden Eintragungen nicht gegeben ist«. Eine Auskunftserteilung setzt in der Regel befürwortende Stellungnahmen der obersten Landesbehörden (Sozial- und Justizministerium) voraus.

Auskunftersuchen sind zu richten an den Generalbundesanwalt beim Bundesgerichtshof
 Dienststelle Bundeszentralregister
 Heinemannstr. 6

53175 Bonn

Eine exakte Datenerfassung ist in diesem Bereich jedoch nur bei genauer Sichtung der vollständigen Strafverfahrensakten möglich, was in der Regel zu schwierig sein dürfte. Bei allen anderen Datenquellen (einschließlich des Bundeszentralregisters), insbesondere bei Auskünften der Klienten, muss mit lücken- oder fehlerhaften Angaben gerechnet werden.

55. Wurden Sie jemals rechtskräftig wegen einer Straftat verurteilt?
(Mehrfachantworten möglich)
- () 1 keine Verurteilung
 - () 2 Einstellung mit gerichtlichen Auflagen
 - () 3 Verurteilung wegen BtM-Delikten (Erzeugung, Besitz, Weitergabe, Einfuhr, Ausfuhr von Drogen)
 - () 4 Verurteilung wegen Delikten in Zusammenhang mit (Alkohol-, Medikamenten-, Drogen-) Sucht (Beschaffungsdelikte, z. B. Diebstahl, Hehle- rei, Betrug, Raub, Rezeptfälschung)
 - () 5 Verurteilung wegen Straftaten unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamen- teneinfluss (z. B. Verkehrsdelikt, Körperverletzung)
 - () 6 Verurteilung wegen sonstiger Delikte

Hinweis zu Standard 55:

Hier zählen auch aus dem Strafregister bereits ge- löschte Vorstrafen/Verurteilungen.

56. Waren Sie je in Straf- oder Untersuchungshaft?
- () 1 ja, in Strafhaft
 - () 2 ja, in Untersuchungshaft
 - () 3 ja, sowohl in Straf- als auch in Unter- suchungshaft
 - () 4 nein
57. Wie viele Jahre bzw. Monate waren Sie insge- samt in Straf- und/oder Untersuchungshaft?
_____ Monate insgesamt

Hinweis zu Standard 57:

Bei weniger als einem Monat wird eine »1« ver- merkt. Polizeiarrest (Ersatzfreiheitsstrafe bei Ver- waltungsdelikten) zählt hier ebenfalls.

58. Wie viele Tage waren Sie während der letzten 30 Tage in Untersuchungs- oder Strafhaft?
- (EuropASI)

59. Wie viele Tage waren Sie während der letzten 30 Tage in illegale Geschäfte verwickelt?
(EuropASI).

Hinweis zu Standard 59:

Entsprechend dem EuropASI werden unter illegala- len Geschäften alle Handlungen zum Zwecke der Geldeinnahme verstanden, die vom Gesetzgeber verboten sind oder die nicht angemeldet sind, ob- wohl dies erforderlich wäre, z. B. Schwarzarbeit. Einbezogen sind Drogenhandel, Prostitution, Raub, Hehle- rei, Betrug, Unterschlagung, u. a.

60. Wurden jemals folgende Rechts- oder Verwal- tungsmaßnahmen gegen Sie verhängt?
(Mehrfachantworten möglich)
- () 1 Geldstrafe
 - () 2 Entzug der Fahrerlaubnis
 - () 3 Jugend-/Freiheitsstrafe mit Bewäh- rung ohne Widerruf
 - () 4 Jugend-/Freiheitsstrafe mit Bewäh- rung und anschl. Widerruf
 - () 5 Jugend-/Freiheitsstrafe ohne Bewäh- rung
 - () 6 Unterbringung in einer Entziehungs- anstalt
 - () 7 Unterbringung in einer psychiatri- schen Klinik
 - () 8 Sonstige Rechtsfolgen

Schweizer Version

- () 1 Geldstrafe
- () 2 Entzug der Fahrerlaubnis
- () 3 Bedingte Jugend-/Freiheitsstrafe ohne Widerruf
- () 4 Bedingte Jugend-/Freiheitsstrafe und anschl. Widerruf
- () 5 Unbedingte Jugend-/Freiheitsstrafe
- () 6 Unterbringung in einer Entziehungs- anstalt
- () 7 Unterbringung in einer psychiatri- schen Klinik
- () 8 Sonstige Rechtsfolgen

Hinweis zu Standard 60:

Wichtig ist, dass auch Verwaltungsmaßnahmen berücksichtigt werden.

61. Welche der folgenden Entscheidungen wurde im letzten halben Jahr vor Therapiebeginn ausgesprochen?

(Bei mehreren bitte die letzte angeben)

- 99 Unbekannt
- 98 trifft nicht zu, da kein Verfahren
- 1 Freispruch

Jugendstrafrechtliche Entscheidungen:

- 2 Einstellung des Verfahrens (§§ 45, 47 JGG)
- 3 Erziehungsmaßregeln und Zuchtmittel außer Jugendarrest (§§ 9 bis 15 JGG)
- 4 Jugendarrest (§ 16 JGG)
- 5 Schuldfeststellung ohne Jugendstrafe (§ 27 JGG)
- 6 Jugendstrafe mit Bewährung
- 7 Jugendstrafe ohne Bewährung

Entscheidungen nach dem allgemeinen Strafrecht:

- 8 Geldstrafe
- 9 Freiheitsstrafe mit Bewährung
- 10 Freiheitsstrafe ohne Bewährung
- 11 Einstellung des Verfahrens (nach §§ 153, 153a, 153b, 154)
- 12 Einstellung des Verfahrens (nach § 131a BtMG)

Weitere Rechtsfolgen:

- 13 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§64 StGB, § 7 JGG)
- 14 Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik (§ 63 StGB, § 7 JGG)
- 15 Sonstiges (z. B. Führungsaufsicht): _____

Schweizer Version

- 99 Unbekannt
- 98 trifft nicht zu, da kein Verfahren
- 1 Freispruch

Jugendstrafrechtliche Entscheidungen:

- 2 Absehen von Maßnahmen und Strafen (Art. 88, 98 Schweizerisches Strafgesetzbuch StGB)
- 3 Erziehungsmaßmaßnahmen, besondere Behandlung und Disziplinarstrafen bzw. Bestrafung (Art. 84–87, 91–92, 95 StGB)
- 4 Einschließung (Art. 95, 96 StGB)

- 5 Bedingter Strafvollzug (Art. 96 StGB)
- 6 Aufschub und Anordnung einer Strafe oder Maßnahme (Art. 97 StGB)
- 7 Vollzug und Versetzung in eine Arbeitserziehungsanstalt (Art. 93 StGB)
- 8 Einweisung in ein Erziehungsheim für besonders schwierige Jugendliche (Art. 93 StGB)
- 9 Besondere Behandlung (Art. 85, 92 StGB)

Entscheidungen nach dem allgemeinen Strafrecht:

- 10 Buße (Art. 48–50 StGB)
- 11 Bedingter Strafvollzug (Art. 41 StGB)
- 12 Unbedingte Freiheitsstrafe

Weitere Rechtsfolgen:

- 13 Behandlung von Trunk- und Rauschgiftsüchtigen (Art. 44 StGB)
- 14 Maßnahmen an geistig Abnormen (Art. 43 StGB)
- 15 Fürsorgliche Freiheitsentziehung (Art. 397a Schweiz. Zivilgesetzbuch, ZGB)
- 16 Sonstiges: _____

Hinweis zu den Standards 60 bis 62:

Im klinischen Suchtbereich ist der Begriff »Entziehungsanstalt« nicht üblich. Gemeint ist damit die Unterbringung in eine Suchtfachklinik oder in eine Suchtabteilung eines Krankenhauses zum Entzug (Entgiftung) oder zur stationären Entwöhnung, die von den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen auch als medizinische Rehabilitation bezeichnet wird.

62. Was ist die Rechtsgrundlage für die Behandlung? (Mehrfachantworten möglich)

- 99 Unbekannt
- 98 trifft nicht zu (freiwillige Behandlung)

Bestimmungen nach BtMG:

- 1 Zurückstellung der Strafvollstreckung (§§ 35,38 BtMG)

- () 2 Absehen von Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 37 Abs. 1 BtMG)
- () 3 vorläufige Einstellung des Verfahrens (§ 37, Abs. 2 BtMG)

Bestimmungen nach StGB u. a.:

- () 4 Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik (Maßregelvollzug, § 63 StGB)
- () 5 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (Maßregelvollzug, § 64 StGB)
- () 6 Strafaussetzung mit Weisung (§§ 56, 56c StGB bzw. §§21, 23 JGG) (Weisungen sind Anordnungen zur Lebensführung, sie stellen erzieherische Mittel ohne Strafcharakter dar)
- () 7 Strafaussetzung mit Weisung (§§ 57, 56c StGB bzw. §§ 88, 23 JGG)
- () 8 Führungsaufsicht mit Weisung (§§ 68b, 56c StGB bzw. § 7 JGG)
- () 9 Verlegung aus dem Jugendstrafvollzug in eine Suchtfachklinik (Nr. 56 VVJug)
- () 10 Verlegung aus dem Strafvollzug in eine Suchtfachklinik (§ 65 StVollzG)
- () 11 Unterbringung nach Landesgesetz
- () 12 keine der genannten Bestimmungen

Schweizer Version

- () 99 Unbekannt
- () 98 trifft nicht zu (freiwillige Behandlung)

Bestimmungen nach BtMG:

- () 1 Einstellung des Verfahrens, Absehen von Strafe oder Verwarnung (Art. 19a Ziff. 2 BetmG)
- () 2 Absehen von Strafverfolgung bei ärztlich beaufsichtigter Betreuung (Art. 19a Ziff. 3 BetmG)

Bestimmungen nach StGB u. a.:

- () 3 Maßnahmen an geistig Abnormen (Art. 43 StGB)
- () 4 Behandlung von Trunk- und Rauschgiftsüchtigen (Art. 44 StGB)
- () 5 Unzurechnungsfähigkeit (Art. 10 StGB)
- () 6 verminderte Zurechnungsfähigkeit (Art. 11 StGB)

- () 7 Vollzug von Maßnahmen an Rauschgiftsüchtigen in einer Arbeitserziehungsanstalt (Art. 2a Verordnung 3 zum Schweizerischen Strafgesetzbuch SR 311.03)
- () 8 keine der genannten Bestimmungen

63. Wie belastend sind Ihrer Meinung nach Ihre derzeitigen Rechtsprobleme? (EuropASI)

64. Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Rechtsberatung? (EuropASI)

Hinweis zu den Standards 63 und 64:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
- 1 – wenig
- 2 – mittel
- 3 – erheblich
- 4 – extrem

1.7 Vorbehandlung

65. Befanden Sie sich jemals wegen Problemen mit Alkohol, Drogen und/oder Medikamenten (körperliche oder psychosoziale Folgen) in ambulanter oder stationärer Behandlung oder Betreuung in einer der unten angegebenen Einrichtungen?

ja nein

Wenn ja:

- a) In welcher der unten stehenden Einrichtungen befanden Sie sich?
- b) Wie alt waren Sie, als Sie erstmals wegen dieser Probleme die jeweilige Einrichtung aufgesucht haben?
- c) Wie oft waren Sie im letzten halben Jahr vor der jetzigen Aufnahme in dieser Einrichtung?

	Jemals besucht		Alter beim 1. Kontakt	Kontakte im letzten 1/2 Jahr
	Ja	Nein		
1. Niedergelassener Arzt	()	()	___	___
2. Niedergel. Psychiater	()	()	___	___
3. Ambulanz eines KH	()	()	___	___
4. Niedergel. Psychologe	()	()	___	___

	Jemals besucht		Alter beim 1. Kontakt	Kontakte im letzten 1/2 Jahr
	Ja	Nein		
5. Allg. Psychosoz. Beratungsstelle/ Ambulanz	()	()	___	___
6. Suchtberatungsstelle, Suchtambulanz	()	()	___	___
7. Selbsthilfegruppe	()	()	___	___
8. Allgemeinkrankenhaus	()	()	___	___
9. Psychiatr. Klinik/ Psych. Abt.	()	()	___	___
10. Suchtfachklinik	()	()	___	___
11. Andere ambul. Einrichtung, und zwar _____	()	()	___	___
12. Maßregelvollzug im Gefängnis	()	()	___	___
13. Sonstige Beratung/ Behandlung im Gefängnis	()	()	___	___
14. Betreuung durch Streetwork	()	()	___	___
15. Betreuung durch andere niedrigschwellige Maßnahme (z. B. Kontaktcafé)	()	()	___	___
16. Sonstiges, und zwar _____	()	()	___	___

Hinweis zu Standard 65:
 Hier sollen nur Vorbehandlungen erfasst werden. Sitzungen im Zusammenhang mit der laufenden Maßnahme sind nicht einzurechnen. Im Europäischen Kerndatensatz werden fünf Behandlungskategorien unterschieden, die sich mit den hier vorgegebenen Kategorien beantworten lassen. Sie lauten:
 (1) Ambulante Behandlungseinrichtungen
 (2) Stationäre Behandlungseinrichtungen
 (3) Niedrigschwellige Behandlung
 (4) Niedergelassener Arzt
 (5) Behandlungseinheit im Gefängnis

66. Entzugsbehandlung
 a) Wie oft waren Sie zur Entzugsbehandlung (Alkohol oder Drogen) in einer der folgenden Einrichtungen?

b) Wie alt waren Sie bei der ersten Entzugsbehandlung in dieser Einrichtung?
 c) Haben Sie die letzte Entzugsbehandlung vorzeitig oder regulär abgeschlossen (regulär = 1; vorzeitig = 2)?

	a)- Häufig- keit	b) Alter beim 1. Mal	c) Ab- schluss
1. Hausarzt	___	___	___
2. Facharztpraxis	___	___	___
3. Ambulanz eines KH	___	___	___
4. Psychotherap. Praxis	___	___	___
5. Suchtberatungsstelle/Suchtambulanz	___	___	___
6. Allgemein- krankenhaus	___	___	___
7. Psychiatr. Kranken- haus/Psychiatr. Abteilung	___	___	___
8. Andere ambul. Einrichtung, und zwar _____	___	___	___

Hinweis zu Standard 66:
 Als Entzugsbehandlung gilt jede Behandlung mit dem erklärten Ziel eines Entzugs (Entgiftung), sofern diese unter ärztlicher Überwachung durchgeführt worden ist.

67. Substitutionsbehandlung (nur für Drogenabhängige)
 67-1 Waren Sie jemals in einer Substitutionsbehandlung? ja nein
 67-2 Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal eine Substitutionsbehandlung begonnen haben?
 67-3 Sind Sie aktuell in einer Substitutionsbehandlung? ja nein
 67-4 Wenn ja, seit wie vielen Monaten?
 67-5 Welches Substitutionsmittel? _____
 67-6 Dosierungs pro Tag? (in den letzten 30 Tagen) _____

Hinweis zu Standard 67:

Dieser Standard gilt nur für Drogenabhängige. Welche Substitutionsmittel genommen werden wird genauer in den Standards 70 bis 77 beschrieben.

68. Entwöhnungsbehandlung

- a) Wie oft waren Sie in einer Entwöhnungsbehandlung (Alkohol oder Drogen) in einer der folgenden Einrichtungen?
- b) Wie alt waren Sie bei der ersten Entwöhnungsbehandlung in dieser Einrichtung?
- c) Wie oft waren Sie zur Entwöhnungsbehandlung in dieser Einrichtung?
- d) Wie wurde die letzte Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen?

	Häufigkeit	Alter beim 1. Mal	Anzahl Kontakte i. letzten 1/2 Jahr	Ab-schluß regulär = 1 vorzeitig = 2
1. Hausarzt	—	—	—	—
2. Facharztpraxis	—	—	—	—
3. Ambulanz eines KH	—	—	—	—
4. Psychotherap. Praxis	—	—	—	—
5. Suchtberatungsstelle/ Suchtambulanz	—	—	—	—
6. Allgem. Psycho-soziale Beratungs-stelle	—	—	—	—
7. Allgemeinkrankenhaus	—	—	—	—
8. Psychiatr. Krankenhaus/Psychiatr. Abt./ Fachkl.	—	—	—	—
9. Andere ambul. Einrichtung und zwar _____	—	—	—	—

Hinweis zu Standard 68:

Im Vergleich zur stationären Entwöhnungsbehandlung (stationäre Rehabilitation) ist die ambulante Entwöhnungsbehandlung (ambulante Rehabilitation) weniger klar definiert. Als ambulante Entwöhnungsbehandlungen gelten hier nur solche Maßnahmen, die eigenständig, d. h. nicht als Vorbereitung oder Nachsorge einer stationären Behandlung durchgeführt wurden.

Eine reguläre Beendigung ist dann gegeben, wenn die Behandlung in gegenseitigem Einvernehmen zwischen Patient und Therapeut abgeschlossen wurde und die jeweils vereinbarten Therapieziele erreicht worden sind. Eine reguläre Beendigung liegt auch dann vor, wenn die genehmigte Therapiephase und die damit verbundene Finanzierung beendet ist.

Eine Verlegung ist als vorzeitige Beendigung einzustufen, wenn sie unplanmäßig vor dem regulären Abschluss der ambulanten oder stationären Behandlung erfolgt, ansonsten gilt sie als reguläre Beendigung.

69. Vermittlung in die jetzige Behandlung (wichtigste Vermittlungsform)

- 1 Eigeninitiative
- 2 Familie/Freunde
- 3 Andere Suchteinrichtung
- 4 Niedergelassener Arzt
- 5 Krankenhaus oder andere medizinische Stelle
- 6 Sozialdienst
- 7 Durch Gerichtsauflage
- 8 Sonstiges

Hinweis zu Standard 69:

Dieses Item entspricht dem Europäischen Kerndatensatz. Es wird die überwiegende Vermittlungsform angegeben.

1.8 Konsum psychoaktiver Substanzen

Hinweise zu den nachfolgenden Standards 70–75:

Der Grundgedanke der Standards 70–75 besteht darin, den Beginn des Konsums psychotroper Substanzen und den letzten Konsum zu erfassen. Außerdem soll die Zeit des stärksten Konsums und die Häufigkeit des Konsums in zwei verschiedenen Zeitfenstern: letzte 30 Tage, letzten 6 Monate, erfasst werden.

Codein und codeinhaltige Stoffe, wie z. B. Remedacen, gehören zu den Opioiden/Opiaten. Die Standards 70–75 werden in Form einer Tabelle erfasst.

Zur besseren Übersichtlichkeit sollte dem Klienten eine Überblicksliste mit allen psychoaktiven Substanzen vorgelegt werden (s. Anhang 2). Für die Erfassung der Alkoholmengen wird dem Klienten ein Überblick über unterschiedliche Trinkmengen vorgelegt (s. Anhang 1). Die Daten werden in der Tabelle auf S. 66 erfasst.

70. Alter bei Erstkonsum (in Jahren)? _____
71. Wie alt waren Sie zu Beginn des regelmäßigen Gebrauches folgender Stoffe?

Hinweise zu Standard 71:

Erfragt wird das Lebensjahr, in dem der Befragte anfang, die Substanz regelmäßig zu konsumieren. Ein Gebrauch ist als regelmäßig anzusehen (EuropASI), wenn: a) die Substanz mindestens dreimal pro Woche konsumiert wird (unabhängig von der Dosierung) oder:

b) die Substanz übermäßig an mindestens zwei aufeinander folgenden Tagen in der Woche (z. B. bei Alkohol im Sinne einer »Sauftour«) gebraucht wird (d. h. in einem Maße, dass normale Aktivitäten beeinträchtigt werden, wie z. B. Arbeit, Schule, Familienleben, andere Freizeitbeschäftigungen oder normale tägliche Aktivitäten wie z. B. Autofahren etc.).

72. Vor wie vielen Tagen haben Sie diese psychoaktive Substanz das letzte Mal konsumiert?
73. Wie häufig haben Sie die psychoaktive Substanz in der Zeit des stärksten Konsums im letzten halben Jahr genommen? (Durchschnittliche Anzahl von Tagen im Monat)?

Hinweis zu Standard 73:

Der Zeitraum des stärksten Konsums sollte mindestens 4 Wochen umfassen mit Ausnahme der Situation, dass der gesamte Zeitraum des Konsums nicht länger als 4 Wochen dauert.

74. Wie häufig haben Sie die psychoaktive Substanz in den letzten 30 Tagen gebraucht? (Anzahl von Tagen) (EuropASI)

75. Wie häufig, d. h. an wie vielen Tagen haben Sie die Substanz im letzten halben Jahr gebraucht?

Hinweis zu Standard 75:

Ein halbes Jahr umfasst hier 182 Tage.

76. Was war die überwiegende Einnahmeform?
- 1 Oral
 - 2 Geschnupft
 - 3 Gespritzt
 - 4 Inhaliert
 - 5 Andere Form
77. Wurde die Substanz ärztlich verordnet?
- 0 ärztlich nicht verordnet
 - 1 ärztlich verordnet
 - 2 deutlich stärkerer Konsum als ärztlich verordnet

Hinweise zu Standard 77:

Eine ärztliche Verordnung umfasst Angaben zur Häufigkeit und Dosis des Medikaments. Wenn ein Klient deutlich mehr konsumiert als ärztlich verordnet wurde, wird die Kategorie »deutlich stärkerer Konsum als ärztlich verordnet« angegeben

78. Was ist das Hauptsuchtmittel? (Deutscher Kerndatensatz)
- 1 Alkohol
 - 2 Tabak
 - 3 Opioide
 - 4 Cannabinoide
 - 5 Dämpfende Psychopharmaka
 - 6 Kokain
 - 7 Designerdrogen
 - 8 Amphetamine
 - 9 Andere Aufputschmittel
 - 10 Halluzinogene
 - 11 Schnüffelstoffe
 - 12 Andere psychoaktive Substanzen
 - 13 Substitutionsmittel

Hinweise zu Standard 78:

Nach dem Europäischen Kerndatensatz (Simon et al., 1999) gibt es für das Hauptsuchtmittel zwei Definitionen:

- a) Jene Droge, die am meisten Schaden verursacht hat.

Übersichtstabelle zum Konsum psychoaktiver Substanzen (Aufnahme)

Psychoaktive Substanzen	(70) Alter bei Erstkonsum? (in Jahren)	(71) Alter bei regelm. Gebrauch?	(72) Vor wie vielen Tagen zuletzt genommen?	(73) Häufigkeit stärksten Gebrauchs im letzten halben Jahr ¹	(74) Tage mit Konsum in den letzten 30 Tagen?	(75) Tage mit Konsum im letzten halben Jahr?	(76) Über- wiegende Einnahme form?	(77) Ärztlich verordnet?
1. Alkohol, jeglicher Gebrauch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Tabak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Opioide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Cannabinoide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Dämpfende Psychopharmaka (Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Kokain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Designerdrogen, z. B. Ecstasy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Amphetamin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. andere Aufputschmittel einschl. Koffein (nur Tabletten)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Halluzinogene (ohne Cannabis)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Schnüffelstoffe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Andere psychoaktive oder nicht einordenbare Substanzen, und zwar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Verordnete Substitutionsmittel, Erhaltungsdrogen, und zwar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

¹ Anzahl der Tage mit Konsum im letzten Monat

b) Jene Droge, für die eine aktuelle Diagnose nach ICD-10 festgestellt wurde.
 Häufig werden beide Definitionen zum gleichen Ergebnis führen. Im Fall eines Widerspruchs sollte die aktuelle ICD-10 Diagnose (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit) im Vordergrund stehen.

79. a) Haben Sie jemals injiziert?
 0 = nein 1 = ja
- b) Alter bei erster Injektion
- c) Jahre des Gebrauchs insgesamt
- d) Jegl. i.v.-Injektion Gebrauch letzte 30 Tage
- e) Gebrauch letzte 6 Monate
- f) Wenn ja, haben Sie in den letzten sechs Monaten
 (1) ausschließlich eigene saubere Nadeln benutzt?
 (2) manchmal die Nadel mit anderen geteilt
 (3) oft die Nadel mit anderen geteilt.

80. Wenn Sie im letzten halben Jahr Alkohol getrunken haben, wie viel haben Sie dann an einem typischen Tag getrunken?

Durchschnittliche Trinkmenge pro Tag:

BIER
 _____ Gläser/Dosen/Flaschen (0,2–0,3 l)
 _____ Gläser/Dosen/Flaschen (0,4–0,5 l)

WEIN, SEKT, DESSERTWEIN, WERMUT
 _____ Gläser (0,2–0,25 l)
 _____ Flaschen (0,7–1,0 l)

LIKÖR
 _____ Gläser (einfacher) (0,02 l)
 _____ Gläser (doppelter) (0,04 l)
 _____ Flaschen (0,7–1,0 l)

SCHNAPS, WEINBRAND, WHISKEY (u. a.)
 _____ Gläser (einfacher) (0,02 l)
 _____ Gläser (doppelter) (0,04 l)
 _____ Flaschen (0,7–1,0 l)

SONSTIGES
 _____ (0, l)

Hinweis zu Standard 80:
 Zur Erleichterung der Antworten für den Klienten sollte ihm ein Übersichtsblatt mit üblichen Trinkmengen (siehe Anhang) vorgelegt werden. Die Angaben des Befragten müssen im Zuge der Auswertung in Gramm Alkohol umgerechnet und addiert werden. Hierzu kann die unten angeführte Umrechnungstabelle herangezogen werden.

Hierzu folgende Auswertungshilfe:

Trinkmenge in Litern:	Alkoholmenge in Gramm
Bier: _____ Ltr.	= _____ Gr. Alkohol
Wein u. Ä.: _____ Ltr.	= _____ Gr. Alkohol
Likör: _____ Ltr.	= _____ Gr. Alkohol
Schnaps: _____ Ltr.	= _____ Gr. Alkohol
Sonstig: _____ Ltr.	= _____ Gr. Alkohol
Summe Alkohol in Gramm:	_____ Gr. Alkohol

Tabelle zur Berechnung der Alkoholmenge in Gramm:

1,0 l Bier	(ca. 5 vol-% Alk.)	= 40 g
0,7 l Wein	(ca. 11 vol-% Alk.)	= 60 g
1,0 l Wein	(ca. 11 vol-% Alk.)	= 86 g
0,7 l Sekt	(ca. 12 vol-% Alk.)	= 65 g
1,0 l Sekt	(ca. 12 vol-% Alk.)	= 93 g
0,7 l Südwein	(ca. 20 vol-% Alk.)	= 110 g
1,0 l Südwein	(ca. 20 vol-% Alk.)	= 157 g
0,7 l Likör	(ca. 30 vol-% Alk.)	= 170 g
1,0 l Likör	(ca. 30 vol-% Alk.)	= 243 g
1 kl. Schnaps	(ca. 0,02 l; ca. 35 vol-% Alk.)	= 5 g
1 gr. Schnaps	(ca. 0,04 l; ca. 35 vol-% Alk.)	= 10 g
1,0 l Schnaps	(ca. 35 vol-% Alk.)	= 250 g

81. Wie oft haben Sie im letzten halben Jahr bis zum Rausch getrunken?
 () 1 Nie
 () 2 Selten = (1 bis 5-mal)
 () 3 Häufig = (mindestens 6-mal)

Hinweis zu Standard 81:
 Rausch ist definiert durch eine klare Beeinträchtigung der sprachlichen Funktion (Artikulation) oder der Bewegungskoordination. Müdigkeit, Entspannung oder Euphorie sind keine ausreichenden Anzeichen. Erinnerungslücken sind nicht unbedingt erforderlich.

82. Haben Sie jemals eine Therapievereinbarung mit dem Ziel eines »kontrollierten Trinkens« abgeschlossen bzw. gegenüber einem Therapeuten dieses Ziel erklärt?
- () 1 Ja
 () 2 Nein

Hinweis zu den Standards 82 und 83:

Kontrolliertes Trinken bedeutet hier ein regelmäßiges oder episodisches rauschfreies Trinken ohne Kontrollverlust, ohne Trinkexzesse und ohne negative Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, Legalverhalten).

83. Galt diese Vereinbarung bzw. Erklärung über kontrolliertes Trinken auch im letzten halben Jahr?
- () 1 ja
 () 2 nein
 () 3 trifft nicht zu, da nie eine Vereinbarung geschlossen

Hinweis zu den Standards 84 bis 85:

Die folgenden Angaben zur Abstinenzsymptomatik beziehen sich abweichend von der Regel auf den Zeitraum der letzten 30 Tage, weil ein größerer Zeitraum mit hoher Wahrscheinlichkeit zu unbrauchbaren Ergebnissen führen würde.

84. Alkohol/Nikotin/Drogenverlangen
- 84-1 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Alkoholverlangen gespürt?
- 84-2 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Nikotinverlangen gespürt?
- 84-3 An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Drogenverlangen gespürt?
 (EuropASI)
85. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen hatten Sie körperliche Erscheinungen, die Sie an Entzugserscheinungen erinnern könnten?
 (z. B.: innere Unruhe, Herzklopfen, Übelkeit, Zittern, Schwitzen)
 (EuropASI)

Hinweis zu Standard 85:

Zur genaueren Erfassung der Entzugserscheinungen wird auf die Kriterien der DSM-IV verwiesen.

86. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen hatten Sie körperliche Erscheinungen, die Sie an Drogen-/Alkoholwirkungen erinnern könnten?
 (z. B.: körperliche Wärmeempfindung, trockener Mund, bitterer Geschmack, so genannter Trockenrausch u. Ä.)

Hinweis zu den Standards 87 und 88:

Entsprechend dem EuropASI werden nur Alkohol- und Drogenverlangen, Entzugserscheinungen, störende Folgen einer Alkohol- oder Drogenintoxikation oder der Wunsch mit dem Drogenkonsum aufzuhören und es nicht zu können, berücksichtigt.

87. An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage Alkohol-/Nikotin oder Drogenprobleme?
- 87-1 Alkoholprobleme
 87-2 Drogenprobleme
 87-3 Nikotinprobleme
 (EuropASI)
88. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen ihre Alkohol- oder Drogenprobleme belastet oder beeinträchtigt?
- 88-1 Alkoholprobleme
 88-2 Drogenprobleme
 88-3 Nikotinprobleme
 (EuropASI)

Hinweis zu Standard 88:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
 1 – wenig
 2 – mittel
 3 – erheblich
 4 – extrem

1.9 ICD-Diagnosen

Hinweis zu den Standards 89 bis 91:
 Die Anwendung der Standards erfordert eine entsprechende diagnostische Ausbildung und Erfahrung (s. auch Standard 94).
 Literaturangaben zur ICD-10 siehe Literaturverzeichnis.
 Das Kapitel V (F) »Psychische und Verhaltensstörungen (einschließlich Störungen der psychischen Entwicklung« der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD-10 sieht eine fünfstellige Verschlüsselung der psychischen und Verhaltensstörungen durch den Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen vor.
 Die betreffende psychotrope Substanz wird dabei durch die zweite und dritte Stelle gekennzeichnet (dies entspricht den ersten beiden Zahlen nach dem Buchstaben F), das klinische Erscheinungsbild mit der vierten und fünften Stelle.
 Die an vierter Stelle gekennzeichneten klinischen Erscheinungsbilder sollten differenzialdiagnostisch nach den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 möglichst ausschließlich festgestellt werden.
 Für die Klassifikation nicht-psychiatrischer Diagnosen (z. B. neurologische Erkrankungen) gelten andere Kapitel der ICD-10, deren Kurzbuchstabe jeweils an der ersten Stelle verschlüsselt werden muss.
 Der Begriff Hauptdiagnose wird wie in der ICD-10 verwendet (Diagnose mit der größten aktuellen Bedeutung, weswegen der Patient zur Behandlung kommt).
 Bei den Standards 90 und 91 wird die wichtigste Diagnose jeweils an die erste Stelle gesetzt.

89. Hauptdiagnose:

	ICD-10-Schlüssel				
	1	2	3	4	5
_____	F	1	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>

90. Suchtdiagnosen:

	ICD-10-Schlüssel				
	1	2	3	4	5
_____	F	1	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>
_____	F	1	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>
_____	F	1	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>
_____	F	1	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>

91. Psychiatrische oder Neuropsychiatrische Diagnosen:

	1	2	3	4	5
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>

1.10 Standardisierte Erhebungsinstrumente

Hinweis zu den Standards 92 bis 100:
 Wenn standardisierte Erhebungsbögen zu den verschiedenen Bereichen verwendet werden, sollten Verfahren aus der nachfolgenden Liste verwendet werden (s. auch EHES, Glöckner-Rist et al 2000). Für eine Reihe von diagnostischen Fragestellungen bei Substanzabhängigen stehen Fragebögen, strukturierte Interviews, Persönlichkeitstests und Leistungstests zur Verfügung. Der folgende Überblick ist weder nach Problembereichen noch nach Instrumenten erschöpfend. Dazu wird auf Sammelreferate und Übersichtsarbeiten verwiesen:
 Klinik und Forschung sind an unterschiedlichen Instrumenten interessiert. Für die Klinik werden Instrumente mit praktischen Implikationen, z. B. einer Prognose- oder Schwereabschätzung, gesucht. Für die Forschung interessieren Instrumente, in denen suchtbezogene Konzepte operationalisiert und zuverlässig erfasst sind, auch wenn die Validität für allgemeine Aussagen gering ist. Deshalb wird hier keine verbindliche Empfehlung zur Zusammenstellung einer Test- bzw. Fragebogenbatterie gegeben, sondern lediglich auf einzelne Instrumente verwiesen, die zur Erfassung einzelner Bereiche brauchbar erscheinen. Bei diesen Empfehlungen ist darauf geachtet, dass das Instrument verbreitet ist, dass dafür angemessene psychometrische Kennwerte zur Verfügung stehen und dass Aufwand und Ertrag in einem akzeptablen Verhältnis stehen.
 Psychodiagnostische Untersuchungen (außer Screening-Verfahren) sollten nicht während der und unmittelbar im Anschluss an die Entzugsbehandlung durchgeführt werden, es sei denn, dass speziell Auswirkungen des Entzugs zu dokumentieren sind. Es wird empfohlen, diese Erhebungen innerhalb der ersten 14 Tage oder in der letzten Woche des Aufnahmeverfahrens durchzuführen. In einzelnen Bereichen erlauben wiederholte Messungen die Erfassung therapeutisch relevanter Veränderungen.

Für die Planung der individuellen Behandlung eines Patienten sind diese Hinweise notwendig aber nicht ausreichend.

* Zu den deutschsprachigen Versionen dieser Instrumente liegen bislang keine Angaben über Faktorenstruktur und/oder psychometrische Eigenschaften vor.

92. Screening/Behandlungsmotivation

- Alcohol Use Disorders Identification Test (deutsche Version in Wetterling & Veltrup, 1997)*
- CAGE (deutsche Version in Wetterling & Veltrup, 1997)*
- Lübecker Alkoholismus Screening Test (Rumpf, Hapke, Hill & John, 1997)
- Münchner Alkoholismus-Test (MALT) (Feuerlein, Ringer, Kufner & Antons-Volmerg, 1999)
- Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) (deutsche Version in Wetterling & Veltrup, 1997)*

93. Störungsspezifische Diagnostik/Anamnese

- European Addiction Severity Index (Europ-ASI) (Gsellhofer, Kufner, Vogt & Weiler, 1999)
- Trierer Alkoholismusinventar (TAI) (Funke, Funke, Klein & Scheller, 1987)

94. Komorbidität (nach DSM-IV und ICD-10)

- Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV (IDCL für DSM-IV) (Hiller, Zaudig & Mombour, 1997)
- Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 (IDCL für ICD-10) (Hiller, Zaudig & Mombour, 1997)
- Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II) (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997)
- Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Wittchen et al. 2000)

95. Familienanamnese

- Short Michigan Alcoholism Screening Test for Fathers and Mothers (F-SMAST und M-SMAST) (deutsche Version von Demmel & Hagen, 1999)*

96. Psychische und körperliche Beschwerden / aktuelle Symptomatik

- Beck-Depressions-Inventar (BDI) (deut-

sche Version von Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994)

- Beschwerden-Liste (B-L) (von Zerssen, 1975)
- Hamilton-Depressions-Skala (HDI) (deutsche Version in Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum, 1996)
- Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) (deutsche Version von Franke, 1995)
- Paranoid-Depressivitäts-Skala/Depressivitäts-Skala (PD-S/D-S) (von Zerssen, 1975)
- Das State-Trait-Angstinventar (STAI) (deutsche Version von Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981)

97. Entzug

- Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-A) (deutsche Version von Stuppaeck, Barnas, Falk, Guenther, Hummer, Oberbauer, Pycha, Whitworth & Fleischhacker, 1995)
- Mainzer Alkohol-Entzugs-Skala (Banger, Philipp, Aldenhoff, Herth & Hebenstreit, 1992)

98. Craving

- Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) (deutsche Version von Mann & Ackerman, 1999)

99. Leistungsdiagnostik

- Auditiv-Verbaler Lerntest (AVLT) (Heubrock, 1992)
- Der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT) (Oswald & Roth, 1997)
- Leistungsprüfsystem (LPS) (Horn, 1983)
- Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B) (Lehr, 1995)
- Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Brickenkamp, 1994)

100. Rückfälligkeit

- Differenzielles Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige (DIRA) (Klein, Funke, Funke & Scheller, 1995)
- Drug Taking Confidence Questionnaire (deutsche Version von Lindenmeyer & Florin, 1998)
- Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuver-

- sicht (HEISA) (Körkel & Schindler, 1997)
- Inventory of Drug Taking Situations (Alcohol) (deutsche Version von Lindenmeyer & Florin, 1998)
 - Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35) (Körkel & Schindler, 1996)

1.11 Anamneseprotokoll

101. Welche Quellen wurden herangezogen?
(Mehrfachnennung möglich)
- () 0 Anamnesegespräch mit dem/der Betroffenen
 - () 1 Eltern/Angehörige des Patienten
 - () 2 andere Abhängige
 - () 3 Beratungsstelle/Therapieeinrichtung
 - () 4 Behörden (Sozial-, Justizbehörde)
 - () 5 Krankenhäuser, psychiatrische Einrichtungen
 - () 6 Unterlagen der Krankenversicherungs-/Rentenversicherungsträger
 - () 7 Strafregisterauszüge
 - () 8 Sonstiges _____
102. Unter Einfluss von psychotropen Substanzen
- () 1 Kein Einfluss
 - () 2 Unter Alkoholeinfluss
 - () 3 Unter Einfluss von illegalen Drogen
 - () 4 Unter Einfluss von verordneten Medikamenten
 - () 5 Unter Einfluss von nicht verordneten Medikamenten
 - () 6 Unklare Beurteilung
103. Ausmaß der akuten Beeinträchtigung des Interviewten durch psychoaktive Substanzen:
- () 1 Kein Verdacht auf Beeinträchtigung
 - () 2 Leichte Beeinträchtigung
 - () 3 Mittlere Beeinträchtigung (Gespräch erschwert)
 - () 4 Starke Beeinträchtigung (Gespräch Nur schwer durchführbar)
 - () 5 Interview nicht durchführbar
 - () 6 Wenn 1-5 mit ja, dann Details angeben:

104. Kontrolle des Drogenkonsums?
0 = nein 1 = ja
- 104-1 Atemluftkontrolle
Ergebnis: _____
 - 104-2 Urin-Kontrolle
Ergebnis: _____
 - 104-3 CDT-Test
Ergebnis: _____
 - 104-4 Sonstige
Ergebnis: _____
105. Haaranalyse durchgeführt?
- () 1 Ja
 - () 2 Nein
- Wenn Ja, Ergebnis: _____
106. Bereitschaft zur Urin- und/oder Atemluftkontrolle
- () 0 war nicht vorgesehen
 - () 1 Kontrolle war technisch nicht durchführbar
 - () 2 sofort bereit
 - () 3 auf Kontrolle verzichtet, da Drogen-/Alkohol-/Medikamentenkonsum zugegeben wurde
 - () 4 trotz Überzeugungsversuch nicht bereit
 - () 5 Sonstiges
107. Dauer des Interviews
_____ Std. _____ Min.

2. Datenerhebung im Therapieverlauf

Hinweis zu Standards in Abschnitt 2. Therapieverlauf und 3. Therapieende:

Datenerhebung zum Behandlungsverlauf können zu einem oder mehreren festgelegten Zeitpunkten oder am Behandlungsende erhoben werden. Die hier zusammengestellten Daten sind als Ergänzungen der Erhebung am Therapieende zu verstehen. Bei langer Behandlung wie z. B. einer Substitutionstherapie sind umfangreichere Verlaufserhebungen erforderlich, die in Abschnitt 4 als Katamnese- bzw. Verlaufserhebungen dargestellt sind. Bei einer Prozessevaluation sowie für Zeitreihenanalysen ist eine eigenständige Planung der Verlaufserhebung notwendig. Häufig werden die Daten zum Verlauf retrospektiv erfasst, z. B. am Therapieende. Die Datenerhebungen im Therapieverlauf und am Therapieende werden getrennt dargestellt. Außerdem wird zwischen ambulanter und stationärer Behandlung unterschieden.

108. Patientenidentifikation:
Klienten-Code: _____

Hinweis zu Standard 108:

Für die Identifikation der Angaben einzelner Patienten empfiehlt sich die Vergabe eines alphanumerischen Codes. Der Zuordnungsschlüssel für Nummern und Namen sollte nur dem Koordinator der Studie in der Einrichtung zugänglich sein, der bei einer Bearbeitung der Daten die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Richtlinien zu verantworten hat.

2.1 Verlaufsdaten für die ambulante Behandlung

Hinweis zu Standards 109 bis 111:

Unter Behandlung wird jede medikamentöse oder psychosoziale Intervention verstanden. Eine genaue Definition sollte für jede Studie explizit festgelegt werden. Der hier verwendete Begriff ist breiter als der von den Leistungsträgern verwendete Begriff der Behandlung. Er umfasst alle psychosozialen Interventionen und schließt damit

psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen mit ein. Rechtliche Aspekte werden hierbei nicht berücksichtigt. Zwischen Beratung/Betreuung und Therapie gibt es fließende Übergänge. Eine allgemein akzeptierte Abgrenzung gibt es bislang nicht.

Das Erstgespräch kann in manchen Fällen schon der Behandlungsbeginn sein.

Rückfall wird hier definiert als jeder Tag mit Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen, die nicht ärztlich verordnet wurden. Dabei wird die Schwere des Rückfalls nicht berücksichtigt, die aber durch andere Variablen charakterisiert werden kann. Üblicherweise setzt Rückfall eine Phase der Abstinenz voraus. Diese Vorstellung trifft aber nicht auf alle Fälle zu.

109. Beginn der Behandlung:
Datum:
110. Zeitpunkt der Verlaufserhebung:
Datum:
111. Zeitraum vom Beginn der ambulanten Beratung/Behandlung bis zur ersten Abstinenz:
Dauer in Wochen:
112. Kosten-/Leistungsträger
(Deutscher Kerndatensatz)
- 1 pauschal/institutionell finanziert
 - 2 Selbstzahler
 - 3 Rentenversicherung
 - 4 Krankenversicherung
 - 5 Sozialhilfe/Jugendhilfe
 - 6 Sonstige
113. Nichteinhaltung von Terminen im Verlaufe der Behandlung:

Anlass/Grund	Anzahl Termine	Datum	vorh. Absage	
			ja	nein
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis zu Standard 113:
 Wenn mehrere Termine hintereinander ausfallen, werden diese in einer Zeile zusammengefasst.

114. Kontrolle des Konsums psychoaktiver Substanzen

Reihenfolge der Kontrollen	Art der Kontrolle	Datum	Geprüfte Substanzen	Befund (positiv/negativ)
1				
2				
3				
4				
5				

Hinweis zu Standard 114:
 Je nach Suchtmittel (Alkohol, Drogen) und je nach Therapiekonzept ist eine unterschiedliche Dichte von Kontrollen erforderlich. Zumindest einmal pro Monat sollte eine objektive Kontrolle durchgeführt werden (Atem-Test bei Alkohol, Urin-Kontrollen der wichtigsten Substanzgruppen bei Drogen).
 Bei Drogen sollten alle gängigen Substanzgruppen geprüft werden (Opiate, Benzodiazepine, Amphetamine, Kokain, Cannabis, Barbiturate). Wenn nur eine Art der Kontrolle durchgeführt wird, kann diese Spalte wegfallen.

115. Rückfälle im Therapiezeitraum?
 Reaktionen der Einrichtung: Entlassung oder besondere Maßnahmen (spezifizieren):

	Dauer in Tagen/Substanzgruppe	
1. Rückfall:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Art der Substanz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Maßnahmen	_____	
2. Rückfall:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Art der Substanz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Maßnahmen	_____	
3. Rückfall:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Art der Substanz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Maßnahmen	_____	

Hinweis zu Standard 115:
 Ein Rückfall ist durch mindestens einen Tag mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen definiert. Zwei Rückfälle sind durch mindestens einen Tag ohne Drogenkonsum voneinander getrennt. Als Art der Substanz wird die zugehörige Nummer der Substanzgruppe eingetragen (siehe Übersichtstabelle zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Abschnitt 1.8).

2.2 Verlaufsdaten für die stationäre Behandlung

Hinweis zu 2.2:
 Die Angaben zu diesem Bereich sollten regelmäßig vervollständigt werden (ca. alle vier Wochen).
 Hinweise zu Standard 116ff:
 Codein und codeinhaltige Stoffe, wie z. B. Remedacen, gehören zu den Opioiden/Opiaten.
 Koffeinmissbrauch soll nur dann erfasst werden, wenn diese Substanz in Tablettenform gebraucht wurde.

116. Beginn der Behandlung:
 Datum:

Hinweis zu Standard 116:
 Unter Behandlung wird jede medikamentöse oder psychosoziale Intervention verstanden. Eine genaue Definition sollte für jede Studie explizit festgelegt werden. Der hier verwendete Begriff ist breiter als der von den Leistungsträgern verwendete Begriff der Behandlung. Er umfasst alle psychosozialen Interventionen und schließt damit psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen mit ein. Rechtliche Aspekte werden hierbei nicht berücksichtigt. Zwischen Beratung/Betreuung und Therapie gibt es fließende Übergänge. Eine allgemein akzeptierte Abgrenzung gibt es bislang nicht.
 Das Erstgespräch kann in manchen Fällen schon der Behandlungsbeginn sein.

117. Kosten-/Leistungsträger
 (Deutscher Kerndatensatz)
 1 Pauschal/institutionell finanziert
 2 Selbstzahler

- 3 Rentenversicherung
- 4 Krankenversicherung
- 5 Sozialhilfe/Jugendhilfe
- 6 Sonstige

118. Nichteinhaltung von Terminen im Verlaufe der Behandlung:

Anlass/Grund	Anzahl Termine	Datum	vorh. Absage	
			Ja	Nein
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis zu Standard 118:

Wenn mehrere Termine hintereinander ausfallen, werden diese in eine Zeile zusammengefasst.

119. Kontrolle des Konsums psychoaktiver Substanzen

Reihenfolge der Kontrollen	Art der Kontrolle	Datum	Geprüfte Substanzen	Befund (positiv/negativ)
1				
2				
3				
4				
5				

Hinweis zu Standard 119:

Je nach Suchtmittel (Alkohol, Drogen) und je nach Therapiekonzept ist eine unterschiedliche Dichte von Kontrollen erforderlich. Zumindest einmal pro Monat sollte eine objektive Kontrolle durchgeführt werden (Atem-Test bei Alkohol, Urin-Kontrollen der wichtigsten Substanzgruppen bei Drogen).

Bei Drogen sollten alle gängigen Substanzgruppen geprüft werden (Opiate, Benzodiazepine,

Amphetamine, Kokain, Cannabis, Barbiturate). Wenn nur eine Art der Kontrolle durchgeführt wird, kann diese Spalte wegfallen.

120. Rückfälle im Therapiezeitraum?

Reaktionen der Einrichtung: Entlassung oder besondere Maßnahmen (spezifizieren):

Dauer in Tagen/Substanzgruppe

1. Rückfall:

Art der Substanz

Maßnahmen _____

2. Rückfall:

Art der Substanz

Maßnahmen _____

3. Rückfall:

Art der Substanz

Maßnahmen _____

Hinweis zu Standard 120:

Ein Rückfall ist durch mindestens einen Tag mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen definiert. Zwei Rückfälle sind durch mindestens einen Tag ohne Drogenkonsum voneinander getrennt. Als Art der Substanz wird die zugehörige Substanzgruppe eingetragen (siehe Übersichtstabelle zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Abschnitt 1.8.).

121. Nichtanwesenheiten/Unterbrechungen im Verlaufe der Behandlung:

Anlass/Grund	Dauer in Tagen	In Therapie wochen	Zustimmung	
			ja	nein
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis zu Standard 121:
 Unter Nichtanwesenheit werden Unterbrechungen der Behandlung mit Zustimmung der Einrichtung verstanden. Hierzu gehören beispielsweise Wochenendurlaube, Krankenhausaufenthalte, Abwesenheiten, um die Entlassung vorzubereiten usw. Unterbrechungen der Behandlung ohne Zustimmung sollen besonders aufgeführt werden.

122. Ausgänge während der Behandlung:

Anzahl der Tage mit Ausgang	In Therapie	vorh. Absage		Besondere Vorkommnisse
		ja	nein	
1. _____	_____	()	()	_____
2. _____	_____	()	()	_____
3. _____	_____	()	()	_____
4. _____	_____	()	()	_____
5. _____	_____	()	()	_____
6. _____	_____	()	()	_____
7. _____	_____	()	()	_____
8. _____	_____	()	()	_____
9. _____	_____	()	()	_____
10. _____	_____	()	()	_____

Hinweis zu Standard 122:
 Wenn jemand an einem Tag öfter das Haus verlässt, sollte man nur einen Ausgang angeben. Auch wenn der Ausgang bis zu 24 Stunden dauert, wird dies als 1 Tag mit Ausgang dokumentiert.

2.3 Standardisierte Fragebogen

Hinweis zu den Standards 123 bis 129:
 Die hier vorgeschlagene Anwendung diagnostischer Instrumente gibt notwendige Hinweise auf die Ausprägung grundlegender Störungen von Suchtkranken.
 Durch wiederholte Messungen (z. B. alle drei Monate) könnten darüber hinaus therapeutisch relevante Veränderungen angezeigt werden. Für die Planung der individuellen Behandlung eines Patienten sind diese Hinweise aber nicht ausreichend.
 * Zu den deutschsprachigen Versionen dieser Instrumente liegen bislang keine Angaben über Faktorenstruktur und/oder psychometrische Eigenschaften vor.

- 123. Screening/Behandlungsmotivation**
- Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) (deutsche Version in Wetterling & Veltrup, 1997)*

- 124. Störungsspezifische Diagnostik/Anamnese**
- European Addiction Severity Index (Europ-ASI) (Gsellhofer, Küfner, Vogt & Weiler, 1999)

- 125. Psychische und körperliche Beschwerden/aktuelle Symptomatik**
- Beck-Depressions-Inventar (BDI) (deutsche Version von Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994)
 - Beschwerden-Liste (B-L) (von Zerssen, 1975)
 - Hamilton-Depressions-Skala (HDI) (deutsche Version in Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum, 1996)
 - Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) (deutsche Version von Franke, 1995)
 - Paranoid-Depressivitäts-Skala/Depressivitäts-Skala (PD-S/D-S) (von Zerssen, 1975)
 - Das State-Trait-Angstinventar (STAI) (deutsche Version von Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981)

- 126. Entzug**
- Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-A) (deutsche Version von Stuppaeck, Barnas, Falk,

Guenther, Hummer, Oberbauer, Pycha, Whitworth & Fleischhacker, 1995)

- Mainzer Alkohol-Entzugs-Skala (Banger, Philipp, Aldenhoff, Herth & Hebenstreit, 1992)

127. Craving

- Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) (deutsche Version von Mann & Ackerman, 1999)

128. Leistungsdiagnostik

- Auditiv-Verbaler Lerntest (AVLT) (Heubrock, 1992)
- Der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT) (Oswald & Roth, 1997)
- Leistungsprüfsystem (LPS) (Horn, 1983)
- Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B) (Lehrl, 1995)
- Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Brickenkamp, 1994)

129. Rückfälligkeit

- Differenzielles Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige (DIRA) (Klein, Funke, Funke & Scheller, 1995)
- Drug Taking Confidence Questionnaire (deutsche Version von Lindenmeyer & Florin, 1998)
- Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit (HEISA) (Körkel & Schindler, 1997)
- Inventory of Drug Taking Situations (Alcohol) (deutsche Version von Lindenmeyer & Florin, 1998)
- Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit (KAZ-35) (Körkel & Schindler, 1996)

3. Datenerhebung bei Ende der Beratung / Therapie

130. Patientenidentifikation:

Klienten-Code: _____

Hinweis zu Standard 130:

Für die Identifikation der Angaben einzelner Patienten empfiehlt sich die Vergabe eines alphanumerischen Codes. Der Zuordnungsschlüssel für Nummern und Namen sollte nur dem Koordinator der Studie in der Einrichtung zugänglich sein, der bei einer Bearbeitung der Daten die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Richtlinien zu verantworten hat.

3.1 Angaben zum Behandlungsende

131. Datum der Entlassung:

132. Behandlungsdauer:
Dauer der durchgeführten Beratung/Behandlung: _____ Tage

133. Anzahl der Kontakte (nur bei ambulanter Beratung/Behandlung)

Hinweis zu Standards 132 und 133:

Die Dauer einer Maßnahme ist definiert als Zeitraum zwischen erstem und letztem Beratungs-/Behandlungskontakt. Für eine ambulante Beratung bzw. Behandlung ist zusätzlich eine Angabe über die in diesem Zeitraum erfolgte Anzahl der Kontakte (Tage mit persönlichem Kontakt) erforderlich (siehe auch Standard 136).

134. Art der Entlassung:

- () 1 Reguläre Beendigung
- () 2 Nicht-reguläre Beendigung durch Patient
- () 3 Nicht-reguläre Beendigung durch Institution
- () 4 Nicht-reguläre Beendigung durch Kosten-/Leistungsträger
- () 5 Vermittlung/Überstellung/Verlegung
- () 6 Sonstiges (z. B. Todesfall etc.)

Hinweis zu Standard 134:
 Eine reguläre Beendigung liegt vor, wenn die Behandlungsziele aus Sicht des Therapeuten erreicht wurden, oder wenn die geplante oder bewilligte Therapiezeit beendet ist.
 Bei nicht-regulärer Beendigung im gegenseitigen Einvernehmen wird der Initiator markiert.

135. Überwiegender Grund für die nicht-reguläre Beendigung:
- 0 Trifft nicht zu
 - 1 Reguläre Therapiebeendigung
 - 2 Rückfall/Alkohol
 - 3 Rückfall/illegale Drogen
 - 4 Rückfall/Medikamente
 - 5 Sonstige Regelverstöße
 - 6 Wunsch, weiterhin Drogen zu nehmen
 - 7 Therapie wurde vom Patienten als ausreichend erachtet
 - 8 Sonstige Gründe
136. Wie viele therapeutische Kontakte fanden im Therapieverlauf statt?
- | | Einzel | Gruppe |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 136-1 mit Klient | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 136-2 mit Partner/Familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 136-3 mit Klient und Partner/Familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hinweis zu Standard 136:
 Die Bezeichnung »therapeutische Kontakte« umfasst auch solche der Beratung und Betreuung sowie auch sogenannte Körpertherapien wie Bioenergetik u. a. Damit nicht gemeint sind Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie Freizeitaktivitäten.

137. Welche Art von Vermittlung bzw. Nachbehandlung wurde durchgeführt bzw. vorbereitet?
- 1 Ambulante Beratung/Behandlung (Nachbehandlung)
 - 2 Ambulante Rehabilitation (entsprechend der Empfehlungsvereinbarung »Ambulante Rehabilitation Sucht«)
 - 3 Entgiftung/Entzug
 - 4 Substitutionsbehandlung
 - 5 Stationäre Entwöhnungsbehandlung

- 6 Krankenhausbehandlung
 - 7 Stationäre und ambulante Formen des Betreuten Wohnens/Notschlafstellen (nach BSHG)
 - 8 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte
138. Wurde der Besuch einer Selbsthilfegruppe vorbereitet?
- 1 Ja
 - 2 Nein

- 3.2 *Gebrauch psychoaktiver Substanzen (während der Behandlung)*
139. Anzahl der Tage mit psychoaktiven Substanzen im Behandlungsverlauf (außer Substitutionstherapie)

Anzahl positiver Urin-Befunde bei Substitutionstherapien

Hinweis zu Standard 139:
 Die Anzahl der Tage mit psychoaktiven Substanzen ergibt sich aus der Dokumentation über den Verlauf (siehe Abschnitt 2), ebenso die Anzahl positiver Urin-Befunde. Wenn ein Klient bei ein- und derselben Urin-Analyse mehrere positive Befunde aufweist, wird nur ein positiver Befund gezählt.

140. An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol-/Nikotin- oder Drogenverlangen gespürt?
- Alkoholverlangen
 - Nikotinverlangen
 - Drogenverlangen (EuropASI)
141. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen hatten Sie körperliche Beschwerden, die Sie an Entzugserscheinungen erinnern könnten?
 (z. B.: innere Unruhe, Herzklopfen, Übelkeit, Zittern, Schwitzen)

Hinweis zu den Standard 141:
 Entsprechend dem EuropASI werden nur Alkohol- und Drogenverlangen, Entzugserscheinungen, störende Folgen einer Alkohol- oder Drogenintoxikation oder der Wunsch mit dem Drogenkonsum aufzuhören und es nicht zu können, berücksichtigt.

142. An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage Alkohol-/Nikotin- oder Drogenprobleme?

- Alkoholprobleme
 Nikotinprobleme
 Drogenprobleme

143. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen ihre Alkohol-/Nikotin- oder Drogenprobleme belastet oder beeinträchtigt?

- Alkoholprobleme
 Nikotinprobleme
 Drogenprobleme

Hinweis zu Standard 143:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
 1 – wenig
 2 – mittel
 3 – erheblich
 4 – extrem

3.3 Arbeitssituation, Einkommen (Entlassung)

144. Berufliche Situation

- (Deutscher Kerndatensatz)
 () 1 Arbeitsplatz vorhanden
 () 2 Ausbildungsplatz vorhanden
 () 3 Arbeitslos
 () 4 Nicht erwerbstätig
 () 5 In beruflicher Rehabilitation

3.4 Familiäre Situation/Partnerschaft (Entlassung)

145. In welcher Partnerbeziehung leben Sie?

- () 1 Allein stehend
 () 2 Zeitweilige Beziehung(en)
 () 3 Feste Beziehung, getrennt lebend
 () 4 Feste Beziehung, zusammenlebend

Hinweis zu Standard 145:

Angaben auch bei gleichgeschlechtlichen Partnerschaften erheben.

»Feste Beziehung«: während des gesamten letzten halben Jahres zu der gleichen Person regelmäßigen Kontakt.

»Zeitweilige Beziehung«: Partnerschaft, die

nicht das gesamte letzte halbe Jahr, aber mindestens einen Monat bestand und mehrere Kontakte umfasste.

Grundsätzlich ist die zutreffende Kategorie mit der höchsten Zahl anzukreuzen. Wer z. B. mit einem Partner eine feste Beziehung hat und mit diesem in gemeinsamen Haushalt lebt, hat Kategorie 4 anzukreuzen, auch dann wenn daneben eine weitere »zeitweilige« Beziehung existiert.

146. Wie oft hatten Sie während der letzten 30 Tage schwerwiegende Konflikte mit

- 146A Ihrer Familie
 146B anderen Personen (ausschließlich Familie)
 (EuropASI)

147. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen die folgenden Probleme belastet oder beeinträchtigt:

- 147A Familienprobleme
 147B Probleme mit Ihrer sozialen Umgebung (EuropASI)

Hinweis zu Standard 147:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
 1 – wenig
 2 – mittel
 3 – erheblich
 4 – extrem

148. Wohnsituation nach Entlassung (Deutscher Kerndatensatz)

- () 1 Selbstständiges Wohnen
 () 2 Bei Angehörigen/Eltern
 () 3 Betreutes Wohnen

3.5 Psychische Situation (Entlassung)

149. Gab es im Behandlungsverlauf eine Zeitspanne, in der Sie unter folgenden Problemen gelitten haben?
0 = nein 1 = ja

	Letzte 30 Tage	Davor
149-1 Schwere Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149-2 Schwere Angst- und Spannungszustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149-3 Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149-4 Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149-5 Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149-6 Verschreibung von Medikamenten für ein psychisches/emotionales Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149-7 Ernsthafte Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149-8 Selbstmordversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

150. Haben Sie im Therapieverlauf ernsthaft daran gedacht, nicht mehr leben zu wollen?
Wenn ja, wie häufig (Tage)

3.6 Gesundheitliche Situation

151. Besteht noch eine körperliche Erkrankung, die wahrscheinlich eine Folge des Konsums psychoaktiver Substanzen darstellt?
() 1 Ja
Welche? _____
() 2 Nein

Hinweis zu Standard 151:

Ausgangspunkt ist die Liste möglicher Folgeerkrankungen in Standard 44.

152. Besteht eine chronische Erkrankung, die nicht in Zusammenhang mit dem Missbrauch psychoaktiver Substanzen steht?
() 1 Ja
Welche? _____
() 2 Nein

153. HIV

- 153-1 Wurde bei Ihnen seit Behandlungsbeginn ein HIV-Test durchgeführt?
() 0 Nein
() 1 Ja
() 2 Ich weiß nicht
() 3 Antwort verweigert

- 153-2 Wenn ja, wie lange liegt der HIV-Test zurück? Monate

- 153-3 Wie war das Ergebnis?
() 1 HIV-negativ
() 2 HIV-positiv, derzeit akute Infektion (Stadium I)
() 3 HIV-positiv, derzeit ohne Krankheitssymptome (Stadium II)
() 4 HIV-positiv, derzeit mit Krankheitssymptomen (Stadium III)
() 5 Ich weiß nicht
() 6 Antwort verweigert
Welche Symptomatik? _____

Hinweis zu Standard 153:

Krankheitssymptome bei einer HIV-Infektion können sein: Fieber (> 38,5 Grad Celsius), chronischer Durchfall (> 4 Wochen), ungewollte Gewichtsabnahme (5–10% des Ausgangsgewichts), verschiedene opportunistische Infektionen und Tumore. Die og. Stadieneinteilung beruht auf einer vereinfachten CDC-Klassifikation. Weiterführende Literatur zu HIV und zur Stadieneinteilung: Gözl J., Mayr C., Bauer G.: HIV und AIDS (2. Auflage) Urban & Schwarzenberg, München 1995.

154. An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage gesundheitliche Probleme? (EuropASI)

Hinweis zu Standard 154:

Entsprechend dem EuropASI werden hier direkte medizinisch-körperliche Folgebeschwerden von Substanzkonsum (z. B.: Kater, Erbrechen, Schlaflosigkeit), die nicht auftreten würden, wenn der Patient abstinent wäre, nicht berücksichtigt. Chronische Folgen im Sinne einer anhaltenden körper-

lichen Erkrankung werden dagegen einbezogen. Auch leichte Beschwerden, Erkältung oder Grippe werden berücksichtigt.

155. Wie sehr haben Sie diese gesundheitlichen Probleme während der letzten 30 Tage beeinträchtigt? (EuropASI)

Hinweis zu Standard 155:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
- 1 – wenig
- 2 – mittel
- 3 – erheblich
- 4 – extrem

156. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Gesundheitszustand im letzten halben Jahr?
- | | | | | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|---|---|---------------------|
| sehr
zufrieden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | sehr
unzufrieden |
|-------------------|---|---|---|---|---|---|---------------------|

3.7 Rechtliche Situation

157. Welche der folgenden rechtlichen Entscheidungen wurde seit Therapiebeginn ausgesprochen? (Bei mehreren bitte die letzte angeben)
- 99 Unbekannt
 - 98 trifft nicht zu, da kein Verfahren
 - 1 Freispruch

Jugendstrafrechtliche Entscheidungen:

- 2 Einstellung des Verfahrens (§§ 45, 47 JGG)
- 3 Erziehungsmaßregeln und Zuchtmittel außer Jugendarrest (§§ 9 bis 15 JGG)
- 4 Jugendarrest (§ 16 JGG)
- 5 Schuldfeststellung ohne Jugendstrafe (§ 27 JGG)
- 6 Jugendstrafe mit Bewährung
- 7 Jugendstrafe ohne Bewährung

Entscheidungen nach dem allgemeinen Strafrecht:

- 8 Geldstrafe
- 9 Freiheitsstrafe mit Bewährung
- 10 Freiheitsstrafe ohne Bewährung
- 11 Einstellung des Verfahrens (nach §§ 153, 153a, 153b, 154)
- 12 Einstellung des Verfahrens (nach § 131a BTMG)

Weitere Rechtsfolgen:

- 13 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§64 StGB, § 7 JGG)
- 14 Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik (§ 63 StGB, § 7 JGG)
- 15 Sonstiges (z. B. Führungsaufsicht): _____

Schweizer Version

- 99 Unbekannt
- 98 trifft nicht zu, da kein Verfahren
- 1 Freispruch

Jugendstrafrechtliche Entscheidungen:

- 2 Absehen von Maßnahmen und Strafen (Art. 88, 98 Schweizerisches Strafgesetzbuch StGB)
- 3 Erziehungsmaßnahmen, besondere Behandlung und Disziplinarstrafen bzw. Bestrafung (Art. 84–87, 91–92, 95 StGB)
- 4 Einschließung (Art. 95, 96 StGB)
- 5 Bedingter Strafvollzug (Art. 96 StGB)
- 6 Aufschiebung und Anordnung einer Strafe oder Maßnahme (Art. 97 StGB)
- 7 Vollzug und Versetzung in eine Arbeitserziehungsanstalt (Art. 93 StGB)
- 8 Einweisung in ein Erziehungsheim für besonders schwierige Jugendliche (Art. 93 StGB)
- 9 Besondere Behandlung (Art. 85, 92 StGB)

Entscheidungen nach dem allgemeinen Strafrecht:

- 10 Buße (Art. 48–50 StGB)
- 11 Bedingter Strafvollzug (Art. 41 StGB)
- 12 Unbedingte Freiheitsstrafe

Weitere Rechtsfolgen:

- () 13 Behandlung von Trunk- und Rauschgiftsüchtigen (Art. 44 StGB)
- () 14 Maßnahmen an geistig Abnormen (Art. 43 StGB)
- () 15 Fürsorgerische Freiheitsentziehung (Art. 397a Schweiz. Zivilgesetzbuch, ZGB)
- () 16 Sonstiges: _____

Hinweis zu Standard 157:
 Im klinischen Suchtbereich ist der Begriff »Entziehungsanstalt« nicht üblich. Gemeint ist damit die Unterbringung in eine Suchtfachklinik oder in eine Suchtabteilung eines Krankenhauses zum Entzug (Entgiftung) oder zur stationären Entwöhnung, die von den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen auch als medizinische Rehabilitation bezeichnet wird.

- 158. Wie belastend sind Ihrer Meinung nach Ihre derzeitigen Rechtsprobleme?
- 159. Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Rechtsberatung? (EuropASI)

Hinweis zu den Standards 158 und 159:
 Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:
 0 – gar nicht
 1 – wenig
 2 – mittel
 3 – erheblich
 4 – extrem

3.8 ICD-Diagnosen

Hinweis zu den Standards 160 bis 161:
 Im Unterschied zu der Aufnahmesituation wird hier nur die aktuelle Diagnose bezogen auf die letzten 12 Monate erfasst. Wenn die Therapie kürzer als 12 Monate ist, macht es wenig Sinn, bei Therapieende nochmals eine aktuelle Diagnose zu erheben. Die Anwendung dieser Standards erfordert eine entsprechende diagnostische Ausbildung

und Erfahrung. Literaturangaben zur ICD-10 siehe Literaturverzeichnis. Das Kapitel V (F) »Psychische und Verhaltensstörungen (einschließlich Störungen der psychischen Entwicklung)« der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD-10 sieht eine fünfstellige Verschlüsselung der psychischen und Verhaltensstörungen durch den Gebrauch einer oder mehrer psychotroper Substanzen vor.

Die betreffende psychotrope Substanz wird dabei durch die zweite und dritte Stelle gekennzeichnet (dies entspricht den ersten beiden Zahlen nach dem Buchstaben F), das klinische Erscheinungsbild mit der vierten und fünften Stelle.

Die an vierter Stelle gekennzeichneten klinischen Erscheinungsbilder sollten differentialdiagnostisch nach den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 festgestellt werden.

Für die Klassifikation anderer Diagnosen (z. B. neurologische Erkrankungen) gelten andere Kapitel der ICD-10, deren Kurzbuchstabe jeweils an der ersten Stelle verschlüsselt werden muss.

- 160. Suchtdiagnosen, verschlüsselt nach ICD-10:

	ICD-10-Schlüssel				
	1	2	3	4	5
_____	F	1	□	□	□
_____	F	1	□	□	□
_____	F	1	□	□	□
_____	F	1	□	□	□

- 161. Neuropsychiatrische Diagnosen:

	ICD-10-Schlüssel				
	1	2	3	4	5
_____	□	□	□	□	□
_____	□	□	□	□	□
_____	□	□	□	□	□
_____	□	□	□	□	□

- 162. Andere wichtige Diagnosen

	ICD-10-Schlüssel				
	1	2	3	4	5
_____	□	□	□	□	□
_____	□	□	□	□	□
_____	□	□	□	□	□
_____	□	□	□	□	□

3.9 Standardisierte Fragebogen

Hinweis zu den Standards 163 bis 169:

* Zu den deutschsprachigen Versionen dieser Instrumente liegen bislang keine Angaben über Faktorenstruktur und/oder psychometrische Eigenschaften vor.

163. Screening/Behandlungsmotivation

- Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) (deutsche Version in Wetterling & Veltrup, 1997)*

164. Störungsspezifische Diagnostik/Anamnese

- European Addiction Severity Index (Euro-PAI) (Gsellhofer, Küfner, Vogt & Weiler, 1999)

165. Psychische und körperliche Beschwerden/aktuelle Symptomatik

- Beck-Depressions-Inventar (BDI) (deutsche Version von Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994)
- Beschwerden-Liste (B-L) (von Zerssen, 1975)
- Hamilton-Depressions-Skala (HDI) (deutsche Version in Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum, 1996)
- Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) (deutsche Version von Franke, 1995)
- Paranoid-Depressivitäts-Skala/Depressivitäts-Skala (PD-S/D-S) (von Zerssen, 1975)
- Das State-Trait-Angstinventar (STAI) (deutsche Version von Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981)

166. Entzug

- Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-A) (deutsche Version von Stuppaeck, Barnas, Falk, Guenther, Hummer, Oberbauer, Pycha, Whitworth & Fleischhacker, 1995)
- Mainzer Alkohol-Entzugs-Skala (Banger, Philipp, Aldenhoff, Herth & Hebenstreit, 1992)

167. Craving

- Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) (deutsche Version von Mann & Ackerman, 1999)

168. Leistungsdiagnostik

- Auditiv-Verbaler Lerntest (AVLT) (Heubrock, 1992)
- Der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT) (Oswald & Roth, 1997)
- Leistungsprüfsystem (LPS) (Horn, 1983)
- Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B) (Lehrl, 1995)
- Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Brickenkamp, 1994)

169. Rückfälligkeit

- Differenzielles Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige (DIRA) (Klein, Funke, Funke & Scheller, 1995)
- Drug Taking Confidence Questionnaire (deutsche Version von Lindenmeyer & Florin, 1998)
- Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA) (Körkel & Schindler, 1997)
- Inventory of Drug Taking Situations (Alcohol) (deutsche Version von Lindenmeyer & Florin, 1998)
- Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35) (Körkel & Schindler, 1996)

4. Datenerhebung bei Katamnese (bzw. umfassende Verlaufserhebung)

Hinweise zu den Begriffen Katamnese und Verlaufserhebung:

Der Begriff Katamnese setzt voraus, dass eine Therapie abgeschlossen worden ist. Bei jahrelanger Behandlung wie das bei einer Substitutionstherapie von Drogenabhängigen üblich ist, liegt daher in der Regel eine Verlaufserhebung vor. Der zu überblickende Zeitraum geht von der letzten Datenerhebung aus, die unterschiedlich lange zurück liegen kann. Hier wird als Regelfall ein zeitlicher Abstand von 12 Monaten angenommen. Im Falle einer Querschnitterhebung, wenn der Behandlungsbeginn zeitlich unterschiedlich war, besteht folgende Möglichkeit: Liegt der zeitliche Abstand zwischen Therapiebeginn bzw. Therapieende nicht länger als zwei Jahre zurückliegt, sollten bezogen auf das Ende der Therapie oder auf den Beginn einheitliche Zeitfenster vom ersten halben Jahr nach Therapieende oder nach Therapiebeginn und den darauf folgenden Monaten 6–12 erfragt werden.

170. Patientenidentifikation:

Klienten-Code: _____

Hinweis zu Standard 170:

Für die Identifikation der Angaben einzelner Patienten empfiehlt sich die Vergabe eines alphanumerischen Codes. Generell gilt, dass die jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten sind, die von Land zu Land unterschiedlich sein können. Im Fall einer wissenschaftlichen Untersuchung sollte der Zuordnungsschlüssel für Nummern und Namen nur dem Koordinator der Studie in der Einrichtung zugänglich sein, der bei einer Bearbeitung der Daten die Einhaltung von rechtlichen Richtlinien zu verantworten hat.

171. Datum der Katamnese: (bzw. Verlaufserhebung)

4.1 Soziodemographische Angaben

172. Geschlecht

- 1 männlich
 2 weiblich

173. Alter bei Erhebung: Geburtsjahr

174. Staatsangehörigkeit:

- 410 Deutschland
401 Österreich
430 Schweiz
Sonstige: _____

Hinweis zu Standard 174:

Doppelte Staatsbürgerschaft wird unter »sonstige« eingetragen. Ethnische Zugehörigkeiten oder eine soziokulturelle Herkunft werden hier nicht erfasst.

175. Sprache:

- 1 Deutsch als Muttersprache
 2 Andere Muttersprache
Wenn andere, welche? _____
 3 Mehrsprachig
wenn ja, welche? _____
Wenn 1 oder 3:
Deutsche Sprachkenntnisse
- | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|----------|
| sehr | | | | | | sehr |
| gut | | | | | | schlecht |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |

176. Familienstand:

- 1 Ledig
 2 Verheiratet, zusammenlebend
 3 Verheiratet, getrennt lebend
 4 Verwitwet
 5 Geschieden

Hinweis zu Standard 176:

Es handelt sich hier um juristische Kategorien nach dem statistischen Jahrbuch, unabhängig von der faktischen Beurteilung der Partnerschaft. Davon abweichend wurde die Kategorie »verheiratet« in die beiden Kategorien »verheiratet, zusammenlebend« und »verheiratet, getrennt lebend« aufgeschlüsselt.

177. Wo haben Sie im letzten halben Jahr überwiegend gewohnt?
- 1 In Miete, Wohneigentum
 - 2 Bei Eltern oder anderen nahe stehenden Personen
 - 3 Hotel, Pension etc.
 - 4 Betreutes Wohnen/Wohnheim
 - 5 In stationärer Suchteinrichtung*
 - 6 In psychiatrischer Klinik*
 - 7 Im Allgemeinkrankenhaus
 - 8 In Nachsorge-/Übergangseinrichtung
 - 9 In Straf-/Untersuchungshaft
 - 10 Ohne Wohnung
 - 11 Sonstiges

Hinweis zu Standard 177:

*Als stationäre Suchteinrichtungen (4) gelten auch Suchtfachabteilungen in psychiatrischen Kliniken. Die Kategorie »In psychiatrischer Klinik« wird also angekreuzt, wenn der Patient sich nicht in einer suchtspezifischen Abteilung befindet.

4.2 *Arbeitsituation und Einkommen*

178. Haben Sie nach Beendigung der Therapie (oder nach Beginn der Therapie oder seit der letzten Erhebung) folgendes begonnen oder beendet? (Mehrfachantworten sind möglich)

	keine	noch in Ausbildung	abgebrochen	abgeschlossen
178-1 Schulausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
178-2 Berufsausbildung (Lehre, Studium u. a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
178-3 Berufsbildende Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis zu Standard 178:

Die Frage wird nur bei Katamnesen gestellt. Berufsbildende Maßnahmen sind z. B. EDV-Kurse.

179. Was war Ihre Tätigkeit im letzten halben Jahr, als was haben Sie überwiegend gearbeitet?
- 1 Auszubildende(r)
 - 2 Angestellte(r), Beamte(r)
 - 3 ArbeiterIn
 - 4 FacharbeiterIn
 - 5 Selbstständige(r), FreiberuflerIn
 - 6 Mithelfende(r) Familienangehörige(r)
 - 7 Erwerbslose(r)
 - 8 SchülerIn, StudentIn
 - 9 Wehrpflichtiger
 - 10 Hausmann/-frau
 - 11 RentnerIn
 - 12 In beruflicher Rehabilitation
 - 13 Sonstiges

Hinweise zu den Standards 179, 181, 182, 183:

Jeweils nur eine Angabe ankreuzen; falls mehrere Erwerbstätigkeiten angegeben werden, die am längsten ausgeübt markieren.

Auch bei Teilzeitarbeit die Kategorie ankreuzen, die in Bezug auf den zeitlichen Aufwand überwiegt. Arbeitslosigkeit wird von dem Begriff Erwerbslosigkeit unterschieden. Als Erwerbslose gelten alle Nichtbeschäftigten, die sich um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig davon, ob sie beim Arbeitsamt registriert sind oder nicht. (Auch Personen, die ein Gewerbe oder einen freien Beruf anstreben, können danach als erwerbslos eingestuft werden.) Als Arbeitslose gelten nur diejenigen Personen, die beim Arbeitsamt als solche gemeldet sind. Nicht erwerbstätige Personen sind z. B. Schüler, Studenten, Hausfrauen/-männer, Rentner.

180. Bezogen auf die letzten sechs Monate: Wie hoch waren im Durchschnitt Ihre monatlichen Nettoeinkünfte?
DM _____

Hinweis zu Standard 180:

Auch regelmäßige Einkünfte über Vermögen, Kindergeld, Rente u. Unterhaltszahlungen sollen hier mit angegeben werden.

181. Sind Sie zur Zeit erwerbslos?
- () 1 Ja, erwerbslos seit _____ Wochen
- () 2 Nein
- () 3 Trifft nicht zu, da nicht Erwerbsperson (z. B. Student, Rentner)
182. Waren Sie unmittelbar nach Ende der Behandlung (oder seit der letzten Erhebung) erwerbslos und wenn ja, wie lange?
- () 1 Ja, Dauer der Erwerbslosigkeit unmittelbar nach Ende der Therapie in Wochen _____
- () 2 Nein
- () 3 Trifft nicht zu, da keine Erwerbsperson
- () 4 Trifft nicht zu, da nach Therapieende untergebracht (z. B. in Haft oder in stationärer Behandlung)
183. Ausgehend von Standard 179, 181, 182 sollten zusammenfassend folgende Kategorien gebildet werden:
- () 1 Erwerbstätig
- () 2 Erwerbslos
- () 3 Nicht-Erwerbsperson

Hinweise zu Standard 183:

Da z. B. Hausfrauen in die Kategorie »erwerbstätig« wechseln können und umgekehrt, erscheint die Kategorie Nicht-Erwerbspersonen unverzichtbar.

Nur alle 3 Kategorien bilden die Arbeitssituation einer Klientenstichprobe und deren Veränderungen vollständig ab.

184. Aus welchen Mitteln haben Sie im letzten halben Jahr Ihren Lebensunterhalt überwiegend finanziert?
- () 1 Erwerbstätigkeit
- () 2 Arbeitslosengeld/-hilfe
- () 3 Rente/Pension/Früherente/Altersruhegeld
- () 4 Sozialhilfe
- () 5 Unterstützung durch Angehörige
- () 6 Ausbildungsbeihilfe
- () 7 Illegale Einkünfte (z. B. Dealen)
- () 8 Prostitution
- () 9 Sonstige Einkünfte, z. B. Vermögenseinkünfte

185. Haben Sie zur Zeit Schulden? (ohne offene Geldstrafen)
- () 1 Keine Schulden
- () 2 Schulden hinsichtlich Immobilienbesitz
- () 3 Sonstige Schulden _____

186. Wie zufrieden waren Sie im letzten halben Jahr mit Ihrer beruflichen/schulischen Situation?
- | | | | | | |
|-----------|---|---|---|-------------|---|
| sehr | | | | sehr | |
| zufrieden | | | | unzufrieden | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Hinweis zu Standard 186:

Bei fehlender Berufstätigkeit/Schule – z. B. Arbeitslosigkeit, Hausarbeit, Pension – ist die Zufriedenheit mit dieser Situation einzuschätzen.

187. An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage berufliche Probleme oder Probleme wegen der Arbeitslosigkeit? (EuropASI)
188. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen diese beruflichen Probleme belastet oder beeinträchtigt? (EuropASI)

Hinweis zu Standard 188:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
- 1 – wenig
- 2 – mittel
- 3 – erheblich
- 4 – extrem

4.3 Familiäre Situation, persönliche Beziehungen

189. In welcher Partnerbeziehung haben Sie im letzten halben Jahr gelebt?
- () 1 Allein stehend
 - () 2 Zeitweilige Beziehung(en)
 - () 3 Feste Beziehung, getrennt lebend
 - () 4 Feste Beziehung, zusammenlebend

Hinweis zu Standard 189:

Angaben auch bei gleichgeschlechtlichen Partnerbeziehungen erheben.

»Feste Beziehung«: während des gesamten letzten halben Jahres zu der gleichen Person regelmäßigen Kontakt.

»Zeitweilige Beziehung«: Partnerbeziehung, die nicht das gesamte letzte halbe Jahr, aber mindestens einen Monat bestand und mehrere Kontakte umfasste.

Grundsätzlich ist die zutreffende Kategorie mit der höchsten Zahl anzukreuzen. Wer z. B. mit einem Partner eine feste Beziehung hat und mit diesem in gemeinsamen Haushalt lebt, hat Kategorie 4 anzukreuzen, auch dann wenn daneben eine weitere »zeitweilige« Beziehung existiert.

190. Hat oder hatte Ihr derzeitiger Partner (feste Beziehung) jemals Alkohol- Medikamenten- oder Drogenprobleme?
- () 1 Nein
 - () 2 Ja, nur früher
 - () 3 Ja, in den letzten 6 Monaten und früher
 - () 4 Ja, nur in den letzten 6 Monaten
 - () 5 Trifft nicht zu, weil zzt. kein fester Partner

Hinweis zu Standard 190:

Es geht hier um die Einschätzung der Suchtprobleme des Partners aus der Sicht des Patienten.

191. Ich bin mit meiner/meinen Partnerbeziehung(en) bzw. mit dem Umstand, dass ich aktuell keinen Partner habe

sehr zufrieden	1	2	3	4	5	6	sehr unzufrieden
-------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------

192. Wie viele Kinder haben Sie?
_____ Anzahl der Kinder

Hinweis zu Standard 192:

Als Kinder sind an dieser Stelle nur die leiblichen Kinder zu zählen.

193. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?
_____ Anzahl der Kinder

Hinweis zu Standard 193:

Als Kinder gelten hier auch Jugendliche, die über 14 Jahre alt sind und Kinder, für die einer der Partner das Sorgerecht hat und auch Pflegschaften.

194. Bezogen auf die letzten sechs Monate: Zu welchen Personen hatten Sie außerhalb einer Therapie- oder Selbsthilfegruppe persönlich bedeutsame Kontakte?

	Ja	Nein	Trifft nicht zu
194-1 (Ehe-)partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
194-2 Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
194-3 (Leibliche) Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
194-4 Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
194-5 Andere Personen, welche? _____			

Hinweis zu Standard 194:

Persönlich bedeutsame Kontakte sind definiert durch regelmäßige Treffen mindestens 1-mal pro Monat außerhalb der Arbeit oder klar abgrenzbarer Freizeitaktivitäten (z. B. Tennis).

195. Waren darunter Personen mit Alkohol- oder Drogenproblemen?

	Ja	Nein	Trifft nicht zu
195-1 (Ehe-)partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
195-2 Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
195-3 (Leibliche) Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
195-4 Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
195-5 Andere Personen, welche? _____			

196. Zu wem hatten sie im letzten halben Jahr überwiegend persönliche Kontakte?

- () 1 Zu Personen mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen
- () 2 Zu Personen mit früheren Alkohol- oder Drogenproblemen
- () 3 Zu Personen ohne Alkohol- oder Drogenprobleme

197. Haben Sie Angehörige, Freunde oder Bekannte, auf die Sie zählen können, von denen Sie im Notfall auch praktische Hilfe erhalten würden?

- () 1 Ja, mehrere Personen
- () 2 Ja, einzelne Person(en)
- () 3 Nein

Hinweis zu Standard 197:
 Unter Hilfe sollen hier beispielsweise die Gesprächsbereitschaft in Krisensituationen, Hilfen und Unterstützung bei der Lösung alltagspraktischer Probleme wie Wohnungsbeschaffung usw. verstanden werden.

198. Wie oft hatten Sie während der letzten 30 Tage schwerwiegende Konflikte mit

198-1 Ihrer Familie	<input type="checkbox"/>
198-2 anderen Personen (ausschließlich Familie) (EuropASI)	<input type="checkbox"/>

199. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen die folgenden Probleme belastet oder beeinträchtigt:

199-1 Familienprobleme	<input type="checkbox"/>
199-2 Probleme mit Ihrer sozialen Umgebung (EuropASI)	<input type="checkbox"/>

Hinweis zu Standard 199:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
- 1 – wenig
- 2 – mittel
- 3 – erheblich
- 4 – extrem

200. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Freundes-/Bekanntenkreis im letzten halben Jahr? (auch wenn keine Freunde/Bekannte vorhanden)

sehr zufrieden	1	2	3	4	5	6	sehr unzufrieden
-------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------

201. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Freizeit im letzten halben Jahr?

sehr zufrieden	1	2	3	4	5	6	sehr unzufrieden
-------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------

Hinweis zu Standard 201:
 Immer ausfüllen lassen, Freizeit gibt es auch im Gefängnis oder in einer Therapieeinrichtung.

4.4 Psychische Situation

202. Gab es eine bedeutsame Zeitspanne, in der Sie unter folgenden psychischen Problemen litten?
 0 = nein 1 = ja

	Letzte 30 Tage	Letzte 12 Mo- nate
202-1 Schwere Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
202-2 Schwere Angst- und Spannungszustände-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
202-3 Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
202-4 Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
202-5 Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
202-6 Verschreibung von Medikamenten für ein psychisch./emotionales Problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 202-7 Ernsthafte Selbstmordgedanken
 202-8 Selbstmordversuche

Hinweis zu Standard 202:

Eine bedeutsame Zeitspanne von mindestens 2 Wochen gilt nur für die Items 202-1 bis 202-3. Die Items 202-1 bis 202-4 sollen nicht als direkte Folge eines Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauchs entstanden sein.

203. An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage unter diesen psychischen/emotionalen Problemen gelitten? (EuropASI)

Hinweis zu den Standards 204 und 206

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
- 1 – wenig
- 2 – mittel
- 3 – erheblich
- 4 – extrem

204. Wie sehr haben Sie diese psychischen/emotionalen Problemen in den letzten 30 Tagen beeinträchtigt oder belastet? (EuropASI)
205. Werden Sie durch diese psychischen Probleme in Ihrer Lebensführung beeinflusst?
 () 1 nicht oder nur geringfügig beeinträchtigt
 () 2 merklich beeinträchtigt
 () 3 erheblich beeinträchtigt
206. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Behandlung dieser psychischen/emotionalen Probleme? (EuropASI)

4.5 Körperliche Situation

207. Gab es in den letzten 12 Monaten (oder seit der letzten Erhebung) körperliche Krankheiten, die wahrscheinlich als Folge des Konsums psychoaktiver Substanzen gesehen werden?

Antwortkategorien: 1 = ja 2 = nein

- | | In den letzten
12 Monaten |
|--|------------------------------|
| 1. Leberzirrhose | <input type="checkbox"/> |
| 2. Fettleber | <input type="checkbox"/> |
| 3. Chron. Hepatitis B (s. Standard 214) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Chron. Hepatitis C (s. Standard 215) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hepatitis, andere | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ösophagusvarizen
(Gestaute Venen der Speiseröhre) | <input type="checkbox"/> |
| 7. Chron. Gastritis
(Magenschleimhautentzündung) | <input type="checkbox"/> |
| 8. Chron. Pankreatitis
(Bauchspeicheldrüsenentzündung) | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| 10. Kardiomyopathie
(Herzmuskelentzündung) | <input type="checkbox"/> |
| 11. Endokarditis
(Entzündung der Herzinnenhaut) | <input type="checkbox"/> |
| 12. Herzinsuffizienz
(ungenügende Herzleistung) | <input type="checkbox"/> |
| 13. Nierenversagen | <input type="checkbox"/> |
| 14. AIDS (s. Standard 213) | <input type="checkbox"/> |
| 15. Kleinhirntaxie
(Störung der Bewegungsabläufe) | <input type="checkbox"/> |
| 16. Cerebrale Anfälle
(z. B. epileptische Anfälle) | <input type="checkbox"/> |
| 17. Polyneuropathie
(typische Symptome : schmerzhafte Missempfindungen, Druckempfindlichkeit der Waden, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| 18. Chron. Abszesse | <input type="checkbox"/> |
| 19. Chron. Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| 20. Extrem schlechter Zahnstatus | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sonstiges | <input type="checkbox"/> |
208. Andere chronische körperliche Erkrankungen, die wahrscheinlich nicht in Zusammenhang mit dem Missbrauch psychoaktiver Substanzen stehen.
 () 1 Ja, welche _____
 () 2 Nein

209. Falls andere chronische körperliche Erkrankungen bestehen, wie werden Sie dadurch in Ihrer Lebensführung beeinflusst?
- () 1 Nicht oder nur geringfügig beeinträchtigt
 () 2 Merklich beeinträchtigt
 () 3 Erheblich beeinträchtigt
210. Falls körperliche Folgekrankheiten bestehen, wie werden Sie dadurch in Ihrer Lebensführung beeinflusst?
- () 1 Nicht oder nur geringfügig beeinträchtigt
 () 2 Merklich beeinträchtigt
 () 3 Erheblich beeinträchtigt
211. Wurde bei Ihnen schon jemals ein HIV-Test durchgeführt?
- () 1 Ja
 () 2 Nein
 () 3 Weiß ich nicht
 () 4 Antwort verweigert
212. Wie lange liegt der letzte HIV-Test zurück?
 _____ Monate
213. Wenn 211 ja, wie war das Ergebnis?
- () 1 HIV-negativ
 () 2 HIV-positiv, derzeit akute Infektion (Stadium I)
 () 3 HIV-positiv, derzeit ohne Krankheitssymptome (Stadium II)
 () 4 HIV-positiv, derzeit mit Krankheitssymptomen (Stadium III)
 () 5 Ich weiß nicht
 () 6 Antwort verweigert
 welche Symptomatik? _____
214. Hepatitis-B
- 214-1 Wurde bei Ihnen schon jemals ein Hepatitis-B-Test durchgeführt?
- () 1 Ja
 () 2 Nein
 () 3 Weiß ich nicht
- 214-2 Wie lange liegt der letzte Hepatitis-B-Test zurück?
 _____ Monate
- 214-3 Wenn 214-1 ja: wie war das Ergebnis?
- () 1 Positiv, mit klinischer Symptomatik
 () 2 Positiv, ohne klinische Symptomatik
 () 3 Negativ
 () 4 Unklar
- 214-4 Wenn (1), welche Symptomatik?

- 214-5 Wurden Sie gegen Hepatitis B geimpft?
- () 1 Ja
 () 2 Nein
215. Hepatitis-C
- 215-1 Wurde bei Ihnen schon jemals ein Hepatitis-C-Test durchgeführt?
- () 1 Ja
 () 2 Nein
 () 3 Weiß ich nicht
- 215-2 Wenn 215-1 ja: wie lange liegt der letzte Hepatitis-C-Test zurück?
 _____ Monate
- 215-3 Wenn 215-1 ja, wie war das Ergebnis?
- () 1 Positiv, mit klinischer Symptomatik
 () 2 Positiv, ohne klinische Symptomatik
 () 3 Negativ
 () 4 Unklar
- 215-4 Wenn (1), welche Symptomatik? _____
216. An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage gesundheitliche Probleme? (EuropASI)

Hinweis zu Standard 213:

Krankheitssymptome bei einer HIV-Infektion können sein: Fieber (> 38,5 Grad Celsius), chronischer Durchfall (> 4 Wochen), ungewollte Gewichtsabnahme (5–10% des Ausgangsgewichts), verschiedene opportunistische Infektionen und Tumore. Die og. Stadieneinteilung beruht auf einer vereinfachten CDC-Klassifikation. Weit erführende Literatur zu HIV und zur Stadieneinteilung: Götz J., Mayr C., Bauer G.: HIV und AIDS (2. Auflage) Urban & Schwarzenberg, München 1995.

Hinweis zu Standard 216:

Entsprechend dem EuropASI werden hier direkte medizinisch-körperliche Folgebeschwerden von Substanzkonsum (z. B.: Kater, Erbrechen, Schlaflosigkeit), die nicht auftreten würden, wenn der Patient abstinente wäre, nicht berücksichtigt. Chronische Folgen im Sinne einer anhaltenden körperlichen Erkrankung werden dagegen einbezogen. Auch leichte Beschwerden und Erkältung oder Grippe werden berücksichtigt.

217. Wie sehr haben Sie diese gesundheitlichen Probleme in den letzten 30 Tagen belastet oder beeinträchtigt?
(EuropASI)

Hinweis zu den Standards 217 und 218:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
- 1 – wenig
- 2 – mittel
- 3 – erheblich
- 4 – extrem

218. Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Behandlung dieser gesundheitlichen Probleme?
(EuropASI)
219. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Gesundheitszustand im letzten halben Jahr?
- | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|-------------|
| sehr | | | | | | sehr |
| zufrieden | | | | | | unzufrieden |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |

4.6 Rechtliche Situation

Hinweis für Forschungsprojekte:

Unter bestimmten Voraussetzungen können im Rahmen von Forschungskatamnesen Auskünfte aus dem Bundeszentralregister angefordert werden. In das Bundeszentralregister werden verschiedene strafjustizielle Entscheidungen, insbesondere Verurteilungen, eingetragen. Nach § 42 Bundeszentralregistergesetz (BZRG) kann der Generalbundesanwalt als registerführende Behörde gestatten, »dass für wissenschaftliche For-

schungsvorhaben unbeschränkte Auskunft aus dem Register erteilt wird, wenn und so weit die Bedeutung des Forschungsvorhabens dies rechtfertigt und die Gewähr besteht, dass ein Missbrauch der bekanntzugebenden Eintragungen nicht gegeben ist«. Eine Auskunftserteilung setzt in der Regel befürwortende Stellungnahmen der obersten Landesbehörden (Sozial- und Justizministerium) voraus. Auskunftersuchen sind zu richten an den

Generalbundesanwalt beim Bundesgerichtshof
– Dienststelle Bundeszentralregister –
Heinemannstr. 6
53175 Bonn

Eine exakte Datenerfassung ist in diesem Bereich jedoch nur bei genauer Sichtung der vollständigen Strafverfahrensakten möglich, was in der Regel zu schwierig sein dürfte. Bei allen anderen Datenquellen (einschließlich des Bundeszentralregisters), insbesondere bei Auskünften der Klienten, muss mit lücken- oder fehlerhaften Angaben gerechnet werden.

220. Sind Sie seit Therapieende (bzw. seit der letzten Erhebung) wegen einer Straftat verurteilt worden? (Mehrfachantworten möglich)
- () 1 Keine Verurteilung
 - () 2 Verurteilung wegen BtM-Delikten (Besitz, Dealen, Einfuhr von Drogen)
 - () 3 Verurteilung wegen Delikten in Zusammenhang mit (Alkohol-, Medikamenten-, Drogen-) Sucht (Beschaffungsdelikte, z. B. Diebstahl, Hehlerei, Betrug, Raub Rezeptfälschung)
 - () 4 Verurteilung wegen Straftaten unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss (z. B. Verkehrsdelikt, Körperverletzung)
 - () 5 Verurteilung wegen sonstiger Delikte

Hinweis zu Standard 220:

Hier zählen auch aus dem Strafregister bereits gelöschte Vorstrafen/Verurteilungen.

221. Welches Urteil wurde zuletzt ausgesprochen?
(Mehrfachantworten möglich)

- 0 Trifft nicht zu, da keine Verurteilung nach Therapieende
- 1 Geldstrafe
- 2 Entzug der Fahrerlaubnis
- 3 Jugend-/Freiheitsstrafe mit Bewährung ohne Widerruf
- 4 Jugend-/Freiheitsstrafe mit Bewährung und anschl. Widerruf
- 5 Jugend-/Freiheitsstrafe ohne Bewährung
- 6 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
- 7 Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik
- 8 Sonstige Rechtsfolgen

Schweizer Version

- 1 Trifft nicht zu, da keine Verurteilung nach Therapieende
- 2 Geldstrafe
- 3 Entzug der Fahrerlaubnis
- 4 Bedingte Jugend-/Freiheitsstrafe ohne Widerruf
- 5 Bedingte Jugend-/Freiheitsstrafe und anschl. Widerruf
- 6 Unbedingte Jugend-/Freiheitsstrafe
- 7 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
- 8 Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik
- 9 Sonstige Rechtsfolgen

222. Welche Urteile wurden nach Therapieende (bzw. seit der letzten Erhebung) ausgesprochen?

- 98 Trifft nicht zu, da kein Verfahren
- 1 Freispruch

Jugendstrafrechtliche Entscheidungen:

- 2 Einstellung des Verfahrens (§§ 45, 47 JGG)
- 3 Erziehungsmaßregeln und Zuchtmittel außer Jugendarrest (§§ 9 bis 15 JGG)
- 4 Jugendarrest (§ 16 JGG)
- 5 Schuldfeststellung ohne Jugendstrafe (§ 27 JGG)
- 6 Jugendstrafe mit Bewährung
- 7 Jugendstrafe ohne Bewährung

Entscheidungen nach dem allgemeinen Strafrecht:

- 8 Geldstrafe
- 9 Freiheitsstrafe mit Bewährung
- 10 Freiheitsstrafe ohne Bewährung

Weitere Rechtsfolgen:

- 11 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB, § 7 JGG)
- 12 Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik (§ 63 StGB, § 7 JGG)
- 13 Sonstiges (z. B. Führungsaufsicht):

Schweizer Version

- 98 Trifft nicht zu, da kein Verfahren
- 1 Freispruch

Jugendstrafrechtliche Entscheidungen:

- 2 Absehen von Maßnahmen und Strafen (Art. 88, 98 Schweizerisches Strafgesetzbuch StGB)
- 3 Erziehungsmaßnahmen, besondere Behandlung und Disziplinarstrafen bzw. Bestrafung (Art. 84–87, 91–92, 95 StGB)
- 4 Einschliessung (Art. 95, 96 StGB)
- 5 Bedingter Strafvollzug (Art. 96 StGB)
- 6 Aufschiebung der Anordnung einer Strafe oder Maßnahme (Art. 97 StGB)
- 7 Vollzug und Versetzung in eine Arbeitserziehungsanstalt (Art. 93^{bis} StGB)
- 8 Einweisung in ein Erziehungsheim für besonders schwierige Jugendliche (Art. 93^{ter} StGB)
- 9 Besondere Behandlung (Art. 85, 92 StGB)

Entscheidungen nach dem allgemeinen Strafrecht:

- 10 Buße (Art. 48–50 StGB)
- 11 Bedingter Strafvollzug (Art. 41 StGB)
- 12 Unbedingte Freiheitsstrafe

Weitere Rechtsfolgen:

- 13 Behandlung von Trunk- und Rauschgiftsüchtigen (Art. 44 StGB)
- 14 Maßnahmen an geistig Abnormen (Art. 43 StGB)
- 15 Fürsorgliche Freiheitsentziehung (Art. 397a Schweiz. Zivilgesetzbuch, ZGB)

() 16 Sonstiges _____

Hinweis zur Begrifflichkeit:

Im klinischen Suchtbereich ist der Begriff »Entziehungsanstalt« nicht üblich. Gemeint ist damit die Unterbringung in eine Suchtfachklinik oder in eine Suchtabteilung eines Krankenhauses zum Entzug (Entgiftung) oder zur stationären Entwöhnung, die von den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen auch als medizinische Rehabilitation bezeichnet wird.

Hinweis zu Standard 222:

Sollte zusätzlich bei nicht-schriftlicher Katamnese gefragt werden.

223. Wurden Sie seit Therapieende (bzw. seit der letzten Erhebung) wegen einer Straftat verurteilt? (Mehrfachantworten möglich)
- () 1 Keine Verurteilung
 - () 2 Verurteilung wegen BtM-Delikten (Erzeugung, Besitz, Weitergabe, Einfuhr, Ausfuhr von Drogen)
 - () 3 Verurteilung wegen Delikten in Zusammenhang mit (Alkohol-, Medikamenten-, Drogen-) Sucht (Beschaffungsdelikte, z. B. Diebstahl, Hehlelei, Betrug, Raub, Rezeptfälschung)
 - () 4 Verurteilung wegen Straftaten unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss (z. B. Verkehrsdelikt, Körperverletzung)
 - () 5 Verurteilung wegen sonstiger Delikte
224. Waren Sie seit Therapieende (bzw. seit der letzten Erhebung) in Straf- und/oder Untersuchungshaft?
- () 1 Ja, in Strafhaft
 - () 2 Ja, in Untersuchungshaft
 - () 3 Nein
225. Wie viele Monate waren Sie insgesamt in Straf- und/oder Untersuchungshaft?
 _____ Monate insgesamt
226. Wie viele Tage waren Sie während der letzten 30 Tage in Untersuchungs- oder Strafhaft?
 (EuropASI)

227. Wie viele Tage waren Sie während der letzten 30 Tage in illegale Geschäfte verwickelt?
 (EuropASI)

Hinweis zu den Standards 228 und 229:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
- 1 – wenig
- 2 – mittel
- 3 – erheblich
- 4 – extrem

228. Wie belastend waren Ihrer Meinung nach in den letzten 30 Tagen Ihre Rechtsprobleme?

229. Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Rechtsberatung?
 (EuropASI)

4.7 Beratung bzw. Behandlung seit Therapieende (bzw. seit letzter Befragung)

Ambulante Behandlung

Hinweis zu den Standards 230 und 231:

Entsprechend dem EuropASI werden nur Alkohol- und Drogenverlangen, Entzugserscheinungen, störende Folgen einer Alkohol- oder Drogenintoxikation oder der Wunsch mit dem Drogenkonsum aufzuhören und es nicht zu können, berücksichtigt.

230. An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage Alkohol- oder Drogenprobleme?
 Alkoholprobleme
 Drogenprobleme
 (EuropASI)

231. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen ihre Alkohol- oder Drogenprobleme belastet oder beeinträchtigt?
 Alkoholprobleme
 Drogenprobleme

Hinweis zu Standard 231:
 Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:
 0 – gar nicht
 1 – wenig
 2 – mittel
 3 – erheblich
 4 – extrem

232. Befanden Sie sich seit dem Ende der Therapie bzw. seit der letzten Erhebung wegen Problemen mit Alkohol, Drogen und/oder Medikamenten (körperliche oder psychosoziale Folgen) in ambulanter oder stationärer Behandlung oder Betreuung in einer der unten angegebenen Einrichtungen?
 () ja () nein
 Wenn ja:
 a) In welcher der unten stehenden Einrichtungen befanden Sie sich?
 b) Wann (nach wie vielen Wochen) zum ersten Mal nach Entlassung?
 c) Wie oft waren sie seit Entlassung bzw. der letzten Datenerhebung in dieser Einrichtung?

	Jemals nach Therapieende		Nach wie vielen Wochen zuerst	Anzahl der Kontakte
	Ja	Nein		
1. Niedergelassener Arzt	()	()	___	___
2. Niedergel. Psychiater	()	()	___	___
3. Ambulanz eines KH	()	()	___	___
4. Niedergel. Psychologe	()	()	___	___
5. Allg. Psychosoz. Beratungsstelle/ Ambulanz	()	()	___	___
6. Suchtberatungsstelle, Suchtambulanz	()	()	___	___
7. Selbsthilfegruppe	()	()	___	___
8. Allgemeinkrankenhaus	()	()	___	___
9. Psychiatr. Klinik/ Psych. Abt.	()	()	___	___
10. Suchtfachlinik	()	()	___	___
11. Andere ambul. Einrichtung, und zwar _____	()	()	___	___
12. Maßregelvollzug im Gefängnis	()	()	___	___
13. Sonstige Beratung/ Behandlung im Gefängnis	()	()	___	___

14. Betreuung durch Streetwork () () ___ ___
 15. Betreuung durch andere niedrigschwellige Maßnahme (z. B. Kontaktcafé) () () ___ ___
 16. Sonstiges, und zwar _____ () () ___ ___

Hinweis zu Standard 232:
 Im Europäischen Kerndatensatz werden fünf Behandlungskategorien unterschieden, die sich mit den hier vorgegebenen Kategorien beantworten lassen. Sie lauten:
 (6) Ambulante Behandlungseinrichtungen
 (7) Stationäre Behandlungseinrichtungen
 (8) Niedrigschwellige Behandlung
 (9) Niedergelassener Arzt
 (10) Behandlungseinheit im Gefängnis

233. Entzugsbehandlung
 a) Waren Sie seit Therapieende bzw. seit der letzten Datenerhebung zur Entzugsbehandlung (Alkohol oder Drogen) in einer der folgenden Einrichtungen?
 b) Haben Sie die letzte Entzugsbehandlung vorzeitig oder regulär abgeschlossen (regulär = 1; vorzeitig = 2)?

	Wann zum ersten Mal (nach Entlassung in Wochen)		Wann letzter Kontakt (vor wie vielen Wochen)		Anzahl
	()	()	()	()	
1. Hausarzt	()	()	()	()	___
2. Facharztpraxis	()	()	()	()	___
3. Ambulanz eines KH	()	()	()	()	___
4. Psychotherap. Praxis	()	()	()	()	___
5. Suchtberatungsstelle/Suchtambulanz	()	()	()	()	___
6. Allgemeinkrankenhaus	()	()	()	()	___
7. Psychiatr. Krankenhaus/ Psychiatr. Abteilung	()	()	()	()	___
8. Andere ambul. Einrichtung, und zwar _____	()	()	()	()	___

Hinweis zu Standard 233:
 Als Entzugsbehandlung gilt jede Behandlung mit dem erklärten Ziel eines Entzugs (Entgiftung), sofern diese unter ärztlicher Überwachung durchgeführt worden ist.

234. Substitutionsbehandlung
- 234-1 Waren Sie seit Behandlungsende (bzw. seit der letzten Erhebung) in einer Substitutionsbehandlung?
 ja nein
- 234-2 Wie viele Wochen nach Behandlungsende begonnen?
- 234-3 Sind Sie aktuell in einer Substitutionsbehandlung? (unabhängig von der Indexbehandlung)
 ja nein
- 234-4 Wenn ja, seit wie vielen Monaten?
- 234-5 Welches Substitutionsmittel?
 Dosierung in den letzten 30 Tagen in mg _____

Hinweis zu Standard 234:

Dieser Standard gilt nur für Drogenabhängige. Welche Substitutionsmittel genommen werden wird genauer in den Standards 236 bis 242 beschrieben.
 Die Dosisangaben für Methadon müssen eventuell umgerechnet werden in Methadon-Racemat (mg).

235. Entwöhnungsbehandlung
- a) Waren Sie jemals in einer Entwöhnungsbehandlung (Alkohol oder Drogen) in einer der folgenden Einrichtungen (Anzahl)?
- b) Wie oft waren Sie zur Entwöhnungsbehandlung in dieser Einrichtung?
- c) Wie wurde die letzte Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen?

Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen	Wann letzter Kontakt (in Wochen)	Abschluss regulär = 1	vorzeitig = 2
------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	---------------

- | | | | |
|---|-----|-------|-------|
| 1. Hausarzt | () | _____ | _____ |
| 2. Facharztpraxis | () | _____ | _____ |
| 3. Ambulanz eines KH | () | _____ | _____ |
| 4. Psychotherap. Praxis | () | _____ | _____ |
| 5. Suchtberatungsstelle/
Suchtambulanz | () | _____ | _____ |
| 6. Allgem. Psychosoziale
Beratungsstelle | () | _____ | _____ |
| 7. Allgemein Krankenhaus | () | _____ | _____ |
| 8. Psychiatr. Krankenhaus/
Psychiatr. Abt./Fachklinik() | () | _____ | _____ |

9. Andere ambul. Einrichtung
 und zwar _____ () _____

Hinweis zu Standard 235:

Im Vergleich zur stationären Entwöhnungsbehandlung (stationäre Rehabilitation) ist die ambulante Entwöhnungsbehandlung (ambulante Rehabilitation) weniger klar definiert. Als ambulante Entwöhnungsbehandlungen gelten hier nur solche Maßnahmen, die eigenständig, d. h. nicht als Vorbereitung oder Nachsorge einer stationären Behandlung durchgeführt wurden.

Eine reguläre Beendigung ist dann gegeben, wenn die Behandlung in gegenseitigem Einvernehmen zwischen Patient und Therapeut abgeschlossen wurde und die jeweils vereinbarten Therapieziele erreicht worden sind. Eine reguläre Beendigung liegt auch dann vor, wenn die genehmigte Therapiephase und die damit verbundene Finanzierung beendet ist.

Eine Verlegung ist als vorzeitige Beendigung einzustufen, wenn sie unplanmäßig vor dem regulären Abschluss der ambulanten oder stationären Behandlung erfolgt, ansonsten gilt sie als reguläre Beendigung.

4.8 Gebrauch psychoaktiver Substanzen und substanzbezogenes Verhalten

Hinweis zum Abschnitt 4.8:

Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen soll generell den gesamten Katamnesezeitraum seit Entlassung oder bei einer Verlaufserhebung seit der letzten Erhebung abdecken. Außerdem geht es um die Zeitfenster des letzten halben Jahres und der letzten 30 Tage.

Hinweis zu den Standards 236 bis 242:

* Zur besseren Reliabilität sollte dem Klienten eine Überblicksliste mit allen psychoaktiven Substanzen vorgelegt werden (s. Anhang). Der Interviewer selbst benutzt die Überblickstabelle zu diesen Standards.

* Koffeinmissbrauch soll nur dann erfasst werden, wenn diese Substanz in Tablettenform gebraucht wurde.

236. Haben Sie seit Therapieende bzw. seit der letzten Erhebung jemals die jeweilige Substanz konsumiert?
237. Wie viele Monate (Tage) nach Therapieende bzw. seit der letzten Erhebung zum ersten Mal genommen?
238. Vor wie vielen Monaten (Tagen) haben Sie diese psychoaktive Substanz das letzte Mal konsumiert?
239. Wie häufig haben Sie die psychoaktive Substanz in der Zeit des stärksten Konsums seit Therapieende genommen (Durchschnittliche Anzahl von Tagen im Monat)?

Hinweis zu Standard 239:

Der Zeitraum des stärksten Konsums sollte mindestens 4 Wochen umfassen mit Ausnahme der Situation, dass der gesamte Zeitraum des Konsums nicht länger als 4 Wochen dauert.

240. Wie häufig, d. h. an wie vielen Tagen haben Sie die Substanz in den letzten 30 Tagen konsumiert? (EuropASI)
241. Was war die überwiegende Einnahmeform?

Hinweis zu Standard 241:

Folgende Anwendungsformen werden unterschieden:

- (1) oral (2) geschnupft
(3) gespritzt (4) inhaliert

242. Wurde die Substanz ärztlich verordnet?
- () 0 ärztlich nicht verordnet
() 1 ärztlich verordnet
() 2 deutlich stärkerer Konsum als ärztlich verordnet

Hinweise zu Standard 242:

Eine ärztliche Verordnung umfasst Angaben zur Häufigkeit und Dosis des Medikaments. Wenn ein Patient deutlich mehr konsumiert als ärztlich verordnet wurde, wird die Kategorie »deutlich stärkerer Konsum als ärztlich verordnet« angegeben.

243. Falls Sie sich im letzten halben Jahr Substanzen gespritzt haben, haben Sie dafür von anderen gebrauchte Spritzen benutzt?
- () 0 trifft nicht zu
() 1 ja
() 2 nein
244. Wie lange dauerte Ihre längste Abstinenzzeit im letzten halben Jahr?
_____ Wochen

Hinweis zu Standard 244:

Die Abstinenz-Zeit bezieht sich auf alle in Standard 236 bis 242 angegebenen missbrauchten Substanzen (ohne 02 Tabak).

245. An wie vielen Tagen im letzten halben Jahr haben Sie harte Drogen genommen (illegale Drogen außer Cannabis)?
246. An wie vielen Tagen im letzten halben Jahr haben Sie Cannabis benutzt?
247. Wenn Sie im letzten halben Jahr Alkohol getrunken haben, wie viel haben Sie dann durchschnittlich an einem Tag getrunken?

Durchschnittliche Trinkmenge pro Tag:

BIER

- _____ Gläser/Dosen/Flaschen (0,2–0,3 l)
_____ Gläser/Dosen/Flaschen (0,4–0,5 l)

WEIN, SEKT, DESSERTWEIN, WERMUT

- _____ Gläser (0,2–0,25 l)
_____ Flaschen (0,7–1,0 l)

LIKÖR

- _____ Gläser (einfacher) (0,02 l)
_____ Gläser (doppelter) (0,04 l)
_____ Flaschen (0,7–1,0 l)

SCHNAPS, WEINBRAND, WHISKEY (u. a.)

- _____ Gläser (einfacher) (0,02 l)
_____ Gläser (doppelter) (0,04 l)
_____ Flaschen (0,7–1,0 l)

SONSTIGES

- _____ (0, 1)

Hinweis zu Standard 247:
 Zur Erleichterung der Abfrage wird dem Patienten eine Liste über übliche Trinkmaße vorgelegt (s. Anhang). Die Angaben des Befragten müssen vor der Auswertung in Gramm Alkohol umgerechnet und addiert werden. Hierzu kann die unten dargestellte Umrechnungstabelle verwendet werden. Zuvor aber müssen die jeweiligen Trinkmengen addiert und umgerechnet werden. Dann werden die Alkoholmengen in Gramm addiert. Hierzu folgende Auswertungshilfe:

Trinkmenge in Litern:		Alkoholmenge in Gramm
Bier: _____ Ltr.		= _____ Gr. Alkohol
Wein u. Ä.: _____ Ltr.		= _____ Gr. Alkohol
Likör: _____ Ltr.		= _____ Gr. Alkohol
Schnaps: _____ Ltr.		= _____ Gr. Alkohol
Sonstig: _____ Ltr.		= _____ Gr. Alkohol
Summe Alkohol in Gramm:		_____ Gr. Alkohol

Tabelle zur Berechnung der Alkoholmenge in Gramm:

1,0 l Bier	(ca.	5 vol-% Alk.)	=	40 g
0,7 l Wein	(ca.	11 vol-% Alk.)	=	60 g
1,0 l Wein	(ca.	11 vol-% Alk.)	=	86 g
0,7 l Sekt	(ca.	12 vol-% Alk.)	=	65 g
1,0 l Sekt	(ca.	12 vol-% Alk.)	=	93 g
0,7 l Südwein	(ca.	20 vol-% Alk.)	=	110 g
1,0 l Südwein	(ca.	20 vol-% Alk.)	=	157 g
0,7 l Likör	(ca.	30 vol-% Alk.)	=	170 g
1,0 l Likör	(ca.	30 vol-% Alk.)	=	243 g
1 kl. Schnaps	(ca. 0,02 l; ca.	35 vol-% Alk.)	=	5 g
1 gr. Schnaps	(ca. 0,04 l; ca.	35 vol-% Alk.)	=	10 g
1,0 l Schnaps	(ca.	35 vol-% Alk.)	=	250 g

248. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten bis zum Rausch getrunken?
 () 1 nie
 () 2 selten = (1 bis 5-mal)
 () 3 häufig = (mindestens 6-mal)

Hinweis zu Standard 248:
 Rausch ist definiert durch eine klare Beeinträchtigung der sprachlichen Funktion (Artikulation) oder der Bewegungskoordination. Müdigkeit, Entspannung oder Euphorie sind keine ausreichenden Anzeichen. Erinnerungslücken sind nicht unbedingt erforderlich.

249. Haben Sie Ihre Therapie mit einer Vereinbarung über »kontrolliertes Trinken« abgeschlossen bzw. gegenüber einem Therapeuten dieses Ziel erklärt?
 () 1 Ja
 () 2 Nein

Hinweis zu Standard 249:
 Kontrolliertes Trinken bedeutet hier ein regelmäßiges oder episodisches rauschfreies Trinken ohne Kontrollverlust, ohne Trinkexzesse und ohne negative Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, Legalverhalten).
 Diese Frage wird nur gestellt, wenn das Therapieangebot es zulässt.

250. An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol-/Nikotin- oder Drogenverlangen gespürt?
 250-1 Alkoholverlangen
 250-2 Nikotinverlangen
 250-3 Drogenverlangen
 (EuropASI)

Hinweis zu den Standards 251 bis 253:
 Die folgenden Angaben zur Abstinenzsymptomatik beziehen sich abweichend von der Regel auf den Zeitraum der letzten 30 Tage, weil ein größerer Zeitraum mit hoher Wahrscheinlichkeit zu unbrauchbaren Ergebnissen führen würde.

251. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen hatten Sie körperliche Erscheinungen, die Sie an Entzugserscheinungen erinnern könnten? (z. B.: innere Unruhe, Herzklopfen, Übelkeit, Zittern, Schwitzen im Sinne eines Trockenrausches)
 (EuropASI)
252. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen hatten Sie körperliche Erscheinungen, die Sie an Drogen-/Alkoholwirkungen erinnern könnten? (z. B.: körperliche Wärmeempfindung, trockener Mund, bitterer Geschmack als Symptome eines so genannten Trockenrausches u. Ä.) (EuropASI)

253. Welche der folgenden Symptome haben Sie in den letzten zwölf Monaten (oder seit der letzten Erhebung) bei sich beobachten/feststellen können?

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hatten Sie den starken Wunsch oder eine Art Zwang psychoaktive Substanzen zu nehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ist es Ihnen passiert, dass Sie nicht mehr wussten, wann und wie viel psychoaktive Substanzen Sie gebraucht haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hatten Sie körperliche Entzugserscheinungen (z. B. Schweißausbrüche, Muskelzittern)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie im Laufe der Zeit mehr Substanzen genommen, um die gleiche Wirkung zu erleben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie andere Lebensbereiche und Interessen zugunsten des Suchtmittelkonsums vernachlässigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie, obwohl Sie die schädlichen Folgen (z. B. Verlust des Arbeitsplatzes, psychische Probleme, körperliche Schäden) gespürt haben, Ihren Suchtmittelkonsum fortgesetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie in größeren zeitlichen Abständen (mindestens 1 Monat) exzessiv die Substanz eingenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat sich der Umgang mit psychoaktiven Substanzen geändert (z. B. heimliches Trinken, morgendliche Medikamenteneinnahme, spritzen statt sniefen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie psychoaktive Substanzen genommen, um damit Entzugssymptome zu mildern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ist es Ihnen passiert, dass Sie nach einem Rückfall ganz schnell wieder »voll drin/voll drauf« waren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hinweis zu Standard 253:

Die ersten sechs Items entsprechen den ICD-10 Kriterien für das Abhängigkeitssyndrom. Die Kriterien 7 bis 9 dienen der weiteren Differenzierung des Rückfallverhaltens.

Wenn drei oder mehr der ersten sechs subjektiven bzw. objektiven Kriterien in den letzten zwölf Monaten vorhanden waren, kann ein Abhängig

keitssyndrom diagnostiziert werden. Üblicherweise entscheidet der Therapeut nach einem ausführlichen Gespräch, ob die einzelnen Fragen zutreffen oder nicht zutreffen. Hilfsweise kann der Fragebogen bei schriftlichen Erhebungen zur Selbstbeurteilung vorgelegt werden. Die Validität dieses Vorgehens ist jedoch bislang nicht geklärt.

254. Ergaben sich aus Ihrem erneuten Gebrauch des Hauptsuchtmittels für Sie weitere negative Folgen? (Mehrfachantworten möglich)

- () 98 Entfällt, da kein weiterer Konsum
- () 1 Ende einer persönlichen Beziehung
- () 2 Probleme mit Angehörigen
- () 3 Verlust von Arbeit/Job
- () 4 Verlust der Wohnung
- () 5 Allgemeine psychiatrische Behandlung
- () 6 Stationäre psychiatrische Behandlung
- () 7 Widerruf einer Bewährung
- () 8 Verlust des Führerscheins
- () 9 Verstrickung in ein Strafverfahren
- () 10 Verstrickung in ein zivilgerichtliches Verfahren
- () 11 Anderes und zwar: _____

255. Worauf führen Sie es hauptsächlich zurück, dass es Ihnen gelang wieder abstinent zu werden?

- () 98 Entfällt, da kein Rückfall
- () 99 entfällt, da immer noch rückfällig
- () 1 Eigener Wille
- () 2 Einfluss von Partner/Familie
- () 3 Hilfe von außen (Arzt, Beratungsstelle etc.)
- () 4 Einfluss von Selbsthilfegruppe
- () 5 Der Grund ist mir selbst nicht erklärlich
- () 6 Anderes und zwar: _____

256. Wenn Sie »kontrollierten Konsum« als Therapieziel angestrebt haben, wie oft und mit welcher Dauer kam es dann in den letzten 12 Monaten oder seit der letzten Erhebung zu »unkontrollierten Konsumepisoden«?

- () 1 Immer abstinent
- () 2 Immer kontrolliert Substanzen genommen

- () 3 »Unkontrollierte Episoden« mit maximal 3 Tagen Dauer, höchstens dreimal (z. B. Wochenende)
- () 4 »Unkontrollierte Episoden« mit maximal 3 Tagen Dauer, aber mehr als dreimal
- () 5 Nur eine »unkontrollierte Episode« zwischen 4 und 7 Tagen Dauer
- () 6 Mehr als eine »unkontrollierte Episode« von mehr als 3 Tagen Dauer

Hinweis zu Standard 256:

Kontrolliertes Trinken bedeutet hier eine regelmäßige oder episodische rauschfreie Substanzeinnahme ohne Kontrollverlust, ohne Konsumexzesse und ohne gravierende negative Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, Legalverhalten).

Hinweis zu den Standards 257 und 258:

Entsprechend dem EuropASI werden nur Alkohol- und Drogenverlangen, Entzugserscheinungen, störende Folgen einer Alkohol- oder Drogenintoxikation oder der Wunsch mit dem Drogenkonsum aufzuhören und es nicht zu können, berücksichtigt.

257. An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage Alkohol-/Nikotin-oder Drogenprobleme?
- 257-1 Alkoholprobleme
- 257-2 Nikotinprobleme
- 257-3 Drogenprobleme
258. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen ihre Alkohol-/Nikotin-oder Drogenprobleme belastet oder beeinträchtigt?
- 258-1 Alkoholprobleme
- 258-2 Nikotinprobleme
- 258-3 Drogenprobleme

Hinweis zu Standard 258:

Der Patient wird gebeten, die folgende Einstufungsskala zu benutzen:

- 0 – gar nicht
1 – wenig
2 – mittel
3 – erheblich
4 – extrem

259. Wie viele Rückfälle hatten Sie seit Entlassung aus der Klinik bzw. seit der letzten Befragung?

Hinweis zu Standard 259:

Zwei Rückfälle sind durch mindestens 1 Woche Drogenfreiheit getrennt. Als Rückfall wird bez. Alkohol mindestens 1 für die jeweilige Getränkeart übliches Glas angesehen. Bei Drogen und Medikamenten gilt jeder Konsum als Rückfall.

260. Wie lange dauerte die längste Rückfallperiode seit Therapieende bzw. seit der letzten Erhebung? (in Tagen)

4.9 ICD-Diagnosen**Hinweis zu Kapitel 4.9:**

Zu den jeweiligen Katamnesezeitpunkten muss durch entsprechende (schriftliche oder mündliche) Befragung zu den komplexen Suchtdiagnosen, neuropsychiatrischen Diagnosen und anderen wichtigen Diagnosen eine Aussage möglich sein, z. B. durch Fragen nach Besserung oder Verschlechterung vorbestehender Leiden (bzgl. der Suchtdiagnose z. B. Abstinenz usw.).

Hinweis zu den Standards 261 bis 264:

Die Anwendung dieser Standards erfordert eine entsprechende diagnostische Ausbildung und Erfahrung.

Literaturangaben zur ICD-10 siehe Literaturverzeichnis.

Das Kapitel V (F) »Psychische und Verhaltensstörungen (einschließlich Störungen der psychischen Entwicklung)« der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD-10 sieht eine fünfstellige Verschlüsselung der psychischen und Verhaltensstörungen durch den Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen vor.

Die betreffende psychotrope Substanz wird dabei durch die zweite und dritte Stelle gekennzeichnet (dies entspricht den ersten beiden Zahlen nach dem Buchstaben F), das klinische Erscheinungsbild mit der vierten und fünften Stelle.

Die an vierter Stelle gekennzeichneten klinischen Erscheinungsbilder sollten differenzialdiagnostisch nach den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 möglichst ausschließend festgestellt werden. Für die Klassifikation nicht psychiatrischer Diagnosen (z. B. neurologische Erkrankungen) gelten andere Kapitel der ICD-10, deren Kurzbuchstabe jeweils an der ersten Stelle verschlüsselt werden muss. Alle Diagnosen beziehen sich auf die letzten 12 Monate.

Der Begriff Hauptdiagnose wird wie in der ICD-10 verwendet (Diagnose mit der größten aktuellen Bedeutung, weswegen der Patient zur Behandlung kommt).

Bei den Standards 262 und 263 wird die wichtigste Diagnose jeweils an die erste Stelle gesetzt.

261. Hauptdiagnose

	ICD-10-Schlüssel				
	1	2	3	4	5
_____	F	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

262. Suchtdiagnosen, verschlüsselt nach ICD-10:

	ICD-10-Schlüssel				
	1	2	3	4	5
_____	F	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	F	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	F	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	F	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

263. Psychiatrische oder Neuropsychiatrische Diagnosen:

	ICD-10-Schlüssel				
	1	2	3	4	5
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

264. Andere wichtige Diagnosen

	ICD-10-Schlüssel				
	1	2	3	4	5
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.10 Standardisierte Fragebogen

Hinweis zu den Standards 265 bis 273:

* Zu den deutschsprachigen Versionen dieser Instrumente liegen bislang keine Angaben über Faktorenstruktur und/oder psychometrische Eigenschaften vor.

265. Screening /Behandlungsmotivation

- Alcohol Use Disorders Identification Test (deutsche Version in Wetterling & Veltrup, 1997)*
- CAGE (deutsche Version in Wetterling & Veltrup, 1997)* Lübecker Alkoholismus Screening Test (Rumpf, Hapke, Hill & John, 1997)
- Münchner Alkoholismus-Test (MALT) (Feuerlein, Ringer, Kufner & Antons-Volmerg, 1999)
- Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) (deutsche Version in Wetterling & Veltrup, 1997)*

266. Störungsspezifische Diagnostik/Anamnese

- European Addiction Severity Index (Euro-ASI) (Gsellhofer, Kufner, Vogt & Weiler, 1999)
- Trierer Alkoholismusinventar (TAI) (Funke, Funke, Klein & Scheller, 1987)

267. Komorbidität (nach DSM-IV und ICD-10)

- Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV (IDCL für DSM-IV) (Hiller, Zaudig & Mombour, 1997)
- Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 (IDCL für ICD-10) (Hiller, Zaudig & Mombour, 1997)
- Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II) (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997)

268. Familienanamnese

- Short Michigan Alcoholism Screening Test for Fathers and Mothers (F-SMAST und M-SMAST) (deutsche Version von Demmel & Hagen, 1999)*

269. Psychische und körperliche Beschwerden /aktuelle Symptomatik

- Beck-Depressions-Inventar (BDI) (deutsche Version von Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994)
- Beschwerden-Liste (B-L) (von Zerssen, 1975)
- Hamilton-Depressions-Skala (HDI) (deutsche Version in Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum, 1996)
- Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) (deutsche Version von Franke, 1995)
- Paranoid-Depressivitäts-Skala/Depressivitäts-Skala (PD-S/D-S) (von Zerssen, 1975)
- Das State-Trait-Angstinventar (STAI) (deutsche Version von Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981)

270. Entzug

- Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-A) (deutsche Version von Stuppaeck, Barnas, Falk, Guenther, Hummer, Oberbauer, Pycha, Whitworth & Fleischhacker, 1995)
- Mainzer Alkohol-Entzugs-Skala (Banger, Philipp, Aldenhoff, Herth & Hebenstreit, 1992)

271. Craving

- Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) (deutsche Version von Mann & Ackerman, 1999)

272. Leistungsdiagnostik

- Auditiv-Verbaler Lerntest (AVLT) (Heubrock, 1992)
- Der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT) (Oswald & Roth, 1997)
- Leistungsprüfsystem (LPS) (Horn, 1983)
- Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B) (Lehrl, 1995)
- Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Brickenkamp, 1994)

273. Rückfälligkeit

- Differenzielles Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige (DIRA) (Klein, Funke, Funke & Scheller, 1995)
- Drug Taking Confidence Questionnaire

(deutsche Version von Lindenmeyer & Florin, 1998)

- Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit (HEISA) (Körkel & Schindler, 1997)
- Inventory of Drug Taking Situations (Alcohol) (deutsche Version von Lindenmeyer & Florin, 1998)
- Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit (KAZ-35) (Körkel & Schindler, 1996)

4.11 Katamneseprotokoll**274. Durchführung der Katamnese**

- 1 Schriftlich
- 2 Mündlich
- 3 Fernmündlich

275. Welche Bemühungen wurden unternommen, den Klienten zu erreichen?

- 1 eine Einbestellung/Anschreiben
- 2 zwei Einbestellungen/Anschreiben
- 3 Hausbesuch nach Einbestellungen/Anschreiben
- 4 Einwohnermeldeamt
- 5 Bemühungen, die über 1- hinausgehen

276. Erreichbarkeit des Klienten

- 1 Erreichbar
- 2 Nicht erreichbar – Verweigerung der Untersuchung
- 3 Nicht erreichbar – nicht anzutreffen
- 4 Nicht erreichbar – verzogen
- 5 Nicht erreichbar – Haft
- 6 Verstorben – Obduktionsbefund liegt nicht vor
- 7 Nerstorben an Suchtfolgekrankheiten
- 8 Nerstorben durch Suizid
- 9 Nerstorben – sonstige Ursachen
Welche?: _____

277. Welche Quellen wurden herangezogen? (Mehrfachnennung möglich)

- 0 Der Betroffene selbst
- 1 Eltern/Angehörige des Patienten
- 2 Andere Abhängige
- 3 Beratungsstelle/Therapieeinrichtung
- 4 Behörden (Sozial-, Justizbehörde)
- 5 Krankenhäuser, psychiatrische Einrichtungen

- 6 Strafregisterauszüge
- 7 Sonstiges _____

Hinweis zu Standard 277:

An dieser Stelle sollen nur Quellen, die umfassende und verlässliche Informationen geliefert haben, erwähnt werden (siehe auch Kapitel 5. »Fremdkatamnesen«).

278. Suchtmittelfreiheit während der Befragung
- 0 Kein Einfluss psychoaktiver Substanzen erkennbar
 - 1 Unter Alkoholeinfluss
 - 2 Unter Einfluss von illegalen Drogen oder Medikamenten
 - 3 Entzugssymptome
 - 4 Unklare Beurteilung
 - 5 Sonstiges

Wenn 1 bis 5 angekreuzt, bitte kurz erläutern, wie dieser Einfluss erkennbar ist: _____

279. Kontrolle des Drogenkonsums?
1 = ja 0 = nein
- 279-1 Atemluftkontrolle Ergebnis: _____
- 279-2 Urin-Kontrolle Ergebnis: _____
- 279-3 CDT-Test Ergebnis: _____
- 279-4 Sonstige Ergebnis: _____

280. Bereitschaft zur Urin- und/oder Atemluftkontrolle
- 1 Kontrolle war technisch nicht durchführbar
 - 2 Sofort bereit
 - 3 Auf Kontrolle verzichtet, da Drogen-/Alkohol-/Medikamentenkonsum zugegeben wurde
 - 4 Trotz Überzeugungsversuch nicht bereit
 - 5 Sonstiges

4.12 Organisation und Durchführung von Katamnesen bzw. Verlaufserhebungen

281. Zunächst ist zu entscheiden, ob ein Verlaufsansatz oder ein klassischer Katamneseansatz gewählt wird.

Hinweise zu Standard 281:

Beim Verlaufsansatz bezieht sich die Berechnung der Erhebungszeitpunkte auf den Beginn der Therapie, ganz gleich ob die Therapie mittlerweile abgeschlossen wurde oder noch weitergeht. Beim klassischen Katamneseansatz wird der Zeitpunkt für die Katamneseerhebung auf das Ende der Behandlung bezogen, unabhängig davon, ob das Ende regulär oder vorzeitig war. Der Verlaufsansatz ist bei lange dauernden oder individuell sehr unterschiedlich langen Therapien günstiger. Nachteil ist, dass die Zeiträume nach der Therapie sehr verschieden sein können. Bei einheitlicher relativ kurzer Therapiedauer ist der klassische Katamneseansatz günstiger, weil der Einfluss der Therapiefaktoren zeitlich klarer abgegrenzt ist und die Katamneseendauer einheitlich lang ist.

282. Eine Verlaufserhebung sollte alle 6 oder 12 Monate durchgeführt werden.

283. Als Regelzeitpunkt für die Durchführung von Katamnesen gilt ein Jahr nach Behandlungsende.

Die Schwankungsbreite des Zeitpunkts der Katamneseerhebung sollte nicht größer sein als maximal ein Monat vor und zwei Monate nach dem Ablauf eines Jahres.

Bei zusätzlichen Erhebungen gelten folgende Katamnesezeitpunkte:

	Schwankungsbreite (in Monaten)
nach 6 Monaten	- 1/+ 1
nach 2 Jahren	- 1/+ 3
nach 5 Jahren	- 1/+ 6
nach 10 Jahren	- 1/+ 12

Hinweise zu Standards 282 und 283:

Die Zeiträume sind so zu verstehen, dass auf jeden Fall Katamnesen nach einem Jahr erhoben werden. Aus verschiedenen Gründen, z. B. um Kontakt mit den Patienten zu erhalten oder mangels Zeit in einem entsprechend begrenzten Projekt,

kann auch eine kürzere Katamnese von einem halben Jahr nützlich sein. Sind längerfristige Untersuchungen geplant, sollen diese nach zwei, fünf oder zehn Jahren stattfinden.

Katamnesen, bei denen zu einem Stichtag alle Patienten befragt werden, unabhängig vom jeweiligen Katamnesezeitraum, sind schwer auswertbar und sollten daher vermieden werden. Wenn eine solche Erhebung zu einem Stichtag trotzdem erfolgt, dann sollte versucht werden, ein einheitliches Zeitfenster nach der Therapie (Indextherapie) z. B. die ersten 6 Monate und die Monate 7–12 festzulegen. Voraussetzung ist, dass die Indextherapie insgesamt nicht länger als 2 Jahre zurückliegt. Außerdem sollten die Zeitfenster des letzten Monats und der letzten 6 Monate vor Erhebung gewählt werden.

Bei ambulanten Entwöhnungsbehandlungen sind Beginn und Ende einer Behandlung häufig nicht eindeutig festgelegt. Als Regel gilt deshalb:

Beginn:

Ist der Zeitpunkt, zu dem zwischen Therapeut und Patient eine Vereinbarung über eine gezielte Behandlung vereinbart wurde.

Ende:

Gemäß den Kriterien des EBIS-Systems (Simon, 1990) ist eine Behandlung beendet, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Die bewilligte Behandlungszeit ist erreicht (reguläre Beendigung).
- Therapeut und Patient beenden die Behandlung in Übereinkunft (nicht als nachträglich vom Therapeuten akzeptierte Entscheidung des Klienten), wenn Therapieziele erreicht wurden (reguläre Beendigung).
- Therapeut (Einrichtung) beendet die Therapie, weil eine Fortsetzung nicht als ausreichend erfolgreich eingeschätzt wird (mit oder ohne Übereinstimmung mit dem Klienten). Auch disziplinarische Gründe können hier maßgebend sein.
- Die Therapie ist aus äußeren Gründen nicht fortzusetzen (schwere Erkrankung, Verlegung in entferntes Gefängnis, Tod).
- Der Patient beendet von sich aus explizit die Behandlung oder erscheint nach dem letzten vereinbarten Termin 60 Tage nicht mehr in der Einrichtung (vorzeitige Beendigung). Als Therapieende gilt wie immer der letzte Termin, den der Patient wahrgenommen hat.

284. Die Berechnung der Haltequote erfolgt in der Weise, dass die Anzahl der Klienten mit regulärer Therapiebeendigung auf die Gesamtzahl der Klienten bezogen wird, die mindestens 1 Kontakt zum Behandlungsbeginn hatte.

285. Die Datenerhebung geschieht durch direkte Befragung der Patienten in zumindest semi-standardisierter Weise durch Vorgabe der Fragen und Antwortkategorien in schriftlicher oder mündlicher Form.

Hinweise zu Standard 285:

Katamnesedaten sollen eine der beiden genannten Formen der Datenerhebung zur Grundlage haben. Auch telefonische Interviews sind ausreichend reliabel. Darüber hinaus ist es wünschenswert, zusätzliche Informationen von Dritten zur Validierung einzubeziehen (z. B. Aktenanalyse, Befragung von Angehörigen und Beratungsstellen). Bei diskrepanten Informationen wird die »ungünstigere« Angabe gewählt. Voraussetzung dafür ist, dass solche Informationen eindeutig und vertrauenswürdig sind.

Insbesondere bei schriftlichen Befragungen ist sicherzustellen (z. B. durch Vortests), dass der Fragebogen für Patienten verständlich in Bezug auf die Fragen und die Anweisung zur Beantwortung ist.

286. Die Patientenpopulation für eine Katamnese umfasst alle Personen des Untersuchungszeitraumes, die ein Behandlungsprogramm regulär oder irregulär beendet haben, oder eine Zufallsstichprobe daraus.

Hinweise zu Standard 286:

Vielfach ist es auch zweckmäßig, statt einer einfachen Stichprobe eine geschichtete Stichprobe zu ziehen, das heißt die Gesamtpopulation anhand von wesentlichen Merkmalen in Teilpopulationen aufzuteilen und die Stichprobenauswahl für jede Teilpopulation gesondert vorzunehmen. Eine einfache Möglichkeit, Zufallsstichproben im Rahmen einer Katamnese zu ziehen, besteht darin, alle Personen der Gesamtpopulation bzw. Teilpopulation nach Namen oder Geburtsdatum zu ordnen und dann in Abhängigkeit vom gewünschten

Stichprobenumfang jeden n-ten Fall auszuwählen. Will man z. B. eine 25%-Stichprobe ziehen, so kann man jeden 4. Fall auswählen. Die Art und Weise wie eine Stichprobe gezogen wurde, ist unbedingt genau zu dokumentieren.

Es ist methodisch bedenklich, z. B. Abbrecher oder verlegte Patienten aus der Stichprobe auszuschließen. Werden Patienten des Untersuchungszeitraumes von der Untersuchung dennoch ausgeschlossen (z. B. aus ökonomischen oder Forschungsgründen), so sind die jeweiligen Gründe und Zahlen in der Publikation zu nennen. Abbrecher bzw. nur kurz behandelte Klienten sollten immer in die Katamnese einbezogen werden, da die Ergebnisse wertvolle Hinweise für Therapieverbesserungen geben können.

287. Bei schriftlicher Befragung der Patienten wird eine Kontrollstichprobe unmittelbar nach der Rücksendung des Fragebogens per Interview erneut befragt. Die Größe der Kontrollgruppe sollte so gewählt werden, dass eine Differenz von 10 Prozentpunkten hinsichtlich der Abstinenz oder einer anderen Erfolgsgröße noch als signifikant erkannt werden kann. Die Abweichungen sind in der Publikation im Hinblick auf die Interpretation von Ergebnissen zu diskutieren.

Hinweis zu Standard 287:

Die Power-Berechnung zur Feststellung der Stichprobengröße wird in einschlägigen Lehrbüchern dargestellt (z. B. Bortz & Döring, 1995). Mittlerweile gibt es auch EDV-Programme, die eine Berechnung vereinfachen.

288. Bei mündlicher Befragung und mehr als einem Interviewer werden mindestens 10% der Interviews zur Kontrolle der Interviewerübereinstimmung von zwei Personen gemeinsam durchgeführt, aber getrennt registriert und anschließend die Ergebnisse verglichen.

Hinweis zu Standard 288:

Eine Kontrolle der Reliabilität (i. S. der Übereinstimmung zwischen verschiedenen Beurteilern) ist dann nicht nötig, wenn es sich um ein standar-

disiertes Interview handelt, bei dem die Reliabilität in anderen Untersuchungen überprüft wurde.

289. Bei Katamnesen bzw. Verlaufsuntersuchungen sind zur Validierung der Angaben stichprobenhafte Überprüfungen der Drogenfreiheit vorzusehen.

Hinweis zu Standard 289:

Für die Gültigkeit der Antworten zum Suchtmittelkonsum sollen geeignete Kontrollen zur Drogenfreiheit durchgeführt werden. Für den Konsum von Medikamenten und illegalen Drogen sind Urinproben das Mittel der Wahl, für Drogen kommt noch eine Haar-Analyse in Frage, die einen größeren Zeitraum überprüfen kann. Zur Kontrolle von Alkohol kann entweder eine BAK oder Atemluftkontrollen durchgeführt werden. Auch eine CDT Untersuchung steht zur Wahl, mit der allerdings nur ein größerer Rückfall erfasst werden kann (s. Feuerlein et al., 1998).

Die Ziehung der Stichprobe der Patienten für eine solche Drogenfreiheitskontrolle soll per Zufall erfolgen, entweder aus der Gesamtgruppe oder aus definierten Teilgruppen. Bei schriftlicher Befragung der Patienten erfolgt die Drogenfreiheitskontrolle für die Kontrollstichprobe (s. Standard 287).

290. Katamnesen werden von externen Personen durchgeführt.

Hinweise zu Standard 290:

Es ist grundsätzlich empfehlenswert, dass bei der Planung und der Interpretation einer Katamnese die Erfahrungen und Ideen von Mitarbeitern der Behandlungseinrichtungen eingeholt und berücksichtigt werden. In der Mehrzahl der Fälle spricht auch nichts dagegen, dass man, nicht zuletzt um eine bessere Ausschöpfungsquote zu erzielen, bei der Kontaktaufnahme mit den Therapeuten der Behandlungseinrichtung zusammenarbeitet, oder die Kontaktaufnahme diesen Institutionen überlässt. Die unmittelbare Befragung der Patienten und die Auswertung der Ergebnisse sollte aus Gründen der größeren Objektivität sowie der Validität der Daten durch externe Personen durchgeführt werden.

5. Bewertung der Therapieergebnisse

Hinweis zu den Standards 293 bis 299:

Die Standards 293 bis 299 sind optional, das heißt wünschenswert, aber nicht unverzichtbar. Sie gelten primär für die Evaluation einer Entwöhnungsbehandlung. Für die Evaluation von aufsuchenden Maßnahmen sowie von Versorgungssystemen stehen andere Kriterien im Vordergrund (siehe Standard 293).

Die in Standard 299 dargestellte Matrix »Gesamtbewertung des aktuellen Status« stellt eine zusammenfassende qualitative kategoriale Bewertung der Therapieergebnisse anhand von sechs Dimensionen (Lebens- und Verhaltensbereichen) dar. Die Benutzung der Matrix wird im Folgenden erläutert.

Für jeden Patienten ist eine eigene Matrix anzulegen. Die sechs Skalen, die in den Standards 293 bis 298 aufgeführt sind, entsprechen den sechs Bewertungsdimensionen. Pro Skala wird für jeden Patienten der jeweils zutreffende Status (von ++ bis --) ausgewählt und in die Matrix an der entsprechenden Stelle übertragen. Bei jeder Beschreibungsdimension wird in Klammern die Nummer der Standards angegeben, anhand derer eine Einstufung ermöglicht wird.

Für die Bewertung ist wichtig, dass alle Fragen, die in Klammern angegeben sind, beantwortet wurden. Ist das nicht der Fall, so ist »0« (keine Bewertung möglich) einzutragen.

Das in den oben genannten Standards verwendete Zeitfenster von einem Jahr gilt nur für die routinemäßige Katamnese ein Jahr nach Behandlungsende. Bei einem entsprechend längeren oder kürzeren Katamneseintervall werden die Häufigkeiten einzelner Kriterien proportional verändert. Bei einem anderen Katamnesezeitraum muss das Zeitfenster entsprechend verändert werden. Analog dieser Veränderung müssen in solchen Fällen die Standards, auf die für die Bewertung Bezug genommen wird, angepasst werden.

291. Für aufsuchende Hilfsmaßnahmen (Streetwork, outreach work) sind die Haltequote, die Mortalitätsrate und der Gesundheitszustand sowie die Erreichbarkeitsquote Hauptkriterien der Erfolgsbeurteilung.

292. Für die Beurteilung von Versorgungssystemen bekommt neben der Haltequote das Erfolgskriterium der Erreichbarkeit der Zielpopulation eine zentrale Bedeutung. Die Wichtigkeit von Kriterien der Wirksamkeit der eingesetzten Therapien sowie Kriterien einer ökonomischen Evaluation bleibt daneben bestehen.

293. Bewertung des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen

Für drogenabhängige Patienten nach einer Entwöhnungstherapie:

- (++) a) Im letzten Jahr kein Konsum von Alkohol, Drogen oder psychoaktiven Medikamenten (238).
oder
b) Im letzten Jahr höchstens ein Rückfall, sofern die drei folgenden Bedingungen gegeben waren:
- Rückfalldauer nicht länger als drei Tage (238, 239),
 - Rückfallbeendigung aus eigenem Antrieb bzw. unterstützt durch Hilfen, die vom Patienten intentional aufgesucht wurden (255),
 - keine negativen Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, legal) aus dem Rückfall (254).
- (+) a) Im letzten Jahr höchstens sechs Rückfälle, sofern die drei folgenden Bedingungen gegeben waren:
- Rückfalldauer nicht länger als drei Tage,
 - Rückfallbeendigung aus eigenem Antrieb (255, Wert = 1),
 - keine negativen Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, legal) aus dem Rückfall (254).
- oder
b) Im letzten Jahr ein Rückfall von höchstens einer Woche Dauer, sofern die beiden folgenden Bedingungen gegeben waren (199, 200):
- Rückfallbeendigung aus eigenem Antrieb bzw. unterstützt durch Hilfen, die vom Patienten intentional aufgesucht wurden (255),
 - keine negativen Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, legal) aus dem Rückfall (254).
- (–) a) Im letzten Jahr höchstens sechs Rückfälle von jeweils maximal drei Tagen Dauer (199, 200)

- b) ein Rückfall von maximal einer Woche Dauer (199, 200), sofern jeweils mindestens eine der folgenden Bedingungen gegeben war:
 - Bemühung um Rückfallbeendigung nicht in erster Linie durch Patient selbst (255),
 - negative Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, legal) aus dem Rückfall (254).
- (– –) a) Im letzten Jahr mehr als drei kurze Rückfälle (199) und/oder
- b) mehr als eine längere Rückfallphase (länger als eine Woche) (199, 200).
- (0) Angaben des Patienten reichen für Einstufung nicht aus.

Für alkoholabhängige Patienten nach einer Therapie mit »Kontrolliertem Trinken« als erklärtem und vereinbartem Therapieziel:

- (++) Unauffälliges regelmäßiges oder episodisches Trinken
 - ohne Kontrollverlust, Trinkexzesse oder Rauschtrinken (256) und
 - ohne negative Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, legal) (254).
- (+) Unauffälliges, regelmäßiges oder episodisches Trinken mit höchstens einer Trinkepisode mit vermehrtem, auffälligem Trinken, sofern die folgenden Bedingungen gegeben waren:
 - auffällige Trinkepisoden nicht über eine Woche Dauer (256),
 - Wiedergewinn der Trinkkontrolle aus eigenem Antrieb bzw. unterstützt durch Hilfen, die vom Patienten intentional aufgesucht wurden (255),
 - keine negativen Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, legal) (254).
- (–) Unauffälliges regelmäßiges oder episodisches Trinken mit höchstens sechs auffälligen Trinkepisoden von jeweils maximal drei Tagen Dauer oder einer auffälligen Trinkepisode von maximal einer Woche Dauer (204), sofern jeweils mindestens eine der folgenden Bedingungen gegeben war:
 - Bemühung um Beendigung der auffälligen Trinkepisode nicht in erster Linie durch Patient selbst (201, 204),
 - negative Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, legal) aus der auffälligen Trinkepisode (254).

- (– –) – mehr als sechs kurze auffällige Trinkepisoden (205) und/oder
 - mehr als eine längere auffällige Trinkepisode (länger als drei Tage) (205).
- 0 Angaben des Patienten reichen zur Einstufung nicht aus.

Für substituierte Patienten:

- (++) – Regelmäßige kontrollierte Einnahme eines Substitutionsmittels im letzten Jahr und
 - Kein Konsum illegaler Drogen überprüft durch Urinproben im letzten Jahr.
- (+) – regelmäßig kontrollierte Einnahme eines Substitutionsmittels im letzten Jahr und
 - maximal sechs drogenpositive Urinproben im letzten Jahr
- (–) – regelmäßige kontrollierte Einnahme eines Substitutionsmittels im letzten Jahr und
 - mehr als sechs drogenpositive Urinproben im letzten Jahr.
- (– –) – unregelmäßige kontrollierte Einnahme eines Substitutionsmittels im letzten Jahr und
 - überwiegend positive Urinproben im letzten Jahr.
- 0 Angaben des Patienten reichen für Einstufung nicht aus.

Hinweis zu Standard 293:

Sollte sich im Verlauf der Behandlung das Therapieziel geändert haben, muss dies bei der Bewertung berücksichtigt werden.

Patienten, die im Katamnesezeitraum in Haft oder Therapie waren, werden trotzdem nach o. g. Kriterien bewertet. Eine auffällige Trinkepisode ist definiert durch eine Alkoholmenge > 60g/pro Tag bzw. > 40g reinen Alkohol pro Tag für Frauen.

- 294. Bewertung des gesundheitlichen Zustands
- (++) Keine Suchtfolge oder andere Krankheiten/ Beschwerden (207) und
 - bei der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes die Werte 1 oder 2 (219).
- (+) Suchtfolge- und/oder andere Krankheiten/ Beschwerden, die die Lebensführung nicht

- oder nur gering beeinträchtigen (209, 210)
und
bei der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes keine Werte größer 3 (219).
- (-) a) Suchtfolge- und/oder andere Krankheiten/
Beschwerden, die die Lebensführung nicht
oder gering beeinträchtigen (209, 210),
jedoch
bei der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes Werte größer 3 (219),
oder
b) Suchtfolge- und/oder andere Krankheiten/
Beschwerden, die die Lebensführung be-
einträchtigen (209, 210),
unabhängig von der subjektiven Einschät-
zung des Gesundheitszustandes (219).
- (- -) Suchtfolge- und/oder andere Krankheiten/
Beschwerden, die die Lebensführung erheblich
beeinträchtigen (hier auch Suizidversuche)
(209, 210, 202-8),
unabhängig von der subjektiven Einschätzung
des Gesundheitszustandes (219).
- 0 Angaben des Patienten reichen für Einstufung
nicht aus.

Hinweis zu Standard 294:

HIV-Infektionen ohne körperliche Beschwerden
werden nicht berücksichtigt.

295. Bewertung der sozialen Beziehungen
- (++) Integration in ein unterstützendes soziales
Umfeld (197)
und
keine oder nur geringfügige Belastung durch
Einzelprobleme (199-1,199-2, Wert = 0-1).
- (+) Teilweise Integration in ein unterstützungs-
fähiges soziales Umfeld (197)
und
deutliche Belastung durch Einzelprobleme
(199-1,199-2 Wert = 2).
- (-) Teilweise Integration in ein unterstützungs-
fähiges soziales Umfeld (197)
und
erhebliche Belastung durch Einzelprobleme
(199-1,199-2, Wert = 3-4).
- (- -) Keine Integration in ein unterstützungsfähiges
soziales Umfeld (197).
- 0 Angaben des Patienten reichen für Einstufung
nicht aus.
- X Dimension auf Patient nicht anwendbar.

Hinweis zu Standard 295:

Schule, Studium und Ausbildung werden wie
Arbeitsverhältnisse gewertet.

Selbstständige werden den Beschäftigten zuge-
ordnet.

Hausfrauen, die vor der Behandlung erwerbstätig
waren, werden wie Arbeitslose eingestuft.

Rentner und Hausfrauen, die auch vor der
Behandlung nicht erwerbstätig waren, werden mit
»X« eingestuft.

296. Bewertung des psychischen Status
- (++) Kein psychisches Problem in Standard 202 und
keine Belastung durch psychische Probleme in
den letzten 30 Tagen (204, Wert = 0-1) und
kein Bedarf an Behandlung (206, Wert = 0)
- (+) Mindestens 1 psychisches Problem weniger in
Standard 202 als zu Beginn
und
nicht mehr als ein bestehendes Problem
und
höchstens mittlere Belastung in den letzten 30
Tagen (204, Wert = 2)
und
kein Bedarf an Behandlung (206, Wert = 0)
- (-) Mindestens 1 unverändertes psychisches Pro-
blem in Standard 202
und
1-2 Probleme in den letzten 12 Monaten
und
keine Extrembelastung (204, Wert = 0-3) und
höchstens mittlerer Behandlungsbedarf (206,
Wert = 2)
- (- -) Mindestens 2 unveränderte psychische Proble-
me und insgesamt 3 und mehr Probleme in
Standard 202 und Belastung erheblich bis
extrem (204, Wert = 3-4) und Behandlungsbe-
darf erheblich bis extrem (206, Wert = 3-4)
- 0 Angaben des Patienten reichen für Einstufung
nicht aus.
297. Bewertung der beruflichen Integration
- (++) Im letzten halben Jahr ununterbrochenes
Beschäftigungsverhältnis (182, Wert = 2)
- keine beruflichen Probleme während der
letzten 30 Tage (187, Wert = 0)
und
- keine Belastung oder Beeinträchtigung
durch berufliche Probleme
(188, Wert = 0-1)

- (+) a) Ununterbrochen Erwerbstätig (182, Wert = 2) und
 - Berufliche Probleme in den letzten 30 Tagen an höchstens 3 Tagen (187) und
 - Belastung oder Beeinträchtigung in den letzten 30 Tagen an höchstens 3 Tagen (187)
 - b) Zur Zeit erwerbstätig, aber nicht durchgehend (183, Wert = 1, 182, Werte 1, 3 oder 4) mit oder ohne berufliche Probleme und Belastung)
 - c) Nicht-Erwerbspersonen (183, Wert = 3)
 - Nicht mehr als 3 Tage mit beruflichen Problemen (187) und
 - Nicht mehr als 3 Tage mit Belastung durch berufliche Probleme (188)
 - (-) a) Zur Zeit erwerbslos (aber nicht durchgehend) (181, Wert = 1, Wochen der Arbeitslosigkeit < Katamnese)
 - b) Nicht-Erwerbspersonen (183, Wert = 3) mit
 - Mehr als 3 Tagen mit beruflichen Problemen in den letzten 30 Tagen (187) oder
 - Mehr als 3 Tage mit Belastung durch berufliche Probleme (188)
 - c) Durchgehend arbeitslos, (182 Wert = 1), aber ohne berufliche Probleme (187) und ohne Belastung (188)
 - (- -) Durchgehend arbeitslos (182 Wert = 1, Dauer = Katamnesezeitraum) und
 - Mindestens 3 Tagen mit beruflichen Problemen (187) und
 - Mindestens 3 Tagen mit beruflichen Belastung (188)
298. Bewertung der rechtlichen Situation
- (++) Keine strafgerichtlichen Verurteilungen (220).
 - (+) Geringfügige Straftaten, sofern kein Zusammenhang mit Sucht erkennbar ist (z. B. Verkehrsdelikte) (220).
 - (-) Geringfügige Straftaten in Zusammenhang mit Sucht (z. B. geringfügigere Vermögensdelikte, Verkehrsdelikte unter Alkoholeinfluss) (220).
 - (- -) Deliktunabhängig alle strafrechtlichen Verurteilungen, die zu einer vollzogenen Freiheitsstrafe und/oder einer Unterbringung führten (222).
- 0 Angaben des Patienten reichen für Einstufung nicht aus.

299. Gesamtbewertung des aktuellen Status

Be- wer- tung	1 Umgang mit Substanzen	2 Gesundheit- licher Zustand	3 Soziale Beziehungen	4 Psychischer Status	5 Berufliche Integration	6 Rechtliche Situation
++						
+						
-						
--						
0						
X						

6. Beschreibung der Therapieeinrichtung und des Therapieprogramms

Hinweis zu Kapitel 6:

Wenn die in Kapitel 6 aufgeführten Standards zur Beschreibung der Therapie für eine Analyse benutzt werden, die in direktem Zusammenhang mit den Klienten-Daten steht, dann sind alle Angaben auf die Zeit vor Beginn der Behandlung der jeweiligen Klientengruppe zu beziehen. Individuelle auf den jeweiligen Klienten bezogene Angaben zur Therapie werden im Abschnitt (Datenerhebung im Therapieverlauf) aufgeführt. Veränderungen des Behandlungskonzeptes im Verlauf der Behandlung bedürfen einer gesonderten Analyse in der jeweiligen Evaluationsstudie.

300. Art der Behandlungseinrichtung(en)
- 1 Psychiatrisches Krankenhaus mit Suchtfachabteilung
 - 2 Psychiatrisches Krankenhaus ohne Suchtfachabteilung
 - 3 Psychiatrische Station/Abteilung in sonstigen Krankenhäusern
 - 4 Suchtfachklinik
 - 5 Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatik
 - 6 Stationäre/teilstationäre Nachsorgeeinrichtung
 - 7 Tagesklinik/Nachtklinik
 - 8 Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle/Fachambulanz in psychiatrischer Klinik
 - 9 Praxis/niedergelassener Arzt
 - 10 Sondereinrichtung, und zwar _____

Schweizer Version

Es wird als weitere Kategorie eingefügt

- 11 Therapeutische Gemeinschaft (stationär)

301. Einwohnerzahl am Sitz der Einrichtung
- 1 bis 50 000
 - 2 bis 100 000
 - 3 bis 250 000
 - 4 bis 500 000
 - 5 über 500 000

302. Pflichtversorgungsauftrag

- 302-1 1 Ja
 2 Nein
 Wenn ja,

302-2 Einwohnerzahl des Pflichtversorgungsgebietes in 1000: _____

302-3 Fläche des Pflichtversorgungsgebietes in Quadratkilometer: _____

303. Finanzierung

- | | Anteil in % |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Kommunale Mittel | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 2 Landesmittel | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 3 Mittel der Rentenversicherungsträger | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 4 Mittel der Krankenkassen | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 5 Bundesmittel | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 6 Erstattung durch Klienten/Patienten | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 7 Mittel der Arbeitsverwaltung | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 8 Sonstige Mittel, und zwar | _____ % |

Schweizer Version:

Belegung durch folgende Kostenträger (prozentualen Anteil für die zu untersuchende Patientenkohorte angeben)

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> 1 Krankenkassen | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 2 Bundesamt für Sozialversicherung | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 3 Bundesamt für Justiz | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 4 Kantonale Fürsorgebehörde | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 5 Kantonale Justizbehörde | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 7 Selbstzahler | _____ % |
| <input type="checkbox"/> 8 Andere, und zwar | _____ % |

Hinweis zu Standard 303:

Entscheidend erscheint die Abgrenzung von Privatzahlern, Versicherten und Sozialhilfeempfängern.

304. Anzahl der Fälle im letzten Jahr

- 1 Mit mindestens einem Kontakt
- 2 Mit zwei oder mehr Kontakten

305. Platzzahl (so weit zutreffend)

306. Mitarbeiter

	Mitarbeiter mit		
	Fest	Honorar-	
	anstellung	vertrag	
	Vollzeit	Teilzeit	
	Anzahl	Gesamt-Std./Wo.	Gesamt-Std./Wo.
1 Arzt/Ärztin in somat. Funktion	()	()	()
2 Psychiater ()	()	()	()
3 Arzt/Ärztin in somatischer und psychotherapeutischer Funktion	()	()	()
4 Diplom-Sozialarbeiter/in, Diplom-Sozialpädag./in	()	()	()
5 Diplom-Psychologe/in	()	()	()
6 Diplom-Pädagoge/in	()	()	()
7 Arzt/Ärztin in psychotherapeutischer Funktion	()	()	()
8 Pflegepersonal (Krankenschwester/-pfleger)	()	()	()
9 Mitarbeiter/in in Arbeits-, Beschäftigungstherapie	()	()	()
10 Sport-, Gymnastiklehrer/in	()	()	()
11 Med.-techn. Personal (Masseur/in, Bademeister/in Krankengymnast/in)	()	()	()
12 Ex-User	()	()	()
13 Sonstige in Therapie Tätige	()	()	()
14 Seelsorger/in	()	()	()
15 Zivildienstleistende, Jahrespraktikant/in	()	()	()
16 Mitarbeiter/innen in Büro und verwaltungstechnisches Personal	()	()	()
17 Ehrenamtlich Tätige Funktion: _____	()	()	()
18 Gesamte Personalstärke (nur die im weiteren Sinne therapeutisch tätigen ohne 15, 16, 17)	()	()	()

Hinweis zu Standard 306:

Die Angaben zu den Stellen sind nur zu den tatsächlich besetzten Stellen, nicht zu Planstellen zu machen.

307. Die Leitung der Einrichtung hat

- () 1 Arzt
- () 2 Dipl.-Psychologe/in
- () 3 Dipl.-Sozialarbeiter/in/Diplom-Sozialpädagoge/in
- () 4 Dipl.-Pädagoge/in
- () 5 Geistlicher
- () 6 Diakon
- () 7 mehrere Personen, und zwar _____
- () 8 Andere, und zwar _____

308. Qualifikation der Mitarbeiter

	abge-	in Aus-
	schlossen	bildung
1 Facharzt/Arzt ohne Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Arzt für Psychiatrie (und Psychotherapie) oder psychotherapeutische Medizin; ärztl. Psychotherapeut, Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Psycholog. Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut (Approbation nach Psych-TG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anerkennung nach Empfehlungsvereinbarung Sucht (1999)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sonstige abgeschlossene Weiterbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

309. Dokumentation

	Ja	Nein
1. Wird regelmäßig eine formalisierte Eingangsdagnostik durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wird regelmäßig ein schriftlicher Therapie-/oder Hilfeplan erstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Werden der Verlauf (Status der Patienten/Klienten) und durchgeführte Maßnahmen regelmäßig dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wird regelmäßig eine Abschlussdokumentation standardisiert durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wird eine Erfolgskontrolle durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

310. Besprechungen, Konferenzen etc. in der Einrichtung: (Mehrfachnennungen möglich)
- 1 Personalversammlungen
 - 2 Mitarbeiterbesprechungen
 - 3 Mitarbeitersupervision intern
 - 4 Mitarbeitersupervision extern
 - 5 Berufsgruppenspezifische Konferenzen
 - 6 Leiterkonferenzen
 - 7 Bezugstherapeutensystem
 - 8 Mitsprachemöglichkeit für Patienten
311. Zahl ausgeschiedener therapeutischer Mitarbeiter im letzten Kalenderjahr (einschließlich Pflegepersonal):
Anzahl ausgeschiedene Mitarbeiter
312. Zahl neu eingestellter therapeutischer Mitarbeiter im letzten Kalenderjahr
313. Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)
- 1 Tabakabhängigkeit
 - 2 Tabakmissbrauch
 - 3 Alkoholabhängigkeit
 - 4 Alkoholmissbrauch
 - 5 Abhängigkeit von illegalen Drogen
 - 6 Missbrauch von illegalen Drogen
 - 7 Medikamentenabhängigkeit
 - 8 Pathologisches Spielverhalten
 - 9 Essstörungen
 - 10 Psychosomatische Störungen
 - 11 Sonstiges _____
314. Therapieschwerpunkt (keine Mehrfachnennungen möglich)
- 1 Alkoholabhängigkeit
 - 2 Abhängigkeit von illegalen Drogen
 - 3 Medikamentenabhängigkeit
 - 4 Pathologisches Spielverhalten
 - 5 Essstörungen
 - 6 Psychosomatische Störungen
 - 7 Andere _____
315. Überwiegende Orientierung des therapeutischen Konzepts
- 1 Keine Orientierung an psychotherapeutischer Schulrichtung
 - 2 Tiefenpsychologisch orientiert
 - 3 Kognitiv-behavioral
 - 4 Gestalttherapeutisch
 - 5 Gesprächspsychotherapeutisch
 - 6 Sonstiges
316. Spezielle Angebote für folgende Zielgruppen von Klienten mit Suchtproblemen (Mehrfachnennungen möglich)
- 0 Keine
 - 1 Geistig Behinderte
 - 2 Körperlich Behinderte
 - 3 Schwangere
 - 4 Mitbehandlung von Partnern und Familie
 - 5 Jugendliche/Kinder
 - 6 Ausländer
 - 7 Frauen
 - 8 Sonstige, und zwar _____
317. Art der Behandlung (Mehrfachnennungen möglich)
- 1 Beratung/Kontaktphase
 - 2 Entzugsbehandlung
 - 3 Entwöhnungsbehandlung
 - 4 Substitutionsbehandlung
 - 5 Pharmakotherapie
 - 6 Suchtbegleitung (niedrigschwellig)
 - 7 Entzug und Entwöhnung
 - 8 Adaption, Übergangsphase
 - 9 Sonstige, und zwar _____
318. Ausschlusskriterien
- 0 Keine
 - 1 Altersbegrenzung
 ___ untere Altersgrenze in Lebensjahren
 ___ obere Altersgrenze in Lebensjahren
 - 2 Geschlechtsselektion
 nur Frauen
 nur Männer
 - 3 Psychotische Störungen
 - 4 Geistige Behinderung
 - 5 Körperliche Behinderung
 - 6 Patienten im Maßregelvollzug
 - 7 Manifeste AIDS-Erkrankung
 - 8 Andere Infektionskrankheiten
 - 9 Alkoholabhängigkeit
 - 10 Drogenabhängigkeit
 - 11 Medikamentenabhängigkeit
 - 12 Kein fester Wohnsitz
 - 13 Sonstiges/andere _____

319. Behandlungsdauer
- 1 Geplante Behandlungsdauer in Wochen: _____
 - 2 Variable Behandlungsdauer von _____ bis _____
 - 3 Sonstige und zwar: _____
 - 4 nicht festgelegt
320. Rechtsgrundlage der Behandlung (Mehrfachnennungen möglich)
- 1 Freiwillige Patienten
 - 2 Maßregelpatienten nach §§ 63, 64 StGB
 - 3 Patienten gem. § 35 BtMG
 - 4 Patienten gem. § 37 BtMG
 - 5 Patienten gem. § 56c StGB
 - 6 Patienten gem. Unterbringung nach Landesgesetz
 - 7 Sonstige, und zwar _____
 - 8 Betreuung
- Schweizer Version*
- 1 Freiwillige Patienten
 - 2 Ärztliche Zuweisung
 - 3 Vormundschaftliche Zuweisung (Fürsorgerischer Freiheitsentzug)
 - 4 Maßnahmen an geistig Abnormen (Art. 43 StGB)
 - 5 Behandlung von Trunk- und Rauschgiftsüchtigen (Art. 44 StGB)
 - 6 Vollzug von Maßnahmen an Rauschgiftsüchtigen in einer Arbeitserziehungsanstalt (Art. 2a, Verordnung 3 zum Schweizerischen Strafgesetzbuch SR 311.03)
 - 7 Einstellung des Verfahrens, Absehen von Strafe oder Verwarnung (Art. 19a Ziff. 2 BetmG)
 - 8 Absehen von Strafverfolgung bei ärztlich beaufsichtigter Betreuung (Art. 19a Ziff. 3 BetmG)
 - 9 Strafrechtlich angeordneter Maßnahmenvollzug für Jugendliche nach Art. 91, 93 oder 95 StGB
 - 10 Sonstige, und zwar _____
321. Therapiemaßnahmen
- 0 = nie
 1 = regelmäßig
 2 = je nach Indikation
 3 = gelegentlich
 4 = nur in Krisensituationen
- 1 Einzeltherapie
 - 2 Gruppentherapie
 - 3 Arbeitstherapie
 - 4 Beschäftigungstherapie
 - 5 Paartherapie
 - 6 Familientherapie
 - 7 Gruppen zur konkreten Lebensplanung (Sozialtraining, »Realitätstraining«)
 - 8 Einzelgespräche mit Angehörigen
 - 9 Gruppenveranstaltung mit Angehörigen (z. B. Elternseminare) ohne Betroffene
 - 10 Info-Gruppe über Drogen
 - 11 Info-Gruppe zu wert- und religionsorientierten Themen
 - 12 Physiotherapie (Massagen, Bäder etc.)
 - 13 Sport
 - 14 Patientenversammlung (Plenum, Stationsgruppen)
 - 15 Schul- und Berufsausbildung
 - 16 Sonstiges (regelmäßig), und zwar _____
322. Regelmäßige Kontrollmaßnahmen bzgl. Drogenfreiheit
- 0 keine
 - 1 Urinkontrollen (Drogenscreening)
 - 2 Atemluftkontrollen (Alkohol)
 - 3 Blutproben (BAK, CDT, GGT)
 - 4 Haar-Analysen
 - 5 Sonstige, und zwar _____
- Hinweis zu Standard 322:**
 Mit »regelmäßig« ist eine Kontrolle von mindestens 1-mal pro Monat gemeint.
323. Koordination und Vernetzung mit anderen Einrichtungen und Diensten (einrichtungsbezogener Kerndatensatz, modifiziert)
- Gibt es verbindliche Absprachen zur Therapie- oder Hilfeplanung mit folgenden Einrichtungen?
- | | Ja | Nein |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Niedrigschwellige Einrichtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratungs- und Behandlungsstelle/ | | |
| Institutsambulanz/Fachambulanz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ambulantes Betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/Psychotherapeutische Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus/-abteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heim/stationäres Betreutes Wohnen/ Übergangseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung und Behandlung im Strafvollzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Publikation der Ergebnisse

324. Angaben zu Zielsetzungen und Rahmenbedingungen der Studie

- Ziele
- Hypothese
- Herleitung der Fragestellung
- Auftraggeber, Finanzierung

325. Methodik

- Untersuchungsdesign (einschließlich Verlaufs- oder Katamneseansatz)
- Ziehung der Untersuchungsgruppe
- Instrumente
- Durchführung: Zeitplan, schriftliche/mündliche Katamnese

326. Ergebnisse

- Beschreibung und Analyse von Datenausfällen (Ausschöpfungsquoten)
- Beschreibung zentraler Charakteristika der Grundgesamtheit und der Untersuchungsgruppe (Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Beruf, Legalverhalten, ICD-Diagnose, Abhängigkeitsdauer)
- bei Untersuchungen zur Therapiebeurteilung sollen zusätzlich folgende Angaben gemacht werden:
 - Beschreibung des Therapieprogramms und der Einrichtung
 - Dauer der Behandlung
 - Intensität der Behandlung
 - Art der Therapiebeendigung

- Status der Patienten bei Therapiebeendigung

- Bei Katamneseuntersuchungen sollen zusätzlich folgende Angaben gemacht werden:

- Verlaufs-bzw. Katamnesezeitraum

Wenn das bevorzugte Zeitfenster (6 Monate oder die letzten 30 Tage) kleiner ist als der gesamte Katamnesezeitraum, sollte neben dem kürzeren Zeitfenster auch der gesamte Katamnesezeitraum (bzw. seit der letzten Erhebung) erfasst werden. (Mindestens die ersten 6 oder 12 Monate).

- Zentrale Ergebnisse folgender Bereiche in einem einheitlichen Zeitfenster (6 Monate, letzte 30 Tage): Konsum psychoaktiver Substanzen, Arbeitssituation, körperlicher Gesundheit, psychischer Situation, Familie/Partnerschaft, sozialer Situation, Rechtssituation. Dazu eignen sich für eine Verlaufsdarstellung die Angaben über die letzten 30 Tage z. B. im Vergleich zur Zeit vor der Aufnahme besonders gut.

- Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 im Katamnesezeitraum

- Erfolgsangaben gemäß Matrix (s. Standard 299)

D Hinweise zur Nutzung der Standards

Die nachfolgend dargestellten Aufgaben, Fragen und Lösungsansätze beziehen sich auf viele Arten und Formen der evaluativen Therapieforschung im Suchtbereich, bei denen regionale oder überregionale Behandlungssysteme, einzelne Einrichtungen oder einzelne Maßnahmen der Suchtbehandlung im Mittelpunkt stehen. Es kann sich dabei nur um einen einführenden Überblick handeln, als weiterführende allgemeine Literatur empfiehlt sich: Koch und Wittmann (1990); Bortz & Döring, (1995) und Hager et al. (2000).

Folgende Schritte für die Planung einer Evaluationsstudie lassen sich unterscheiden:

1. Klärung der Fragestellungen, Entwicklungen von Hypothesen
2. Untersuchungsansatz
3. Auswahl der zu erhebenden Datenbereiche
4. Zusammenstellen der Items in Erhebungsunterlagen, aufgliedert nach den Bereichen Aufnahme, Therapieverlauf, Entlassung, Katamnese und Beschreibung der Therapie
5. Organisation der Befragung (Durchführung)
6. Datenauswertung
7. Darstellung und Bewertung der Ergebnisse
8. Publikation der Ergebnisse.

Je nach Fragestellung einer Untersuchung können unterschiedliche Teile (Module) der Standards benutzt werden. Die Gliederung der Standards nach Aufnahmeuntersuchung, Therapieverlauf, Entlassung, Katamnese/bzw. Verlauf und Beschreibung der Therapieeinrichtung und des Therapieprogramms lässt die einzelnen Bausteine erkennen. Die weitere Aufgliederung in einzelne Unterpunkte bezieht sich mit Ausnahme der soziodemographischen Daten auf eine einheitliche Auswahl von Lebens- und Verhaltensbereichen.

In Abhängigkeit von der Fragestellung ist es zwar möglich, einzelne Bausteine wegzulassen, wenn aber Daten zu einem bestimmten Bereich erhoben werden, dann sollten mindestens Daten entsprechend den Standards in diesem Bereich erhoben werden.

1. Ausgangssituation und Fragestellung

Bei der Beschreibung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes werden vor allem Überblicksarbeiten und – so weit vorhanden – Meta-Analysen herangezogen. Gesundheitspolitische Überlegungen und suchtspezifische Rahmenbedingungen bilden häufig die Ausgangssituation für eine Studie.

Der Ausarbeitung der jeweiligen Fragestellung kommt eine große Bedeutung für die weitere Planung der Untersuchung hinsichtlich Design, Auswahl der Patienten und der zu erfassenden Patientenmerkmale sowie der Wahl der Therapieform zu.

Überlegungen zur konkreten Hypothesenbildung sind bereits vor Beginn der Studiendurchführung nicht nur aus inferenzstatistischen Gründen notwendig, sondern auch weil deren Formulierung die zu überprüfenden Fragen präzisiert und deutlich macht, ob mit der geplanten Untersuchung diese Hypothesen überhaupt überprüft werden können. Auch bei explorativen hypothesengenerierenden Untersuchungen sind solche Überlegungen im Sinne von Leithypothesen nützlich. Globale Fragen, wie z. B. Welche Klientenmerkmale sind Prognosefaktoren? – Oder: Welche Merkmale sind Indikationskriterien? – sind nicht ausreichend, wenn sie nicht weiter konkretisiert werden.

Fragen der Indikation können sich auf individuelle Indikationsentscheidungen oder auf Behandlungssysteme beziehen, z. B. ob für jugendliche Alkoholabhängige ein eigenes Therapieprogramm effektiver ist als eine Behandlung zusammen mit anderen Altersgruppen (vgl. Kufner, 2000). Hinsichtlich der individuellen Indikation wird zwischen selektiver und adaptiver Indikation unterschieden. Bei einer selektiven Indikation geht es um die Zuweisung unterschiedlicher Patienten zu unterschiedlichen Therapieformen vor Beginn der Behandlung. Bei der adaptiven Indikation wird im Verlauf und in Abhängigkeit vom Behandlungsverlauf versucht, dem einzelnen Patienten unterschiedliche Therapieformen zuzuweisen.

2. Zum Untersuchungsansatz

ALLGEMEINE CHARAKTERISIERUNG

Ein Untersuchungsdesign lässt sich durch folgende Begriffspaare beschreiben (siehe auch Glossar):

- Experimentelle Untersuchung versus naturalistische Untersuchung,
- Hypothesengenerierend (explorativ) versus hypothesenüberprüfend,

- Monozentrische versus multizentrische Studie,
- Ergebnisforschung versus Prozessforschung,
- Qualitative versus quantitative Forschung,
- Prospektive versus retrospektive Untersuchung.

Im klinischen Bereich sind die Bedingungen für eine experimentelle Untersuchung oft nicht gegeben, so dass eine naturalistische Untersuchung (Felduntersuchung) durchgeführt wird, die mehr Realitätsnähe, aber auch eine Vielzahl schwer zu kontrollierender Bedingungen aufweist. Andererseits sei darauf hingewiesen, dass öfters die Bedingungen für eine experimentelle bzw. quasi-experimentelle Untersuchung vorliegen, z. B. wenn eine Bedingung im Therapieprogramm einer Einrichtung geändert wird und überprüft werden soll, ob dies Auswirkungen auf irgendwelche Erfolgskriterien zeigt.

Ob eine Untersuchung hypothesengenerierend oder hypothesenüberprüfend angelegt wird, steht im Zusammenhang mit dem aktuellen Wissensstand über die zu untersuchende Fragestellung. Die Formulierung von Hypothesen erscheint unter Umständen dann banal, wenn einfache bivariate Zusammenhänge in einer langen Folge verbal ausformuliert werden und dabei der Zusammenhang der Einzelhypothesen verloren geht. Auch bei hypothesengenerierenden Untersuchungen ist es wünschenswert, mehr Vorüberlegungen im Sinne der vorher erwähnten Leithypothesen anzustellen.

Ob eine Untersuchung nur eine Einrichtung betrifft oder Patienten verschiedener Einrichtungen herangezogen werden, hängt hauptsächlich von der Fragestellung und den erwarteten Ergebnissen ab. Patienten verschiedener Einrichtungen sind wahrscheinlich in ihrer Zusammensetzung heterogener, so dass eine vermutlich repräsentativere Stichprobe erhoben werden kann, wodurch die Verallgemeinerung der Ergebnisse erleichtert wird. Durch die Einbeziehung mehrerer Einrichtungen ist ein breiteres Spektrum von Therapieprogrammen vorhanden und es werden schneller größere Fallzahlen erreicht. Darüber hinaus können Einrichtungen an Stelle von Patienten als Einheiten eine eigene Stichprobe darstellen mit Erfolgswerten und Bedingungsfaktoren, die eigenständig analysiert werden können. Multizentrische Studien erfordern allerdings einen größeren organisatorischen und finanziellen Aufwand und erschweren in der Regel eine mikroanalytische prozessorientierte Erfassung der Therapie.

Nachdem die Ergebnisforschung generell gezeigt hat, dass die Therapie bei Abhängigen Erfolg versprechend ist und einen Effekt aufweist, geht die For-

schung zu methodisch anspruchsvolleren Fragestellungen einer Bedingungsanalyse und einer Prozessforschung über. Trotzdem bleibt für die meisten Fragestellungen letztlich die Erfassung von Therapieergebnissen grundlegend. Das bedeutet, dass die mit der Ergebnisforschung verbundenen Probleme und Lösungsansätze auch für eine mehr prozessorientierte Forschung Gültigkeit haben.

Qualitative Forschungsansätze sind verstärkt propagiert und angewandt worden, nachdem die quantitativen Ansätze allein nicht die erhofften Antworten erbracht haben. Qualitative Forschungsansätze haben den Vorteil größerer Flexibilität bei der Analyse eines Problems. Sie sind mehr hypothesengenerierend als hypothesenprüfend, und haben mehr eine heuristische Funktion. Beide Ansätze sind letztlich keine Gegensätze, sondern können sich sinnvoll ergänzen.

Grundsätzlich ist ein prospektiver Untersuchungsansatz günstiger, weil problematische Rück Erinnerungen, die mehr oder weniger lang zurückliegende Ereignisse betreffen, überflüssig sind. Die Einbeziehung bereits früher erhobener Daten in retrospektiven Untersuchungen ist problematisch, da diese Daten im allgemeinen nicht einheitlich und vollständig vorliegen und dadurch eine Auswertung erschwert wird. In Bezug auf die Frage einer retrospektiven oder prospektiven Untersuchung gibt es zwei unterschiedliche Aspekte. Die »Definition der Fälle« und die »Erhebung«. Die Definition der Fälle muss – z. B. anhand alter Karteien – immer prospektiv erfolgen, da es sonst unter Umständen zu einer starken Verzerrung der Ergebnisse kommen kann. So könnten z. B. erfolgreich Behandelte und Tote in einer Stichprobe nicht mehr auftauchen, während Misserfolge weiter im Behandlungssystem verbleiben. Die Erhebung kann unter Umständen auch retrospektiv erfolgen, wengleich sich hier das bereits erwähnte Problem der Erinnerungsverzerrung auswirkt, weswegen natürlich auch hier eine prospektive Vorgangsweise wünschenswert aber nicht unbedingt notwendig ist.

UNTERSUCHUNGSGRUPPEN

In der Regel stellt sich die Aufgabe, zu der eigentlichen Untersuchungsgruppe andere Vergleichs- oder Kontrollgruppen heranzuziehen, um die Ergebnisse der Untersuchungsgruppe im Gruppenvergleich besser bewerten zu können. Die Zusammenstellung von Vergleichs- oder Kontrollgruppen hängt im Wesentlichen von der jeweiligen Fragestellung ab, eine ideale, immer passende Vergleichsgruppe gibt es nicht. Häufig ist es in der Praxis leichter, eine anders behandelte Vergleichsgruppe zu gewinnen, als eine un-

behandelte Kontrollgruppe. Dabei ergibt sich hauptsächlich die Frage der Vergleichbarkeit verschiedener Therapiegruppen und der Kontrollgruppen hinsichtlich der Ausgangsmerkmale der Patienten bei Beginn einer Behandlung. Die Möglichkeit einer Eigenkontrollgruppe, die z. B. erst nach einer gewissen Wartezeit ein bestimmtes Therapieprogramm durchlaufen kann, ist in Felduntersuchungen selten gegeben. Leichter realisierbar ist dagegen die Erhebung von Daten vor Einführung der zu überprüfenden Therapiebedingungen an einer anderen Patientengruppe, die dann als Kontrollgruppe für die spätere Untersuchungsgruppe verwendet werden kann.

Für eine Pharmakostudie ist eine Randomisierung bezüglich Placebo oder Verum unabdingbar. Mit Hilfe von Zufallszahlen aus einer Zufallstafel oder aus einem Zufallsgenerator kann dann eine beliebige Aufteilung der Klienten erfolgen.

Eine katamnestische Untersuchung sollte grundsätzlich alle Patienten eines Bezugszeitraums umfassen, die das Behandlungsprogramm begonnen haben, das heißt auch Abbrecher, disziplinarisch entlassene, in andere Einrichtungen verlegte, im Katamnesezeitraum verstorbene, die Nachuntersuchung ablehnende oder nicht mehr aufzufindende Patienten. Der Anteil dieser Untergruppen an der Gesamtzahl der das Programm beginnenden Patienten muss deutlich sein.

Eine Stichprobengröße von 50 erscheint auf Patientenebene als Mindestgröße, wenn man Datenausfälle berücksichtigt und an die Anwendung statistischer Testverfahren denkt. Auf Einrichtungsebene kann auch eine kleinere Stichprobengröße ausreichend sein. Einen genaueren Hinweis auf die Stichprobengröße ermöglicht eine Power-Analyse (siehe Glossar). Die erforderliche Stichprobengröße ist neben den Parametern einer Power-Analyse (α - und β -Fehler, erwarteter Unterschied des Erfolgsparameters) auch abhängig von der Komplexität der Fragestellung: Um differenzierte Aussagen zur Indikation machen zu können, sind beispielsweise sehr viel größere Stichproben erforderlich als zur Feststellung des Therapieerfolgs eines bestimmten Behandlungsprogramms. Bei großen Patientenzahlen ist es möglich, zufallsverteilte Teilstichproben auszuwählen z. B. anhand von Zufallstabellen.

3. Zur Auswahl der Variablen und Datenbereiche

BESCHREIBUNG DER PATIENTEN/KLIENTEN

Eine systematische Beschreibung der Patienten/Klienten zu Beginn der Behandlung dient als Erstes dem Vergleich mit anderen Patientengruppen oder dem Vergleich mit Normalpersonen. Unterschiede in der Klientel ergeben sich beispielsweise durch unterschiedliche Selektionskriterien der Einrichtungen oder durch entsprechende Zuweisung vorgeschalteter Einrichtungen oder auch durch Selbstselektion der Patienten. Bei der Evaluation niedrigschwelliger Angebote wird man nicht alle Standards bei der Aufnahme berücksichtigen können. In solchen Fällen wird der Untersucher eine Auswahl treffen müssen, die sich an dem deutschen Kerndatensatz (DHS, 1998) orientieren sollte, der in den hier aufgeführten Standards auch enthalten ist. Die Beschreibung des Konsums psychoaktiver Substanzen ist auf den ersten Blick kompliziert und differenziert. Es könnten Überlegungen aufkommen, sich auf das Hauptsuchtmittel zu beschränken und alle anderen Substanzen zu übergehen. In der Realität vereinfacht sich die Erhebung beispielsweise bei den Alkoholabhängigen erheblich, weil oft kein Konsum illegaler Drogen vorliegt und deshalb zahlreiche Detailfragen sich erübrigen. Zur Erleichterung der Erhebung sollten die im Anhang dargestellten Listen zur Alkoholkonsummenge und die Übersicht über psychoaktive Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial benutzt werden.

Bei der Beurteilung von Therapieeffekten verschiedener Vergleichsgruppen sind in jedem Fall Unterschiede in der Klientel zu überprüfen und gegebenenfalls zu berücksichtigen. Eine Beschreibung der Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten kann auch Aufschluss darüber geben, inwieweit sich die Zusammensetzung der Klientel einer Einrichtung im Verlauf der Zeit oder durch unterschiedliche Selektionspraktiken verändert hat.

Weder Alkoholabhängige noch Medikamenten- oder Drogenabhängige können als homogene Gruppe aufgefasst werden, für die gleiche Bedingungsbeziehungen der Abhängigkeit zu erwarten sind. Für homogene Teilgruppen sind dagegen deutlichere Zusammenhänge zwischen Effekten und Bedingungsfaktoren zu erwarten. Nach welchen Klassifikationsmerkmalen homogenere Teilgruppen erreicht werden können, hängt aber in hohem Maße von der Fragestellung und von der vermuteten oder empirisch belegten Bedeutung der Bedingungsmerkmale ab und muss für jede Studie individuell geklärt werden. Die für die Beschreibung der Klienten entwickelten Kern-

datensätze sichern ein Minimum an Vergleichbarkeit und sind hinsichtlich des Umfangs überschaubar. Sie sind aber für die Analyse einzelner Fragestellungen nicht ausreichend.

BESCHREIBUNG DER EINRICHTUNG UND DER BEHANDLUNG

Die Untersuchung von Effekten einzelner Interventionen oder der Vergleich verschiedener Therapieprogramme setzt eine genaue Beschreibung der Therapie voraus. Bei der allgemeinen Beschreibung der Therapie sollen sowohl Rahmenbedingungen der Behandlung (Einrichtungsmerkmale) als auch das Therapieprogramm im engeren Sinne beschrieben werden. Zur Beschreibung der Rahmenbedingungen gibt es beispielsweise von der DHS einen Minimaldatensatz, der aber kaum eine der in der Psychotherapieforschung diskutierten Wirkungsvariable enthält (vgl. Grawe, 1995).

Therapeuten können durch formale Merkmale (z. B. Berufsgruppe, Ausbildungsstand) sowie auch durch ihre therapeutische Vorgehensweise und Einstellung charakterisiert werden. Zu beachten ist dabei, dass die Praxis oft erheblich von dem abweicht, was in den offiziellen Konzepten steht (Problem der Implementierung). Eine manualgestützte Therapie bietet ein gewisses Maß an Gewähr, dass diese auch in der beschriebenen Weise von unterschiedlichen Therapeuten durchgeführt wird. Eine klientenbezogene Therapiebeschreibung erfordert eine Erfassung aller therapeutischen Leistungen im Einzelfall. Dabei kann man sich an dem Katalog therapeutischer Leistungen orientieren. Die hier dargestellten Standards haben diesen Weg nicht weiter verfolgt.

BESCHREIBUNG DES THERAPIEPROZESSES

Im engeren Sinne bezieht sich der Therapieprozess auf das Erleben und Verhalten des Patienten und des Therapeuten während der Behandlung. Die einzelnen Maßnahmen, die im Rahmen einer Gesamttherapie durchgeführt werden (siehe oben), gehören ebenfalls zum Prozess. Im weiteren Sinne umfasst der Therapieprozess auch das soziale Umfeld und Lebensereignisse. Die Prozessforschung bezieht sich entweder auf den Interaktionsprozess in der Therapie oder sie geht von bestimmten änderungsrelevanten Ereignissen z. B. einem Drogenrückfall im Therapieverlauf aus und versucht deren Bedingungsvariable genauer zu untersuchen.

4. Erhebungsunterlagen

Die über die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie zugänglichen Standards lassen eine erste grobe Auflistung der Fragen getrennt für Aufnahme, Therapieende und Katamnese zu. Danach folgen ergänzende Items je nach spezifischer Fragestellung und Hypothesen der jeweiligen Untersuchung. Für den Fall einer vorzeitigen Entlassung durch den Klienten selbst ist die Erstellung eines eigenen Fragebogens nützlich, weil in diesem Fall in der Regel eine Reihe von Fragen nicht mehr an den Klienten gestellt werden können.

5. Organisation und Durchführung der Datenerhebung

DATENSCHUTZ

Die Einhaltung des Datenschutzgesetzes ist bei jeder Untersuchung und Dokumentation unabdingbar. Fast alle im gegebenen Zusammenhang zu erhebenden Daten sind personenbezogen. Ihre Sammlung, Speicherung und Verwertung muss daher gemäß den gesetzlichen Bestimmungen erfolgen. Die wichtigsten Regeln sind:

1. Vor Beginn der Datenerhebung sind die Patienten schriftlich über das Ziel der Untersuchung, die Art der zu erhebenden Daten, die Dauer der Speicherung der Daten und den Personenkreis zu informieren, der Zugang zu den Daten haben wird.
2. Es wird eine schriftliche Einverständniserklärung der Patienten eingeholt, die auch den Zweck der Datensammlung spezifizieren muss.
3. Fragebögen dürfen keine Angaben enthalten, die zur direkten Identifizierung geeignet sind, wie z. B. Name, Adresse oder Geburtsdatum des/der Patienten/in.
4. Zur Kennzeichnung der Fragebögen und der EDV-gespeicherten Datensätze ist ein neutraler Code zu verwenden, der eine Identifizierung der Person ausschließt.
5. Ausgefüllte Fragebogen und EDV-gespeicherte Daten sind vor unbefugtem Zugriff zu sichern.
6. Adressenlisten und der Schlüssel für die Zuordnung von Name und Code sind besonders gesichert aufzubewahren.
7. Anschreiben an den/die Patienten/in dürfen auf dem Umschlag keinen Hinweis auf eine Erkrankung oder Behandlung enthalten. Als Absender sollte daher nicht die Institution, sondern eine dort beschäftigte Person angegeben werden.
8. Für Einzelheiten des Datenschutzes wird auf die

Systembeschreibung EBIS verwiesen (Simon et al., 1990). Es empfiehlt sich, vor Beginn der Untersuchung Kontakt zum Datenschutzbeauftragten einer Forschungsgesellschaft (z. B. der Max-Planck-Institute) oder zum Landesdatenschutzbeauftragten aufzunehmen.

Aufnahmeuntersuchung

Die Erhebung der Anamnese und des Anfangsstatus psychodiagnostischer Verlaufsvariablen erfolgt in den ersten beiden Behandlungswochen. Der gesundheitliche Zustand der Patienten ist dabei zu berücksichtigen, jedoch sollte der Erhebungszeitpunkt insbesondere bei kurzen Behandlungen sowie bei Abhängigen von illegalen Drogen, wegen des hohen Abbruchrisikos in der Anfangsphase, möglichst früh liegen.

Therapieverlauf

Verlaufsdaten sollten während der Behandlung in der Regel in festen Zeitabständen, jeweils gerechnet vom Aufnahmedatum der Patienten, erhoben werden. Ausnahmen bilden Untersuchungen von kritischen Episoden des Verlaufs, die durch das Eintreten von bestimmten Ereignissen, z. B. Rückfall, definiert werden (Episodenforschung). Bei besonders langen Therapieverfahren wie einer Substitutionstherapie ist in der Regel nur eine Verlaufsuntersuchung analog einer Katamneseerhebung sinnvoll (siehe nächster Abschnitt).

Katamnese

Art der Befragung

Die Wahl zwischen einem Interview und einer schriftlichen Befragung ist zunächst durch die in der Studie verfügbaren Ressourcen bestimmt. Auch wenn eine schriftliche Befragung nicht generell zu weniger validen Aussagen führt, ist gegebenenfalls ein Interview vorzuziehen, da nur so eine Überprüfung der Aussagen durch Urinalysen oder Atemluftkontrollen möglich ist und ein persönlicher Kontakt mit einem qualifizierten Interviewer die Patienten eher motiviert, an weiteren Befragungen teilzunehmen. Bei wiederholten Katamnesen können schriftliche Untersuchungen im Wechsel mit mündlichen Befragungen durchgeführt werden. Es sollte jedoch wenigstens ein Interview stattfinden.

Katamnesezeitraum

Die Standard-Katamnese wird prospektiv ein Jahr nach Abschluss der Behandlung durchgeführt, unabhängig davon, ob die Therapie regulär, durch Abbruch des/der Patienten/in, disziplinarisch durch die Einrichtung oder auf andere Weise beendet wurde. In diesem Zeitraum ist in den meisten Fällen eine Stabilisierung des Suchtmittelgebrauchs zu erwarten.

Zur Erfassung kurzfristiger Veränderungen wird eine zusätzliche Befragung nach sechs Monaten empfohlen. Längerfristige Katamnesen sollten nach zwei oder fünf Jahren vorgenommen werden, wobei der Einfluss späterer Faktoren, wie erneute Behandlungen oder Haftaufenthalte, bei der Bewertung des Erfolges der Indexbehandlung zu beachten ist.

Katamnesen, die als Querschnitterhebung bei allen Patienten zu einem gemeinsamen Zeitpunkt unabhängig von der jeweiligen Katamnesezeitdauer durchgeführt werden, sind nur dann auswertbar, wenn besondere statistische Verfahren (Survival-Analysen) angewendet werden, welche die individuell verschiedenen lange Zeit seit Ende der Behandlung berücksichtigen. Da diese Auswertungsmethoden weniger anschaulich sein können und auch statistische Annahmen und Schätzungen vorgenommen werden, ist ein einheitlicher Katamnesezeitraum dringend anzuraten. Eine behelfsmäßige Lösung kann darin bestehen, gleiche Zeitfenster von 6 oder 12 Monaten sowohl bezogen auf den Erhebungszeitpunkt als auch solche bezogen auf den Entlassungszeitpunkt festzulegen, soweit dies noch für die Erinnerung vertretbar erscheint. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit denen anderer Studien ist auf diese Weise am ehesten gewährleistet.

Durchführende Personen

Eine Katamnese sollte besser durch externe, für die Durchführung eigens geschulte Interviewer erfolgen. In einem Vertrag mit den Untersuchern ist auf die Schweigepflicht und die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen hinzuweisen. Ein Interviewer muss sich bei der Befragung bewusst sein, dass die Konfrontation mit früheren Problemsituationen unter Umständen eine schwer wiegende Belastung für den/die Patienten/in darstellt und entsprechende Reaktionen auslösen kann. Sind bei den Interviewern nur geringe Erfahrungen mit Katamnesen vorhanden, ist eine Supervision notwendig.

Erinnerungssystem

Zur Erhöhung der Rücklaufquote ist ein Erinnerungssystem einzurichten. Wenn nach einem

Anschreiben kurzfristig, das heißt etwa nach sieben, maximal nach 14 Tagen, keine Antwort des/der Patienten/in vorliegt, folgt ein erster Erinnerungsbrief. Gibt es wieder keine Reaktion, folgt ein zweiter Erinnerungsbrief (bei schriftlicher Katamnese mit einem neuen Fragebogen) oder ein Telefonanruf. Wenn die aktuelle Adresse bekannt ist, kann zuletzt eine direkte Kontaktaufnahme durch einen Interviewer versucht werden.

Unter Umständen, insbesondere bei Drogenabhängigen, erfordert bereits die Ermittlung der Adresse (z. B. bei den Einwohnermeldeämtern oder durch persönliche Recherche) einen erheblichen Aufwand. Wird ein persönliches Interview abgelehnt, sollte man auf eine telefonische oder schriftliche Befragung ausweichen.

Fremdkatamnesen

Auskünfte von Bezugspersonen können zusätzlich zur Absicherung der Validität oder als Ersatz bei nicht erreichbaren Patienten herangezogen werden. Eine allgemeine Richtlinie zur Verwertung fremdkatamnestischer Angaben kann nicht gegeben werden. Im Einzelfall muss die Glaubwürdigkeit der verschiedenen Aussagen eingeschätzt werden. Im Falle diskrepanter Angaben ist die für den Therapieerfolg ungünstigere Aussage maßgebend.

6. Auswertung der Daten

AUSWERTENDE PERSONEN

Wenn möglich, sollten Mitarbeiter der behandelnden Institution die Daten nicht selbst auswerten, sondern externe Personen oder Institutionen damit beauftragen. Zum einen werden dadurch Interessenkonflikte vermieden, zum anderen kann die Erfahrung methodisch und statistisch gut ausgebildeter Fachleute genutzt werden. Dabei ist zu beachten, dass diese Personen bereits bei der Planung der Datenerhebung und nicht erst dann, wenn die Daten schon gesammelt sind, einbezogen werden.

BESCHREIBUNG VON THERAPIERGEBNISSEN

Die Wirkung einer Therapie sollte grundsätzlich anhand von Erfolgskriterien in verschiedenen Lebensbereichen erfasst werden, so dass ein differenziertes Wirkungsspektrum beschrieben werden kann. Das führt allerdings zu einer schwer überschaubaren Anzahl von Ergebnissen. In einzelnen Bereichen sind mehrere Erfolgsparameter erforderlich, z. B. bei illegalen Drogen wird man als Erfolgsparameter nicht nur alle illegalen Drogen zusammenfassen, sondern zwischen weichen (Cannabis) und harten Drogen trennen sowie zusätzlich Alkoholmissbrauch berücksichtigen müssen. Bei Alkoholismus sind auch andere Substanzen zu beachten. Außerdem wird zwischen einem kurzen Zeitfenster und dem gesamten Katamnesezeitraum unterschieden. Schließlich ist hinsichtlich des gesamten Zeitraums zwischen einer qualitativen Bewertung (s. Punkt C5) und quantitativen Erfolgsparametern (z. B. Anzahl der Wochen ohne Konsum) zu unterscheiden. Betont werden muss, dass die ausschließliche Beurteilung eines Zeitfensters im Katamnesezeitraum nicht ausreicht und immer auch der gesamte Katamnesezeitraum berücksichtigt werden muss.

ANALYSE DER BEDINGUNGSFAKTOREN FÜR DEN BEHANDLUNGSERFOLG

Im Sinne einer auf empirischer Evidenz begründeten Therapie ist zur Verbesserung von Therapieprogrammen die Erfassung empirisch begründeter Zusammenhänge zwischen Therapiemerkmalen und dem Behandlungserfolg erforderlich. Bei der Analyse von Bedingungsfaktoren sind grundsätzlich PatientenvARIABLE (methodisch als unabhängige und als abhängige Variable) und Therapievariable als unabhängiger Variable zu unterscheiden. Zur Analyse von Bedingungsfaktoren können unterschiedliche Untersuchungsansätze (s. Punkt D 2) herangezogen werden.

Um Folgerungen aus den empirischen Ergebnissen für die Verbesserung von Therapieprogrammen zu ziehen, sind zusätzlich interpretative Überlegungen erforderlich, die auch die jeweiligen Bedingungen im Gesundheitssystem einschließen.

STATISTISCHE METHODEN

Verschiedene EDV-Programmpakete mit den unterschiedlichsten statistischen Verfahren erleichtern die Auswertung in erheblichem Maße. Die Ergebnisse sollen so dargestellt werden, dass eine meta-analytische Zusammenfassung der Ergebnisparameter möglich ist. Das bedeutet z. B., dass einfache Signifikanzhinweise wie »auf den 5%-Niveau signifikant« nicht ausreichend sind, sondern entweder der genaue p-Wert oder die entsprechenden Rohdaten anzugeben sind. Bivariate Zusammenhänge sollten gegenüber multivariaten Zusammenhängen nicht übergangen werden, da sie in der Regel stabiler sind. Die Anwendung von Survival-Analysen ermöglicht die Berücksichtigung des zeitlichen Verlaufs und verringert die Abhängigkeit von jeweils vollständigen Datensätzen. Bei der Erhebung sollte deshalb der Zeitpunkt des Ereignisses (z. B. Rückfall möglichst genau) erfasst werden.

7. Bewertung der Behandlungsergebnisse

Für die Akzeptanz durch die Patienten ist die Haltequote ein nützliches Maß. Für die Erreichbarkeit kann keine allgemeine Quote angegeben werden, weil die Population meist nicht genau bekannt ist. Die weiteren Überlegungen gelten für die Bewertung der Effektstärke. Aus den Katamnesedaten berechnete Erfolgsquoten (Prozentwerte) in verschiedenen Bereichen der Rehabilitation werden häufig als Effektstärke der Behandlung verwendet. Da selten alle Behandelten eines Bezugszeitraumes an der Katamnese/bzw. Verlaufserhebung teilnehmen, stellen diese Quoten Schätzungen der »wahren« Effektstärke der Behandlung dar, die je nach Berechnungsform auf unterschiedlichen Annahmen beruhen.

Zur Veranschaulichung werden die für eine Berechnung grundsätzlich in Frage kommenden Bezugsgruppen in einer Vierfeldertafel dargestellt:

	Nur die bei der Erhebung Erreichten	Alle Beginner
Nur planmäßige Beender	Berechnungsform 1	Berechnungsform 2
Planmäßige + vorzeitige Beender	Berechnungsform 3	Berechnungsform 4

Abbildung 1: Unterschiedliche Berechnungsformen für Erfolgsquoten

Die beiden Dimensionen, die miteinander kombiniert werden, sind: 1.) Unter dem Gesichtspunkt der Datenerhebung entweder alle Klienten, die mindestens eine Behandlungssitzung hatten oder jene, die mit der Datenerhebung erreicht werden konnten. Die andere Dimension bezieht sich auf eine reguläre (planmäßige) oder vorzeitige Beendigung. Durch Kombination ergeben sich dann vier Berechnungsformen, von denen nur zwei eine größere Rolle in Evaluationsstudien zukommt.

1. Berechnungsform 4:
Nimmt man an, dass alle nicht erreichten Patienten/innen »nicht erfolgreich« sind, ist die Formel: »Anzahl der erfolgreichen Erreichten geteilt durch die Anzahl aller Behandelten« zu verwenden.
2. Berechnungsform 3:
Geht man jedoch davon aus, dass die in der Katamnese Erreichten *repräsentativ* für alle Behandelten sind, kann die Erfolgsquote mit der Formel: »Anzahl der erfolgreichen Erreichten geteilt durch die Anzahl aller *Erreichten*« berechnet werden.

Zusätzlich sollte in beiden Berechnungsformen die Erfolgsquote bei Patienten mit *vorzeitiger* Beendigung (Abbruch, disziplinarische Entlassung, Verlegung) und bei Patienten mit *planmäßiger (regulärer)* Beendigung der Behandlung angegeben werden. Berechnungsform 4 unterschätzt, Berechnungsform 3 überschätzt im Allgemeinen den Erfolg der Therapie. Der »wahre« Erfolgswert ist zwischen den nach diesen beiden Formen berechneten Quoten zu erwarten, da erfahrungsgemäß auch unter den Nichterreichten erfolgreiche Patienten/ innen anzutreffen sind.

Beim gegenwärtigen Stand der Forschung im Suchtbereich ist die Formulierung von Standards zur zusammenfassenden Bewertung der Behandlungen noch problematisch. Deshalb werden hinsichtlich des Konsums psychoaktiver Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial drei Ansätze nebeneinander gestellt. Zum Ersten die Darstellung bezogen auf ein Zeitfenster der jeweils letzten 30 Tage, und zum anderen der qualitative Ansatz einer zusammenfassenden Bewertung in den Dokumentationsstandards II, der bezüglich des Suchtmittelkonsums ohne Veränderung übernommen wurde. Ein dritter Ansatz besteht analog der Anzahl der Tage mit Konsum in den letzten 30 Tagen in der Anzahl von Wochen ohne Konsum in den letzten 12 Monaten. Für die übrigen Lebensbereiche sind lediglich das Zeitfenster der letzten 30 Tage und die qualitative Bewertung in den Lebensbereichen vorgesehen, so dass sich ein Wirkungsprofil ergibt.

In jedem Fall soll die Reduktion der Daten auf Kategorien des jeweiligen Beurteilungssystems so genau dargestellt werden, dass sie für Außenstehende nachvollziehbar ist.

8. Publikation

Eines der Kriterien für Wissenschaftlichkeit ist die Nachvollziehbarkeit des dargestellten Vorgehens. Eine Ergebnisdarstellung erfolgt u. a. am besten durch folgende Grobgliederung:

1. Fragestellung
2. Methodik
 - 2.1 Untersuchungsansatz
 - 2.2 Patientenstichproben und Selektionskriterien
 - 2.3 Beschreibung der Behandlung
 - 2.4 Durchführung
 - 2.5 Auswertung

Transparente Darstellung der Bewertungsberechnung
3. Ergebnisse

- 3.1 Art der Beendigung
(Haltequote, Art der Beendigung)
- 3.2 (und folgende) Weitere Ergebnisse
4. Diskussion und Folgerungen

Literaturverzeichnis

Allgemeine Literatur

- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Lienert, G. A. (1998). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben*. Berlin: Springer.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft. (1998). *Vorschläge zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis: Empfehlungen der Kommission »Selbstkontrolle in der Wissenschaft«*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (1992). *Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (1985). *Standards 2 für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (1994). *Documentation Standards II for the Treatment of Substance Abuse*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Everitt, B. S. (1996). *Making sense of statistics in psychology: A second-level course*. Oxford: Oxford University Press.
- Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka, M. (1998). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. V. Auflage*. Stuttgart: Thieme.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40, 130–145.
- Grimm, L. G. & Yarnold, P. R. (1995). *Reading and understanding multivariate statistics*. Washington, DC: American Psychological Association
- Hager, W., Patry, J.-L., Brezing, H. (Hrsg.) (2000). *Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* Bern (u. a.): Huber
- Kazdin, A. E. (1998). *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Koch, U., Wittmann, W. W. (Hrsg.) (1990). *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin: Springer.
- Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M., Rush, B. (2000). *International guidelines for the evaluation of treatment*

- services and systems for psychoactive substance use disorders. World Health Organization.
- Plinius Major Society (1994). Guidelines on evaluation of treatment of alcohol dependence. *Alcoholism. Vol. XXX. Supplement.*
- Poser, W. & Poser, S. (1996). *Medikamente – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Verlauf – Behandlung.* Stuttgart: Thieme.
- Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Simon, R., Hoch E. & Holz, A. (1999). The German Monitoring and Reporting System for the Treatment of Substance-Related Problems: A National System on the Basis of Aggregated Data. *European Addiction Research, 5/4,* 161–214.
- Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R., Kokkevi, A., Ouwehand, A. W., Stauffacher, M. & Vicente J. (1999). The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol: A European Core Item Set for Treatment Monitoring and Reporting. *European Addiction Research 5,* 197–207.
- Statistisches Bundesamt (1995). *Gesundheitsbericht für Deutschland.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Uhl, A., (2000). *Evaluation.* In: Stimmer, F., (Hrsg.). Suchtlexikon. München: Oldenbourg.
- Wetterling, T. & Veltrup, C. (1997). *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen: Ein Leitfaden.* Berlin: Springer.
- Witte, P. U., Schenk, J., Schwarz, J. A. & Kori-Lindner, C. (Hrsg.). (1990). Ordnungsgemäße klinische Prüfung. 3. Auflage. Fürth: E. Habrich Verlag.
- WHO, UNDCP & EMCDDA (2000). Workbook Framework. World Health Organization.
- Literatur zu den empfohlenen diagnostischen Fragebogen und Verfahren*
- Allen, J. P. & Columbus, M. (1995). *NIAAA Treatment Handbook Series 4, Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers.* Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Banger, M., Philipp, M., Herth, T., Hebenstreit, M. & Aldenhoff, J. (1992). Development of a rating scale for quantitative measurement of the alcohol withdrawal syndrome. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 241,* 241–246.
- Biefang, S., Potthoff, P. & Schliehe, F. (1999). *Assessmentverfahren für die Rehabilitation.* Göttingen: Hogrefe.
- Brickenkamp, R. (1972). *Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Test d 2).* Göttingen: Hogrefe.
- Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (CIPS). (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie.* Göttingen: Beltz.
- Demmel, R. & Hagen, J. (1999). *Eine deutschsprachige Version des »Short Michigan Alcoholism Screening Test for Fathers and Mothers«.* Unpublished manuscript, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien/Weltgesundheitsorganisation.* Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Forschungskriterien/Weltgesundheitsorganisation.* Bern: Huber.
- Donovan, D. M. & Marlatt, G. A. (1988). *Assessment of addictive behaviors.* New York, NY: Guilford.
- Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, C. & Antons-Volmerg, K. (1999). *MALT. Münchner Alkoholismus-Test. (2. Auflage/Manual).* Göttingen: Beltz.
- Feuerlein, W., Ringer, Ch., Kufner, H. & Antons, K. (1977). Diagnose des Alkoholismus. Der Münchner Alkoholismustest (MALT). *Münchner Medizinische Wochenschrift, 40,* 1275–1282.
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis – Deutsche Version.* Göttingen, Weinheim: Beltz.
- Funke, W., Funke, J., Klein, M. & Scheller, R. (1987). *Trierer Alkoholismusinventar (TAI).* Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, Th., Renneberg B., Schmitz, B. & Wittchen H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID II). Achse II: Persönlichkeitsstörungen.* Göttingen: Hogrefe.
- Glöckner-Rist, A., Rist, F., Kufner, H. (2001). Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) www.psy.uni-muenster.de/institut1/ehes
- Gsellhofer, B., Kufner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *European Addiction Severity Index – EuropASI. Manual für Training und Durchführung.* Stuttgart: Schneider Verlag.
- Häcker, H., Leutner, D. & Amelang, M. (1998). *Standards für pädagogisches und psychologisches Testen.* Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI).* Bern: Verlag Hans Huber.
- Heubrock, D. (1992). Der Auditiv-Verbale Lerntest (AVLT) in der klinischen und experimentellen Neuropsychologie. Durchführung, Auswertung und Forschungsergebnisse. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 13,* 161–174.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1997). *IDCL Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV.* Göttingen: Hogrefe.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1997). *IDCL Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10.* Göttingen: Hogrefe.
- Horn, W. (1983). *Leistungsprüfsystem L-P-S: Handanweisung.* Göttingen: Hogrefe.
- Klein, M., Funke, J., Funke, W. & Scheller, R. (1995). Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall: Theorie, Dia-

- agnostik und Klassifikation. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall* (S. 38–50). Stuttgart: Enke.
- Körkel, J. & Schindler, C. (1996). Der »Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht« (KAZ-35) – Ein Instrument zur Erfassung der abstinenzorientierten Kompetenzzuversicht Alkoholabhängiger. *SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 42, 156–166.
- Körkel, J. & Schindler, C. (1997). *Die »Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht« (HEISA): Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationshinweise*.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner P. & Spielberger C. D. (1970). *STAI. Das State-Trait Angstinventar: Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz Test.
- Lehrl, S. (1995). *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest. Manual zum MWT-B*. Balingen: Perimed-spitta.
- Lindenmeyer, J. & Florin, I. (1998). Testgütekriterien einer deutschen Version des Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholabhängige (IDTSA). *Verhaltenstherapie*, 8, 26–36.
- Litten, R. Z. & Allen, J. P. (1992). *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods*. Totowa, NJ: Humana Press.
- Mann, K. & Ackermann, K. (1999). *Factorial structure of the Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) in alcohol dependent inpatients*. Poster presented at the Annual Meeting of the Research Society on Alcoholism, Santa Barbara, CA.
- Oswald, W. D. & Roth, E. (1987). *Der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Plinius-Major-Society. (1994). Guidelines on evaluation of treatment of alcohol dependence. *Alcoholism*, 30.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Hill, A. & John U. (1995). *Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 894–898.
- Sass, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Stuppaeck, Barnas, Falk, Guenther, Hummer, Oberbauer, Pycha, Withworth & Fleischhacker. (1995). *CIWA-A. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale*.
- Wetterling, T. & Veltrup, C. (1997). *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen: Ein Leitfaden*. Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Garczynski, E. & Pfister, H. (2000). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Zerssen, D. von, (1976). *Beschwerden-Liste (B-L)*. In: D. v. Zerssen, Klinische Selbstbeurteilungsskalen KSb-S aus dem Münchner Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München), Weinheim: Beltz.
- Zerssen, D. von, (1976). *Depressivitäts-Skala (D-S)*. In: D. v. Zerssen, Klinische Selbstbeurteilungsskalen KSb-S aus dem Münchner Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München), Weinheim: Beltz.

Anhang

- Anlage 1 Liste psychoaktiver Substanzen
 Anlage 2 Liste üblicher Gläser für Alkoholgetränke

**Liste psychoaktiver Substanzen
(mit Abhängigkeitspotential außer Alkohol und Tabak)**

Zur Erleichterung der Datenerhebung bitte auf Aufforderung des Interviewers unterstreichen oder ankreuzen!

Medikamente

**Schmerzmittel und
ähnliches
(Gruppe 3 / 5)**

a)	b)
Codein	Valoron
Codicaps	MST
Codipront	Nedolon
Paracodein	Develin Tramal
Remedacen	Dolomo N
Temgesic	Dolviran
Tussoretard	L-Polamidon

Andere? Wenn ja, welche:

**Beruhigungs- und
Schlafmittel
(Gruppe 5)**

z.B.

Adumbran	Noctamid
Calmonal	Normoc
Dalmadom	Planum
Distraneurin	Rohypnol
Halcion	Tafil
Lexotanil	Tranxilium
Librium	Valium
Medinox	Vesparax
Mogadan	

Andere? Wenn ja, welche:

**Anregungsmittel und
ähnliches
(Gruppe 9)**

z.B.

Captagon	AN 1
Katovit N	Fugoa
Reactivan	Ponderax
Ritalin	Recatol
Tradon	Rosemon

Andere? Wenn ja, welche:

**Aufputschmittel und
ähnliches
(Gruppe 8/9)**

z.B.

Amphetamine
Speed
Khat

Andere? Wenn ja, welche:

Andere Mittel und Drogen

**Haschisch und ähnliches
(Gruppe 4)**

z.B.

Cannabis
Marihuana
Haschisch

Andere? Wenn ja, welche:

Opiate

(Gruppe 3/13)

z.B.

Heroin
Morphium
Methadon

Andere? Wenn ja, welche:

**Kokain und Varianten
(Gruppe 6)**

z.B.

Kokain	Crack
Freebase	Kokablätter

Andere? Wenn ja, welche:

**Halluzinogene
(Gruppe 10)**

z.B.

Angel Dust	Ketanest
PCP	Meskalin

Andere? Wenn ja, welche:

**Designerdrogen
(Gruppe 7)**

z.B.

Ecstasy	LSD, DOT
DOM, DMT	

Andere? Wenn ja, welche:

**Lösungs- und Schnüffelstoffe
(Gruppe 11)**

z.B.

Benzin	Farbstoffe
	Lösungsmittel

Andere? Wenn ja, welche:

**Andere nicht kategorisierbare
Mittel
(Gruppe 12)**

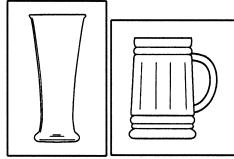
Andere? Wenn ja, welche:
z.B. Anabolika

Liste üblicher Gläser für Alkoholgetränke

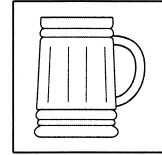
BIER



0,3 l



0,5 l



1,0 l

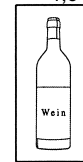
WEIN



0,2 l

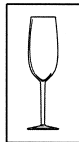


0,7 l

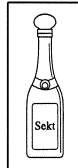


1,0 l

SEKT



0,2 l



0,75 l

SCHNAPS

(z.B. Obstler, Himbergeist, Kirschwasser, Gin, Bommerlunder, Vodka, Steinhäger, Wacholder, Korn)



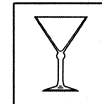
1 Einfacher
0,02 l



1 Doppelter
0,04 l

LONGDRINK, COCKTAIL
(je Alkoholanteil)

1 Stamplerl 0,02 l
1 Doppelter 0,04 l
2 Doppelte 0,08 l
4 Doppelte 0,16 l



WEINBRAND

(Branky, Cognac, Armagnac, Metaxa)



1 kl. Glas
0,02 l



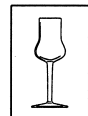
1 gr. Glas
0,02 l

LIKÖRE

(Cointreau, Maraschino, Curacao, Sambuca, Fernet Branca, Grand Marnier, Underberg, Jägermeister)



1 Einfacher
0,02 l



1 Doppelter
0,04 l

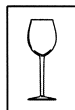
LIKÖR SÜSS

(Amaretto, Apfeln, Baileys, Batida de Coco, Eierlikör)



1 Einfacher
0,02 l

LIKÖRWEIN
(Sherry etc.)

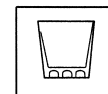


0,02 l



0,04 l

WHISKY



1 Glas
0,04 l

Hinweise für Autoren/Manuskripteinreichungen

Die Zeitschrift SUCHT wendet sich an Wissenschaftler und wissenschaftlich interessierte Praktiker. Sie veröffentlicht Artikel aller Fachdisziplinen, die sich mit der Forschung und Praxis zu substanzbezogenen Störungen und ihren Grenzgebieten befassen. Entsprechend dem komplexen Bedingungsgefüge abhängigen Verhaltens werden Manuskripte aus den Bereichen der Biochemie, Neurologie, Pharmakologie, Epidemiologie, Psychologie, Psychiatrie, Kriminologie und Soziologie gleichermaßen berücksichtigt. Auf empirisch fundierte Arbeiten wird Wert gelegt.

1. Rubriken

Manuskripte werden für folgende sechs Rubriken angenommen; sie dürfen an anderer Stelle noch nicht publiziert bzw. eingereicht sein:

1. *Originalarbeiten* sollen theoretischer oder empirischer Natur sein.

2. *Kurze Mitteilungen* informieren über aktuelle bzw. Ergebnisse aus laufenden Forschungsprojekten.

3. *Übersichtsarbeiten* geben den Kenntnisstand in einem bestimmten Forschungsbereich wieder (Literaturübersichten). Sie sollen aufgrund der Zielsetzung der Zeitschrift SUCHT auch Schlußfolgerungen für die weitere Forschung und (soweit zutreffend) auch für die Praxis enthalten. Sie können von Autoren unaufgefordert eingereicht oder von der Redaktion angefordert werden.

4. Die Rubrik *Praxis* beschäftigt sich mit praktischen Problemen, Lösungsansätzen und Ergebnissen, z. B.:

Neuentwicklung eines präventiven oder therapeutischen Verfahrens/Programms unter Praxisbedingungen

Allgemein bedeutsame Weiterentwicklung eines bekannten Verfahrens

Fallberichte mit einer ungewöhnlichen therapeutischen Vorgehensweise bzw. mit ungewöhnlichen positiven oder negativen Ergebnissen

Problemsituationen aus der Praxis, für die keine befriedigenden Lösungen bekannt sind

Erstmalige Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis.

5. In der Rubrik *Forum* werden Kommentare veröffentlicht. Dazu gehören Stellungnahmen zu Artikeln der Zeitschrift, juristische und gesundheitspolitische Kommentare, Buch- und Tagungsbesprechungen. Mit dem Forum strebt die Zeitschrift eine aktive Auseinandersetzung der Leser mit wichtigen und kontroversen Entwicklungen innerhalb der Suchtforschung und -praxis an.

In der Rubrik *Nachrichten* werden u. a. Informationen zu Tagungen, Publikationen und anderen Medien veröffentlicht.

2. Manuskriptlänge

Eine Manuskriptseite enthält 25 Zeilen x 50 Anschläge (zweizeilig geschrieben, breiter Rand rechts). Alle Manuskripte bitte vierfach einreichen. Die folgenden maximalen Seitenbegrenzungen gelten einschließlich Tabellen, Abbildungen und Literaturzitaten:

– Wissenschaftliche Originalarbeiten: 25 Manuskriptseiten

– Kurze Mitteilungen: 6 Manuskriptseiten

– Übersichtsarbeiten: 30 Manuskriptseiten

– Praxis: 10 Manuskriptseiten

– Forum: 6 Manuskriptseiten

– Nachrichten

Nachrichten, Medien- und Veranstaltungshinweise sind lediglich in zweifacher Ausfertigung an die Redaktion einzureichen.

3. Manuskriptform

Bitte vor Einreichung eines Manuskripts die jeweils aktuelle Checkliste für Autoren zur Manuskripterstellung von der Redaktion anfordern oder von der Web-Seite des Verlags laden (<http://www.neuland.com/sucht/index.htm>). In der Checkliste sind alle formalen Anforderungen zusammengestellt. Manuskripte werden von der Redaktion nur dann zur Begutachtung weitergeleitet, wenn sie den formalen Anforderungen der Checkliste entsprechen.

4. Begutachtung

Die Begutachtung der vorgelegten Arbeiten (mit Ausnahme der Nachrichten und Forumsbeiträge) erfolgt jeweils durch zwei Gutachter in anonymisierter Form.

5. Endfassung angenommener Manuskripte

Die Endfassung bitte mit Diskette (Word-Dokument) und reproduktionsfähigen Vorlagen der Abbildungen sowie einem Papierausdruck des gesamten Manuskriptes an die Redaktion senden.

6. Produkthaftung

Das Produkthaftungsrecht stellt erhöhte Anforderungen an die Sorgfaltspflicht aller mit der Erarbeitung und Verbreitung von Manuskripten Befähtigten. Dies gilt insbesondere für Autoren von wissenschaftlichen Zeitschriftenbeiträgen. Bitte prüfen Sie deshalb bei der Abfassung Ihres Beitrages sowie bei der anschließenden Korrektur stets gewissenhaft, ob die in Ihrem Manuskript enthaltenen Angaben inhaltlich richtig sind.

7. Urheberrecht

Mit Einreichung des Manuskriptes erklären die Autoren, daß alle Rechte an diesem Beitrag bei ihnen liegen und dieser noch nicht an anderer Stelle publiziert wurde. Für Abbildungen oder Tabellen, die bereits an anderer Stelle publiziert sind, muß von den Autoren eine schriftliche Nachdruckgenehmigung des Verlages dieser Publikation eingeholt und dem Manuskript beigelegt werden.

8. Rechtseinräumung

Mit der Veröffentlichung des Beitrages in der Zeitschrift SUCHT gehen alle Rechte daran auf die Neuland-Verlags-gesellschaft mbH über.

9. Sonderdrucke

Von den Beiträgen der Rubriken »Originalarbeiten«, »Kurze Mitteilungen«, »Übersichtsarbeiten« und »Praxis« erhalten die Autoren bzw. die Autorengruppe 50 Sonderdrucke kostenfrei. Die Lieferung erfolgt an die im Beitrag genannte Korrespondenzanschrift. Anfragen für weitere Sonderdrucke sind an den Verlag zu richten.

Abs.: Neuland-Verlagsges. mbH, Postfach 1422, 21496 Geesthacht

PVSt, DPAG, »Entgelt bezahlt« C5732

Standards in der Dokumentation von Therapien substanzbezogener Störungen haben die Aufgabe, die Durchführung einer Evaluationsstudie zu erleichtern, die Vergleichbarkeit der Daten zu verbessern und schließlich Meta-Analysen zu ermöglichen, mit denen die Ergebnisse vieler Einzelstudien zusammengefasst und analysiert werden können.

Die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen erfordert insbesondere für die Erfassung des suchtbefindlichen Verhaltens einen eigenständigen Evaluationsansatz, der durch allgemeine Leitlinien für Evaluationsstudien nicht ausreichend erfasst werden kann.

ISBN 3-87581-225-5



9 783875 812251

www.neuland.com