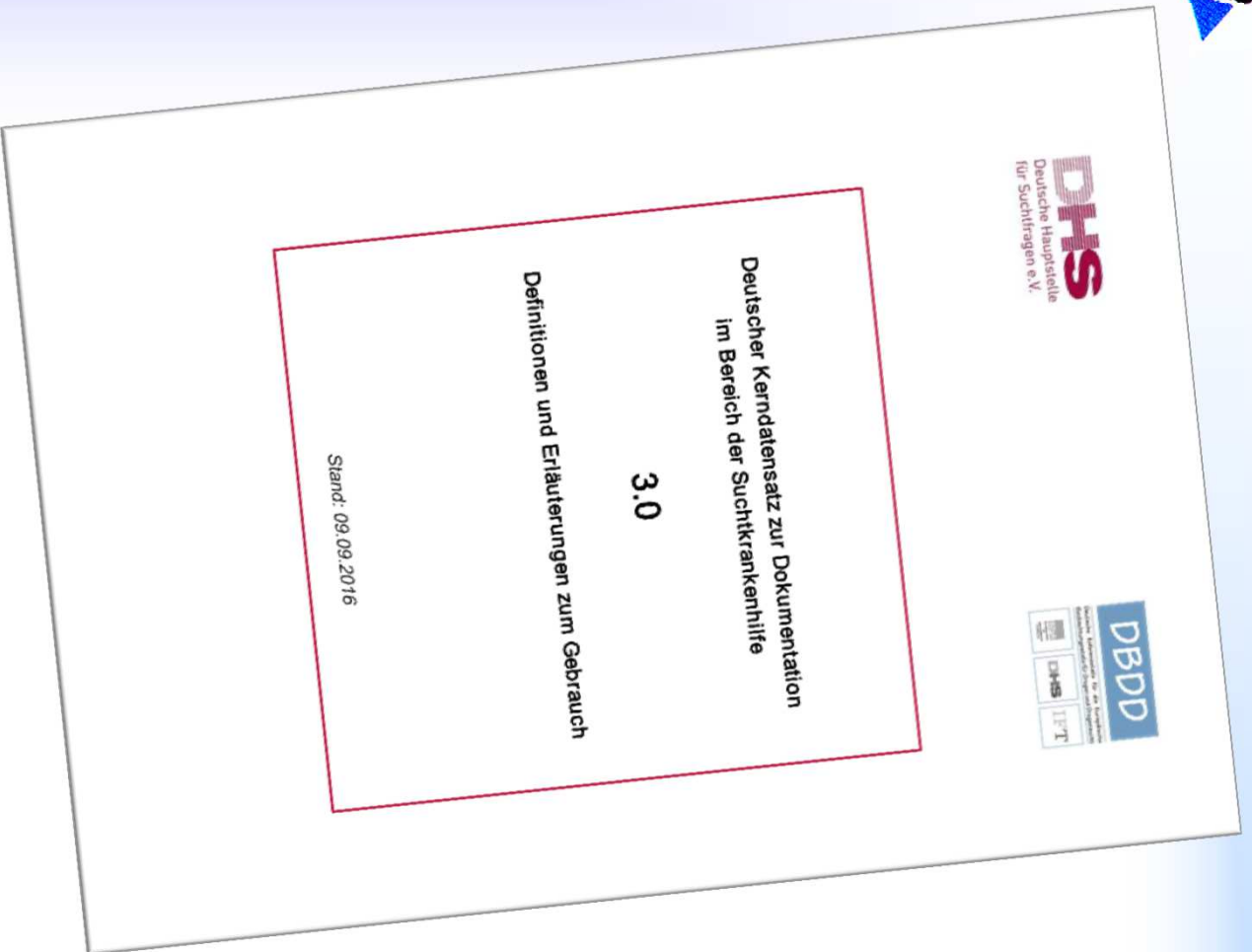




Der neue Datensatz der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein (SH-KDS-2017)





Dokumentationsbereiche des SH-KDS-2017

- **Teildatensatz Einrichtung**
- **Teildatensatz Fall**
- **Teildatensatz fallbezogene Leistungen**
- **Teildatensatz einrichtungsbezogene Leistungen**



Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

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



Teildatensatz Einrichtung



1.1	Anschrift	
1.1.1	Name der Einrichtung	
1.1.2	Straße	
1.1.3	Postleitzahl	
1.1.4	Stadt/Gemeinde	
1.1.5	Postfach	
1.1.6	Telefon	
1.1.7	Fax	
1.1.8	E-Mail-Adresse	
1.1.9	Web-Adresse	
1.1.10	Einrichtungscod	
1.2	Bundesland	<input type="checkbox"/>



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

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



1.5	Personelle Besetzung (im Suchtbereich; Stichtag: 30.11.)	Mitarbeiter/innen mit Festanstellung	Mitarbeiter/innen mit Honorarvertrag		
	Berufsgruppen:	Anzahl	Std/Woche (gesamt)	Anzahl	Std/Woche (gesamt)
1.5.1	Ärzte/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.5.2	Psychologen/innen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.5.3	Pädagogen/innen* / Sozialwissenschaftler/innen* / Soziologen/innen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.5.4	Sozialarbeiter/innen* / Sozialpädagogen/innen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.5.5	Erzieher/innen / Fachkräfte für soziale Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.5.6	Krankenschwester / Kranken-pfleger/innen/-helfer/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.5.7	Ergo- / Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.5.8	Kreativtherapeuten/innen (Kunst, Musik, Theater)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.5.9	Sport- / Bewegungstherapeuten/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



	Anzahl	Std/Woche (gesamt)	Anzahl	Std/Woche (gesamt)
1.5.10	Physiotherapeuten/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.11	Sonstige in Beratung und Therapie tätige Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.12	Ökonom(inn)en / Betriebswirts/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.13	Büro / Verwaltungspersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.14	Technisches Personal / Wirtschaftsbe- reich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.15	Praktikanten/innen / Auszubildende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.16	Freiwilligendienst-Leistende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* mit (Fach-)Hochschulabschluss

1.6	Aktueller Stand der behandlungsrelevanten Qualifikation der Mitarbeiter/innen <i>(nur Festangestellte + Honorarkräfte)</i>	Anzahl
1.6.1	Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie; Fachärzt/innen für Psychosomatik und Psychotherapie; ärztliche/r Psychotherapeut/innen, Zusatzbezeichnung Psychotherapie (ggf. fachgebunden) oder Psychoanalyse	<input type="checkbox"/>
1.6.2	Psychologische/r Psychotherapeut/innen oder Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut/innen (Approbation nach PsychThG)	<input type="checkbox"/>
1.6.3	Mitarbeiter/innen mit einer abgeschlossenen von der Deutschen Rentenversicherung anerkannten suchtspezifischen Zusatzausbildung	<input type="checkbox"/>
1.6.4	Mitarbeiter/innen mit einer abgeschlossenen anderen suchtspezifischen Zusatzausbildung	<input type="checkbox"/>



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



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



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



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



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

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



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



Teildatensatz Fall

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



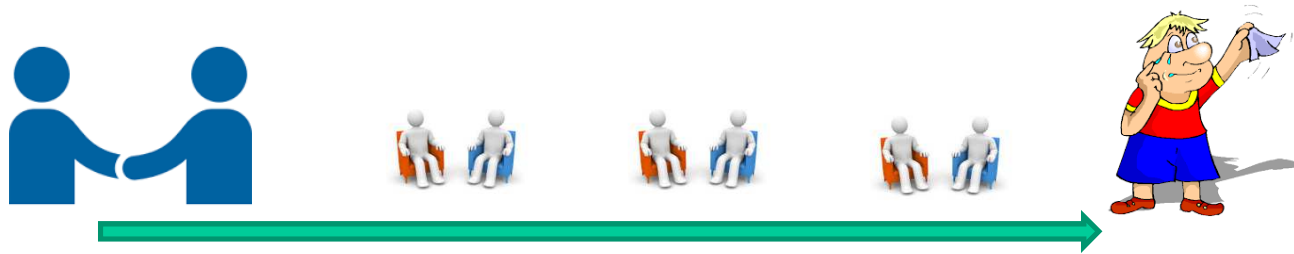
Teildatensatz Fall (KDS-F)

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



Wegfall der chronologischen Dokumentation – Einführung der Verlaufsdokumentation

- Verlaufsdokumentation: Es wird die Situation zu Betreuungsbeginn und Aktuell / Betreuungsende erhoben



Betreuungsbeginn

Aktuell / Betreuungsende

- In diesen Bereichen wird die Situation also zu **zwei Zeitpunkten über gleiche Fragen** abgebildet: "Beginn" und "aktuell".
- Im weiteren **Verlauf einer Betreuung** müssen aber lediglich **Veränderungen** dokumentiert werden.
- Wird eine Betreuung beendet, bildet die Antwort im Feld „Aktuell“ die Situation am Betreuungsende ab.



2.1	Basisdaten (alle Items bis 2.1.6 sind auch für Einmalkontakte anzugeben)
------------	---

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

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

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

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



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



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



S.25	Art des Kontaktes		<input type="checkbox"/>
	1	namentlich	
	2	anonym	

S.26.2	Kreis bzw. Region des Hauptwohnsitzes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	Dithmarschen		
	2	Flensburg		
	3	Herzogtum Lauenburg		
	4	Kiel		
	5	Lübeck		
	6	Neumünster		
	7	Nordfriesland		
	8	Ostholstein		
	9	Pinneberg		
	10	Plön		
	11	Rendsburg-Eckernförde		
	12	Schleswig-Flensburg		
	13	Segeberg		
	14	Steinburg		
	15	Stormarn		
	16	anderes Bundesland: Hamburg		
	17	anderes Bundesland: Niedersachsen		
	18	anderes Bundesland: Mecklenburg-Vorpommern		
	19	sonstiges Bundesland		
20	Ausland			



2.2	Verwaltungs-/Zugangsdaten (ab hier im ambulanten Bereich nur für Klienten/innen mit 2 und mehr Kontakten)
-----	---

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

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



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



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



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

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



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



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



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



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

2.2.8	Besteht eine gesetzliche Betreuung?	ja / nein
--------------	--	-----------



2.3	Soziodemographische Angaben
-----	-----------------------------



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



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



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



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



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



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



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



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



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



2.4.1 Konsum von psychotropen Substanzen

Bitte maximal 15 Substanzen der unten stehenden 27 Substanzen auswählen, die **jedem im Leben konsumiert** wurden. Ausschließlich für diese sind die Fragen 2.4.1.X.1 bis 2.4.1.X.5 zu beantworten.

1	ja / nein	Alkohol	2.4.1.X.1 2.4.1.X.2		2.4.1.X.3	2.4.1.X.4	2.4.1.X.5
			Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils	Beginn... Ende			
1	ja / nein	Alkohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ende	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	ja / nein	Heroin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	ja / nein	Methadon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	ja / nein	Buprenorphin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	ja / nein	Fentanyl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	ja / nein	Anderere opiathaltige Mittel / Opiode	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	ja / nein	Cannabis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	ja / nein	Anderere / synthetische Cannabinoide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



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



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



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

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



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



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

- 10 - schädlicher Gebrauch
- 20 - Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent
- 21 - Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent in schützender Umgebung
- 22 - Abhängigkeit: gegenwärtig Teilnahme an ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm
- 23 - Abhängigkeit: gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven/hemmenden Mitteln
- 24 - Abhängigkeit: gegenwärtiger Substanzgebrauch
- 25 - Abhängigkeit: ständiger Substanzgebrauch**
- 26 - Abhängigkeit: episodischer Substanzgebrauch



2.4.6 Konsum von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen
 Falls die Substanz **jedemal** im Leben konsumiert wurde, bitte für diese die Fragen 2.4.6.X.1 bis 2.4.6.X.4 beantworten.

Problembereich		Substanz	2.4.6.X.1 2.4.6.X.2 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils	2.4.6.X.3 Ende: Veränderung Dosis / Menge gegenüber Betreuungsbeginn 1 deutlich verringert 2 leicht verringert 3 gleich geblieben 4 leicht gesteigert 5 deutlich gesteigert	2.4.6.X.4 Konsum und Dosis ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung
2.4.6.1	ja / nein	Antidepressiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein
2.4.6.2	ja / nein	Laxantien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein
2.4.6.3	ja / nein	Analgetika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein
2.4.6.4	ja / nein	Anderere Substanzen / Stoffe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja / nein



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



Problembereich	Glücksspielform	<p>2.4.8.X.1 2.4.8.X.2</p> <p>Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen jeweils</p> <p>Be- ginn...Ende</p> <p style="color: red; font-size: 2em; text-align: center;">✗</p>	<p>2.4.8.X.3</p> <p>Ende: Veränderung Spieldauer /-intensität gegenüber Betreuungs-/Behandlungsbeginn</p> <p style="color: red; font-size: 2em; text-align: center;">✗</p> <p>1 deutlich verringert 2 leicht verringert 3 gleich geblieben 4 leicht gesteigert 5 deutlich gesteigert</p>	<p>2.4.8.X.5</p> <p>Alter bei erstem Spielen um Geld</p>
----------------	-----------------	--	--	--

Online / über das Internet

2.4.8.9	ja/nein	Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten)	<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"/>
2.4.8.10	ja/nein	Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.11	ja/nein	Poker	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.12	ja/nein	Sportwetten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.13	ja/nein	Pferdewetten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.14	ja/nein	Lotterien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.8.15	ja/nein	Andere	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



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



2.4.12	Haupttätigkeit (aus [2.4.11.]1 bis [2.4.11.]4) Falls keine Haupttätigkeit identifiziert werden kann, bitte 99 kodieren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.13	Vorliegende Diagnose nach ICD-10 in Bezug auf die exzessive Mediennutzung vor? Wenn ja, bitte ICD-Kodierung angeben	
2.4.13.1	Aktuelle Diagnose	F 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.13.2	Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose	F 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.13.3	Alter bei Störungsbeginn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.4.14	Essstörungen (F50)	
2.4.14.1	Aktuelle ICD-10-Diagnose	F50. <input type="checkbox"/>
2.4.14.2	Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose	F50. <input type="checkbox"/>
2.4.14.3	Alter bei Störungsbeginn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



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



2.4.16	Weitere Diagnosen aus dem Bereich Psychische und Verhaltensstörungen (keine Diagnosen aus 2.4.5, 2.4.7, 2.4.10, 2.4.13, 2.4.14)	
2.4.16.1	1. Psychische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.16.2	2. Psychische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.16.3	3. Psychische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.16.4	4. Psychische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.16.5	5. Psychische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.16.6	6. Psychische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.17	Anderer wichtige Diagnosen, z.B. somatische oder neurologische Diagnosen (keine Fxx-xx-Diagnosen; mindestens 3-stellig)	
2.4.17.1	1. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.17.2	2. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.17.3	3. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.17.4	4. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.17.5	5. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.17.6	6. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



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



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



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



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

2.5.1.

ja / nein

ja / nein

ja / nein

ja / nein

ja / nein

ja / nein

ja / nein

ja / nein

ja / nein

ja / nein

ja / nein

ja / nein

ja / nein

ja / nein



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



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



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



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



X

2.5.2	Welche Opiatsubstitution, welches Mittel (Wirkstoff)?	<input type="checkbox"/>
	1 Methadon (z.B. Eptadone®, Methaddict®)	
	2 Levomethadonhydrochlorid (z.B. L-Polamidon®)	
	3 Buprenorphin (z.B. Subutex®, Suboxone®)	
	4 Diamorphin (Diaphin®)	
	5 Morphin (Substitol®)	
	6 Anderes	
	7 Keine Substitution	
2.5.2.1	Alter bei erster Opiatsubstitution?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



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



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



2.6	Abschlussdaten
-----	----------------

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

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

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



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



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



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



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



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



2.6.7	Problematik AKTUELL (am Tag des Betreuungs-/Behandlungsendes)	
Bitte für alle Bereiche angeben, wie sich die Belastung im Vergleich zum Betreuungs-/Behandlungsbeginn darstellt:		
2.6.7.1	Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>
2.6.7.2	Körperliche/s Gesundheit / Befinden	<input type="checkbox"/>
2.6.7.3	Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	<input type="checkbox"/>
2.6.7.4	Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder)	<input type="checkbox"/>
2.6.7.5	Weiteres soziales Umfeld	<input type="checkbox"/>
2.6.7.6	Schul- / Ausbildungs- / Arbeits- / Beschäftigungssituation	<input type="checkbox"/>
2.6.7.7	Freizeit(bereich)	<input type="checkbox"/>
2.6.7.8	Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur	<input type="checkbox"/>
2.6.7.9	Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>
2.6.7.10	Wohnsituation	<input type="checkbox"/>
2.6.7.11	Rechtliche Situation	<input type="checkbox"/>
2.6.7.12	Fahreignung	<input type="checkbox"/>
2.6.7.13	Sexuelle Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>
2.6.7.14	Anderer Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>
2.6.7.15	Gewaltausübung	<input type="checkbox"/>

1 gebessert
2 gleich geblieben
3 verschlechtert
4 neu aufgetreten



Dokumentation von anonymen Klienten

- zwei Arten der Datenerfassung:
 - 1. Klient stimmt einer elektronischer Datenerfassung zu, möchte aber nicht, dass Name, Geburtsdatum und Wohnort gespeichert werden bzw. Einrichtung hält eine solche Erfassung für problematisch

Grunddaten | Zusatzdaten 1 | Zusatzdaten 2

Aufnahmenummer M1 000001

Name, Vorname Mustermann Max

Straße

Plz / Ort 00000 Musterstadt

Telefon

Mobil

E-Mail

Geschlecht M

Geb. Datum 01.01.1901 Geb. Name

2.1 Basis 2.2 Zugang 2.2.6 Behandlung 2.3 Soziodemographisch 2.3.4 Bildung / Erwerb 2.4.1 Substanzen I

2.1 Basisdaten

2.1.1	Datum des Betreuungs-/Behandlungsbeginns	05.01.2017
2.1.2	Alter bei Betreuungs-/Behandlungsbeginn (in Jahren)	116
2.1.3	Geschlecht	1 - männlich
S.24	Art des Kontakts	
S.26.2	Kreis bzw. Region des Hauptwohnsitzes	0 - keine Angabe 1 - namentlich 2 - anonym
2.1.4	Betreuungs-/Behandlungsgrund	



Dokumentation von Klienten-/Angehörigen, die eine namentliche Erfassung verweigern

- **Anonyme Kontakte:** sind bei Personen zu dokumentieren, die einer namentlichen Erfassung ihrer Daten nicht zugestimmt haben.
- Festzuhalten sind lediglich das Geschlecht und der Kliententyp (Klient/in oder Angehöriger). Aus diesen Angaben lassen sich vier verschiedene Gruppen von anonymen Kontakten bilden:
 - Klient (anonym weiblich);
 - Klient (anonym männlich);
 - Angehöriger (anonym weiblich);
 - Angehöriger (anonym männlich).
- In einer Sammelakte werden, getrennt nach diesen vier Gruppen, die klientenbezogenen Leistungen festgehalten.



Dokumentation von Klienten-/Angehörigen, die eine namentliche Erfassung verweigern

- Patfak-Light: Anlegen von 4 Pseudo-Klienten

Klient 1: *Vorname:* Anonym

Nachname: Klient – Männlich

Geschlecht: männlich;

Geburtsdatum: 31.12.1899

Betreuungsbeginn: 1.1.2000

Art des Kontaktes: anonym;

Betreuungsgrund: eigene Problematik

Klient 2: *Vorname:* Anonym

Nachname: Klient – Weiblich

Geschlecht: weiblich;

Geburtsdatum: 31.12.1899

Betreuungsbeginn: 1.1.2000

Art des Kontaktes: anonym;

Betreuungsgrund: eigene Problematik



Dokumentation von Klienten-/Angehörigen, die eine namentliche Erfassung verweigern

- Patfak-Light: Anlegen von 4 Pseudo-Klienten
 - Klient 3: *Vorname*: Anonym
 - Nachname*: Angehöriger – Männlich
 - Geschlecht*: männlich;
 - Geburtsdatum*: 31.12.1899
 - Betreuungsbeginn: 1.1.2000
 - Art des Kontaktes*: anonym;
 - Betreuungsgrund*: Problematik von Personen im sozialen Umfeld;
 - Klient 2: *Vorname*: Anonym
 - Nachname*: Angehöriger – Weiblich
 - Geschlecht*: weiblich;
 - Geburtsdatum*: 31.12.1899
 - Betreuungsbeginn: 1.1.2000
 - Art des Kontaktes*: anonym
 - Betreuungsgrund*: Problematik von Personen im sozialen Umfeld;



Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung

Datenbereiche: Abrechnung, Programme, Dienstprogramme, Vorgaben, Fenster

aktive Fenster: 000010 / Anonym, Klient - mä (akt. Patient)

Grunddaten | Zusatzdaten 1 | Zusatzdaten 2 | Verknüpfte Betreuungen

Aufnahmenummer: M1 000010

Name, Vorname: Anonym
Straße:
Plz / Ort:
Telefon:
Mobil:
E-Mail:
Geschlecht: M
Geb. Datum: 31.12.1899

Nationalität:
Betreuungsbeginn: 01.01.2000
Betreuungsende:
Betreuer:
Schlüssel(s):
Bemerkung:

Basisdokumentation Klient - männlich Anonym

Status: 2.1 Basis
Daten vollständig am:
KDS bis 2016

2.1	Basisdaten
2.1.1	Datum des Betreuungs-/Behandlungsbeginns 01.01.2000
2.1.2	Alter bei Betreuungs-/Behandlungsbeginn (in Jahren) 100
2.1.3	Geschlecht 1 - männlich
S.24	Art des Kontakts 2 - anonym
S.26.2	Kreis bzw. Region des Hauptwohnsitzes 1 - Eigene Problematik
2.1.4	Betreuungs-/Behandlungsgrund



Dokumentation bei Kontaktabbrüchen

- Erscheint ein/e Klient/in nicht zum vereinbarten Termin und findet in den darauf folgenden 60 Tagen kein weiterer Kontakt statt, dann wird die Betreuung beendet.
- Als Datum des Betreuungsendes wird das Datum des letzten Kontakts dokumentiert.
- Als Art der Beendigung ist „Abbruch durch Klient/in“ zu dokumentieren.



Vielen Dank!