

Arztcode:

Patienten-Initialien:

Datum:
 Tag Monat

.....Uhrzeit:

Liebe Patientin, lieber Patient,

zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt, führen wir – das Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden – derzeit eine bundesweite Untersuchung zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger durch. Hauptziel ist es, bei über 2.000 Patienten die Lebens- und Behandlungssituation zu beschreiben, um Vorschläge für künftige Verbesserungsmaßnahmen ableiten zu können.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie an dieser wichtigen Untersuchung teilnehmen würden und den folgenden Fragebogen beantworten. Mit diesem Fragebogen erfragen wir Ihren früheren und jetzigen Drogengebrauch, Ihre bisherigen Therapieerfahrungen, aber auch viele lebenspraktische Dinge, wie zum Beispiel Probleme zur Wohnsituation, Arbeit und Beruf. Besonders sind wir daran interessiert, Ihre persönlichen Therapieziele und Erwartungen zu erfahren.

Sollten Sie weitere Fragen zu dieser Untersuchung haben, lesen Sie bitte die Ihnen übergebene Patientenaufklärung oder sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt und Therapeuten. Die Praxis wird einige von Ihnen auch bitten, im Sommer – also nach 6 Monaten – nochmals an einer ähnlichen Nachfolgeuntersuchung teilzunehmen. Wir hoffen auf Ihre Mitarbeit! Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 30 Minuten.

Selbstverständlich ist die Teilnahme freiwillig! Ihre Angaben werden anonymisiert und streng vertraulich behandelt und verarbeitet. Nur ihrem Arzt ist ihr Name bekannt! Deshalb hoffen wir, dass Sie Ihre Angaben offen und ehrlich machen. Wenn Sie diesbezüglich bei einzelnen Fragen unsicher sind, können Sie im Fragebogen diese Fragen auch durchstreichen oder einen Kommentar beifügen.

Wenn Sie mitmachen wollen, bitten wir Sie, die beiliegende Einverständniserklärung zu unterschreiben, den Fragebogen auszufüllen und bei Ihrem Arzt oder der Arzthelferin abzugeben.

Wir bedanken uns schon jetzt für Ihre Teilnahmebereitschaft!

Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen

(Projektleiter, Sprecher des Suchtforschungsverbundes ASAT)

A – Zunächst einige Angaben zu Ihrer Person:

1 Ich bin ... (Geschlecht, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit)

- weiblich männlich am 19..... geboren
 deutscher Staatsangehöriger anderer Staatsangehörigkeit und zwar.....

2 Mein derzeitiger Familienstand ist (Bitte nur eines auswählen!):

- ledig zusammenlebend verheiratet getrennt lebend
 geschieden verwitwet
Seit wann sind Sie verheiratet, getrennt, geschieden oder verwitwet? seit Jahren

3 Ich habe ...

- keine eigenen Kinder Kinder, Anzahl
Das Alter meiner Kinder ist: Jahre; Jahre

4 Berufliche Situation: Welches der folgenden Merkmale trifft derzeit auf Sie zu?

- berufstätig arbeitslos Schüler, Student nicht berufstätig
..... h/Woche seit Monaten Auszubildender Hausfrau/ -mann
 frühzeitig berentet in Umschulung/ sonstiges:
seit Jahren Arbeitsprojekt

5 Wie viele Jahre Schulbildung haben Sie insgesamt? (ohne Klassenwiederholungen)

..... Jahre

6 Was ist Ihr höchster erzielter Schulabschluss?

- kein Abschluss Hauptschule Realschule Gymnasium/ Abitur
 Hochschule Berufsfachschule andere:

7 Haben Sie schon einmal eine Schul- oder Berufsausbildung abgebrochen?

- Nein Ja, welche?

8 Waren Sie schon jemals berufs- oder erwerbstätig?

- Nein Ja **Wenn ja:** Was ist oder waren Ihre ausgeübten Berufe?
.....

9 An wie vielen Tagen hatten Sie Probleme wegen Ausbildung und Beruf? (z.B. Arbeitslosigkeit, Abmahnung)

an ungefähr Tagen im letzten Monat

10 Wie belastend ist für Sie Ihre derzeitige berufliche Situation oder die Arbeitslosigkeit?

- nicht belastend eher belastend sehr belastend

11 Wie wichtig wäre Ihnen eine berufliche Beratung und Hilfe?

- sehr wichtig wichtig weniger wichtig unwichtig

12 In welchem Ausmaß erhalten Sie derzeit Hilfe und Unterstützung wegen beruflicher Probleme oder Arbeitslosigkeit?

- gar nicht etwas sehr

13 Wie oft mussten Sie in den letzten 30 Tagen durch illegale Tätigkeiten (dealen, Diebstahl) oder Prostitution Geld beschaffen?

..... mal

14 Einkommen: Aus welchen Quellen haben Sie *in den letzten 30 Tagen* Geld bezogen?

- Arbeitslosengeld Arbeitslosenhilfe Sozialhilfe Gehalt aus Arbeit
 Unterstützung Partner Unterstützung Familie Pension/ Rente Prostitution
 illegale Tätigkeit andere Einkünfte, welche:

15 Wie viel Geld steht Ihnen insgesamt ungefähr monatlich zur Verfügung?

ca.€

16 Haben Sie Schulden?

- Nein Ja Wenn ja: ungefähre Höhe? €

17 Wie wohnen Sie? Wie ist Ihre derzeitige überwiegende Wohnsituation?

- allein, in eigener Wohnung mit Lebenspartner in eigener Wohnung
 in Wohngemeinschaft betreutes Wohnen, Wohnheim
 bei den Eltern bei Freunden, bei Familienangehörigen
 ohne Wohnung, kein fester Wohnsitz in institutioneller Umgebung (Klinik, Therapie)
 in Notschlafstätte, Pension Nachsorge-/ Übergangseinrichtung
 sonstiges: Straf- und Untersuchungshaft

18 Wie lange wohnen Sie schon dort?

seit Monaten oder seit Jahren

19 Wie belastend ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

- nicht belastend eher belastend sehr belastend

20 Wie wichtig ist Ihnen Beratung und Hilfe wegen Ihrer Wohnsituation?

- sehr wichtig wichtig weniger wichtig nicht wichtig

21 In welchem Ausmaß erhalten Sie derzeit Hilfe und Unterstützung wegen Ihrer Wohnsituation?

- gar nicht etwas sehr

22 Mit welchen der folgenden Personen haben Sie eine gute und andauernde persönliche Beziehung, und wer davon benutzt Drogen oder hat ein Alkohol-/oder Medikamentenproblem?

	Habe gute Beziehung mit	Person benutzt auch Drogen	Person hat ein Alkohol- oder Medikamentenproblem
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder/ Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehepartner/ Lebensgefährtin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere, wer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23 Auf wie viele Personen können Sie sich aktuell im Ernstfall verlassen?

Wie viele davon sind aus der Drogenszene oder benutzen auch Drogen (einschließlich Cannabis)?

..... Anzahl gesamt davon mit Drogenkonsum: Anzahl

24 Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen Probleme mit Freunden, Familienangehörigen und anderen Personen belastet?

- nicht belastet belastet sehr belastet

25 Wie wichtig ist Ihnen eine Beratung und Hilfe wegen dieser Probleme?

- sehr wichtig wichtig weniger wichtig nicht wichtig

26 In welchem Ausmaß erhalten Sie derzeit Hilfe und Unterstützung?

- gar nicht etwas sehr

27 Wie oft wurden Sie in Ihrem Leben wegen folgender Delikte angeklagt bzw. verurteilt? (Mehrfachantworten)

- | | |
|--|--|
| BtM Delikte (Besitz oder Handel von Drogen) | Beschaffungsdelikte (Diebstahl, Raub, Fälschung) |
| Gewalttaten (Körperverletzung, Vergewaltigung) | Prostitution |
| Trunkenheit am Steuer | schwerwiegende Verkehrsdelikte |
| andere, welche waren das? | |

28 Wie oft waren Sie in den letzten 6 Monaten bei folgenden Ärzten oder Einrichtungen? (ohne Besuche bei Substitutionsarzt. Wenn gar nicht, bitte 0 eintragen)

- | | |
|---|--|
| mal beim Allgemeinarzt/Praktischen Arzt | mal beim Augenarzt |
| mal beim Internisten | mal beim Gynäkologen/Urologen |
| mal beim Psychiater/Neurologen | mal beim Psychologen/Psychotherapeuten |
| mal bei anderen Fachärzten | mal beim Heilpraktiker |
| mal in der Notaufnahme | andere: |

B – Nun einige Fragen zu Ihrem Drogenkonsum:

Sind Sie überhaupt bereit die Fragen 29 – 36 offen und ehrlich zu beantworten?

- ja – damit habe ich kein Problem ich bin mir nicht ganz sicher

29 Welche der folgenden Substanzen haben Sie jemals probiert und wie alt waren Sie da ungefähr?

Substanz	jemals	Wenn ja, das erste Mal im Alter von?
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	..... Jahre
Cannabis	<input type="checkbox"/> ja	..... Jahre
Amphetamine (Ecstasy, MDMA, Speed)	<input type="checkbox"/> ja	..... Jahre
Halluzinogene (z.B. LSD)	<input type="checkbox"/> ja	..... Jahre
Kokain	<input type="checkbox"/> ja	..... Jahre
Beruhigungs-/ Schlafmittel (z.B.Valium, Rohypnol)	<input type="checkbox"/> ja	..... Jahre
Heroin, Morphin, Opium	<input type="checkbox"/> ja	..... Jahre
Methadon oder Polamidon (ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/> ja	..... Jahre
Buprenorphin (ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/> ja	..... Jahre
Codein/ DHC (ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/> ja	..... Jahre
andere Substanzen und zwar:.....	<input type="checkbox"/> ja	..... Jahre

30 Denken Sie bitte zurück an Ihre Drogenkarriere! Als Ihr Konsum der folgenden Substanzen jeweils am schlimmsten war, wie oft nahmen Sie die folgenden Mittel pro Woche? Wie oft injizierten Sie?

Substanz	insgesamt pro Woche	mit Spritze injiziert
Cannabis	ca. mal/ Woche	
Amphetamine (Ecstasy, MDMA, Speed)	ca. mal/ Woche	ca. mal/ Woche
Halluzinogene (z.B. LSD)	ca. mal/ Woche	
Kokain	ca. mal/ Woche	ca. mal/ Woche
Beruhigungs-/ Schlafmittel (z.B. Valium, Rohypnol)	ca. mal/ Woche	ca. mal/ Woche
Heroin, Morphin, Opium	ca. mal/ Woche	ca. mal/ Woche
Methadon oder Polamidon (ohne Verschreibung)	ca. mal/ Woche	ca. mal/ Woche
Buprenorphin (ohne Verschreibung)	ca. mal/ Woche	
Codein/ DHC (ohne Verschreibung)	ca. mal/ Woche	ca. mal/ Woche
andere Substanzen.....	ca. mal/ Woche	

31 Von welcher der Drogen und Substanzen waren Sie Ihrer Meinung jemals "abhängig" oder hatten ernsthafte Probleme?

Substanz:	ja	nein
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin/Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate und zwar folgende:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Drogen und zwar folgende:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen – ohne ärztliche Verordnung – die folgenden Mittel zu sich genommen oder injiziert?

Substanz	Habe ich mindestens 1 mal genommen.	An wie vielen Tagen?	Wie häufig injiziert?
Heroin (ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/> ja	ca. pro Monat	..... mal
Morphin oder Opium (ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/> ja	ca. pro Monat	..... mal
Codein (ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/> ja	ca. pro Monat	..... mal
Methadon oder Polamidon (ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/> ja	ca. pro Monat	..... mal
Beruhigungs-/ Schlafmittel welche.....	<input type="checkbox"/> ja	ca. pro Monat	..... mal
Kokain	<input type="checkbox"/> ja	ca. pro Monat	..... mal
Amphetamine (Ecstasy, Speed)	<input type="checkbox"/> ja	ca. pro Monat	..... mal
Cannabis	<input type="checkbox"/> ja	ca. pro Monat	
Halluzinogene (z.B. LSD)	<input type="checkbox"/> ja	ca. pro Monat	
andere Substanzen, welche?	<input type="checkbox"/> ja	ca. pro Monat	

33 Welche dieser Substanzen stellt für Sie persönlich derzeit das Hauptproblem dar?

.....

34 (Nur beantworten, wenn Sie in Frage 32 Substanzen verneint haben) Wann haben Sie zum letzten Mal eine der folgenden Substanzen konsumiert?

Substanz	Letztmalig				
Opiate (ohne Berücksichtigung Ihres Substitutionsmittels)	vor	Wochen	oder	vor	Monaten
Schlaf- oder Beruhigungsmittel (ohne Verschreibung)	vor	Wochen	oder	vor	Monaten
Kokain, Amphetamine, Ecstasy	vor	Wochen	oder	vor	Monaten
Cannabis	vor	Wochen	oder	vor	Monaten
andere illegale Drogen	vor	Wochen	oder	vor	Monaten

C – Nun folgen einige Fragen zu Ihren Behandlungen:

35 In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal wegen Ihres Drogenproblems Hilfe gesucht und wann wurden Sie zum ersten Mal wegen Ihres Drogenkonsums behandelt?

Hilfe gesucht, erstmals im Alter von: Jahren Meine 1. Therapie im Alter von: Jahren

36 Wie oft haben sie in ihrem Leben folgende Behandlungen erhalten? Bitte nur Behandlungen wegen Drogenproblematik zählen?

Art	noch nie	ja, und zwar ambulant	ja, und zwar stationär
Entzug oder Entgiftung	<input type="checkbox"/>	ungefähr mal	ungefähr mal
Notfallaufnahme wegen Intoxikation/ Überdosis	<input type="checkbox"/>	ungefähr mal	ungefähr mal
Entwöhnungstherapie <i>ohne</i> Substitution	<input type="checkbox"/>	ungefähr mal	ungefähr mal
Entwöhnungstherapie <i>mit</i> Substitution	<input type="checkbox"/>	ungefähr mal	ungefähr mal
Therapie körperlicher Komplikationen (HIV, Hepatitis, etc.)	<input type="checkbox"/>	ungefähr mal	ungefähr mal
Therapie psychischer Probleme (z.B. Depression, Suizidversuch)	<input type="checkbox"/>	ungefähr mal	ungefähr mal

37 Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal in Ihrem Leben eine der folgenden Behandlungen gemacht haben? Wann zum letzten Mal? (Mehrfachantworten möglich)

Art	noch nie	Alter beim 1. Mal	Alter letztes Mal
Entzug oder Entgiftung	<input type="checkbox"/> Jahre	..... Jahre
Notfallaufnahme wegen Intoxikation	<input type="checkbox"/> Jahre	..... Jahre
Entwöhnungstherapie <i>ohne</i> Substitution	<input type="checkbox"/> Jahre	..... Jahre
Entwöhnungstherapie <i>mit</i> Substitution	<input type="checkbox"/> Jahre	..... Jahre
Therapie körperlicher Komplikationen	<input type="checkbox"/> Jahre	..... Jahre
Therapie psychischer Probleme (z.B. Depression, Suizidversuch)	<input type="checkbox"/> Jahre	..... Jahre

38 Mit welchen Substitutionsmitteln wurden Sie bisher behandelt und wie war der Erfolg?

Mittel	ja	Wenn behandelt: wie lange?	Nach meinen Erfahrungen war der Erfolg		
			gut	eher schlecht	sehr schlecht
Methadon	<input type="checkbox"/> Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polamidon (Levomethadon)	<input type="checkbox"/> Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buprenorphin	<input type="checkbox"/> Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codein / DHC	<input type="checkbox"/> Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/> Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39 Welches der obigen Substitutionsmittel ist oder wäre Ihnen insgesamt das Liebste und warum?

.....

40 **In den letzten 4 Wochen:** An wie vielen Tagen haben Sie Ihr Substitutionsmittel (Codein, Methadon oder Buprenorphin) häufiger oder in höherer Dosierung als ärztlich verordnet eingenommen?

an Tagen

D – Nun einige Angaben zu Ihrer derzeitigen Behandlung:

41 Warum sind Sie *heute* beim Arzt? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> wegen Substitutionsmittel | <input type="checkbox"/> Rezeptabholung | <input type="checkbox"/> Neueinstellung | <input type="checkbox"/> Nebenwirkungen |
| <input type="checkbox"/> Entzugssymptome | <input type="checkbox"/> Labor-/Urinkontrolle | <input type="checkbox"/> psychische Probleme | <input type="checkbox"/> soziale Probleme |
| <input type="checkbox"/> Notfall, Intoxikation | <input type="checkbox"/> körperl. Beschwerden | <input type="checkbox"/> körperl. Krankheit | <input type="checkbox"/> allgemeine Beratung |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie-Sitzung | <input type="checkbox"/> anderer Grund und zwar: | | |

42 Wurde bei Ihnen *jemals* eine der folgenden Krankheiten festgestellt? Wurden Sie deswegen behandelt?

	erkrankt?			Wurden Sie behandelt?	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn, ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis C	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn, ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn, ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

43 Aus welchen Gründen haben Sie mit der derzeitigen Substitutionstherapie begonnen? (Zutreffendes ankreuzen!)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gericht oder Rechtsauflage | <input type="checkbox"/> wiederholter/erfolgloser Erfolg und Abstinenz |
| <input type="checkbox"/> Kriminalität, Strafverfolgung (Prozess, Inhaftierung) | <input type="checkbox"/> schlechter allgemeiner Gesundheitszustand |
| <input type="checkbox"/> drogenfreie stationäre Therapie ohne Erfolg | <input type="checkbox"/> drogenfreie ambulante Therapie ohne Erfolg |
| <input type="checkbox"/> weil ich jetzt einfach aufhören möchte | <input type="checkbox"/> finanzielle Probleme |
| <input type="checkbox"/> gravierende Probleme in der Partnerschaft/Familie | <input type="checkbox"/> gravierende Erkrankungen (HIV, Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> psychische Probleme |
| <input type="checkbox"/> anderes: | |

44 Welches Ziel wollen Sie durch die Substitutionsbehandlung *in den nächsten 6 Monaten* erreichen?

Bitte lesen Sie alle Zeilen erst durch und wählen Sie nur *eine* Antwort die auf Sie persönlich zutrifft !

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ich möchte meine Konsumgewohnheiten <u>nicht wesentlich verändern</u> . |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte meinen darüber hinausgehenden Konsum von Drogen <u>einschränken</u> . |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte erreichen gar <u>keine Drogen</u> (jedweder Art) zu nehmen. |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte erreichen nur noch <u>gelegentlich, kleine Mengen Drogen</u> zu konsumieren, ohne auf eine <u>Substitutionstherapie</u> angewiesen zu sein. |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte ganz <u>clean</u> werden, d.h. ganz ohne Drogen und verschriebene Substitutionsmittel leben. |

45 Wie sicher sind Sie, dass Sie dieses Ziel *in den nächsten 6 Monaten* erreichen?

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr sicher | <input type="checkbox"/> ziemlich sicher | <input type="checkbox"/> eher unsicher |
|--------------------------------------|--|--|

46 Wie sicher sind Sie, die Substitutionsbehandlung über *die nächsten 6 Monate* durchzuhalten?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> mit Sicherheit | <input type="checkbox"/> wahrscheinlich | <input type="checkbox"/> Ich zweifele daran, das durchzuhalten. |
|---|---|---|

**47 In den letzten 4 Wochen: Wie stark litten Sie unter folgenden psychischen Problemen?
Wenn ja, wurden Sie deshalb behandelt?**

	gar nicht	eher wenig	eher stark	sehr stark	Behandelt? ja
Depression, Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeit mit Denken, Gedächtnis, Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinationen/ Wahngedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulse gewalttätig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ernsthafte Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gier/ Drogenverlangen nach Opiaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere psychische Probleme, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48 Welche Aussagen beschreiben Ihre aktuellen Gesundheitszustand (letzte 4 Wochen) am besten!

Beweglichkeit/ Mobilität	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme herumzugehen
	<input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme herumzugehen
	<input type="checkbox"/> Ich bin ans Bett gebunden
Für sich selbst sorgen	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen
	<input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme, für mich selbst zu sorgen
	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
Allgemeine Tätigkeiten (Arbeit, Hausarbeit...)	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen
	<input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen
	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen
Schmerzen/ körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
	<input type="checkbox"/> Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
	<input type="checkbox"/> Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden
Angst/ Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
	<input type="checkbox"/> Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
	<input type="checkbox"/> Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Verglichen mit meinem Gesundheitszustand vor 12 Monaten ist mein heutiger Gesundheitszustand ...

- besser im Großen und Ganzen etwa gleich schlechter

49 Wie sehr werden Sie derzeit durch die folgenden Probleme belastet oder beeinträchtigt?

Problembereiche	gar nicht	etwas	sehr
Partner oder Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde/ Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf, Arbeit, (Um-)schulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finanzielle Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strafrechtliche Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperliche Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Problemen des Alltags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme hinsichtlich des Substitutionsmittels, und zwar:			
der verschriebenen Dosierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Wahl/ Wirkung des Mittels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Beikonsum anderer Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50 In den letzten 4 Wochen: Bei welchen der folgenden Lebensbereiche haben Sie durch Ihren Arzt oder andere Dienste Hilfe und Unterstützung erhalten?

Problembereiche	Ausmaß erhaltener Hilfe		
	keine	wenig	viel
Partner oder Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde/ Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf, Arbeit, (Um-)schulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finanzielle Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strafrechtliche Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperliche Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Probleme des Alltags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hinsichtlich Probleme mit Substitutionsmittel, und zwar</i>			
der verschriebenen Dosierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Wahl/ Wirkung des Mittels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Beikonsum anderer Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51 Haben Sie im Zusammenhang mit Ihrem verschriebenen Substitutionsmittel irgendwelche der folgenden Nebenwirkungen?

	gar nicht	leicht	mittel	schwer
Übelkeit/ Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benommenheit ("benebelt sein")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelzucken/ Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit/ Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gier/ Drogenverlangen nach Opiaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenverlangen nach anderen Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustände der Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl der inneren Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung/ Probleme beim Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufige Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßigkeiten/ Ausbleiben der Regel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potenzstörungen/ Verminderte Erregbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52 Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen ...

	Anzahl
bereits von anderen benutzte Nadeln oder Spritzen zum Injizieren verwendet?	□□□
eine von Ihnen bereits benutzte Nadel/ Spritze zum Injizieren an andere weitergegeben?	□□□
Behälter oder Löffel benutzt, die bereits von anderen benutzt wurden?	□□□
Mit wie vielen Personen haben Sie insgesamt Nadel, Spritzen oder Equipment geteilt?	□□□

53 Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Substitutionstherapie und allen weiteren damit verbundenen Maßnahmen? Zunächst einige Fragen zu Ihrem Substitutionsarzt und dem Substitutionsmittel:

Wie zufrieden sind Sie mit ...	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
seiner Einfühlung und seinem Verständnis für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Zeit, die er sich nimmt Ihnen zu helfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seiner derzeitigen Wahl des Substitutionsmittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Dosierung des Mittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Nebenwirkungen des Mittels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Ausmaß in dem es Ihnen gelingt, den Beikonsum zu reduzieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß in dem ...	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Ihre psychischen Probleme behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre sozialen Probleme behandelt werden?(z.B. Arbeit, Wohnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie Hilfe bei Notfällen und Krisen bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was für weitere Wünsche hätten Sie, hinsichtlich Ihrer Behandlung

.....

54 Wie häufig haben Sie an sozialen oder psychologischen Therapie- und Hilfsangeboten teilgenommen? (entweder bei Ihrem substituierenden Arzt oder anderen) Bitte nur die letzten 4 Wochen berücksichtigen!

- fast täglich seltener und zwar an ungefähr Tagen gar nicht

Wenn gar nicht oder nur 1–2 mal pro Monat: Warum nicht?

<input type="checkbox"/> halte ich für nicht notwendig	<input type="checkbox"/> habe das abgebrochen
<input type="checkbox"/> mir wurde kein Angebot gemacht	<input type="checkbox"/> keine Möglichkeiten vorhanden
<input type="checkbox"/> keine Lust drauf/ bringt mir nichts	<input type="checkbox"/> andere Gründe und zwar?

.....

55 Durch welche Einrichtungen oder Personen erhalten Sie soziale oder psychologische Betreuung und Hilfe?

	ja	nein
Substitutionsarzt in Praxis oder Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische oder psychotherapeutische Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiater (Praxis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedergelassener Psychologe/ Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Mitarbeiter des Sozialdienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderer Arzt, welcher Fachrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Dienste, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56 Haben Sie in ihrer Substitutionstherapie eine feste Bezugsperson, an die Sie sich immer wieder wegen Problemen in der Therapie wenden können?

- nein – keine feste Person ja, eine ja, mehrere Personen

Wenn ja, wer ist oder wer sind diese Personen?

- mein substituierender Arzt anderer Arzt Psychologe/ Psychotherapeut (Praxis)
- Drogenberater/ Mitarbeiter in der substituierenden Praxis Berater/ Mitarbeiter in Beratungsstelle/ Kontaktladen Mitarbeiter anderer Hilfseinrichtung (Aidshilfe, Bewährungshilfe)
- Jemand anderes, wer?
-

E – Abschließende Fragen:

57 Wie viele Tage haben Sie gearbeitet ...? (dealen, Prostitution, illegale Beschäftigung nicht berücksichtigen!)

- in den letzten 30 Tagen Anzahl Tage gar nicht
- in den letzten 6 Monaten Anzahl Tage gar nicht

58 In den letzten 6 Monaten: Wie viele Tage oder Wochen waren Sie in Untersuchungs- oder Straftaft?

insgesamt:

- Tage Wochen nicht in Haft gewesen

Die folgenden Fragen beziehen sich immer auf die vergangenen 30 Tage.

59 An wie vielen Tagen waren Sie wegen *Alkohol, Drogen oder Entzugserscheinungen* zumindest leicht eingeschränkt Ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen?

- an Tagen war ich überhaupt nicht in der Lage
- an Tagen war ich leicht eingeschränkt

60 An wie vielen Tagen waren Sie wegen *körperlicher Beschwerden oder Erkrankungen* zumindest leicht eingeschränkt, Ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen?

- an Tagen war ich überhaupt nicht in der Lage
- an Tagen war ich leicht eingeschränkt

61 An wie vielen Tagen waren Sie wegen *psychischer und seelischer Probleme oder Erkrankungen* zumindest leicht eingeschränkt, Ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen?

- an Tagen war ich überhaupt nicht in der Lage
- an Tagen war ich leicht eingeschränkt

62 Mit wie vielen verschiedenen Personen (Lebenspartner, Freunde, Bekannte, Prostituierte) haben Sie in den letzten 6 Monaten sexuellen Kontakt gehabt?

- keine Anzahl

63 (Wenn Sie sexuellen Kontakt hatten) Wie häufig haben Sie (wurden) dabei Kondome verwendet?

- immer (100%) meistens (75%) oft (50%) gelegentlich (25%) nie

64 Rauchen Sie derzeit Zigaretten?

- nein ja, und zwar Zigaretten pro Tag

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden sie, ob Sie **in den letzten 7 Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Bitte in jede Zeile ein Kreuz setzen!

65 Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter ...?

	gar nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Gefühl, dass andere an Ihren Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Drang, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit!