

Arztcode:

Patienten-Initialen:

Geschlecht:

Geburtsjahr:

Datum:
 Tag Monat Jahr

Uhrzeit:

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Frühjahr letzten Jahres haben Sie freundlicherweise an unserer Fragebogen-Untersuchung zur Substitutionstherapie teilgenommen. Nun findet, wie schon damals angekündigt, die 12-Monats-Nachuntersuchung statt. Bitte unterstützen Sie uns wiederum bei der Studie und füllen Sie den folgenden Fragebogen aus.

Mit diesem Fragebogen möchten wir neben Ihrer Lebens- und Behandlungssituation auch Ihre persönlichen Therapieziele und Erwartungen erfassen. Insbesondere sind wir daran interessiert, zu erfahren, ob sich Veränderungen in Ihrer Situation im Vergleich zum Beginn der Studie ergeben haben.

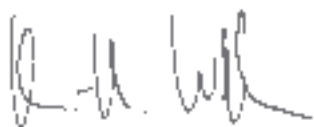
Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Untersuchung wiederum freiwillig! Ihre Angaben werden anonymisiert und streng vertraulich behandelt und verarbeitet. Nur Ihrem Arzt ist Ihr vollständiger Name bekannt. Deshalb hoffen wir, dass Sie Ihre Angaben offen und ehrlich machen. Wenn Sie diesbezüglich bei einzelnen Fragen unsicher sind, können Sie diese Fragen auch durchstreichen oder einen Kommentar anfügen.

Mit Ihrer Teilnahme an der Abschlussuntersuchung tragen Sie wesentlich dazu bei, dass wir zusammen mit Ihrem Arzt und den an der Studie beteiligten Experten an der Optimierung der Substitutionstherapie in der Routineversorgung arbeiten können, wo auch Ihre Wünsche und Probleme Beachtung finden.

Wenn Sie teilnehmen wollen, bitten wir Sie, den Fragebogen nun auszufüllen und bei Ihrem Arzt oder der Arzthelferin abzugeben.

Wir bedanken uns schon jetzt für Ihre Teilnahmebereitschaft!

Mit freundlichen Grüßen



Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen

(Projektleiter, Sprecher des Suchtforschungsverbundes ASAT)

A – Zunächst einige Angaben zu Ihrer Person:

1 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

2 Ich habe ...

- keine eigenen Kinder Kinder, Anzahl

im Alter von: Jahren; Jahren; Jahren; Jahren; Jahren

3 Ich bin derzeit ...

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| berufstätig | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar ca. Stunden pro Woche |
| arbeitslos | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar seit ca. Monaten |
| Schüler, Student, Auszubildender | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| nicht berufstätig, Hausfrau/-mann | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| frühzeitig berentet | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar seit ca. Jahren |
| in Umschulung/Arbeitsprojekt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| sonstiges | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar seit ca. Jahren |

4 Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Schul- oder Berufsabschluss gemacht?

- nein ja, und zwar:

5 Waren Sie in den letzten 12 Monaten berufs- oder erwerbstätig?

- nein ja **Wenn ja:** Was haben Sie gearbeitet?

.....

6 An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen hatten Sie Probleme wegen Ausbildung und/oder Beruf?

an ungefähr Tagen in den letzten 4 Wochen

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

- nicht belastend eher belastend sehr belastend

8 Wie wichtig wäre Ihnen eine berufliche Beratung und Hilfe?

- sehr wichtig wichtig weniger wichtig unwichtig

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

- gar nicht etwas sehr

10 Wie oft mussten Sie in den letzten 4 Wochen durch illegale Tätigkeiten (Dealen, Diebstahl, etc.) oder Prostitution Geld beschaffen?

..... Mal

11 Einkommen: Aus welchen Quellen haben Sie in den letzten 12 Monaten Geld bezogen?

- Arbeitslosengeld I/II Gehalt aus Arbeit Pension/Rente
 Unterstützung Partner Unterstützung Familie Prostitution
 illegale Tätigkeit andere Einkünfte, und zwar:

12 Wie viel Geld steht Ihnen derzeit insgesamt ungefähr monatlich zur Verfügung?

ca.€ davon: staatliche Unterstützung (z.B. Arbeitslosengeld, Pension/Rente) ca.€
 Unterstützung von Familie/Freunden/Bekannten ca.€

13 Haben Sie derzeit Schulden?

nein ja **Wenn ja:** Ungefähre Höhe? €

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> allein, in eigener Wohnung | <input type="checkbox"/> mit Lebenspartner in eigener Wohnung |
| <input type="checkbox"/> in Wohngemeinschaft | <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen, Wohnheim |
| <input type="checkbox"/> bei den Eltern | <input type="checkbox"/> bei Freunden, bei Familienangehörigen |
| <input type="checkbox"/> ohne Wohnung, kein fester Wohnsitz | <input type="checkbox"/> in institutioneller Umgebung (Klinik, Therapie, etc.) |
| <input type="checkbox"/> in Notschlafstätte, Pension | <input type="checkbox"/> Nachsorge-/Übergangseinrichtung |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: | <input type="checkbox"/> Straf- und Untersuchungshaft |

15 Wie lange wohnen Sie schon dort?

seit Monaten

16 Wie belastend ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

nicht belastend eher belastend sehr belastend

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

sehr wichtig wichtig weniger wichtig nicht wichtig

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

gar nicht etwas sehr

19 Erhalten Sie finanzielle Unterstützung für Ihre derzeitige Wohnsituation?

nein ja, und zwar: von Familienangehörigen/Freunden: ca.€
 vom Wohnungs-/Sozialamt: ca.€

20 Mit welchen der folgenden Personen haben Sie derzeit 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, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 Auf wie viele Personen konnten Sie sich in den letzten 12 Monaten im Ernstfall verlassen? Wie viele davon sind aus der Drogenszene oder benutzen auch Drogen (einschließlich Cannabis)?

Anzahl gesamt: davon mit Drogenkonsum: (Anzahl)

22 Wie sehr haben Sie in den letzten 4 Wochen Probleme mit Freunden, Familienangehörigen und anderen Personen belastet?

- nicht belastet belastet sehr belastet

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

- sehr wichtig wichtig weniger wichtig nicht wichtig

24 In welchem Ausmaß erhalten Sie derzeit Hilfe und Unterstützung?

- gar nicht etwas sehr

25 Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten wegen folgender Delikte angeklagt bzw. verurteilt?
(Mehrfachantworten möglich)

- Mal BtM Delikte (Besitz oder Handel von Drogen, etc.) Mal Beschaffungsdelikte (Diebstahl, Raub, Fälschung, etc.)
..... Mal Gewalttaten (Körperverletzung, Vergewaltigung, etc.) Mal Prostitution
..... Mal Trunkenheit am Steuer Mal schwerwiegende Verkehrsdelikte
..... Mal andere, und zwar:

26 Wie oft waren Sie in den letzten 12 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 beim Zahnarzt Mal beim Hautarzt
..... Mal bei anderen Fachärzten Mal beim Heilpraktiker
..... Mal in der Notaufnahme Mal bei anderen, und zwar:

27 Hatten Sie für die Besuche bei Ärzten und Einrichtungen in den letzten 12 Monaten eigene Ausgaben
(z.B. Praxisgebühr, Zuzahlungen für verschriebene Medikamente oder Transportkosten)?

- nein ja, und zwar: Praxisgebühr ca.€
Zuzahlungen für verschriebene Medikamente ca.€
Transportkosten (z.B. öffentliche Verkehrsmittel/eigenes Auto) ca.€

28 Waren Sie in den letzten 12 Monaten stationär im Krankenhaus (mindestens eine Nacht)?

- nein ja

Wenn ja: Wie oft und wie lange? Bitte geben Sie den Grund an (z.B. Behandlung einer Hepatitis-Infektion).

Aufenthalt 1: Tage Grund:

Aufenthalt 2: Tage Grund:

Aufenthalt 3: Tage Grund:

Aufenthalt 4: Tage Grund:

Aufenthalt 5: Tage Grund:

Aufenthalt 6: Tage Grund:

B – Nun einige Fragen zu Ihrem Drogenkonsum:

Sind Sie bereit die Fragen 29 – 33 offen und ehrlich zu beantworten?
(Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben anonym und vertraulich behandelt werden!)

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

29 Von welchen der Drogen und Substanzen sind Sie Ihrer Meinung nach derzeit "abhängig" oder haben ernsthafte Probleme?

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

30 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen – ohne ärztliche Verordnung – die folgenden Mittel zu sich genommen oder injiziert?

Substanz	mindestens 1 Mal genommen		An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen?	Wie häufig injiziert in den letzten 4 Wochen?
	nein	ja		
Heroin (ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	an _____ Tagen Mal
Morphin oder Opium (ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	an _____ Tagen Mal
Codein (ohne Substitutionsmittel/ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	an _____ Tagen Mal
Methadon oder Polamidon® (ohne Substitutionsmittel/ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	an _____ Tagen Mal
Buprenorphin (Subutex®) (ohne Substitutionsmittel/ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	an _____ Tagen Mal
Beruhigungs-/Schlafmittel (ohne Verschreibung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	an _____ Tagen Mal
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	an _____ Tagen Mal
Amphetamine/MDMA (z.B. Ecstasy, Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	an _____ Tagen Mal
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	an _____ Tagen	
Halluzinogene (z.B. LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	an _____ Tagen	
andere Substanzen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	an _____ Tagen Mal

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

.....

32 Wann haben Sie zum letzten Mal eine der folgenden Substanzen ohne ärztliche Verschreibung konsumiert?

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

33 Wie viel Geld haben Sie für den Konsum der oben genannten Mittel ausgegeben?

innerhalb der letzten 4 Wochen ca.€ innerhalb der letzten 12 Monate ca.€

C – Nun folgen einige Fragen zu Ihren Behandlungen:

34 Mit welchen Substitutionsmitteln wurden Sie in den letzten 12 Monaten behandelt und wie war der Erfolg der Behandlung?

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

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

.....

36 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:

37 Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten festgestellt? Wurden Sie deswegen behandelt?

	Erkrankt?		Wenn ja: Wurden Sie behandelt?	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hepatitis C	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
AIDS-Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

38 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!

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

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

- sehr sicher ziemlich sicher eher unsicher

40 Wenn eher unsicher: Welchen Zeitraum halten Sie für realistischer?

..... Monat(e)

41 Haben Sie in den letzten 12 Monaten daran gedacht, die Substitutionsbehandlung abubrechen?

- nein ja, weil

42 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	Wurden Sie behandelt?	
					nein	ja
Depression, Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeit mit Denken, Gedächtnis, Konzentration	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Impulse gewalttätig zu werden	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Gier/Drogenverlangen nach Opiaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere psychische Probleme, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43 Welche Aussagen beschreiben Ihren aktuellen Gesundheitszustand (letzten 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

44 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 Probleme des Alltags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Probleme hinsichtlich des Substitutionsmittels, 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"/>

45 In den letzten 12 Monaten: 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 dem 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"/>

46 Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen...

	Anzahl
bereits von anderen benutzte Nadeln oder Spritzen zum Injizieren verwendet?	<input type="text"/>
von Ihnen bereits benutzte Nadeln/Spritzen zum Injizieren an andere weitergegeben?	<input type="text"/>
bereits von anderen benutzte Behälter oder Löffel verwendet?	<input type="text"/>
Mit wie vielen Personen haben Sie insgesamt Nadeln, Spritzen oder Equipment geteilt?	<input type="text"/>

47 Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Substitutionstherapie und allen weiteren damit verbundenen Maßnahmen?

<i>Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Substitutionsarzt und...</i>	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"/>
<i>Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß, in dem...</i>	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 haben Sie hinsichtlich Ihrer Behandlung?

.....

48 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 in den letzten 4 Wochen: Warum nicht?

- halte ich für nicht notwendig habe das abgebrochen
 mir wurde kein Angebot gemacht keine Möglichkeiten vorhanden
 keine Lust drauf/bringt mir nichts andere Gründe, und zwar:

49 Durch welche Einrichtungen oder Personen haben Sie in den letzten 12 Monaten soziale oder psychologische Betreuung und Hilfe erhalten?

	nein	ja	Wenn ja: Wie oft pro Monat?
Substitutionsarzt in Praxis oder Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal pro Monat
psychiatrische oder psychotherapeutische Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal pro Monat
Psychiater (Praxis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal pro Monat
Drogenberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal pro Monat
andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal pro Monat
niedergelassener Psychologe/Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal pro Monat
durch Mitarbeiter des Sozialdienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal pro Monat
anderer Arzt, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal pro Monat
andere Dienste, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mal pro Monat

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

- nein – keine feste Person ja, eine Person 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 Hilfseinrichtungen (Aidshilfe, Bewährungshilfe)
 jemand anderes, und zwar:

Ab Seite 10 folgen nun die abschließenden Fragen!

E – Abschließende Fragen:

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

- in den *letzten 4 Wochen*: gar nicht Anzahl Tage
in den *letzten 6 Monaten*: gar nicht Anzahl Tage

52 In den *letzten 6 Monaten*: Wie viele Tage waren Sie in Untersuchungs- oder Strafhaft?

- insgesamt Tage nicht in Haft gewesen

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

53 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

54 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

55 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

56 Mit wie vielen verschiedenen Personen (Lebenspartner, Freunde, Bekannte, Prostituierte) haben Sie in den *letzten 12 Monaten* sexuellen Kontakt gehabt?

- kein sexueller Kontakt Anzahl der Personen:

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

- immer (100%) meistens (75%) oft (50%) gelegentlich (25%) nie (0%)

58 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 jeder Zeile ein Kreuz setzen!

60 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 verärgerbar 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"/>
dem 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"/>

