

Evaluationsbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gKAöR, Dr. Maurice Cabanis
Förderkennzeichen:	01NVF19016
Akronym:	ASSIST
Projekttitel:	Sektorenunabhängige Behandlungscoordination mittels Online-Assessment bei substanzbezogenen Störungen
Autoren:	PD Dr. biol. hum. Annabel S. Müller-Stierlin, Leiterin Evaluation Dr. phil. Elke Prestin, Koordinatorin Evaluation
Förderzeitraum:	1. Oktober 2020 – 31. Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	4
II.	Abbildungsverzeichnis	4
III.	Tabellenverzeichnis	5
1.	Ziele der Evaluation	6
2.	Darstellung des Evaluationsdesigns	9
2.1	Teilstudie 1 - Vorstudie	10
2.1.1	Studiendesign	10
2.1.2	Ein- und Ausschlusskriterien	10
2.1.3	Stichprobenkalkulation	11
2.1.4	Stichprobenrekrutierung	11
2.1.5	Datenerhebung und Erhebungsinstrumente	11
2.1.6	Auswertungsstrategie inkl. Qualitätskriterien	13
2.2	Teilstudie 2 - Vorstudie	13
2.2.1	Studiendesign	13
2.2.2	Ein- und Ausschlusskriterien	14
2.2.3	Stichprobenkalkulation	14
2.2.4	Stichprobenrekrutierung	14
2.2.5	Datenerhebung und Erhebungsinstrumente	15
2.2.6	Auswertungsstrategie inkl. Qualitätskriterien	15
2.3	Teilstudie 3 – Effektevaluation und gesundheitsökonomische Evaluation	15
2.3.1	Studiendesign	15
2.3.2	Ein- und Ausschlusskriterien	16
2.3.3	Stichprobenkalkulation	16
2.3.4	Stichprobenrekrutierung, Randomisierung und Zugang zur Intervention	17
2.3.5	Datenerhebung inkl. primärer und sekundärer Zielgrößen sowie Erhebungsinstrumente	18
2.3.6	Auswertungsstrategie inkl. Qualitätskriterien	24
2.4	Teilstudie 4 - Prozessevaluation	25
2.4.1	Studiendesign	25
2.4.2	Ein- und Ausschlusskriterien	26
2.4.3	Stichprobenkalkulation	26
2.4.4	Stichprobenrekrutierung	26
2.4.5	Stichprobenrealisation	27
2.4.6	Datenerhebung und Erhebungsinstrumente	27
2.4.7	Auswertungsstrategie inkl. Qualitätskriterien	28
3.	Ergebnisse der Evaluation	29
3.1	Teilstudie 1 - Vorstudie	29
3.1.1	Stichprobenrealisation	29
3.1.2	Soziodemographische und arbeitsbezogene Informationen der Befragten	30
3.1.3	Zugangswege und Weitermittlung von Klienten im Stuttgarter Suchthilfesystem	31
3.1.4	Zusammenarbeit im Stuttgarter Suchthilfesystem	31
3.1.5	Digitalisierung im Stuttgarter Suchthilfesystem: Stand der Umsetzung und persönliche Haltungen	32
3.1.6	Commitment: Einstellung der Mitarbeitenden zum ASSIST-Projekt	32
3.2	Teilstudie 2 - Vorstudie	33
3.2.1	Stichprobenrealisation	33
3.2.3	Zugangswege und -barrieren ins Suchthilfesystem	34

3.2.4	Behandlungsbedarfe	35
3.2.5	Behandlungszufriedenheit und Verbesserungswünsche.....	35
3.2.6	Digitalisierung im Suchthilfesystem	35
3.2.7	Praxisrelevante Rückmeldungen zu ASSIST	36
3.3	Teilstudie 3 – Effektevaluation und gesundheitsökonomische Evaluation	37
3.3.1	Stichprobenrealisation	37
3.3.2	Rekrutierung und Ergebnisse des Erstassessments	37
3.3.3	Randomisierung und Studiendurchlauf der Teilnehmenden.....	37
3.3.4	Verteilung der Stichprobenmerkmale zur Basiserhebung.....	39
3.3.5	Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse.....	41
3.3.6	Ergebnisse der Hypothesenprüfung für das primäre Ergebniskriterium.....	42
3.3.7	Ergebnisse der Hypothesenprüfung für die sekundären Ergebniskriterien	42
3.3.8	Ergebnisse der Hypothesenprüfung für die Ergebniskriterien über den gesamten Studienzeitraum von bis zu 8 Monaten	45
3.3.9	Ergebnisse zur Behandlungsallokation und Behandlungsretention	47
3.3.10	Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation.....	48
3.4	Teilstudie 4 - Prozessevaluation.....	51
3.4.2	Ergebnisse aus der Perspektive der Betroffenen.....	51
3.4.3	Ergebnisse aus der Perspektive der Beratenden und Behandelnden.....	54
3.4.4	Ergebnisse aus Perspektive der Kostenträger und sonstigen Interessenvertreter	57
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators	58
5.1.	Zusammenfassung der Ergebnisse der Hypothesenprüfung	58
5.2	Diskussion der Ergebnisse	60
5.3	Stärken und Limitationen der Evaluationsstudie	60
5.4	Empfehlungen der Evaluatorsin.....	61
5.	Literaturverzeichnis.....	61
6.	Anhang.....	66
7.	Anlagen.....	66

I. Abkürzungsverzeichnis

CSQ-8	.....	<i>Client Satisfaction Questionnaire</i>
CSSRI	.....	<i>Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory</i>
DHS	.....	<i>Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.</i>
DRKS	.....	<i>Deutsches Register Klinischer Studien</i>
EPAS	.....	<i>Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen</i>
FG	.....	<i>Fokusgruppe</i>
FOGS	.....	<i>Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH</i>
GAD-7	.....	<i>Generalized Anxiety Disorder Scale</i>
HoNOS	.....	<i>Health of the Nation Outcome Scales</i>
ICF	.....	<i>International Classification of Functioning</i>
ITT	.....	<i>intention to treat</i>
KBV	.....	<i>kassenärztlichen Bundesvereinigung</i>
LOC	.....	<i>Levels of Care</i>
M	.....	<i>Mittelwert</i>
MATE	.....	<i>Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation</i>
MCS	.....	<i>Mannheimer Craving Scale</i>
PHQ-4	.....	<i>Gesundheitsfragebogen für Patienten</i>
PSS-10	.....	<i>Perceived Stress Scale</i>
RKZ	.....	<i>Regionales Kompetenzzentrum</i>
SARS-CoV-2	.....	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2</i>
SD	.....	<i>Standardabweichung (eng. Standard Deviation)</i>
SDS	.....	<i>Severity of Dependence Scale</i>
SSHS	.....	<i>Stuttgarter Suchthilfesystems</i>
SSS-8	.....	<i>Somatic Symptom Scale</i>
TFB	.....	<i>Timeline Follow Back</i>
WHODAS 2.0	.....	<i>WHO Disability Assessment Schedule 2.0</i>
WHOQOL-BREF	.....	<i>Kurzversion des WHO Fragebogens zur Messung der Lebensqualität</i>
ZUF-8	.....	<i>Fragebogen zur Patientenzufriedenheit</i>

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gantt-Chart der Gesamtevaluation von ASSIST	.....	10
Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf der randomisierten kontrollierten Studie in Teilstudie 3	.....	16
Abbildung 3: Flussdiagramm der Teilnehmenden von Teilstudie 1	.....	30
Abbildung 4: Flussdiagramm der Teilnehmenden von Teilstudie 3 n = Anzahl der Probanden unter Beobachtung (Anzahl der Probanden mit erfolgter Datenerhebung) zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt	.....	38
Abbildung 5: Ergebnisse zur Inkrementellen Kostennutzwertrelation (IKNR) Varianz für die Kosteneffektivität von ASSIST im Vergleich zur Standardbehandlung (TAU) aus der Perspektive der deutschen Volkswirtschaft (Teilstudie 3)	.....	51

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Übersicht der erfragten Themen zur Digitalisierung im SSSH (Teilstudie 1).....	13
Tabelle 2. Übersicht der verwendeten Fragebögen und deren Erhebungszeitpunkte, sowie die entsprechende MATE-Skala (Teilstudie 3)	20
Tabelle 3. Übersicht der verwendeten Fragebögen und deren Erhebungszeitpunkte, sowie die entsprechende MATE-Skala (Teilstudie 3) (Fortsetzung).....	21
Tabelle 4: Stichprobenkennwerte der Basiserhebung zum Zeitpunkt t0 (Teilstudie 3)	39
Tabelle 5: Stichprobenkennwerte der Basiserhebung zum Zeitpunkt t0 (Teilstudie 3) (Fortsetzung)	40
Tabelle 6: Stichprobenkennwerte der Basiserhebung zum Zeitpunkt t0 (Teilstudie 3) (Fortsetzung)	41
Tabelle 7: Ergebnisse der mixed-effects Regressionsanalysen für den primären Ergebnisparameter Patientenzufriedenheit (ZUF-8 Gesamtwert) (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t1, t2, t3).....	42
Tabelle 8: Ergebnisse der mixed-effects Regressionsanalysen für die sekundären Ergebnisparameter (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t3)	43
Tabelle 9: Ergebnisse der mixed-effects Regressionsanalysen für die sekundären Ergebnisparameter (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t3) (Fortsetzung).....	44
Tabelle 10: Ergebnisse der mixed-effects Regressionsanalysen für die sekundären Ergebnisparameter (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t3) (Fortsetzung).....	45
Tabelle 11: Ergebnisse der ergänzenden mixed-effects Regressionsanalysen für die Ergebnisparameter unter Berücksichtigung der Daten der Wartezeitgruppe im Anschluss an die Wartezeit (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t1 bzw. t3, t4).....	46
Tabelle 12: Ergebnisse der ergänzenden mixed-effects Regressionsanalysen für die Ergebnisparameter unter Berücksichtigung der Daten der Wartezeitgruppe im Anschluss an die Wartezeit (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t1 bzw. t3, t4) (Fortsetzung)	47
Tabelle 13: Ergebnisse zur Behandlungsallokation und Behandlungsretention in der Untersuchungspopulation für den 6 Monatszeitraum nach der Basiserhebung (erhoben an den Folge-Erhebungen t1, t2 und t3) (Teilstudie 3).....	48
Tabelle 14: Ergebnisse zu den durchschnittlichen (pro Person) Kosten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Untersuchungspopulation für den 6 Monatszeitraum nach der Basiserhebung (gemittelt über die Schätzungen an den Folge-Erhebungen t1, t2 und t3) (Teilstudie 3).....	49
Tabelle 15: Ergebnisse der mixed effects Regressionsanalysen für den EuroQOL (EQ5D-5L) Lebensqualitätsindex (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t3)	50
Tabelle 16: Ergebnisse zu der Kostennutzwertrelation (IKNR) aus der volkswirtschaftlichen Perspektive für einen Zeitraum von einem Jahr (Teilstudie 3)	50

1. Ziele der Evaluation

Aktuelle Situation in der Versorgung und Verbesserungspotenziale

Die Prävalenz substanzbezogener Störungen ist hoch. Im Jahr 2018 lebten in Deutschland rund 1,6 Millionen Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, rund 300.000 mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen und 1,8 Millionen mit einer Abhängigkeit von Schmerz-, Schlaf- bzw. Beruhigungsmitteln bezogen auf die erwachsene Bevölkerung zwischen 18-64 Jahren (Atzendorf et al., 2019). Hinzu hohe Prävalenzzahlen hinsichtlich des schädlichen Substanzgebrauchs. Laut aktuellen Daten des epidemiologischen Suchtsurveys, einer repräsentativen Befragung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland, sind solche Muster ebenfalls nicht selten. Hinweise auf einen problematischen Konsum lagen für Alkohol bei 9 Millionen (17,6%), für psychoaktive Medikamente bei 2,9 Millionen (5,7%) und für illegale Substanzen bei 1,5 Millionen (1,5%) der Befragten vor (Rauschert et al., 2022).

Der Bedarf an passgenauen Unterstützungsangeboten ist also hoch. Dem gegenüber steht ein Suchthilfesystem, das diverse Zugangshürden und Probleme aufweist. In der Fachliteratur werden insbesondere folgende Schwächen benannt:

- **Mangelhafte Erreichung der Zielgruppe durch suchtspezifische Angebote:**
Menschen mit substanzbezogenen Störungen nutzen in hohem Maße die Allgemeinmedizin, aber kaum spezielle Suchthilfen. So zeigt die TACOS-Studie (Bischof et al., 2004), dass die suchtspezifische medizinische Basisversorgung häufig in Anspruch genommen wird. 92,7 % der Befragten mit Alkoholabhängigkeit gaben an, mindestens einmal im vergangenen Jahr in Kontakt mit entsprechenden Einrichtungen gewesen zu sein. Dagegen erhalten laut Mann (2002) weniger als 5 % der behandlungsbedürftigen Menschen in Deutschland eine suchtspezifische Therapie.
- **Mangelhafte Passgenauigkeit der Behandlungsallokation:**
Die Vermittlung in individuell passende Unterstützungsangebote wird durch unzureichende Vernetzung (Leune, 2013) und das Fehlen integrierter, sektorenübergreifender Interventionen erschwert. Darüber hinaus ist oft unklar, nach welchen Kriterien die Behandlungsallokation im Einzelfall erfolgt. Gastfriend und Mee-Lee (2010) betonen, dass nicht ausschließlich das Vorliegen einer Diagnose eine Behandlungsform oder ein -modell festlegen sollte, sondern dass Entscheidungen aufgrund des individuellen Patientenbedarfs und bestimmter Patienteneigenschaften getroffen werden müssten.
- **Fehlende Flexibilität in der Zielsetzung:**
Wienberg (2002) bemängelt, dass das System zu stark auf das Ziel der Abstinenz fixiert sei. Er kritisiert, dass bei zu starker Abstinenzfokussierung andere Ziele, wie Konsumreduktion oder Schadensminderung, vernachlässigt und Menschen, die Unterstützung bei diesen Zielen suchen, nicht erreicht werden. Dagegen gehört z.B. in Großbritannien und in den Niederlanden das Konzept des kontrollierten Trinkens (M. B. Sobell & Sobell, 2011) mit dem Ziel des eingeschränkten Konsums bereits zum Standardbehandlungsprogramm. In Deutschland wird dieses Konzept bislang nur vereinzelt praktiziert.

- Unzureichende Nutzung der Potenziale von Digitalisierung: Mental-E-Health bietet zukunftsweisende Möglichkeiten, die Diagnostik, Therapie und Versorgung von Patienten zu ergänzen und zu verbessern (Richards & Richardson, 2012). Das betrifft vor allem die Bereiche Zugang zum Hilfesystem, Kapazitätsbildung, Erreichbarkeit, Verfügbarkeit von Informationen, Standardisierung und Vernetzung innerhalb des Hilfesystems (Lal & Adair, 2014). Online-Interventionen sind eine vielversprechende Strategie, bisher schwer zu erreichende Zielgruppen in die Versorgung einzubinden (Kazemi et al., 2017). Für den Bereich der Suchthilfe liegt hier ein großes Potenzial: Die Meta-Analyse von Riper et al. (2018) konnte die Effektivität von Online-Interventionen in der Reduktion der Konsummenge untermauern. Petersen (2018) bekräftigt weitergehend den Nutzen von Online-Interventionen in der Behandlung von substanzgebundenen Störungen. Allerdings werden bislang internet- oder app-gestützte Angebote vor allem in den Bereichen psychosozialer Beratung, Prävention, Psychoedukation und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren genutzt. Die Anwendung dieser Applikationen im Suchtbereich steht in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern wie Kanada oder Australien (Lal & Adair, 2014) noch am Anfang.

Ziele der zu evaluierenden neuen Versorgungsform

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Versorgungslücken zielte das Projekt ASSIST (Sektorenunabhängige Behandlungscoordination mittels Online-Assessment bei substanzbezogenen Störungen) darauf ab, mittels eines innovativen Online-Assessments und einer neu konzipierten zentralen Koordinationsstelle (Regionales Kompetenzzentrum, RKZ) die Versorgung von Betroffenen mit substanzbezogenen Störungen zu verbessern.

Das Projekt wurde in Stuttgart in Kooperation mit örtlichen Trägern des Stuttgarter Suchthilfesystems (SSHS) durchgeführt. Örtliche Kooperationspartner waren:

- Release Stuttgart e.V.
- Lagaya Stuttgart e.V.
- Caritasverband für Stuttgart e.V.
- Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.
- Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gKAÖR

Zielgruppe waren alle Betroffenen mit substanzbezogenen Störungen, d.h. schädlichem Gebrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Substanzen, im Raum Stuttgart.

Durch die neue Versorgungsform sollten

- eine sektorenunabhängige, indikationsgestützte Klient:innenverteilung implementiert,
- Schnittstellenprobleme überwunden,
- neue Rekrutierungswege erschlossen und frühzeitige Hilfsangebote etabliert,
- Transparenz und partizipative Entscheidungsprozesse in der Therapieplanung gesichert,
- eine passgenaue Behandlungsallokation erreicht und
- in der Folge die Behandlungsretention, der Behandlungserfolg und die Kosteneffizienz verbessert werden.

Weitere Ziele bestanden in der Verbesserung der Kooperation und Kommunikation innerhalb des Stuttgarter Suchthilfenetzwerks und der effektiven Nutzung aller zur Verfügung stehenden Beratungs- und Behandlungsoptionen.

Kurzbeschreibung der zu evaluierenden neuen Versorgungsform

Durch die neue Versorgungsform sollten die Diagnostik, die Behandlungscoordination und Behandlungsvermittlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen optimiert werden. Als zentrale Elemente waren eine Online-Plattform („Suchthilfeportal“) mit Online-Assessment und einem Behandlungsassistenten (Behandlungsplan) und ein RKZ vorgesehen.

Die einzelnen Komponenten und Aufgaben lassen sich wie folgt zusammenfassen:

(1) Online-Assessment

Der erste und zentrale Bestandteil des Suchthilfeportals war das Online-Assessment, das alle Klient:innen initial durchlaufen sollten. Dieses bestand aus dem Selbstbeurteilungsinstrument MATE-Q sowie Fragen zu den jeweils individuellen Beratungs- und Behandlungszielen im Sinne einer zieloffenen Suchtarbeit.

Hintergrund zum MATE-Q:

Der MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation) wurde ursprünglich in den Niederlanden im Rahmen nationaler Umstrukturierungsprozesse des Suchthilfesystems entwickelt und wird dort seitdem landesweit eingesetzt (Schippers et al., 2010). Der MATE basiert auf dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell der International Classification of Functioning (ICF) und ist in seiner umfassenden Form ein semi-strukturiertes Interviewverfahren, bestehend aus validierten und kostenlos zur Verfügung stehenden Messinstrumenten. Der MATE dient der Diagnostik bzw. der Erhebung suchtrelevanter Kriterien. Diese Kriterien können für die Zuweisung zu spezifischen Behandlungsstufen (Levels of Care / LOC nach Intensität und Stepped Care) mit Hilfe einer Allokationsleitlinie bzw. eines Entscheidungsbaums genutzt werden (Schippers et al., 2010). In den Niederlanden wurden Studien zur Machbarkeit, Validität und Reliabilität durchgeführt (Schippers et al., 2010). Aufgrund der vielversprechenden Ergebnisse wurde der MATE auch für den deutschen Sprachraum übersetzt und validiert (Buchholz et al., 2009), die Allokationsleitlinie an das deutsche System adaptiert (Friedrichs et al., 2013) und anhand einer randomisiert-kontrollierten Studie geprüft (Buchholz et al., 2020). Mittlerweile existieren verschiedene Weiterentwicklungen des MATE, wie z. B. die Kurzform für Katamnesen (MATE-Outcomes), die Screeningform (MATE-S) und die Selbstbeurteilungsform (MATE-Q).

Im Rahmen des Projekts sollte der MATE-Q aus der niederländischen Ursprungsversion ins Deutsche übersetzt und validiert werden (siehe Anlage 6 und 7). Ebenfalls sind der Fragebogen und das zugehörige Handbuch unter <https://www.mateinfo.eu> ein abrufbar.

(2) Persönliches Gespräch im RKZ

Im direkten Anschluss an das Online-Assessment sollte über das Portal ein zeitnahe Termin für das persönliche Gespräch mit den Mitarbeitenden des RKZ vereinbart werden. Im Rahmen dieses ein- bis zweistündigen Termins sollten:

- der MATE ergänzt und vervollständigt werden,
- durch Anwendung der Allokationsleitlinie auf die Resultate des MATE das individuell erforderliche Level of Care (LOC) ermittelt und dem/der Klient:in mitgeteilt werden,
- die persönlichen Ziele und Behandlungswünsche des/der Klient:in vertieft besprochen und mit dem LOC abgeglichen werden,
- auf der Basis der Ergebnisse gemeinsam ein individueller „Behandlungsassistent“ (Behandlungsplan mit konkreten Schritten) erstellt werden,
- auf der Grundlage der von den Trägern der Suchthilfe ins Online-Portal eingestellten freien Kapazitäten die Vermittlung in individuell passende Angebote erfolgen.

(3) Koordination und Steuerung des weiteren Behandlungsverlaufs

Nach dem Abschluss eines vom Betroffenen durchgeführten Behandlungsschrittes, spätestens jedoch nach zwei Monaten, sollten die Mitarbeitenden des RKZs Kontakt zum/zur Klient:in aufnehmen, um sich nach dem aktuellen Behandlungsstand und eventuellen individuellen Zieländerungen zu erkundigen und ggf. Anpassungen des Behandlungsassistenten vorzunehmen.

Durch die regelmäßigen Kontaktaufnahmen sollte eine kontinuierliche Anbindung an das Stuttgarter Sucht-Hilfenetzwerk gewährleistet sein. Um diese Kontaktmöglichkeit bidirektional zu gestalten und Rückfragen oder akute Anliegen zeitnah klären zu können, war eine gute telefonische Erreichbarkeit des RKZs für Klient:innen und Behandelnde vorgesehen.

(4) Elektronische Dokumentenablage in der Online-Plattform

Die Online-Plattform sollte als zentrale Ablagestelle einer elektronischen Patientenakte für alle behandlungsrelevanten Dokumente dienen. Die Ergebnisse aus den initialen Assessments und der Behandlungsplan sollten hier ebenso abgespeichert werden wie Befunde und Briefe der Weiterbehandelnden. Die Datenhoheit oblag den Klient:innen, die jeweils entscheiden konnten, welche Daten gespeichert werden durften und wer ggf. Zugriff darauf erhalten sollte.

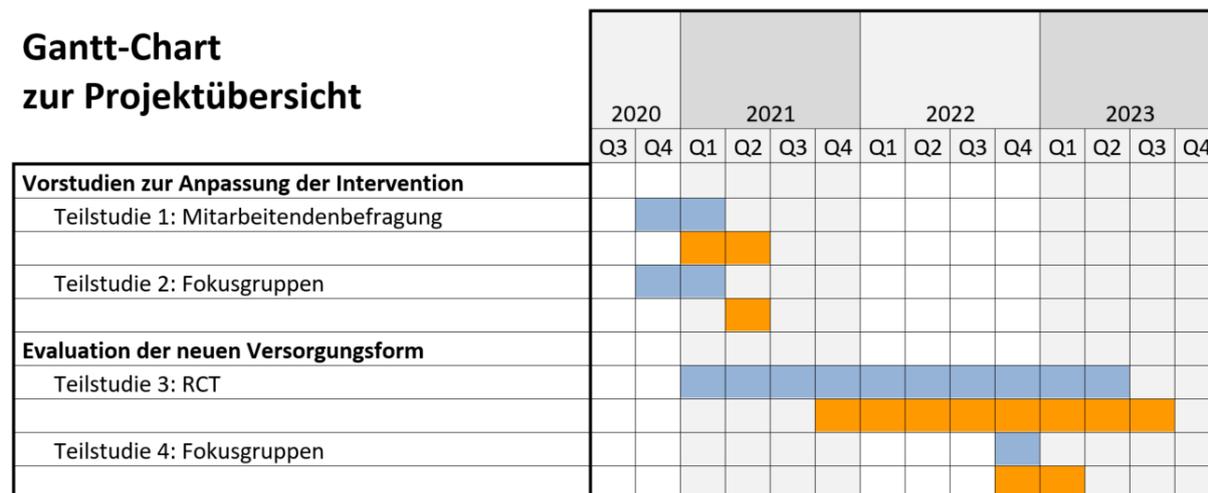
2. Darstellung des Evaluationsdesigns

Das Evaluationsdesign bestand aus vier Teilstudien. Die Teilstudien 1 und 2 wurden als explorative Erhebungen bereits in der Anfangsphase des Projektes durchgeführt. Ihre Ergebnisse flossen in die finale Ausgestaltung der Online-Plattform ein und sollten eine möglichst gute Anpassung an die regionalen Spezifika sowie an die Wünsche und Bedarfe aller involvierten Interessensgruppen ermöglichen. Die Teilstudien 3 zielte auf die Effektevaluation und gesundheitsökonomische Evaluation der ASSIST-Intervention im Vergleich zur Regelversorgung ab. Zusätzlich erfolgte im Rahmen der Teilstudie 4 eine qualitative Prozessevaluation.

Im Einzelnen wurden in Rahmen der Effektevaluation (Teilstudie 3) folgende Arbeitshypothesen untersucht:

- Die Einführung der sektorenunabhängigen Behandlungskoordination ausgehend von einem Online-Assessment führt im Vergleich zur Standardversorgung zu einer stärkeren Verbesserung der Klient:innenzufriedenheit, sowie zu einer stärkeren Erhöhung des Empowerments von Betroffenen mit substanzbezogenen Störungen.
- Die Einführung der sektorenunabhängigen Behandlungskoordination ausgehend von einem Online-Assessment führt zu einer direkten Behandlungsallokation und einer stärkeren Verbesserung der Behandlungsretention im Vergleich zur Regelversorgung.
- Die Einführung der sektorenunabhängigen Behandlungskoordination ausgehend von einem Online-Assessment führt aus volkswirtschaftlicher Perspektive im Vergleich zur Standardversorgung zu einer Verbesserung des Kosten-Effektivitätsverhältnisses der eingesetzten Ressourcen.

Der Gesamtablauf der Evaluation ist im folgenden Gantt-Chart dargestellt:



Legende

Plan
Realisierung



Abbildung 1: Gantt-Chart der Gesamtevaluation von ASSIST

Im Vorfeld der Evaluation wurde ein positives Votum der Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg für alle Teilstudien eingeholt (F-2020-171, 4. März 2021). Vor Beginn der Datenerhebung wurden außerdem zwei Amendments bezüglich des Studienprotokolls zur Begutachtung vorgelegt (Anpassungen bzgl. Teilstudie 1 und Teilstudie 2, 23. März 2021 bzw. Anpassungen bzgl. Teilstudie 3, 7. Oktober 2021).

Die randomisiert-kontrollierte Studie mit Wartezeit-Kontrollgruppe (Teilstudie 3) als Kernbestandteil der Evaluation wurde am 29.10.2021 beim Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) mit dem Identifier DRKS00026996 registriert.

2.1 Teilstudie 1 - Vorstudie

2.1.1 Studiendesign

Im Rahmen der Teilstudie 1, einer Befragung von Mitarbeitenden des Stuttgarter Suchthilfenetzwerks, wurden die regionalen Spezifika der Versorgungssituation erhoben, darunter Zugangswege, Behandlungsbedarfe und -pfade sowie die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern. Zudem wurden die persönlichen Einstellungen zur Digitalisierung und zum ASSIST-Projekt erfragt. Die Ergebnisse sollten der Konsortialführung der finalen Konzeption der Intervention und Implementierung dienen.

2.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Teilnahme an der Mitarbeitendenbefragung wurden folgende Einschlusskriterien gewählt:

- Berufstätigkeit seit mindestens 3 Monaten und mit einem Stellenumfang von mindestens 50 % bei einem der kooperierenden Träger:
 - Release Stuttgart e.V.
 - LAGAYA – Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.
 - Caritasverband für Stuttgart e.V.
 - Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.
 - Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gKAÖR
- Zugehörigkeit zu einer der folgenden Berufsgruppen:

- Sozialarbeiter:innen und Sozialpädagog:innen
- Pflegekräfte
- Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen
- Ärzt:innen
- sonstige Berufsgruppen, welche in die Versorgung von Menschen mit substanzbezogenen Störung einbezogen sind (z. B. Gesundheitsfachkräfte in Beratungsstellen)
- Tätigkeitsfeld im Bereich Suchtarbeit oder Suchtmedizin

2.1.3 Stichprobenkalkulation

Mit der Zielsetzung einer repräsentativen Stichprobe wurde angestrebt, 75 % der Mitarbeitenden aller fünf Kooperationspartner aus der Stuttgarter Suchthilfe zu rekrutieren. Da lediglich deskriptive Analysen und keine statistischen Tests geplant waren, war eine formale Stichprobenkalkulation nicht möglich.

2.1.4 Stichprobenrekrutierung

Bei den Einrichtungsleitungen und den zuständigen Betriebsräten aller beteiligten Kooperationspartner:innen wurden vorab Einwilligungen eingeholt, welche den Mitarbeitenden die Teilnahme an der Befragung erlaubten. In jeder Einrichtung sollte es anschließend eine Informationsveranstaltung geben, in welcher die Mitarbeitenden über das Projekt informiert und zur Teilnahme an der Online-Befragung eingeladen wurden. Zu Beginn des Erhebungszeitraums erhielten alle Mitarbeitenden eine schriftliche Aufklärung über Ziele, Umfang und Ablauf der Befragung und wurden zur Teilnahme eingeladen. Anschließend wurden wöchentlich Erinnerungen verschickt. Die Teilnehmenden erhielten keine Aufwandsentschädigung.

2.1.5 Datenerhebung und Erhebungsinstrumente

Die Datenerhebung erfolgte primär online unter Verwendung der deutschen Umfragesoftware SoSci-Survey (Leiner, 2021). Bei Bedarf erhielten Teilnehmende den Fragebogen ersatzweise postalisch in ausgedruckter Form; die Datenübertragung in SoSci-Survey erfolgte dann zu einem späteren Zeitpunkt durch Mitarbeitende des Evaluationsteams.

Die Mitarbeitenden konnten selbst entscheiden, ob sie in den Einrichtungen oder im eigenen Zuhause an der Befragung teilnahmen.

Der verwendete Fragebogen (siehe Anlage 1) erfasste zunächst soziodemographische Angaben zur Person, Angaben zum Arbeitgeber (Träger und Institution) und zur Berufsgruppe sowie zum individuellen Status bzgl. Fort- und Weiterbildungen. Des Weiteren wurden folgende Themenschwerpunkte adressiert:

- Zugangswege und Weitermittlung von Klient:innen im SSHS
- Zusammenarbeit innerhalb des SSHS
- Digitalisierung im SSHS: Stand der Umsetzung und persönliche Haltungen
- Commitment: Einstellung der Mitarbeitenden zum ASSIST-Projekt

(1) Zugangswege und Weitermittlung von Klient:innen im Stuttgarter Suchthilfesystem

Die Erhebung erfolgte in Anlehnung an die Delphi-Befragung zur Adaption der niederländischen Zuweisungsleitlinie an das deutsche System (Friedrichs et al., 2013). Darin enthalten ist eine Kategorisierung verschiedener Behandlungsangebote der Suchthilfe, die es ermöglicht, strukturiert zu erfragen, aus welchen Zuweisungskontexten Menschen in das Suchthilfesystem kommen, in welche Angebote sie weitervermittelt werden und welche Indikatoren bei dieser Weitermittlung eine Rolle spielen

(2) Zusammenarbeit innerhalb des Stuttgarter Suchthilfesystems

Die Zusammenarbeit innerhalb des SSHS wurde mithilfe zweier Fragebögen erfasst.

- Erstens wurde ein Fragebogen von Nuño Solinís et al. (2013) zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsinstitutionen aus der Sicht der beteiligten Gesundheitsfachkräfte ins Deutsche übersetzt und Formulierungen wurden für den Kontext des SSHS angepasst. Nuño Solinís et al. (2013) hatten basierend auf D'Amour et al. (2008) einen Fragebogen erarbeitet, welcher zehn Indikatoren einer institutionsübergreifende Zusammenarbeit erfragt. Auf einer Skala von 1-5 wird jeder Indikator anhand des subjektiven Umsetzungsgrades beurteilt. Die Fragebögen wurden bisher in Spanien und Kanada validiert (D'Amour et al., 2008; Nuño Solinís et al., 2013).
- Als zweites wurde ein Teil des Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) von (Schroder et al., 2011) genutzt. Der Fragebogen misst den Grad an gemeinsamer Zusammenarbeit von Teams, die in der Patient:innenversorgung arbeiten, anhand von 57 Items und 8 übergeordneten Dimensionen. Für die ASSIST Studie wurden die vier Dimensionen (i) gemeinsame Ziele („Mission, Meaningful Purpose, Goals“), (ii) Kommunale Vernetzung und Koordinierung der Versorgung („Community Linkages and Coordination of Care“), (iii) Einbezug von Patient:innen in die Behandlung durch das Versorgungsteam („Patient Involvement“), sowie (iv) Kommunikation & Informationsaustausch („Communication and Information Exchange“) ausgewählt. Die insgesamt 23 Items wurden in den Formulierungen an das SSHS angepasst.

(3) Digitalisierung im Stuttgarter Suchthilfesystem

Für das Themenfeld Digitalisierung des SSHS wurden Teile dreier Fragebögen kombiniert, die in vorherigen Studien bereits verwendet worden waren, um die Digitalisierung von (Sucht)Hilfeeinrichtungen beziehungsweise die Einstellung gegenüber digitalen Gesundheitsanwendungen aus Sicht von Gesundheitsfachkräften zu erheben.

- Der erste Fragebogen stammt aus einer Erhebung zu Einstellungen gegenüber eHealth-Anwendungen von Behandelnden aus dem Feld der Psychiatrie und Psychotherapie, die während des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) 2014 befragt wurden (Surmann et al., 2017).
- Der zweite Fragebogen entstammt einer Studie mit Leitenden von Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen, welche die Nutzung digitaler Möglichkeiten untersuchte (Isfort, 2019).
- Der dritte Fragebogen stammt aus einer Studie zum Stand und zu zukünftigen Bedarfen der Digitalisierung in der deutschen Selbsthilfe (Nickel et al., 2020). Er wurde auf der Basis von Expert:inneninterviews mit Vertreter:innen der Selbsthilfe und der einschlägigen Literatur entwickelt.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die für Teilstudie 1 übernommenen Themen aus den drei Fragebögen zur Digitalisierung sowie die Quelle des jeweiligen Originalfragebogens, aus dem diese Einzelthemen entnommen wurden. Um die Passung der Fragen zum SSHS herzustellen, wurden die Formulierungen angepasst, und zur Vereinheitlichung der Antwortoptionen wurde eine fünfstufige Antwortskala genutzt.

Tabelle 1. Übersicht der erfragten Themen zur Digitalisierung im SSHS (Teilstudie 1)

Themen	Quelle
Ist-Zustand & individuelle Einstellung gegenüber der Digitalisierung in der jeweiligen Einrichtung und des Stuttgarter Suchthilfesystems	Surmann et al. (2017)
Hürden & Barrieren bei der Umsetzung/Anwendung digitaler Möglichkeiten	Isfort (2019)
Persönliche Bereitschaft, die Suchhilfe/-beratung im Wandel der Digitalisierung zu gestalten	
Unterstützungsbedarfe bei der Umsetzung und Anwendung digitaler Möglichkeiten	
Möglichkeiten und Chancen der Digitalisierung für die jeweilige Einrichtung	Nickel et al. (2020)
Probleme bei der Digitalisierung	

(4) Commitment: Einstellung der Mitarbeitenden zum ASSIST-Projekt

Die Einstellung der Befragten gegenüber ASSIST wurde unter Nutzung von Teilen eines Fragebogens erfasst, der ursprünglich dazu entwickelt worden war, die kognitive und affektive Einstellung von Mitarbeitenden zu betrieblichen Veränderungsprozessen (Einführung eines neuen Produktionssystems) zu erheben (Barghorn, 2011). Die Übertragung in den Kontext der ASSIST-Evaluation erschien naheliegend, da die neue Versorgungsform ebenfalls einen potenziellen Veränderungsprozess für die Suchthilfe impliziert. Die Fragen wurden geringfügig umformuliert, um auf den Erhebungskontext der Suchthilfe zu passen.

2.1.6 Auswertungsstrategie inkl. Qualitätskriterien

Datenmanagement

Alle erhobenen Daten wurden regelmäßig durch Mitarbeitende der Studienzentrale in Ulm abgerufen und auf Servern an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg gespeichert. Die Verarbeitung und Auswertung erfolgte durch Mitarbeitende der Sektion Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung der Universität Ulm, welche die erhobenen Daten elektronisch auf ihre Plausibilität und ihre Vollständigkeit überprüften und anschließend für die Auswertung vorbereiteten. Für die Verarbeitung und Auswertung der Daten wurde das Softwarepaket SPSS genutzt.

Auswertung

Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

2.2 Teilstudie 2 - Vorstudie

2.2.1 Studiendesign

Die deskriptiven Daten aus Teilstudie 1 wurden in Teilstudie 2 durch qualitative Daten zur kollektiven Sicht von Betroffenen, Beratenden und Behandelnden, Vertreter:innen von Kostenträgern und weiteren Interessensvertreter:innen ergänzt, die im Rahmen von Fokusgruppen erhoben werden sollten. Die Ergebnisse wurden ebenfalls von der Konsortialführung sollten ebenfalls der finalen Konzeption der Intervention und Implementierung dienen.

2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Teilnehmenden für die Fokusgruppen wurden entsprechend der folgenden Einschlusskriterien rekrutiert:

Betroffene hinsichtlich Alkohol bzw. hinsichtlich anderer Substanzen:

- Alter von 18 bis 65 Jahre
- wohnhaft in Stuttgart (entsprechend Postleitzahl)
- Substanzbezogene Störung in der Vorgeschichte
- Kontakt zu mindestens zwei Einrichtungen des Suchthilfesystems in der Vorgeschichte
- Ausschluss: Obdachlosigkeit
- Ausschluss: gravierende strafrechtliche Belange in den vergangenen 5 Jahren

Beratende und Behandelnde:

- Zugehörigkeit zu einer der folgenden Berufsgruppen:
 - Sozialarbeiter:innen und Sozialpädagog:innen
 - Pflegekräfte
 - Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen
 - Ärzt:innen
 - sonstige Berufsgruppen, welche in die Versorgung von Menschen mit substanzbezogenen Störung einbezogen sind (z. B. Gesundheitsfachkräfte in Beratungsstellen)
- aktuelles Tätigkeitsfeld im Bereich Suchtarbeit oder Suchtmedizin
- aktuelle Tätigkeit in der Versorgungsregion Stuttgart

Vertreter:innen von Kostenträgern:

- Erfahrung im Bereich Suchtarbeit und Suchtmedizin
- Mitarbeitende in einer der folgenden Einrichtungen:
 - Krankenkasse
 - Rentenkasse
 - Stadt Stuttgart (z. B. Jugendamt, Gesundheitsamt)

Weitere Interessenvertreter:innen:

- Erfahrung im Bereich Suchtarbeit und Suchtmedizin
- Zugehörigkeit zu einer der folgenden Gruppen:
 - Einrichtungsleiter:innen im Bereich der Suchthilfe
 - Einrichtungsleiter:innen und Mitarbeiter:innen psychiatrischer Kliniken
 - städtische Mitarbeiter:innen (z. B. Jugendamt, Gesundheitsamt)
 - Betriebsrät:innen mittlerer bzw. großer Betriebe
 - Politische und religiöse Vertreter:innen
 - Angehörige von Betroffenen

2.2.3 Stichprobenkalkulation

Vorgesehen waren insgesamt sieben Fokusgruppen à 5 bis 8 Personen mit Betroffenen hinsichtlich Alkohol bzw. hinsichtlich anderer Substanzen ($n = 2$), mit Beratenden und Behandelnden ($n = 2$), mit Vertreter:innen von Kostenträgern ($n = 1$) sowie mit weiteren Interessenvertreter:innen ($n = 2$). Die Stichprobengröße wurde basierend auf Erfahrungswerten aus vergleichbaren, qualitativen Studien gewählt. Entsprechend dem Prinzip der theoretischen Sättigung sollten die Fallzahlen gegebenenfalls angepasst werden.

2.2.4 Stichprobenrekrutierung

Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte mit Unterstützung der Kooperationspartner und unter Einbezug weiterer Akteur:innen des Stuttgarter Suchthilfenetzwerks.

Die Teilnehmenden erhielten im Vorfeld ausführliche schriftliche Studieninformationen. Von allen Teilnehmenden wurde ein informiertes Einverständnis in Schriftform eingeholt. Menschen mit Suchterfahrungen erhielten jeweils eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 15 Euro in bar. Mitarbeitende der Suchthilfeeinrichtungen erhielten jeweils einen Büchergutschein des Psychiatrieverlags in Höhe von 15 Euro.

2.2.5 Datenerhebung und Erhebungsinstrumente

Die Datenerhebung erfolgte durch Mitarbeitende der Universität Ulm, welche mit der Durchführung qualitativer Studien vertraut waren.

Eingesetzt wurden Interviewleitfäden (siehe Anlage 2a und 2b), die folgende Themenschwerpunkte beinhalteten:

- Behandlungsbedarfe, Zugangswege und Behandlungsplanung
- Behandlungsretention und Behandlungszufriedenheit
- Erfahrungen mit und Einstellungen zu digitalen Plattformen
- Anforderungen und Erwartungen an eine Koordinationsplattform
- Barrieren und förderliche Faktoren für eine aktive Nutzung der Koordinationsplattform durch Betroffene, Beratende und Behandelnde.

Zur Einführung in die letzten beiden Themenschwerpunkte erfolgte eine ausführliche Erläuterung des ASSIST-Vorhabens in einem ca. fünfminütigen Kurzfilm, der von der Konsortialführung erstellt worden war und allen Teilnehmenden der Teilstudie 2 gezeigt wurde. Dabei wurden zwei Versionen des Videos genutzt: In einer Ausführung wurde ASSIST aus Betroffenenperspektive erklärt, in einer weiteren Version aus Sicht von Beratenden/Behandelnden. In beiden Kurzfilmen wurde das ASSIST-Gesamtprojekt beschrieben (einschließlich RKZ, Behandlungsassistent und der begleitenden Evaluation). Anschließend wurden die Befragten um Rückmeldungen gebeten.

Im direkten Anschluss an die Fokusgruppen wurden die Teilnehmenden gebeten, Kurzfragebögen für die Erhebung soziodemografischer Angaben auszufüllen.

2.2.6 Auswertungsstrategie inkl. Qualitätskriterien

Dokumentation und Datenmanagement

Die Daten werden elektronisch aufgezeichnet, transkribiert und anschließend pseudonymisiert.

Auswertung

Alle qualitativen Datenanalysen wurden mit MAXQDA Plus 2020 durchgeführt (VERBI Software, 2019). Im Sinne einer konsensuellen Validierung erfolgte die Analyse durch zwei Mitarbeitende der Universität Ulm.

Entlang dem Vorgehen einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) wurden in einem ersten Schritt alle Transkripte und Postskripte wiederholt gelesen, wichtige Textstellen markiert und nach den Interviews entstandene konsentrierte Zusammenfassungen erneut geprüft.

Anschließend wurden unter Anwendung eines deduktiv-induktiven Ansatzes thematische Hauptkategorien entwickelt und ein ausführliches Codebook mit Kategoriendefinitionen erstellt.

2.3 Teilstudie 3 – Effektevaluation und gesundheitsökonomische Evaluation

2.3.1 Studiendesign

Teilstudie 3 als Kernbestandteil der Begleitforschung zur ASSIST-Intervention diente der Effektevaluation und der gesundheitsökonomischen Evaluation.

Die **Effektevaluation** und die **gesundheitsökonomische Evaluation** erfolgten mittels einer randomisiert-kontrollierten Studie mit Wartezeit-Kontrollgruppe. Teilnehmen sollten 400 Personen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren mit einer substanzbezogenen Störung oder riskantem Konsum. Die Datenerhebung erfolgte an vier Messzeitpunkten über sechs Monate. Die Wartezeit-Kontrollgruppe erhielt unmittelbar nach der vierten Befragung Zugang zur Intervention und wurde zwei Monate später ein weiteres Mal befragt; hier gab es also insgesamt fünf Messzeitpunkte über acht Monate (Abbildung 2).

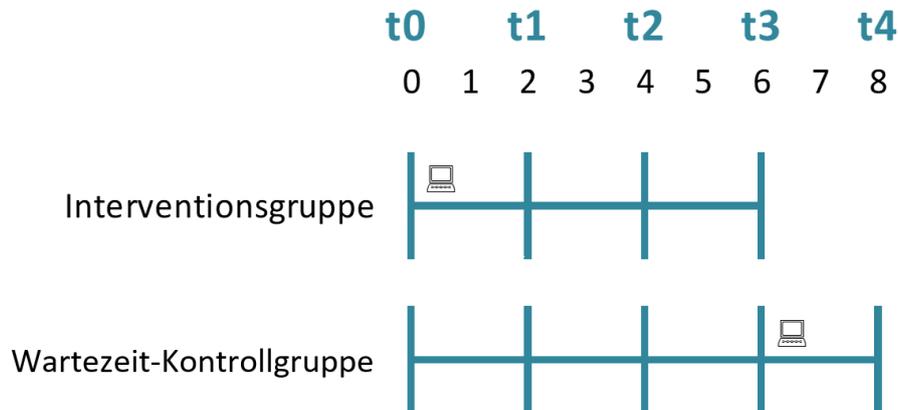


Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf der randomisierten kontrollierten Studie in Teilstudie 3
Das Computersymbol kennzeichnet den Zugang zur Online-Plattform und damit zur Intervention.

2.3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Studienteilnahme wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt:

Einschlusskriterien:

- Alter zwischen 18 und 65 Jahre
- Wohnhaft in Stuttgart (entsprechend Postleitzahl)
- Substanzbezogene Störung oder riskanter Konsum
- Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse

Ausschlusskriterien:

- Unzureichende Deutschkenntnisse
- Obdachlosigkeit
- Schwere neurologische oder psychiatrische Erkrankung, die schwere Beeinträchtigungen der Kognition zur Folge hat
- Akute Eigen- oder Fremdgefährdung
- Akute psychische Krise
- Gravierende strafrechtliche Belange in den vergangenen 5 Jahren
- Maßregelvollzug
- Ruhen des Leistungsanspruchs gemäß § 16 SGB V

2.3.3 Stichprobenkalkulation

Unter Annahme einer Dropout-Rate von 40 % erlaubt eine Stichprobengröße von 400 Personen die Entdeckung eines Effekts (Messwiederlungsdesign mit Within (Zeit) x Between (Gruppe) Interaktion, 2 Gruppen, 4 Zeitpunkte) mit einer mittleren Effektstärke (Cohen's $f = 0.25$) auf einem Signifikanzniveau von $p < 0.05$ mit einer Power ≥ 0.90 .

Aufgrund bisheriger Erfahrungen erwarteten wir einen Studienabbruch von etwa 20 % der Teilnehmenden nach der ersten Datenerhebung und von jeweils 10 % nach den weiteren Folgeerhebungen (nach t1 und t2, zudem für die Wartezeitgruppe nach t3). Der Studienabbruch nach t3 in der Wartezeitgruppe hat keinen Einfluss auf die Stichprobenkalkulation, da es sich hierbei nicht um die Primäranalyse handelt.

Trotz der intensiven Rekrutierungsbemühungen zeigte sich, dass die ursprüngliche Zielsetzung von 400 eingeschlossenen Studienteilnehmern nicht realisierbar sein würde. In einem Änderungsantrag vom 10. November 2022 wurde deshalb ein überarbeitetes Evaluationskonzept eingereicht. Die statistische Power wurde auf 80% abgesenkt, wodurch das Rekrutierungsziel für Teilstudie 3 auf 294 Personen reduziert wurde. Der Änderungsantrag wurde am 24. November 2022 vom DLR Projektträger genehmigt. Mit der Annahme des Änderungsantrags forderte der DLR Projektträger dazu auf, die Rekrutierung mit sofortiger Wirkung einzustellen, weil die neue Zielgröße zu diesem Zeitpunkt bereits erreicht war. Allerdings durften Interessierte, mit denen bereits Vorgespräche geführt und Termine für Aufklärung und Einwilligung fest vereinbart worden waren, noch in die Studie aufgenommen werden. Dadurch ergab sich letztlich eine leichte Überschreitung des neuen Rekrutierungsziels: Insgesamt wurden $N = 304$ Personen in die Studie eingeschlossen und durchliefen mindestens die Basiserhebung t_0 .

2.3.4 Stichprobenrekrutierung, Randomisierung und Zugang zur Intervention

Rekrutierung

Die Ansprache möglicher Teilnehmer:innen sollte primär durch das Klinikum Stuttgart als Konsortialführung und durch dessen Kooperationspartner erfolgen.

Genutzt wurden verschiedene Kommunikationswege, darunter digitale und analoge Medien sowie die mündliche Ansprache von Klient:innen. Interessierte Personen erhielten die Kontaktdaten (E-Mail, Telefon) der zentralen Ansprechperson des Evaluationsteams und wurden gebeten, sich dort zu melden. Die zentrale Ansprechperson nahm eine erste, grobe Prüfung der Ein-/Ausschlusskriterien vor und leitete die interessierte Person bei Studieneignung an eine:n Studienmitarbeiter:in weiter. Zudem waren die Studienmitarbeiter:innen in Abstimmung mit den kooperierenden Einrichtungen der Stuttgarter Suchthilfe dort regelmäßig selbst präsent und informierten bei Bedarf über das Projekt. Bei fehlender Studieneignung erhielten die Interessent:innen ein aktuelles Übersichtsblatt zu Anlaufstellen des SSHS.

Auf die Erstansprache folgte ein Termin mit dem zuständigen Mitglied des Evaluationsteams. Im Vorfeld dieses Termins erhielten die Studieninteressierten bereits die schriftlichen Teilnehmerinformationen, je nach individuellem Wunsch postalisch oder per E-Mail. Im Gespräch mit dem/der Studienmitarbeiter:in wurden zunächst die Ein- und Ausschlusskriterien nochmals detailliert überprüft. Es folgte die mündliche Aufklärung über den Verlauf, die Inhalte und die Ziele der Studie, verbunden mit der Möglichkeit zu Rückfragen und die Einholung der schriftlichen Einwilligung.

Die Teilnehmenden erhielten eine gestaffelte Aufwandsentschädigung von 10 € für das Absolvieren von t_0 , 15 € für t_1 , 20 € für t_2 , 25 € für t_3 und – sofern sie in der Wartezeitkontrollgruppe waren – 30 € für t_4 . Reisekosten zu Befragungsterminen wurden bei Bedarf erstattet.

Randomisierung

Die Randomisierung in eine der beiden Untersuchungsgruppen (Interventionsgruppe oder Wartezeit-Kontrollgruppe) erfolgte zentral durch das Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie der Universität Ulm, und zwar als Blockrandomisierung mit variabler Blocklänge. Die Randomisierung wurde initiiert sobald die informierte Einwilligung vorlag und die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft waren.

Behandlungsallokation und Zugang zur Intervention

Unmittelbar nach der t_0 -Erhebung wurden die Teilnehmenden über das Ergebnis der Randomisierung informiert. Diejenigen, welche der Interventionsgruppe zugewiesen worden waren, erhielten einen Code für die Registrierung im ASSIST-Onlineportal. Die Registrierung konnte per Smartphone, Tablet oder PC erfolgen und eröffnete den Zugang zum Online-

Assessment als erstem Schritt der Intervention. Für Studienteilnehmende ohne die entsprechende technische Ausstattung bestand die Möglichkeit, sich an eine der am Projekt beteiligten Einrichtungen zu wenden und dort Zugang zum Portal zu erhalten. Dafür wurden die Beratungsstellen mit Tablets ausgestattet, die an leicht zugänglichen Orten aufgestellt werden sollten.

Die Studienteilnehmenden der Wartezeit-Kontrollgruppe erhielten den Zugang zur ASSIST-Plattform erst im Anschluss an den vierten Befragungstermin (t3), also sechs Monate nach der Baseline-Befragung (t0). Bis dahin standen ihnen weiterhin alle Leistungen der Regelversorgung, aber keine zusätzlichen Leistungen der Intervention offen.

2.3.5 Datenerhebung inkl. primärer und sekundärer Zielgrößen sowie Erhebungsinstrumente

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte durch Mitarbeitende der Universität Ulm, welche vor Studienbeginn entsprechend geschult worden waren und einheitlichen Standardarbeitsanweisungen folgten. Eine Verblindung der Mitarbeitenden war nicht möglich, da im Rahmen des Interviews auch Informationen zum Behandlungsverlauf – und somit auch zum RKZ – abgefragt wurden. Für die Teilnehmenden der Interventionsgruppe gab es vier Erhebungszeitpunkte (t0 bis t3), für die Teilnehmenden der Wartezeit-Kontrollgruppe fünf Erhebungszeitpunkte (t0 bis t4), jeweils im Abstand von zwei Monaten.

Alle Befragungen bestanden aus zwei Bausteinen. Den ersten Baustein bildete eine Fragenbogen-Batterie, die durch den/die Studienmitarbeiter:in im persönlichen Gespräch (Interview) mit dem/der Klient:in ausgefüllt wurde. Die Datenerhebung erfolgte mittels Tablets unter Verwendung der deutschen Umfragesoftware SoSci Survey (Leiner, 2021). Soweit im Einzelfall, z.B. aufgrund technischer Probleme, Fragebögen in Papierform ausgefüllt wurden, übertrugen die Evaluationsmitarbeitenden die Daten später händisch in die Software. Je nach Wunsch der Studienteilnehmenden konnte das Interview in Präsenz oder online als Videokonferenz stattfinden. Im Fall von Online-Gesprächen fanden diese über die Videosprechstunde des Software-Anbieters Red Connect statt (RED Medical Systems GmbH, 2023). Red Connect wird u.a. von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als zertifizierter Videodienstleister gelistet und verfügt über eine vollständige Ende-zu-Ende-Verschlüsselung von personenbezogenen Daten (Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR, 2023). Die Teilnehmenden konnten auf ihren eigenen Wunsch hin ihr Video verbergen. Für Präsenz-Interviews erfolgte die Ortswahl jeweils in direkter Abstimmung zwischen Studienteilnehmenden und Evaluationsmitarbeitenden. In der Regel fanden die Gespräche in den Räumen des Klinikum Stuttgarts in Bad Cannstatt oder am stadtzentrumsnahen Standort des Behandlungszentrums Mitte statt. Es wurde angestrebt, dass zumindest die Baseline-Erhebung persönlich vor Ort stattfand, um ein Kennenlernen zu ermöglichen und eine Vertrauensgrundlage zu schaffen. Nach Abschluss des Interviews wurde soweit möglich bereits der Termin für die Folgebefragung mit den Teilnehmenden vereinbart. Im Vorfeld dieses Folgetermins erhielten die Teilnehmenden mehrere Erinnerungen auf dem individuell gewünschten Kommunikationsweg, in der Regel per E-Mail oder SMS.

Der zweite Baustein der Datenerhebung war eine Online-Fragebogenbatterie, die von den Teilnehmenden selbstständig ausgefüllt wurde. Als Plattform für die Online-Fragebögen diente auch hier SoSci-Survey. Wenn Studienteilnehmende die Fragebögen der Selbstbewertung auf Papier ausfüllen wollten, wurde ihnen neben den Bögen auch ein vorfrankierter Briefumschlag ausgeteilt, mit dem sie die Bögen kostenlos zur Studienzentrale an der Universität Ulm schicken konnten. Dort angekommen wurden die Fragebögen von einer Projektmitarbeiterin auf Vollständigkeit geprüft und in das Online-Fragebogen-Tool übertragen.

Zielgrößen und Erhebungsinstrumente

(1) Effektevaluation

Als **primäre Zielgröße** für die Effektevaluation wurde die Behandlungszufriedenheit festgelegt, da diese einen validen Indikator des Patientennutzens darstellt (Schreiner-Hecheltjen, 2015). Mit der zunehmenden Betonung der Patient:innenbeteiligung und der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der psychiatrischen Versorgung hat sich der Fokus in der Bewertung von Behandlungsprogrammen auf die Behandlungszufriedenheit verlagert (McLellan & Hunkeler, 1998).

Zur Erfassung der Zufriedenheit der Betroffenen mit ihrer psychiatrischen Versorgung eignet sich die deutschsprachige Kurzversion des Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (Attkisson & Zwick, 1982), die unter der Bezeichnung Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) publiziert wurde (Schmidt et al., 1989). Der ZUF-8 enthält acht Items, die auf einer vierstufigen Antwortskala beantwortet werden und zu einem Gesamtzufriedenheitswert aufsummiert werden können. Für die Zwecke der ASSIST-Evaluation wurde der ZUF-8, der im Original für die Bewertung von Klinikaufenthalten konzipiert ist, leicht angepasst: Items, die das Wort „Klinik“ enthalten, wurden allgemeiner formuliert und auf die „Behandlung“ bezogen. Um sicherzustellen, dass das primäre Zielkriterium von möglichst allen Teilnehmenden beantwortet wird, wurde der ZUF-8 in das Interview mittels Fragebogen-Batterie zur Fremdbewertung integriert.

Sekundäre Zielgrößen der Effektevaluation waren Empowerment, Lebensqualität und diverse suchtspezifische Kriterien.

Für die Messung von Empowerment wurde der Fragebogen EPAS (Kilian et al., 2012) verwendet. Er misst das Empowerment über die von den Klient:innen wahrgenommenen Möglichkeiten, ihr eigenes Leben zu kontrollieren auf fünf Dimensionen: Alltagsleben, soziale Beziehungen und Sexualität, Behandlungspartizipation, Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl. Der EPAS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument mit 33 Items sowie jeweils fünf Zusatzitems für berufstätige Betroffene und für Betroffene mit minderjährigen Kindern. Der Fragebogen wurde ursprünglich für Menschen mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen entwickelt, ist jedoch nicht auf diagnosespezifische Inhalte, sondern diagnoseübergreifend auf die Lebenssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ausgerichtet. Die psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens erweisen sich auch bei einer diagnoseübergreifenden Anwendung mit einer Reliabilität des EPAS Gesamtscores von Cronbachs Alpha = 0.93 und einer Kriteriumsvalidität von $r = -0.58$ mit dem HoNOS Gesamtscore sowie 0.68 mit dem WHOQOL-Bref Globalscore als sehr gut.

Die Lebensqualität wurde mittels der Bögen EQ-5D (Brooks et al., 2003), WHOQOL-BREF (Angermeyer et al., 2000) und WHODAS-II (Üstün et al., 2010) erfasst:

Der EQ-5D wird zur Bewertung des Gesundheitszustands verwendet und dient als Grundlage für die Ermittlung des Nutzwertes, d.h. der qualitätsbereinigten Lebensjahre (QALY). Befragte bewerten ihren Gesundheitszustand hinsichtlich fünf Dimensionen: Mobilität, Selbstversorgung, Allgemeine Tätigkeiten, Schmerz / körperliche Beschwerden & Angst / Niedergeschlagenheit. Die Ermittlung des Nutzwertes erfolgte anhand des Deutschen Value Sets für den EQ-5D-5L.

Der WHOQOL-BREF ist die Kurzversion des WHO Fragebogens zur Messung der Lebensqualität. Er erfasst mit 25 Items die subjektive Lebensqualität der letzten 14 Tagen in den Bereichen körperliche Gesundheit, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umweltbedingungen.

Der WHODAS 2.0 erfasst Schwierigkeiten der letzten 30 Tagen, die aufgrund von Gesundheitsproblemen entstehen können, und dient zur validen Beurteilung der Funktionsfähigkeit und allgemeinen Beeinträchtigung einer Person (Üstün et al., 2010).

Mittels 12 Fragen wird die Schwierigkeit eingeschätzt, Anforderungen des Alltags zu bewältigen, etwa 30 Minuten zu stehen oder Haushaltspflichten zu erledigen.

Für die Erhebung suchtspezifischer Kriterien stand mit dem MATE ein umfassendes, modulares Messinstrument zur Verfügung, welches speziell zur Behandlungsevaluation und für die Zuweisung zu verschiedenen intensiven Behandlungsmaßnahmen entwickelt wurde (Schippers et al., 2010). Das theoretische Rahmenkonzept für den MATE bildet das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (Schippers et al., 2010). Allerdings wurde der MATE bereits als Kernbestandteil des Online-Assessments im Rahmen der ASSIST-Intervention verwendet. Ausgehend von den Werten des MATE sollte dort die Zuweisung zu passenden Behandlungsangeboten erfolgen. Um eine mehrfache Anwendung des gleichen Messinstrumentes innerhalb weniger Tage (im Rahmen der Baseline-Erhebung der Evaluation und der Intervention) zu vermeiden, wurden für die Evaluation alternative Skalen für die MATE-Kennwerte (Schippers et al., 2009; Schippers et al., 2010) ausgewählt.

Die Behandlungsallokation und -retention wurde jeweils an den Folgerhebungen mittels folgender Fragen abgefragt:

- Haben Sie seit unserem letzten Befragungstermin neue Unterstützungsangebote wegen substanzbezogener Probleme in Anspruch genommen?
ja / nein (Detailabfrage der in Anspruch genommenen Angebote und des Leistungszeitraumes)
- Wenn ja, nutzen Sie das neue Angebote noch?
ja / nein

An den Folgerhebungen wurden außerdem „schwerwiegende unerwünschte Ereignisse“ seit dem letzten Befragungstermin abgefragt. Hierzu zählten Ereignisse, welche zum Tod oder zu bleibenden Schäden führten bzw. lebensbedrohliche Ereignisse (z. B. suizidales Verhalten). Diese Ereignisse standen meist im Zusammenhang zu einem stationären Aufenthalt. Stationäre Aufenthalte wurden per se jedoch nicht als schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis definiert, da diese in dieser Zielgruppe im Rahmen der Regelversorgung sehr häufig vorkommen.

Tabelle 2 und Tabelle 3 listen alle in Teilstudie 3 verwendeten Instrumente zur Effektevaluation auf und geben an, zu welchen Befragungszeitpunkten (Interventionsgruppe: t0 bis t3, Wartezeitkontrollgruppe: t0 bis t4) sie eingesetzt wurden bzw. welche MATE-Skalen damit abgebildet werden.

Tabelle 2. Übersicht der verwendeten Fragebögen und deren Erhebungszeitpunkte, sowie die entsprechende MATE-Skala (Teilstudie 3)

Erhebungszeitpunkt	Fragebogen	Quelle	MATE-Skalen
t0 bis t4	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8)	Schmidt et al. (1989)	-
t0 bis t4	standardisiertes, präferenzbasiertes Verfahren zur Bestimmung des Gesundheitszustandes (EQ-5D-5L)	Brooks et al. (2003)	-

Erhebungszeitpunkt	Fragebogen	Quelle	MATE-Skalen
t0 bis t4	Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI)	Roick et al. (2001)	in psych. Behandlung (MATE S2.2)
t0, t1, t3 & t4	Empowerment Assessment Scale (EPAS)	Kilian et al. (2012)	-

Tabelle 3. Übersicht der verwendeten Fragebögen und deren Erhebungszeitpunkte, sowie die entsprechende MATE-Skala (Teilstudie 3) (Fortsetzung)

Erhebungszeitpunkt	Fragebogen	Quelle	MATE-Skalen
t0, t1, t3 & t4	Kurzversion des Fragebogens zur Messung der Lebensqualität der World Health Organization Quality of Life Group (WHO-QOL BREF)	Angermeyer et al. (2000)	-
t0, t1, t3 & t4	WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)	Üstün et al. (2010)	-
t0, t1, t3 & t4	Severity of Dependence Scale (SDS)	Gossop et al. (1995)	Schweregrad der Abhängigkeit (MATE S4.3)
t0, t1, t3 & t4	Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)	Andreas et al. (2007) Wing et al. (2000)	Beeinträchtigung (MATE-ICN S7.1 bis S7.3)
t0, t1, t3 & t4	Camberwell Assessment of Need (CAN)	Kilian et al. (2001) Phelan et al. (1995)	(gedeckter) Hilfebedarf (MATE-ICN S8.1 bis S8.3)
t0 & t3	Timeline Followback (TFB)	L. C. Sobell und Sobell (1992)	Missbrauch (MATE S4.2)
t0 & t3	Mannheimer Craving Scale (MCS)	Nakovics et al. (2009)	Verlangen (MATE SQ1.1)
t0 & t3	Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4)	Kroenke et al. (2009)	Depression (MATE SQ2.1), Depression-Angst-Stress (MATE SQ2.4)
t0 & t3	Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)	Spitzer et al. (2006)	Angst (MATE SQ2.2). Depression-Angst-Stress (MATE SQ2.4)

Erhebungszeitpunkt	Fragebogen	Quelle	MATE-Skalen
t0 & t3	Perceived Stress Scale (PSS-10)	Cohen et al. (1983) Klein et al. (2016)	Stress (MATE SQ2.3)
t0 & t3	Somatic Symptom Scale (SSS-8)	Gierk et al. (2014) Gierk et al. (2015)	körperliche Beschwerden (MATE S5.1)
t0	medizinische Vorgeschichte	(siehe Anlage 3)	somatische / psychische Komorbidität (MATE S2.1; S2.3), Abhängigkeit (MATE S4.1)

Die Alternativskalen lassen sich wie folgt beschreiben:

- Der Timeline Follow Back (TFB) (L. C. Sobell & Sobell, 1992) ist eine Kalendermethode, welche das Konsumverhalten der Teilnehmenden in den letzten sieben Tagen anhand ihrer Selbstauskunft erfasst. Diese Methode erlaubt eine Schätzung der Art, Menge und Häufigkeit des Substanzkonsums sowie die Aufzeichnung eines Konsummusters.
- Bei der Severity of Dependence Scale (SDS) (Gossop et al., 1995) handelt es sich um eine Batterie von Screening-Fragebögen zur Erfassung des Schweregrads einer Alkohol-, Medikamenten- bzw. Drogenabhängigkeit. Anhand von je fünf Fragen wird die Schwere der Abhängigkeit auf Basis einer vierstufigen Skala (1 = nie, 4 = immer/fast immer) selbstbewertet und anschließend ein Gesamtwert pro Substanz gebildet.
- Die Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) (Andreas et al., 2007; Wing et al., 2000) sind ein Bewertungsinstrument zur Beurteilung der gesundheitlichen und psychosozialen Beeinträchtigung von Menschen mit psychischen Störungen in den letzten zwei Wochen. Es beinhaltet zwölf Bereiche und vier Kategorien: Verhalten, Beeinträchtigung, Symptome und soziale Funktionsfähigkeit. Durch Aufsummierung der Itemwerte lässt sich ein Gesamtwert bestimmen.
- Das Camberwell Assessment of Need (CAN) (Kilian et al., 2001; Phelan et al., 1995) ist ein Bewertungsinstrument, welches zur Identifikation von offenen Versorgungsbedarfen von Personen in den letzten vier Wochen eingesetzt wird. In 23 Lebensbereichen (z.B. Wohnsituation, seelischer Druck, Arbeitssituation) werden etwaige Probleme sowie die Art und das Ausmaß der erfahrenen Unterstützung erfragt. Es wird anschließend bewertet, ob es ausreichend Unterstützung gab oder ob ein ernstes Problem, also ein offener Bedarf in dem jeweiligen Lebensbereich vorlag.
- Die Mannheimer Craving Scale (MCS) (Nakovics et al., 2009) misst das Verlangen (eng. *Craving*) nach einem oder mehreren Suchtmittel(n), die wahrgenommene Kontrolle sowie die dadurch ausgelöste Belastung und Beeinträchtigung im Alltag. Der Fragebogen besteht aus zwölf Items und vier Zusatzitems, welche die Stärke des Verlangens erfassen. Durch Aufsummierung der zwölf Items lässt sich ein Gesamtwert bestimmen.
- Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4) (Kroenke et al., 2009) ist ein Fragebogen, der zum Screening auf Depressionen und generalisierter Angststörung in den letzten zwei Wochen verwendet wird. Pro Erkrankung werden jeweils zwei Fragen gestellt, die auf einer vierstufigen Antwortskala beantwortet werden (0-3). Ein Wert ≥ 3 je Erkrankung deutet darauf hin, dass diagnostische Kriterien der Erkrankungen erfüllt werden.

- Die Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) (Spitzer et al., 2006) ist ein sieben Fragen umfassendes Screening-Instrument zur Erkennung einer Angststörung. Mittels vierstufigem Antwortformat werden körperliche und psychische Angstsymptome abgefragt. Ein Gesamtwert von ≥ 10 spricht für eine mindestens mittelgradige Symptomausprägung.
- Die Perceived Stress Scale (PSS-10) (Cohen et al., 1983; Klein et al., 2016) wird zur Beurteilung der subjektiven psychischen Belastung (Stress) des letzten Monats verwendet. Anhand von zehn Fragen werden die subjektive Hilflosigkeit und Selbstwirksamkeit erfasst. Höhere Werte deuten auf ein höheres Stresslevel hin.
- Die Somatic Symptom Scale (SSS-8) (Gierk et al., 2014; Gierk et al., 2015) stellt ein kurzes Maß für die subjektive Einschätzung der somatischen Symptombelastung dar. Teilnehmende geben an, wie sehr sie in den letzten sieben Tagen durch acht häufig auftretende somatische Symptome beeinträchtigt wurden. Durch Aufsummierung der acht Itemwerte lässt sich ein Gesamtwert bestimmen.

Fast alle der Sekundärmaße sind als Selbstbewertungsinstrumente konzipiert. Ausnahmen von dem Antwortmodus des Selbstberichts stellen HoNOS und CAN dar. Bei diesen Instrumenten handelt es sich um Fremdbewertungsskalen, deren Items entsprechend im Rahmen der persönlichen Interviews von den Evaluationsmitarbeitenden bewertet wurden. Dafür erhielten diese im Vorfeld der Teilstudie 3 eine separate, umfangreiche Schulung.

(2) Gesundheitsökonomische Evaluation

Für die gesundheitsökonomische Evaluation der ASSIST-Intervention wurde die Inanspruchnahme von gesundheitlichen und psychosozialen Versorgungsleistungen mittels des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI) (Roick et al., 2001) erfasst. Die Krankheitskosten aus volkswirtschaftlicher Sicht wurden geschätzt, indem die in Anspruch genommenen Versorgungsleistungseinheiten mit entsprechenden Kostensätzen multipliziert (siehe Anlage 3) und die indirekten Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit hinzugerechnet wurden. Interventionskosten wurden in der aktuellen Analyse nicht berücksichtigt.

Informationen zur Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Gesundheitsleistungen wurden bei der Baseline-Erhebung t0 für den Zeitraum des letzten Monats (Medikamente) bzw. der zurückliegenden drei Monate (ambulante und gemeindenahe Leistungen) oder sechs Monate (stationäre und teilstationäre Leistungen) erfasst und (falls nötig) auf einen Zeitraum von sechs Monaten extrapoliert. Bei allen Folgerhebungen (t1 bis t4) wurden Informationen zur Inanspruchnahme für den Zeitraum des letzten Monats (Medikamente) bzw. der zurückliegenden zwei Monate (ambulante, gemeindenahe Leistungen, stationäre und teilstationäre Leistungen) erfasst und auf einen Zeitraum von sechs Monaten extrapoliert. Für die weiteren Analysen wurden die mittleren halbjährlichen Versorgungskosten im Nachbeobachtungszeitraum (t1 bis t3) verwendet.

Die Kostendaten wurden nach den folgenden Leistungsbereichen kategorisiert. 1. Kosten für psychiatrische und somatische stationäre Behandlungen; 2. Kosten für teilstationäre Behandlung; 3. Kosten für stationäre medizinische Rehabilitation; 4. Kosten für teilstationäre medizinische Rehabilitation; 5. Kosten für ambulante medizinische und psychotherapeutische Behandlung; 6. Kosten für ambulant verordnete Medikamente; 7. Kosten für ambulante psychosoziale Leistungen die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen werden (z. B. Beratungsangebote, Hilfs- und Unterstützungsangebote, Wohnbetreuung und Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation); 8. Indirekte Kosten durch Produktivitätsverluste wegen Arbeitsunfähigkeit (AU Zeiten) oder vorzeitiger Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit (EU Rente). Die Kostenkategorien 1 bis 6 wurden zu den GKV Gesamtkosten summiert. Die Summe der Kostenkategorien 1 bis 8 bilden die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten.

Der CSSRI wurde an allen Messzeitpunkten im Rahmen des Interviews mittels der Fragebogen-Batterie zur Fremdbewertung eingesetzt.

(3) Prozessevaluation

Zur Prüfung der korrekten Interventionsumsetzung wurde innerhalb der Routineerhebungen am RKZ eine Fidelity-Scale implementiert. Weitere Details hierzu wurden im Ergebnisbericht ab Seite 25 dargestellt.

2.3.6 Auswertungsstrategie inkl. Qualitätskriterien

Dokumentation, Datenmanagement und Datensicherheit

Die Erhebung, Speicherung und Auswertung der Studiendaten erfolgte durch Mitarbeitende der Sektion Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung der Universität Ulm unter Beachtung der einschlägigen Datenschutzbestimmungen. Alle Studiendaten wurden pseudonymisiert erhoben. Die Indextabellen für die Zuordnung von Personendaten und Studien-ID wurden passwortgeschützt und getrennt von den Daten gespeichert. Über diese Maßnahmen wurden die Studienteilnehmenden zu Beginn informiert und ihre Einwilligung zur Datenspeicherung wurde eingeholt.

Zur Qualitätssicherung waren https://www.deepl.com/translator?utm_source=windows&utm_medium=app&utm_campaign=windows-share beim elektronischen Ausfüllen des Fragebogens die Antwortkategorien vordefiniert. Außerdem erschienen Warnhinweise, wenn einzelne Items nicht beantwortet wurden.

Alle erhobenen Studiendaten wurden regelmäßig kontrolliert und auf Servern der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm gespeichert. Die Datenaufbereitung mit Softwarepaketen wie SPSS und STATA umfasste elektronische Datenprüfungen auf Plausibilität und Vollständigkeit sowie die Ableitung zusätzlicher Variablen (z.B. Scores) für die Analyse.

Auswertung

Zur statistischen Auswertung wurden die Statistikprogramme SPSS, Version 25 (IBM, 2017) und STATA, Version 17 (StataCorp, 2015) verwendet.

(1) Effektevaluation

Die Auswertung des primären Zielparameters im Rahmen der Effektevaluation erfolgte nach dem intention to treat (ITT) Prinzip mittels gemischter Modelle für Paneldaten für vier Messzeitpunkte (t0 bis t3). Unter der Voraussetzung der Missing at Random (MAR) Annahme erlaubt diese Methode die Berücksichtigung aller Fälle für die mindestens zu einem Messzeitpunkt Daten zur Verfügung stehen.

Die Parametrisierung des Mixed Effect Modells zur Bestimmung des Difference in Difference (DiD) Effektes erfolgt auf der Basis der Gleichung:

$$Y_{it} = b_0 + b_1 \text{Zeitpunkt}_t + b_2 \text{Gruppe}_{ASSIST \text{ vs. } TAU} + b_3 \text{Zeitpunkt}_t \times \text{Gruppe}_{ASSIST \text{ vs. } TAU} + \alpha_i + \varepsilon_{it}$$

Akronym: ASSIST

Förderkennzeichen: 01NVF19016

Formel 1: Parametrisierung des Mixed Effect Models

Y_{it} = Erwartungswert der Ergebnisvariable für Person i zum Zeitpunkt $t_0 - t_3$

b_0 = Regressionskonstante

b_1 Zeitpunkt = Regressionskoeffizient für die Veränderung von y über zwei Monate zwischen zwei Messzeitpunkten t_0-t_3

b_2 Gruppe ASSISTvs.TAU = Regressionskoeffizient für den Effekt der Untersuchungsgruppe ASSIST vs. TAU

b_3 Zeitpunkt $_t$ xGruppeASSISTvs.TAU = Interaktionseffekt zwischen dem Messzeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit (DiD Effekt)

α_i = fixer Fehlerterm

ε_{it} = variabler Fehlerterm

Die Auswertung der sekundären Zielparameter erfolgte ebenfalls mit diesen gemischten Modellen, wobei jedoch nur Daten für die Baseline-Erhebung und die Follow-Up Erhebung nach 6 Monaten (t_3) zur Verfügung standen.

Es erfolgte eine vertiefende Analysen unter Einbezug der Follow-Up Daten der Wartezeitgruppe nach Inanspruchnahme der ASSIST-Intervention (t_4). Hierfür wurden gemischte Regressionsmodelle über einen Beobachtungszeitraum von zwei Monaten unter Kontrollbedingungen (Wartezeitgruppe t_0 bis t_1) und Interventionsbedingungen (ASSIST Gruppe t_0 bis t_1 und Wartezeitgruppe t_3 bis t_4) berechnet.

(2) Gesundheitsökonomische Evaluation

Die halbjährlichen Versorgungskosten im Follow-Up Zeitraum (sechs Monate nach t_0 , erhoben an t_1 bis t_3) wurden für jeden Leistungsbereich zwischen den beiden Untersuchungsgruppen mittels linearer Regressionsmodelle verglichen. Der Abweichung der Kostenverteilung von der Normalverteilung wurde durch die Schätzung robuster Standardfehler mittels nicht-linearen Bootstrappings mit 1.000 Replikationen (Kilian et al., 2002; Salize & Kilian, 2010) Rechnung getragen.

Die Bestimmung der Kosten-Effektivitätsrelationen aus der volkswirtschaftlichen Perspektive erfolgte nach der Nettonutzenmethode. Die Schätzung der inkrementellen Kosten-Nutzenwertrelationen (IKNR) Varianz erfolgt mittels non-parametrischem Bootstrapping mit 10.000 Replikationen (Salize & Kilian, 2010).

Fehlende Daten wurden für die gesundheitsökonomische Evaluation durch das Last Observation Carried Forward Verfahren imputiert.

2.4 Teilstudie 4 - Prozessevaluation

2.4.1 Studiendesign

Eine qualitative Prozessevaluation erfolgte in Teilstudie 4 im Rahmen von Fokusgruppen zur kollektiven Sicht von Betroffenen, Beratenden, Behandelnden und weiteren Interessenvertreter:innen sowie Leistungs- und Kostenträgern. Ziel von Teilstudie 4 war es, auf der Grundlage der Erfahrungen mit der ASSIST-Intervention hinderliche und förderliche Faktoren bei der Implementierung innovativer Versorgungskonzepte zur sektorenunabhängigen Behandlungscoordination mittels Online-Assessment für Menschen mit substanzbezogenen Abhängigkeiten zu identifizieren und die Vorstellungen der einzelnen Akteure bzgl. der Weiterentwicklung des Suchthilfesystems zu erfassen. Weiterführendes Ziel war es, auf der Grundlage der Erfahrungen mit ASSIST Perspektiven für innovative Versorgungskonzepte für Menschen mit substanzbezogenen Abhängigkeiten zu eruieren.

Akronym: ASSIST

Förderkennzeichen: 01NVF19016

2.4.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Fokusgruppen wurden jeweils separate Einschlusskriterien für die einzelnen Zielgruppen festgelegt.

Betroffene hinsichtlich Alkohol bzw. hinsichtlich anderer Substanzen:

- Vollständige Teilnahme an Teilstudie 3 ohne vorheriges Ausscheiden (d.h. mindestens t0 und t3 bei Interventionsgruppe bzw. mindestens t0 und t4 bei Kontrollgruppe)

Beratende und Behandelnde:

- Zugehörigkeit zu einer der folgenden Berufsgruppen:
 - Sozialarbeiter:innen und Sozialpädagoge:innen
 - Pflegekräfte
 - Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen
 - Ärzt:innen
 - sonstige Berufsgruppen, welche in die Versorgung von Menschen mit substanzbezogenen Störung einbezogen sind (z. B. Gesundheitsfachkräfte in Beratungsstellen)
- aktuelles Tätigkeitsfeld im Bereich Suchtarbeit oder Suchtmedizin
- aktuelle Tätigkeit in der Versorgungsregion Stuttgart
- Erfahrung mit ASSIST Behandlungskoordination im Projektzeitraum

Vertreter:innen von Kostenträgern:

- Erfahrung im Bereich Suchtarbeit und Suchtmedizin
- Mitarbeiter:innen in einer der folgenden Einrichtungen:
 - Krankenkasse
 - Rentenkasse
 - Stadt Stuttgart (z. B. Jugendamt, Gesundheitsamt)

Weitere Interessenvertreter:

- Erfahrung im Bereich Suchtarbeit und Suchtmedizin
- Zugehörigkeit zu einer der folgenden Gruppen:
 - Einrichtungsleiter:innen im Bereich der Suchthilfe
 - Einrichtungsleiter:innen und Mitarbeiter:innen psychiatrischer Kliniken
 - städtische Mitarbeiter:innen (z. B. Jugendamt, Gesundheitsamt)
 - Betriebsrätinnen und Betriebsräte mittlerer bzw. großer Betriebe
 - Politische und religiöse Vertreter:innen
 - Angehörige von Betroffenen

Bei der Rekrutierung der Teilnehmenden für die Fokusgruppen weiterer Interessenvertreter:innen sollte darauf geachtet werden, dass der Großteil dieser in der Region Stuttgart lebte bzw. tätig ist und Erfahrungen mit ASSIST Behandlungskoordination im Projektverlauf gesammelt hatte.

2.4.3 Stichprobenkalkulation

Basierend auf Erfahrungswerten aus vergleichbaren qualitativen Studien wurden folgende Fallzahlen für die Fokusgruppen (à 5 - 8 Personen) gewählt:

- n = 2 mit Betroffenen
- n = 2 mit Beratenden und Behandelnden
- n = 1 mit Vertreter:innen von Kostenträgern
- n = 2 mit weiteren Interessenvertreter:innen

2.4.4 Stichprobenrekrutierung

Die Rekrutierungsstrategien waren auf die einzelnen Zielgruppen ausgerichtet:

Betroffene wurden von den Evaluationsmitarbeitenden aus Teilstudie 3 im Anschluss an die entsprechende Abschlussbefragung auf die Möglichkeit der zusätzlichen Teilnahme an Teilstudie 4 hingewiesen und bei Interesse ausführlicher informiert.

Behandelnde/Beratende, Vertreter:innen von Leistungs- und Kostenträgern sowie weitere Interessenvertreter:innen wurden unter denjenigen Teilnehmenden aus Teilstudie 2 rekrutiert, die angegeben hatten, für eine erneute Studienteilnahme kontaktiert werden zu dürfen. Zudem wurden Mitarbeitende und Interessenvertreter:innen angesprochen, zu denen bereits im Rahmen von Teilstudie 3 Kontakt bestanden hatte. Durch einen Aufruf im ASSIST-Newsletter wurde zusätzlich unter allen Mitarbeitenden der kooperierenden Einrichtungen für eine Studienteilnahme geworben.

Diejenigen Personen, die ihr Interesse an einer Mitwirkung bekundet hatten, wurden von einer Studienmitarbeiterin aus Teilstudie 4 kontaktiert und schriftlich und mündlich über die Details der Teilnahme aufgeklärt. Vor der Durchführung der Fokusgruppeninterviews unterschrieben alle Teilnehmenden die Einwilligungserklärung.

Für ihre Teilnahme erhielten Betroffene eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 15 Euro. Behandelnde/Beratende, weitere Interessenvertreter:innen sowie Vertreter:innen von Leistungs- und Kostenträgern erhielten einen Büchergutschein des Psychiatrie-Verlags im Wert von 15 Euro als Aufwandsentschädigung.

2.4.5 Stichprobenrealisation

Die Rekrutierung potenzieller Teilnehmender aller vier Zielgruppen (Betroffene, Beratende/Behandelnde, Vertreter:innen von Kostenträgern, weitere Interessenvertreter:innen) fand zwischen November 2022 und Februar 2023 statt. Ziel war es, Fokusgruppen mit mindestens drei Teilnehmenden bilden zu können. Interessent:innen, die nicht an den Terminen der Fokusgruppen teilnehmen konnten, wurde ein Termin für ein Einzelinterview angeboten.

Bei den Betroffenen bestand eine große Nachfrage nach der Mitwirkung an Teilstudie 4, so dass wir das Rekrutierungsziel übertreffen konnten. Mit Behandelnden/Beratenden konnte eine Fokusgruppe sowie ein Einzelinterview durchgeführt werden. Eine zweite geplante Fokusgruppe kam aufgrund kurzfristiger Terminüberschneidungen sowie Krankheit auf Seiten der Teilnehmenden nicht zustande. Trotz umfangreicher Bemühungen, Vertreter:innen von Kostenträgern sowie weitere Interessenvertreter:innen zu rekrutieren, konnten jeweils nur zwei Einzelinterviews durchgeführt werden.

Insgesamt wurden folgende Fokusgruppen und Experteninterviews erfolgreich durchgeführt:

- Betroffene (N = 15):
 - drei Fokusgruppen in Präsenz mit drei, vier bzw. sechs Personen
 - zwei Einzelinterviews online
- Beratende / Behandelnde (N = 7):
 - eine Fokusgruppe online mit vier Personen
 - drei Einzelinterviews online
- Kostenträger (N = 2)
 - zwei Einzelinterviews online
- weitere Interessenvertreter:innen (N = 2)
 - zwei Einzelinterviews online

2.4.6 Datenerhebung und Erhebungsinstrumente

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews wurden mithilfe eines semistrukturierenden Leitfadens durchgeführt.

Geplant waren folgende Themen für den Leitfaden:

- Akzeptanz, Bewertung von Inhalt und Praktikabilität der Koordinationsplattform

Akronym: ASSIST

Förderkennzeichen: 01NVF19016

- Umgang mit dem Behandlungsassistenten
- subjektive Einschätzung der Effekte hinsichtlich Behandlungsretention und Behandlungszufriedenheit
- Barrieren und förderliche Faktoren für eine aktive Nutzung der Koordinationsplattform durch Betroffene, Beratende und Behandelnde

Durch regelmäßige Treffen im Studienteam wurden die Inhalte der Leitfäden für die einzelnen Personengruppen diskutiert und angepasst.

Der finale Leitfaden für Betroffene (siehe Anlage 4a) enthielt die Themenfelder:

- Zugang zum ASSIST-Angebot
- Akzeptanz und inhaltliche Bewertung/Praktikabilität der einzelnen Aspekte (Online-Assessment, Behandlungsplanung, Online-Plattform)
- Behandlungszufriedenheit
- Zufriedenheit mit ASSIST und zukünftige Nutzung

Der finale Leitfaden für Behandelnde/Beratende (siehe Anlage 4b) enthielt die Themenfelder:

- Persönlicher Bezug zum ASSIST-Angebot
- Akzeptanz und inhaltliche Bewertung/Praktikabilität der einzelnen Aspekte (Online-Assessment, Behandlungsplanung, Online-Plattform)
- Zufriedenheit mit ASSIST und zukünftige Nutzung

Der finale Leitfaden für weitere Interessenvertreter:innen und Vertreter von Leistungs- und Kostenträgern (siehe Anlage 4c) enthielt die Themenfelder:

- Persönlicher Bezug zum ASSIST-Angebot
- Akzeptanz und inhaltliche Bewertung/Praktikabilität der einzelnen Aspekte (Online-Assessment, Behandlungsplanung, Online-Plattform)
- Chancen und Grenzen von ASSIST
- Zukünftige Versorgungsangebote

2.4.7 Auswertungsstrategie inkl. Qualitätskriterien

Dokumentation und Datenmanagement

Die Fokusgruppen und Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkripte wurden anschließend auf Richtigkeit überprüft und pseudonymisiert.

Auswertung

Alle qualitativen Datenanalysen wurden mit MAXQDA Plus 2020 durchgeführt (VERBI Software, 2019). Im Sinne einer konsensuellen Validierung erfolgte die Analyse durch fünf Mitarbeitende der Universität Ulm. Zunächst erfolgte für alle Fokusgruppen und Interviews eine initiierende Textarbeit und die Anfertigung von Fallzusammenfassungen, wie es bei der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) üblich ist. Nach einer mehrfachen Sichtung und Diskussion der Transkripte wurden basierend auf den Fragen im Leitfaden die wichtigsten Diskussionspunkte aus jedem Transkript deskriptiv zusammengefasst. Es erfolgte also eine systemisch ordnende, zusammenfassende Darstellung von Charakteristika des jeweiligen Transkripts unter Berücksichtigung der Forschungsfrage. Basierend auf den Einzelzusammenfassungen wurde in einem nächsten Schritt eine übergreifende Fallzusammenfassung für jede Personengruppe angefertigt. Die Zusammenfassungen wurden im Team gegengelesen, diskutiert und überarbeitet. Für die Gruppen der Behandelnden und der Kostenträger und weitere Interessenvertreter:innen erfolgte die Ergebnisdarstellung basierend auf den Fallzusammenfassungen, die für die deskriptive Ergebnisdarstellung weiter verdichtet wurden.

Da die Nutzerperspektive für die Umsetzung von ASSIST von besonderem Interesse ist, erfolgte hier im Anschluss an die Fallzusammenfassung eine weitergehende Analyse. Hierfür

wurden die Transkripte der Betroffenen mit einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) ausgewertet: In einem ersten Schritt wurden wichtige Textstellen markiert, spontane Auswertungsideen notiert sowie erste kurze Fallzusammenfassungen geschrieben. Anschließend wurden deduktive (aus dem Leitfaden) und induktive (aus dem Datenmaterial) Hauptkategorien und Subkategorien gebildet sowie die weitere Ausdifferenzierung und Anpassung des Kategoriensystems vorgenommen. Die Arbeit an den Transkripten wurde von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen durchgeführt, die ihre Ergebnisse regelmäßig im Studienteam vorstellten und diese dort diskutierten. Die Zuordnung der kodierten Textsegmente ins Kategoriensystem wurde von zwei weiteren wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen überprüft.

3. Ergebnisse der Evaluation

3.1 Teilstudie 1 - Vorstudie

3.1.1 Stichprobenrealisation

Realisation der Rekrutierungsstrategie

Die angepeilte Zielgruppe, Mitarbeitende der fünf kooperierenden Leistungsträger des SSSS, wurde im Rahmen einer Online-Auftaktveranstaltung im März 2021 umfassend über die Studie informiert (60 Teilnehmende). Anschließend erhielten die Einrichtungsleitungen der Kooperationspartner per E-Mail die Studienunterlagen sowie den Link zum Online-Fragebogen, verbunden mit der Bitte um Weiterleitung an alle Mitarbeitenden. In Einzelfällen und auf Nachfrage konnte der Fragebogen mit Stift & Papier ausgefüllt werden, der Versand erfolgte in diesem Fall auf dem Postweg. Dies wurde von zwei Personen in Anspruch genommen.

Im April wurden die Einrichtungsleitungen insgesamt drei Mal in ca. wöchentlichem Abstand an die Befragung erinnert und gebeten, in der Mitarbeiterschaft weiterhin für die Teilnahme zu werben. Aufgrund der schleppenden Beteiligung wurde der Erhebungszeitraum um eine Woche auf insgesamt fünf Wochen verlängert.

Abweichungen vom ursprünglichen Rekrutierungsziel

Insgesamt wurden schließlich N = 121 Aufrufe des Online-Fragebogens verzeichnet. Nach Ausschluss einiger Fragebögen aufgrund fehlender Einwilligung oder vorzeitigen Abbruches flossen letztendlich N = 77 Datensätze in die Auswertung ein, wovon = 65 vollständig waren (Abbildung 3).

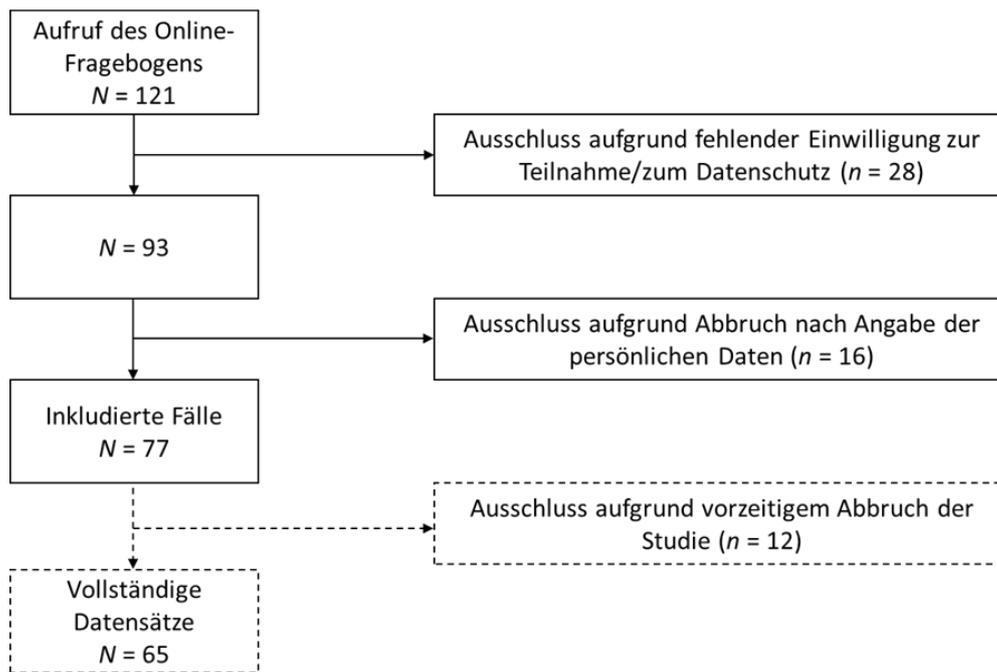


Abbildung 3. Flussdiagramm der Teilnehmenden von Teilstudie 1

Laut ursprünglicher Zielsetzung sollten 75% der Mitarbeitenden der fünf ASSIST-Kooperationspartner erreicht werden. Entsprechend einer Selbstauskunft der Einrichtungen arbeiteten zum Befragungszeitpunkt 210 Personen in den kooperierenden Einrichtungen des SSHS. Damit wurden knapp 58% der Mitarbeitenden initial erreicht und letztendlich konnten Daten von knapp 37% in die Auswertung einfließen.

Somit wurde das Rekrutierungsziel nur teilweise erreicht. Hierfür sind zwei wesentliche Gründe zu nennen:

Erstens erhielten wir von den Einrichtungen nur die jeweils absoluten Mitarbeiterzahlen. Es ist davon auszugehen, dass längst nicht alle Mitarbeitenden die Einschlusskriterien (insbesondere: Stellenumfang von mindestens 50 %) erfüllten, so dass die Gesamtheit der für die Studienteilnahme infrage kommenden Personen kleiner und der Erreichungsgrad bezüglich dieser Grundgesamtheit entsprechend höher sein dürfte.

Zweitens wurde die Rekrutierung erheblich durch die SARS-CoV-2 Pandemie erschwert, die zum Zeitpunkt der Durchführung von Teilstudie 1 gerade massiv in Deutschland angekommen war und das öffentliche Leben weitgehend einschränkt. Dadurch mussten die geplanten Informationsveranstaltungen in allen Einrichtungen entfallen und durch eine zentrale Online-Veranstaltung ersetzt werden – zu einer Zeit, als Online-Kommunikationsformate noch längst nicht so etabliert waren wie in späteren Phasen der Pandemie. Auch alle weiteren Rekrutierungsbemühungen konnten nur online erfolgen. Zusätzlich stellte die Pandemie die Mitarbeitenden des SSHS in ihrer täglichen Arbeit vor enorme Herausforderungen, was viele Ressourcen band.

Trotz der nicht ganz erreichten Befragungsquote konnten Mitarbeitende aller fünf kooperierenden Träger sowie diverser Berufs- und Altersgruppen rekrutiert werden, weshalb davon auszugehen ist, dass alle relevanten Perspektiven in die Ergebnisse eingeflossen sind.

3.1.2 Soziodemographische und arbeitsbezogene Informationen der Befragten

Die Befragten waren im Schnitt knapp 40,5 Jahre alt (SD = 11.41) und zu gut zwei Dritteln weiblichen Geschlechts (66,2%). Bei den Berufsgruppen dominierte deutlich die Sozialarbeit (74%), zudem waren Psycholog:innen (14%) und Mediziner:innen (8%) vertreten. 4% machten hier keine Angabe, möglicherweise aus Sorge um die Wahrung der Anonymität. Etwas mehr

als zwei Drittel der Befragten waren für die Caritas (37,7%) oder das Klinikum Stuttgart (29.9%) tätig; knapp die Hälfte (49,4%) arbeitete in einer Beratungsstelle.

3.1.3 Zugangswege und Weitermittlung von Klienten im Stuttgarter Suchthilfesystem

Der Einstieg ins SSSH erfolgt nach Angaben der Befragten häufig durch Selbstzuweisung (Mittelwert (M) = 3.97, SD = 1.08, 5er-Skala: 1 = „sehr selten“ bis 5 = „sehr häufig“). Mit deutlichem Abstand folgte die Vermittlung durch Familie, Freunde oder Bekannte (M = 3.15, SD = 1.17). Suchtberatungsstellen lagen an dritter Stelle (M = 3.03, SD = 1.25), gefolgt von Justizbehörde, Polizei und Sozialer Verwaltung (M = 2.90, SD = 1.23). Am seltensten wurden Klient:innen durch Einrichtungen der Jugendhilfe (M = 1.72, SD = 0.92) und Altenhilfe (M = 1.31, SD = 0.59) vermittelt.

Ein weiterer Kontakt zwischen der zuweisenden Versorgungsstelle und der aufnehmenden Einrichtung erfolgte eher nicht (M = 2.80, SD = 0.97).

Nach Abschluss einer Maßnahme schien es üblich zu sein, dass die Mitarbeitenden ihre Klient:innen über andere trägerinterne oder trägerexterne Anlaufstellen informieren (M = 4.48, SD = 0.62; 45,5% der Befragten wählten hier den höchsten Wert „sehr häufig“) und Zugang zu weiteren Versorgungsangeboten vermitteln (M = 4.11, SD = 0.83). Den Anteil der Klient:innen, die zu anderen Trägern weitervermittelt wurden, schätzten die Befragten im Mittel auf 41,00% (Minimum: 8%, Maximum: 92%), trägerintern waren es 24,95% (Minimum: 1%, Maximum: 82%), wobei beide Einschätzungen eine große Varianz aufwiesen.

Nach der Weitervermittlung blieben die Mitarbeitenden nur teilweise im Kontakt mit der aufnehmenden Einrichtung (M = 3.03, SD = 0.99).

3.1.4 Zusammenarbeit im Stuttgarter Suchthilfesystem

Die Aussagen zur Zusammenarbeit zwischen den Anbietern im SSSH, die den Befragten im Rahmen des CPAT vorgelegt wurden, stießen auf einer 5er-Skala (1 = „stimmt überhaupt nicht“, 5 = „stimmt voll und ganz“) insgesamt auf mittlere bis gute Zustimmung. Die Bildung von Durchschnittswerten über alle Items der jeweiligen Dimension ergab für die vier verwendeten CPAT-Dimensionen folgendes Bild: Die größte Zustimmung erfuhr die Dimension „Patient Involvement“ (M = 4.22, SD = 0.57), welche den Einbezug der PatientInnen/KlientInnen in die Behandlung erfasst. Im Mittelfeld lagen die Dimensionen „Mission, Meaningful Purpose, Goals“ (M = 4.09, SD = 0.48) und „Communication and Information Exchange“ (M = 4.09, SD = 0.64) zur Erfassung gemeinsamer Ziele und des Informationsaustausches im Team. Die Dimension „Community Linkages and Coordination of Care“, welche den Informationsaustausch zwischen verschiedenen Organisationen erfasst, erhielt die geringste Zustimmung (M = 3.63, SD = 0.67).

Auf Ebene der Items trafen im CPAT-Fragebogen die Aussagen „Die primäre Absicht unseres Teams ist es, Patient:innen/Klient:innen dabei zu unterstützen deren Behandlungsziele zu erreichen“ (M = 4.66, SD = 0.56) und „Ich vertraue der Richtigkeit der Informationen, die unter Mitarbeitenden des Teams ausgetauscht werden“ (M = 4.60, SD = 0.52) auf die größte Zustimmung. Die Aussage „Unser Team hat ein festgelegtes Vorgehen, um die Koordination und Versorgung von Patient:innen/Klient:innen zusammen mit anderen Einrichtungen im SSSH zu optimieren“ traf hingegen nur auf mittlere Zustimmung (M = 3.06, SD = 1.01).

Im Fragebogen zur interprofessionellen Zusammenarbeit entsprechend Nuño Solinís et al. (2013) zeigte sich eine etwas geringere, dennoch mittlere durchschnittlich Zustimmung (M = 3.31, SD = 0.49). Die größte Zustimmung erfuhr hierbei die Aussage „In der Interaktion mit den Mitarbeitenden unterschiedlicher Einrichtungen werden die Interessen und Vorlieben von Patient:innen/Klient:innen berücksichtigt“ (M = 3.80, SD = 0.57). Das Vorhandensein gemeinsamer Entscheidungsträger, die für verschiedene Einrichtungen des Suchthilfesystems verantwortlich sind, traf hingegen nur auf mittlere Zustimmung (M = 3.00, SD = 0.92).

3.1.5 Digitalisierung im Stuttgarter Suchthilfesystem: Stand der Umsetzung und persönliche Haltungen

Insgesamt schienen zum Zeitpunkt der Befragung wenige Prozesse in der Suchtarbeit der befragten Mitarbeitenden digitalisiert zu sein. So stimmten die Befragten nur teilweise der Aussage zu, dass sie aktuell digitale Angebote zur Beratung / Behandlung in ihrer Einrichtung verwendeten ($M = 2,87$ $SD = 1,28$). Demgegenüber bestand jedoch ein moderates Interesse an den Möglichkeiten digitaler Angebote in der Suchthilfe. Knapp die Hälfte der Befragten (48,1%) stimmten „vollkommen“ zu, dass es wichtig sei, dass die eigene Einrichtung für die Patient:innen/Klient:innen digital erreichbar ist ($M = 4.22$, $SD = 1.00$).

Die Chancen der Digitalisierung für die eigene Einrichtung wurden von den Befragten differenziert gesehen. Auf die größte Skepsis stieß die Aussage „Nur mit digitalen Angeboten können wir als Einrichtung überleben“ ($M = 2.60$, $SD = 1.20$); rund ein Viertel der Befragten (24,7%) antwortete hier mit „Stimmt gar nicht“. Die größte Zustimmung erfuhren die Aussagen „Wir können über digitale Kanäle die Öffentlichkeit besser informieren“ ($M = 4.09$, $SD = 0.90$), „Digitale Medien beschleunigen den Austausch innerhalb unserer Einrichtung“ ($M = 3.97$, $SD = 0.77$) und „Unsere Patient:innen/Klient:innen und Zielgruppen nutzen digitale Angebote heute mehr als vor 5 Jahren“ ($M = 3.95$, $SD = 1.04$).

Zu möglichen Hindernissen bei der Digitalisierung befragt, zeigten sich die Studienteilnehmenden unentschieden. Die meisten Aussagen wurden im Schnitt mit „teils, teils“ bewertet. Möglicherweise lag dies auch an der Unklarheit darüber, was digitale Suchtarbeit leisten soll, da diese Aussage den vergleichsweise höchsten Zustimmungswert erzielte ($M = 3.47$, $SD = 1.07$). Interessant ist, dass die Hürde „Widerstand/Ängste bei den Mitarbeiter:innen“ ($M = 3.24$, $SD = 0.84$) eine etwas höhere Zustimmung erhielt als die Hürde „Geringe Akzeptanz bei Klient:innen“ ($M = 2.89$, $SD = 0.87$).

Zugleich sahen die Befragten auch Grenzen der Digitalisierung in der eigenen Einrichtung. Der Aussage, dass rein digitale Angebote die persönlichen Kontakte vor Ort nicht ersetzen könnten, stimmten 59,7% der Teilnehmenden „vollkommen“ zu ($M = 4.44$, $SD = 0.86$). Zudem stieß die Aussage „Die digitale Kommunikation hat ihre Grenzen, und deswegen bleiben wir in bestimmten Bereichen ganz bewusst analog“ auf überdurchschnittliche Zustimmung ($M = 3.68$, $SD = 1.04$).

Die Befragten zeigten sich tendenziell jedoch gewillt, persönlich dazu beizutragen, die Suchthilfe im Wandel der Digitalisierung zu gestalten. Eine hohe Bereitschaft zeigte sich dafür, Interessen und Wünsche der Patient:innen/ Klient:innen zu erfragen ($M = 4.33$, $SD = 0.82$), Weiterbildungen zu beispielsweise Datenschutz und Online-Beratung wahrzunehmen ($M = 4.08$, $SD = 0.81$) sowie in den Erfahrungsaustausch mit Institutionen zu gehen, die bereits digitale Angebote vorhalten ($M = 4.16$, $SD = 0.77$).

Ebenso bestand eine gewisse Nachfrage der Mitarbeitenden nach Unterstützung bei der Umsetzung und Anwendung digitaler Möglichkeiten. Insbesondere eine „Übersicht zu erfolgreichen Beispielen“, die „Bereitstellung von Weiterbildungsangeboten“ sowie die Unterstützung durch „Ansprechperson(en) zum Thema Digitalisierung (digitale Lotsen)“ erhielten hohe Zustimmungswerte ($M = 4.05$, 3.97 , 3.99 , $SD = 4.05$, 0.86 , 0.89).

3.1.6 Commitment: Einstellung der Mitarbeitenden zum ASSIST-Projekt

Das Commitment der befragten Mitarbeitenden der verschiedenen Kooperationspartner gegenüber der ASSIST-Studie war insgesamt im mittleren bis eher zustimmenden Bereich ($M = 4.95$, $SD = 1.02$, 7er-Skala).

Tendenziell erhielten die positiv-formulierten Aussagen zum ASSIST-Projekt im Schnitt unentschiedene bzw. leicht positive Antworten. Eine leichte Tendenz zum Zustimmungsbereich zeigte sich bei den Items „Ich glaube, dass meine Einrichtung von diesem Projekt profitieren wird“ ($M = 4.41$, $SD = 1.88$), „Ich glaube, dass die Patient:innen/

Akronym: ASSIST

Förderkennzeichen: 01NVF19016

Klient:innen von diesem Projekt profitieren werden“ (M = 4.48, SD = 1.38) und „Meiner Ansicht nach wird dieses Projekt zu etwas Guten führen“ (M = 4.49, SD = 1.19).

Auf der anderen Seite stießen die negativ-formulierten Aussagen auf eher wenig Zustimmung (Beispiel: „Dieses Projekt beunruhigt mich“, M = 2,30 SD = 1,01). Eine vergleichsweise hohe Zustimmung entfiel jedoch auf die Aussage „Ich habe Bedenken bei diesem Projekt“ (M = 3,98, SD = 1,5).

3.2 Teilstudie 2 - Vorstudie

3.2.1 Stichprobenrealisation

Realisation der Rekrutierungsstrategie

Mit dem Ziel, Wünsche und Bedenken aller potenziell an der neuen Versorgungsform beteiligten Menschen zu erfassen und deren Rückmeldungen in die Entwicklung der ASSIST-Plattform einfließen zu lassen, sollten im Zeitraum von Mai 2021 bis Juni 2021 Fokusgruppen mit Akteur:innen des SSHS durchgeführt werden. Die befragten Personengruppen waren Betroffene mit Suchterkrankungen, Behandelnde/Beratende, Vertreter:innen der Kostenträger sowie weitere Interessenvertreter:innen.

Die Rekrutierung erfolgte primär über Kontaktkanäle der kooperierenden Einrichtungen und zusätzlich über weitere Einrichtungen im SSHS (z.B. EX-IN Offene Herberge e.V.). Hierzu wurden Flyer verteilt und E-Mail-Einladungen zur Teilnahme an alle Befragtengruppen versandt. Außerdem wurden E-Mails an Selbsthilfegruppen zur Rekrutierung von Betroffenen verschickt.

Hinsichtlich der Gruppe der Beratenden/Behandelnden verlief die Rekrutierung erfolgreich, so dass zwei Fokusgruppen wie geplant im Mai 2021 stattfinden konnten. Bei den anderen Gruppen waren hingegen einige Modifikationen der ursprünglichen Planung erforderlich.

Anpassungen der Rekrutierungsstrategie

Betroffene

Die Kontaktbeschränkungen durch die SARS-CoV-2 wirkten sich erheblich auf die Rekrutierung der Betroffenen mit Suchterkrankungen aus. Eine beinahe zustande gekommene Online-Fokusgruppe musste aufgrund kurzfristiger Absagen abgebrochen werden. Mit dem einzigen erscheinenden Teilnehmer wurde stattdessen ein Experteninterview geführt. Anschließend intensive Rekrutierungsbemühungen verliefen zunächst weitgehend erfolglos, sodass die Einschlusskriterien „wohnhaft in Stuttgart“ und „Kontakt zu mind. zwei Einrichtungen des Suchthilfesystems in der Vorgeschichte“ auf „Kontakt zu mind. einer Einrichtung des SSHS“ gelockert werden mussten. Letztendlich konnten Mitte/Ende Juni 2021, nach Lockerung der Kontaktbeschränkungen, drei Fokusgruppen mit Betroffenen in Präsenz durchgeführt werden, womit das Ziel von zwei Fokusgruppen sogar übertroffen wurde.

Da mehrere weibliche Betroffene ihre Teilnahme kurzfristig absagten, konnten jedoch ausschließlich Männer befragt werden. Deshalb wurde ergänzend ein Einzelinterview mit einer Mitarbeiterin der frauenspezifischen Suchthilfeeinrichtung LAGAYA geführt, um zumindest eine Annäherung an die Perspektive weiblicher Betroffener zu erreichen, auch wenn das Interview der Gruppe „Beratende / Behandelnde“ zuzuordnen war.

Kostenträger und weitere Interessenvertreter

Da die Befragtengruppen der Kostenträger und der weiteren Interessenvertreter sich als besonders heterogen erwiesen und eine Terminfindung aufgrund der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen erschwert war, wurde deren Perspektive mit Hilfe von online geführten Experteninterviews erfasst. Einbezogen wurden dabei auch Vertreter:innen der organisierten Selbsthilfe, Betriebsmedizin und frauenspezifischer Angebote. Vertreter:innen

von Schwerpunktpraxen sowie niedergelassene psychologische Psychotherapeut:innen konnten trotz mehrmaliger Rekrutierungsbemühungen nicht erfasst werden.

Rekrutierungsergebnis

Insgesamt wurden folgende Fokusgruppen und Experteninterviews erfolgreich durchgeführt:

- Betroffene (N = 13):
 - drei Fokusgruppen in Präsenz mit jeweils vier Personen
 - ein Einzelinterview online
- Beratende / Behandelnde (N = 13):
 - zwei Fokusgruppen online mit jeweils sechs Personen
 - ein Einzelinterview online
- Kostenträger (N = 2)
 - zwei Einzelinterviews online
- weitere Interessenvertreter:innen (N = 5)
 - drei Einzelinterviews online
 - ein Doppelinterview (mit zwei Vertreter:innen der Selbsthilfe) online

Die Fokusgruppen dauerten im Durchschnitt etwa 90 Minuten, die Expert:inneninterviews etwa 75 Minuten.

3.2.2 Soziodemographische Merkmale der Befragten

Die teilnehmenden Betroffenen mit Suchtproblemen waren ausschließlich männlichen Geschlechts und im Durchschnitt ca. 47 Jahre alt. Drei der Befragten besaßen die Fachhochschul- und Hochschulreife, sechs der Befragten hatten einen Realschulabschluss (oder gleichwertigen Abschluss) und fünf der Befragten hatten einen Haupt- oder Volksschulabschluss. Die überwiegende Zahl der Befragten wies eine Alkoholabhängigkeit auf. Bei über der Hälfte der Befragten wurden außerdem Abhängigkeiten von weiteren Suchtmitteln (Opioiden, Cannabis, Stimulanzien, Nikotin, usw.) berichtet.

Die beteiligten Beratenden und Behandelnden gehörten primär zu den Berufsgruppen der Sozialarbeiter:innen und Sozialpädagog:innen und waren überwiegend in Beratungsstellen der kooperierenden Einrichtungen angestellt. Von allen kooperierenden Trägern war mindestens ein:e Vertreter:in an den Fokusgruppen beteiligt. Ebenfalls wurden Beratende/Behandelnde eines betrieblichen Sozialdienstes sowie der institutionellen Selbsthilfe einbezogen. Im Schnitt waren Teilnehmende zum Zeitpunkt der Befragung seit ca. acht Jahren im Stuttgarter SHS beschäftigt. Sechs der Befragten waren männlichen und zehn der Befragten weiblichen Geschlechts.

Kostenträger und weitere Interessenvertreter brachten die Perspektiven der Betriebsmedizin, der Angehörigen und der institutionalisierten Selbsthilfe ein.

Das entwickelte Kategoriensystem ist in Anlage 5 dargestellt.

3.2.3 Zugangswege und -barrieren ins Suchthilfesystem

Die konkreten Zugangswege ins SSSHS erwiesen sich als vielfältig. Seitens der Betroffenen wurden folgende Zugangswege genannt: eigene Internet-Recherche, Suchtberatung, Empfehlung von Vorgesetzten, Unterstützung durch Angehörige und Peers. Die Beratenden/Behandelnden nannten primär Selbstmeldende, zudem Empfehlungen unter Betroffenen sowie Vermittlung durch Jugendamt, Frauenberatung, Angehörige (in zunehmender Zahl), Ordnungsamt/Polizei, Kliniken, Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ), Psycholog:innen und Ärzt:innen.

Als erhebliche Barriere für den Zugang ins SSSHS wurde übereinstimmend die Stigmatisierung suchtkranker Menschen betrachtet. Die Beratenden/Behandelnden verwiesen zudem auf die Unübersichtlichkeit des Stuttgarter SHS. Allerdings stellte dies anscheinend primär für Erstnutzer:innen ein Problem dar. Die Betroffenen betonten, dass langjährige Nutzer:innen

des SSHS gut in der Lage seien, die für sie passenden Angebote und Ansprechpersonen zu finden.

3.2.4 Behandlungsbedarfe

Die Behandlungsbedarfe im Suchtbereich wurden insgesamt als hoch eingeschätzt, wenn auch mit Unterschieden zwischen einzelnen Zielgruppen. Nicht oder unzureichend gedeckte Bedarfe bestanden aus der Betroffenenperspektive insbesondere in den folgenden Bereichen: „Safer Use“ / Drogenkonsumräume, niedrigschwellige und möglichst anonyme Substitutionsangebote, substituierende Ärzte und kooperierende Apotheken im Stuttgarter Umland. Aus Sicht der Beratenden / Behandelnden mangelte es an aufsuchenden Hilfen und an Angeboten für ältere Menschen mit Alkoholabhängigkeit. Aus Sicht der Kostenträger wurden v.a. ältere Menschen (ab 65 Jahre) und junge Menschen, insbesondere solche mit Kokainabhängigkeit, schlecht erreicht. Mehrfach wurde auf die externe Evaluation durch die FOGS (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH) verwiesen, durch welche Handlungs- und Verbesserungsbedarfe in ambulanter Suchthilfe und Suchtprävention in Stuttgart ausführlich aufgezeigt worden seien.

3.2.5 Behandlungszufriedenheit und Verbesserungswünsche

Die Aussagen zur Behandlungszufriedenheit waren insgesamt eher vage und teils widersprüchlich, was die Vielfalt individueller Wahrnehmungen und des Versorgungsangebotes widerspiegeln dürfte. Deutlich wurde aber der Wunsch der Betroffenen nach verstärktem Einbezug von Erfahrungsexpertise (Peer-Berater:innen etc.), sowohl im persönlichen Kontakt als auch durch ggf. anonymisierte Erfahrungsberichte. Übereinstimmend wurden lange Wartezeiten kritisiert, insbesondere bis zum Beginn von (Anschluss-)Behandlungen.

3.2.6 Digitalisierung im Suchthilfesystem

Den Betroffenen waren einschlägige Online-Angebote bisher höchstens in Form von Foren zum Erfahrungsaustausch bekannt. Interesse bestand ihrerseits an digitalen Möglichkeiten der allgemeinen Information und der Dokumentenablage. Grundsätzlich sei der persönliche Kontakt in der Suchthilfe aber von großer Bedeutung. Bei den Beratenden/Behandelnden bestanden überwiegend Bedenken gegenüber digitalen Angeboten, insbesondere hinsichtlich der erforderlichen technischen Ausstattung der Klient:innen. Allerdings wurde auch die Chance zu einer besseren Vernetzung gesehen.

Die Kostenträger berichteten von gescheiterten Plänen des Stuttgarter Suchthilfeverbundes, eine gemeinsame Online-Präsenz zu erstellen. Positiv an digitalen Angeboten sei die Möglichkeit der Klient:innen, eigenständiger zu agieren und die für sie individuell passenden Hilfen zu finden. Zudem sei eine verbesserte Zusammenarbeit der Leistungserbringer möglich. In Baden-Württemberg sei geplant, auf der Grundlage des „Onlinezugangsgesetzes“ 500 Verwaltungsbereiche und Hilfsbereiche zu digitalisieren. Hier sei ggf. die Kompatibilität von ASSIST zu gewährleisten.

Die Selbsthilfe-Mitarbeitenden sahen eine bisher geringe Relevanz von Online-Plattformen für die Vernetzung mit anderen Einrichtungen. Über das zentrale Tool der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) würden Behandlungs- und Beratungsdaten übermittelt; ASSIST müsse eine funktionelle Schnittstelle hierzu sowie zu einrichtungsinternen Tools bieten. Viele Selbsthilfegruppen fänden derzeit über Online-Tools statt.

Aus betriebsärztlicher Sicht wurden E-Health-Angebote als eine gute Möglichkeit niedrigschwelliger Suchthilfe bezeichnet, da beispielsweise Apps von Menschen mit Suchtproblemen anonym genutzt werden könnten, um Informationen und Tipps zu erhalten.

3.2.7 Praxisrelevante Rückmeldungen zu ASSIST

Die Kostenträger äußerten die Hoffnung, dass mit ASSIST Zielgruppen erschlossen werden könnten, die sonst nicht den Weg in Suchtberatungsstellen fänden. Aus Sicht der Betriebsmedizin könnte die Ausrichtung auf „Betroffene von Suchterkrankungen“ zu eng gefasst sein und abschreckend wirken, denn viele Menschen mit problematischem Konsumverhalten sähen sich lange Zeit selbst nicht als suchtkrank.

Der Name ASSIST wurde von Betroffenen und Angehörigen kritisch gesehen, weil er sperrig und unverständlich sei.

Als Wunsch-Komponenten von ASSIST nannten die Beratenden/Behandelnden ein diagnoseunabhängiges, niedrighschwelliges Informationsangebot über verantwortungsvollen Konsum sowie ein Echtzeit-Buchungssystem für Behandlungsangebote. Die Betroffenen wünschten übereinstimmend den Einbezug von „Ex-Usern“, also Erfahrungsexpert:innen, sowohl für den Erstkontakt als auch für den laufenden Austausch – letzteres ggf. anonym auf der ASSIST-Plattform.

Persönliche Kontakte wurden insbesondere aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen in der Suchthilfe als unverzichtbar angesehen und sollten erhalten bleiben. Vertraute Ansprechpersonen sollten im Rahmen von ASSIST weiterhin kontaktierbar sein, beispielsweise dann, wenn eine Einweisung/Entgiftung anstehe.

Das RKZ wurde als persönliche Anlaufstelle positiv gesehen; allerdings bestanden bei Betroffenen und Beratenden/Behandelnden Bedenken, ob die personelle Ausstattung ausreichend sei, um den Andrang zu bewältigen. Die Kostenträger betonten die Wichtigkeit von zentraler Lage des RKZ, Barrierefreiheit und guter Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

Alle Befragten(-gruppen) äußerten Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes in ASSIST. Hier bestanden insgesamt zahlreiche Unsicherheiten und offene Fragen, insbesondere im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen und in Bezug auf den digitalen Behandlungsassistenten (bzgl. Dauer und Umfang der Speicherung sowie Zugangsberechtigungen zu gespeicherten Dokumenten). Die Betroffenen erwarteten teils, dass die Daten im Online-Assessment anonym erhoben würden.

Bemängelt wurde die potentielle Benachteiligung von Menschen ohne die erforderliche technische Ausstattung. Die Selbsthilfe-Mitarbeitenden schlugen vor, dass für diese Klientel im Rahmen des ASSIST-Projektes Terminals/Computer zur Verfügung stehen sollten. Teilweise sei die technische Ausstattung auch bei Beratenden/Behandelnden unzureichend, weshalb eine Möglichkeit zur „Offline-Nutzung“ wünschenswert sei.

Übereinstimmend wurde ein möglichst geringer Aufwand für alle Beteiligten gefordert. Für die Beratenden/Behandelnden waren funktionierende Schnittstellen zwischen bestehenden Systemen und ASSIST wichtig. Aus Betroffenen-Sicht sollte die Online-Plattform möglichst einfach konzipiert und die Sprache leicht verständlich sein. Zudem sollte der zeitliche Aufwand für das Online-Assessment nicht mehr als 5-15 Minuten betragen.

Für die Leistungserbringer wurden Schulungen und begleitende Unterstützung gewünscht, insbesondere eine gut erreichbare telefonische Hotline.

Kostenträger und Berater/Behandelnde wünschten sich Pluralität und Fairness im Suchthilfesystem. Zum einen dürfe ASSIST die bisherigen Angebote nicht verdrängen, sondern solle diese ergänzen und die Wahrnehmbarkeit von spezifischen Angeboten erhöhen. Zum anderen müsse die Weitervermittlung der Klient:innen fair und transparent erfolgen. Die Kostenträger wünschten mehr Informationen bereits in der Entwicklungsphase von ASSIST. Sie schlugen zudem die Einrichtung eines Beirates aus Vertreter:innen des etablierten Suchthilfesystems vor. Dieser solle Einblick in die Prozesse erhalten und sie mit den ASSIST-Akteuren reflektieren.

3.3 Teilstudie 3 – Effektevaluation und gesundheitsökonomische Evaluation

3.3.1 Stichprobenrealisation

Realisation der Rekrutierungsstrategie

Die Rekrutierung von Teilnehmenden für die randomisiert-kontrollierte Studie mit Wartezeit-Kontrollgruppe wurde durch die Rahmenbedingungen der SARS-Cov-2-Pandemie erheblich erschwert. Im Rekrutierungszeitraum von November 2021 bis November 2022 gab es häufig wechselnde Regelungen zu Kontaktbeschränkungen. Zudem waren viele Menschen verunsichert und mieden alle persönlichen Kontakte, die nicht unbedingt erforderlich waren. Für die Einrichtungen der Suchthilfe ergaben sich vielfältige Herausforderungen durch kurzfristige Änderungen in den Arbeitsbedingungen und durch zahlreiche krankheitsbedingte Personalausfälle. Vor diesem Hintergrund erwies sich die Strategie, primär das Klinikum Stuttgart und die kooperierenden Einrichtungen mit der Ansprache möglicher Studienteilnehmer:innen zu betrauen, als nicht durchführbar.

Mit großem persönlichem Einsatz setzten Mitarbeitende der Konsortialführung und Studienmitarbeitende aus dem Evaluationsteam letztlich eine multimodale Rekrutierungsstrategie um. Diese bestand aus einer direkten Ansprache der Zielgruppe, der Ansprache von Multiplikatoren, welche Teilnehmende vermitteln konnten, sowie dem Einsatz analoger und digitaler Direktwerbemaßnahmen.

3.3.2 Rekrutierung und Ergebnisse des Erstassessments

Insgesamt haben 355 Personen zwischen Dezember 2021 und November 2022 an einem Screening teilgenommen. Fast alle Personen (n = 348) erfüllten augenscheinlich die Eignungskriterien. Diese Teilnehmenden wurden zur Basiserhebung eingeladen und für diese wurde die Randomisierung initiiert. An der Basiserhebung haben 304 Personen teilgenommen. Letztendlich wurden 241 (79,8 %) der Teilnehmenden im Rahmen der Versorgung durch das Klinikum Stuttgart rekrutiert. Weitere 17 Teilnehmende wurden durch sonstige Einrichtungen des SSHS zur Projektteilnahme eingeladen. Insgesamt wurden 44 Teilnehmende außerhalb des Suchthilfesystems rekrutiert, d. h. durch Verwandte, Freunde, Flyer, Plakate, Internetbeiträge.

3.3.3 Randomisierung und Studiendurchlauf der Teilnehmenden

Das Flussdiagramm für den Studiendurchlauf (Abbildung 4) zeigt, dass insgesamt 44 Teilnehmende die Einwilligung noch vor der Baseline-Erhebung widerrufen. Der Widerruf konnte ohne Angabe von Gründen erfolgen. Insgesamt wurden schließlich 149 Personen der ASSIST-Gruppe und 155 Personen der Wartezeitgruppe zugeordnet. Insgesamt beendeten 120 Untersuchungsteilnehmende die Studienteilnahme vor t3 (ASSIST = 67; WZ = 53), so dass zum Studienende (t3) noch eine Gesamtstichprobe von 184 (ASSIST = 82; WZ = 102) Personen befragt werden konnte. Dies entspricht einer Ausfallrate von ca. 39,5 % über 6 Monate, wobei die Ausfallrate in der Interventionsgruppe (45,0 %) wesentlich höher war als in der Wartezeitgruppe (34,2 %). In der Wartezeitgruppe brachen weitere 19 Teilnehmende (18,6 %) die Studienteilnahme nach t3 ab, wodurch die Studienabbruchrate in der Wartezeitgruppe insgesamt bei 46,5 % lag.

Informationen zur Umsetzung der Intervention sind den Ergebnissen der Prozessevaluation basierend auf den Routinedaten des RKZs im Ergebnisbericht ab Seite 48 zu entnehmen.

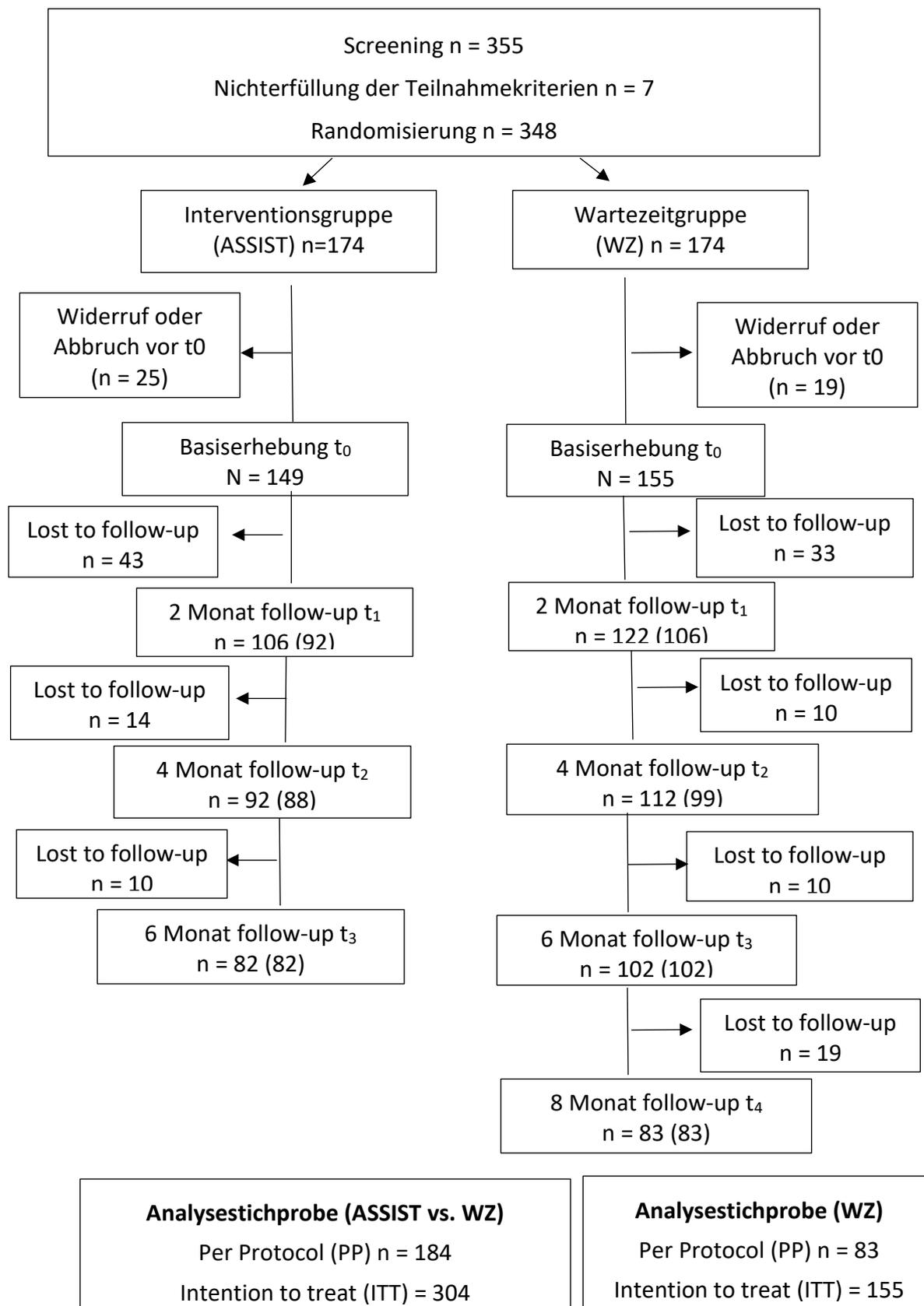


Abbildung 4: Flussdiagramm der Teilnehmenden von Teilstudie 3
 n = Anzahl der Probanden unter Beobachtung (Anzahl der Probanden mit erfolgter Datenerhebung)
 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt

3.3.4 Verteilung der Stichprobenmerkmale zur Basiserhebung

Der Großteil der Teilnehmenden hatte vor Studienbeginn bereits Unterstützung durch das Suchthilfesystem in Anspruch genommen (n = 262; 87,3 %). Lediglich 38 Teilnehmende (12,7 %) hatten vor Studienbeginn noch keine Unterstützung aufgrund substanzbezogener Probleme erhalten.

Die Verteilung der Stichprobenmerkmale zur Basiserhebung sind in Tabelle 4 dargestellt. Da sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der verschiedenen Kenngrößen zur Baseline-Erhebung zeigten, gibt es keine Hinweise auf einen Selektionsbias.

Im Durchschnitt waren die eingeschlossenen Teilnehmenden 41 Jahre alt (SD = 12,2) und nur 22 % der Teilnehmenden (n = 66) waren weiblich. Fast jeder / jede dritte Teilnehmende war erwerbstätig (n = 101; 30,1 %). Fast die Hälfte der Teilnehmenden lebte alleine (n = 135; 44,7 %) und nur jeder / jede fünfte Teilnehmende (n = 60; 19,8 %) gab an in einer Partnerbeziehung zu stehen. Die Hälfte der Teilnehmenden (n = 162; 53,3 %) berichtete von psychischen Komorbiditäten, insbesondere von unipolaren Depressionen (n = 114; 37,5 %; ICD-10 F32).

Im Vordergrund stand für die Teilnehmenden die Unterstützung bezüglich Alkohol (n = 185; 61,3 %) und Drogen (n = 97; 32,1 %), während Probleme mit dem Medikamentenkonsum nur für 47 der Teilnehmenden (15,6 %) relevant sei. Etwa zwei von drei Teilnehmenden (n = 207; 68,8 %) verfolgten das Ziel zumindest zeitweise abstinenz zu leben.

Die Verteilung der Ergebniskriterien zur Basiserhebung am Zeitpunkt t0 in Tabelle 5 und Tabelle 6 zeigt abgesehen von der somatischen Symptombelastung (SSS-8) ebenfalls keine signifikanten Differenzen zwischen den beiden Untersuchungsgruppen.

Tabelle 4: Stichprobenkennwerte der Basiserhebung zum Zeitpunkt t0 (Teilstudie 3)

	Gesamt n = 305	Wartezeit n = 155	ASSIST n = 150	p diff
Geschlecht weiblich n(%)	66 (21,9)	28 (18,2)	38 (25,7)	0,122
Alter m (SD)	41,3 (12,16)	41,1 (12,26)	41,6 (12,08)	0,716
Schulabschluss Abitur und höher n (%)	96 (31,9)	45 (29,4)	51(34,5)	0,348
In Partnerschaft n (%)	60 (19,8)	32 (20,6)	28 (18,9)	0,706
Allein lebend n (%)	135 (44,7)	66 (42,6)	69 (46,9)	0,446
Berufstätig in Vollzeit n (%)	72 (23,8)	35 (22,6)	37 (25)	0,621
Berufstätig in Teilzeit n (%)	29 (9,6)	12 (7,7)	17 (11,5)	0,268
Somatische Komorbidität n (%)	193 (63,5)	99 (63,9)	94 (63,1)	0,887
Psychische Komorbidität (F20-F63) n (%)	162 (53,3)	81(52,3)	81 (54,4)	0,713
Psychische Komorbidität F20 n (%)	20 (6,6)	14 (9,0)	6 (4,0)	0,078
Psychische Komorbidität F31 n (%)	10 (3,3)	4 (2,6)	6 (4,0)	0,480
Psychische Komorbidität F32 n (%)	114 (37,5)	55 (35,5)	59 (39,6)	0,459
n = absolute Häufigkeit, % = relative Häufigkeit, m = Mittelwert, sd = Standardabweichung Chi-Quadrat Test für Häufigkeiten, t-Test für stetige Größen, *Mann-Whitney-U-Test				

Tabelle 5: Stichprobenkennwerte der Basiserhebung zum Zeitpunkt t0 (Teilstudie 3) (Fortsetzung)

	Gesamt n = 305	Wartezeit n = 155	ASSIST n = 150	p diff
PHQ-4 Depression Summenwert m (SD)	3,0 (1,67)	2,8 (1,66)	3,1 (1,67)	0,161
PHQ-4 Ängstlichkeit Summenwert m (SD)	2,9 (1,79)	2,8 (1,75)	3,0 (1,83)	0,341
GAD-7 Ängstlichkeit Summenwert m (SD)	10,0 (5,25)	9,7 (5,26)	10,4 (5,24)	0,253
PSS-10 Summenwert m (SD)	22,29 (6,62)	21,5 (6,72)	23,11 (6,45)	0,065
SSS-8 Summenwert Median (Min; Max)	11,7(0; 29)	10 (0; 25)	13 (0; 29)	0,039*
Unterstützung bzgl. Alkohol (sehr wichtig n (%))	185 (61,3)	89 (57,4)	96 (65,3)	0,160
Unterstützung bzgl. Drogen (sehr wichtig n (%))	97 (32,1)	48 (31,0)	49 (33,3)	0,660
Unterstützung bzgl. Medikamenten (sehr wichtig n (%))	47 (15,6)	22 (14,2)	25 (17,1)	0,484
SDS Alkohol Summenwert m (SD)	7,3 (4,07)	7,2 (4,17)	7,5 (3,98)	0,551
SDS Drogen Summenwert m (SD)	4,3 (4,52)	4,0 (4,19)	4,5 (4,86)	0,393
SDS Medikamente Summenwert m (SD)	2,8 (3,93)	2,8 (3,59)	2,9 (4,28)	0,739
TFB Konsumtage allgemein	1,8 (2,58)	1,8 (2,65)	1,7 (2,52)	0,798
MCS Craving Summenwert m (SD)	31,4 (10,42)	30,4 (10,34)	32,4 (10,45)	0,143
persönliches Ziel: keine/geringe Änderung n (%)	29 (9,6)	13 (8,4)	16 (11,0)	0,266
persönliches Ziel: kontrollierter Konsum n (%)	65 (21,6)	39 (25,2)	26 (17,8)	
persönliches Ziel: (zeitweise) Abstinenz n (%)	207 (68,8)	103 (66,5)	104 (71,2)	
PHQ-4 = Gesundheitsfragebogen für Patienten, GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Scale, PSS-10 = Perceived Stress Scale, SSS-8 = Somatic Symptom Scale, SDS = Severity of Dependence Scale, TFB = Timeline Follow Back, MCS = Mannheimer Craving Scale n = absolute Häufigkeit, % = relative Häufigkeit, m = Mittelwert, sd = Standardabweichung Chi-Quadrat Test für Häufigkeiten, t-Test für stetige Größen				

Tabelle 6: Stichprobenkennwerte der Basiserhebung zum Zeitpunkt t0 (Teilstudie 3) (Fortsetzung)

	Gesamt	Wartezeit	ASSIST	p diff
ZUF-8 m (SD)	25,7 (4,73)	25,6 (4,79)	25,7 (4,69)	0,917
EPAS Gesamtwert m (SD)	3,3 (0,60)	3,4 (0,61)	3,3 (0,59)	0,188
Alltagsbewältigung m (SD)	3,3 (0,76)	3,3 (0,73)	3,3 (0,80)	0,830
soziale Beziehungen m (SD)	3,2 (0,74)	3,2 (0,75)	3,1 (0,74)	0,274
Behandlung und Medikation m (SD)	3,5 (0,70)	3,5 (0,68)	3,5 (0,71)	0,350
Hoffnung und Selbstwirksamkeit m (SD)	3,3 (0,80)	3,4 (0,83)	3,3 (0,77)	0,200
Selbstwertgefühl und Akzeptanz m (SD)	3,3 (0,76)	3,4 (0,75)	3,3 (0,77)	0,111
Empowerment im Berufsleben m (SD)	3,3 (0,95)	3,4 (1,02)	3,2 (0,86)	0,200
Betreuung minderjähriger Kinder m (SD)	3,4 (0,90)	3,5 (0,89)	3,3 (0,91)	0,241
WHOQOL-BREF Globalwert m (SD)	44,5 (20,65)	45,3 (21,24)	43,8 (20,04)	0,574
Physische Gesundheit m (SD)	48,8 (11,84)	49,5 (12,39)	48,1 (11,24)	0,385
Psychologische Gesundheit m (SD)	51,7 (14,38)	53,4 (14,36)	49,7 (14,22)	0,047
Soziale Beziehungen m (SD)	50,8 (23,44)	52,8 (22,60)	48,6 (24,23)	0,170
Umwelt m (SD)	59,7 (17,86)	60,6 (18,04)	58,7 (17,69)	0,395
WHODAS 2.0 Summenwert m (SD)	28,6 (9,64)	28,3 (9,59)	28,9 (9,73)	0,623
HoNOS Gesamtwert m (SD)	14,9 (7,04)	15,0 (7,31)	14,8 (6,78)	0,814
CAN ungedeckter Bedarf m (SD)	4,75 (3,35)	5,0 (3,50)	4,5 (3,18)	0,189
<p>ZUF-8 = Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, EPAS = Empowerment Assessment Scale , WHOQOL-BREF = Kurzversion des Fragebogens zur Messung der Lebensqualität der World Health Organization Quality of Life Group, WHODAS 2.0 = WHO Disability Assessment Schedule 2.0, HoNOS = Health of the Nation Outcome Scales, CAN = Camberwell Assessment of Need</p> <p>m = Mittelwert, sd = Standardabweichung</p> <p>t-Test für stetige Größen</p>				

3.3.5 Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse

Insgesamt wurden 14 schwerwiegende unerwünschte Ereignisse berichtet.

Fünf Ereignisse führten zum Tod, aber kein weiteres führte zu bleibenden Schäden. Drei der fünf Todesfälle wurden mit der substanzbezogenen Erkrankung in Verbindung gebracht. Alle fünf Todesfälle erfolgten in der Wartezeitgruppe, wobei drei Todesfälle während der Wartezeit und zwei Todesfälle nach der Wartezeit erfolgten.

Insgesamt wurden neun lebensbedrohliche Situationen (ASSIST-Gruppe n = 6, Wartezeit-Gruppe n = 3) berichtet, wovon sechs mit der substanzbezogenen Erkrankung in Verbindung gebracht wurden.

3.3.6 Ergebnisse der Hypothesenprüfung für das primäre Ergebniskriterium

Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse des Regressionsmodells für den primären Ergebnisparameter, den Gesamtwert des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) über einen Zeitraum von sechs Monaten. Auf Grund der Modellparametrisierung zeigt der Regressionskoeffizient b_1 für die Zeit jeweils die Veränderung des Ergebnisparameters zu jedem Messzeitpunkt, der Regressionskoeffizient b_2 für den Vergleich zwischen ASSIST vs. TAU die Differenz zwischen den Gruppen zur Baselineerhebung und der Regressionskoeffizient b_3 für die Interaktion zwischen der Zeit und dem ASSIST vs. TAU Vergleich die Differenz der Veränderung zwischen ASSIST und TAU zu jedem Messzeitpunkt an.

Für den primären Ergebnisparameter ergibt sich für die Studienteilnehmenden der TAU Gruppe eine signifikante Verbesserung des ZUF-8 Gesamtwertes um 0,33 ($b_1 = 0,33$; $p = 0,042$) Skalenpunkte pro Messzeitpunkt (zwei Monate). Der Regressionskoeffizient für den Vergleich zwischen ASSIST und TAU zu t_0 ($b_2 = 0,12$; $p = 0,816$) zeigt, dass zu diesem Zeitpunkt zwischen beiden Gruppen kein Unterschied bestand. Der Regressionskoeffizient für die Interaktion zwischen Zeit und Untersuchungsgruppe ($b_3 = 0,16$; $p = 0,503$) deutet nicht darauf hin, dass sich die zeitliche Veränderung des Gesamtwertes des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) zwischen den Teilnehmenden der ASSIST-Gruppe und der TAU-Gruppe unterscheidet.

Tabelle 7: Ergebnisse der mixed-effects Regressionsanalysen für den primären Ergebnisparameter Patientenzufriedenheit (ZUF-8 Gesamtwert) (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t_0 , t_1 , t_2 , t_3)

	Zeit (2 Monate) ¹ b_1 (95% CI)	Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b_2 (95% CI)	Zeit * Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b_3 (95% CI)	Konstante b_0 (95% CI)	N
ZUF-8 Gesamtwert	0,33* (0,01 0,65)	0,12 ns (-0,91 1,16)	0,16 ns (-0,32 0,64)	25,75*** (25,03 26,47)	303

¹Der Zeiteffekt wurde für einen Zeitraum von 2 Monaten über eine Beobachtungsdauer von 6 Monaten geschätzt.
ZUF-8 = Fragebogen zur Patientenzufriedenheit
*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; ns nicht signifikant

3.3.7 Ergebnisse der Hypothesenprüfung für die sekundären Ergebniskriterien

Um den Umfang der Fragebögen an den Zwischenvisiten (t_1 und t_2) möglichst kurz zu halten wurde für die sonstigen Ergebniskriterien jeweils nur die zeitliche Veränderung von der Baseline-Erhebung (t_0) zu einer Folgerhebung nach sechs Monaten (t_3) betrachtet. Die Ergebnisse der Regressionsmodelle für die sonstigen sekundären Ergebniskriterien (mit Ausnahme von EPAS soziale Beziehungen, EPAS Hoffnung und Selbstwirksamkeit, EPAS Eltern, WHOQOL-BREF psychische Gesundheit) für die Kontrollgruppe signifikante ($p < 0,05$) Verbesserungen im Zeitverlauf über sechs Monate („Zeit“). Die Regressionskoeffizienten für den Gruppeneffekt (d.h. einem möglichen Selektionseffekt zur Baseline-Erhebung, „Gruppe“) und für die Interaktion zwischen Zeit und Gruppendifferenz („Zeit * Gruppe“) erwiesen sich jeweils als nicht signifikant ($p > 0,05$).

Tabelle 8: Ergebnisse der mixed-effects Regressionsanalysen für die sekundären Ergebnisparameter (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t3)

	Zeit (6 Monate) ¹ b ₁ (95% CI)	Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b ₂ (95% CI)	Zeit * Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b ₃ (95% CI)	Konstante b ₀ (95% CI)	N
EPAS Gesamtwert	0,15** (0,04 0,26)	-0,10 ns (-0,25 0,05)	-0,03 ns (-0,20 0,14)	3,39*** (3,28 3,49)	252
Alltagsbewältigung	0,62* (0,01 0,31)	-0,02 ns (-0,21 0,17)	-0,07 ns (-0,29 0,16)	3,34*** (3,21 3,47)	252
soziale Beziehungen	0,11 ns (-0,01 0,23)	-0,11 ns (-0,30 0,07)	-0,06 ns (-0,25 0,13)	3,24*** (3,11 3,37)	252
Behandlung und Medikation	0,20* (0,03 0,36)	-0,09 ns (-0,26 0,09)	0,17 ns (-0,07 0,41)	3,55*** (3,43 3,67)	251
Hoffnung und Selbstwirksamkeit	0,09 ns (-0,07 0,25)	-0,12 ns (-0,32 0,08)	-0,08 ns (-0,32 0,16)	3,40*** (3,26 3,54)	252
Selbstwertgefühl und Akzeptanz	0,20* (0,04 0,35)	-0,14 ns (-0,34 0,05)	-0,12 ns (-0,34 0,11)	3,41*** (3,28 3,54)	252
Empowerment im Berufsleben	0,21* (0,00 0,42)	-0,13 ns (-0,43 0,17)	-0,03 ns (-0,33 0,28)	3,35*** (3,14 3,56)	159
Betreuung minderjähriger Kinder	0,21 ns (-0,15 0,57)	-0,28 ns (-0,74 0,17)	-0,23 ns (-0,75 0,29)	3,48*** (3,19 3,78)	73
WHOQOL-BREF Globalwert	2,46* (0,03 4,89)	-1,21 ns (-4,14 1,72)	1,49 ns (-2,17 5,14)	49,32*** (47,28 51,36)	255
körperliche Gesundheit	3,10* (0,39 5,81)	-3,52 ns (-7,11 0,07)	2,93 ns (-1,15 7,02)	53,38*** (50,88 55,87)	256
psychische Gesundheit	2,23 ns (-2,21 6,66)	-3,94 ns (-9,72 1,83)	0,09 ns (-6,62 6,80)	52,64*** (48,64 56,64)	255
soziale Beziehungen	3,44** (0,85 6,04)	-1,45 ns (-5,83 2,93)	-0,03 ns (-3,97 3,91)	60,31*** (57,26 63,35)	256
Umwelt	8,36*** (3,86 12,86)	-0,83 ns (-6,07 4,42)	-0,93 ns (-7,67 5,81)	45,05*** (41,42 48,69)	255

¹Der Zeiteffekt wurde für einen Zeitraum von 6 Monaten über eine Beobachtungsdauer von 6 Monaten geschätzt.

EPAS = Empowerment Assessment Scale , WHOQOL-BREF = Kurzversion des Fragebogens zur Messung der Lebensqualität der World Health Organization Quality of Life Group

*** p <= 0,001; ** p <= 0,01; * p <= 0,05; ns nicht signifikant

Tabelle 9: Ergebnisse der mixed-effects Regressionsanalysen für die sekundären Ergebnisparameter (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t3) (Fortsetzung)

	Zeit (6 Monate) ¹ b ₁ (95% CI)	Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b ₂ (95% CI)	Zeit * Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b ₃ (95% CI)	Konstante b ₀ (95% CI)	N
WHODAS 2.0 Summenwert	-4,31*** (-6,12 - 2,51)	0,53 ns (-1,92 2,98)	2,61 ns (-0,10 5,32)	28,31*** (26,62 30,00)	257
HoNOS Gesamtwert	-3,63*** (-5,05 - 2,21)	-0,22 ns (-1,77 1,34)	0,72 ns (-1,36 2,80)	15,07*** (13,99 16,15)	288
CAN ungedeckter Bedarf	-1,56*** (-2,26 - 0,85)	-0,51 ns (-1,24 0,22)	0,40 ns (-0,63 1,43)	5,03*** (4,52 5,54)	293
PHQ-4 Depression	-0,46** (-0,81 - 0,12)	0,32 ns (-0,11 0,75)	0,10 ns (-0,42 0,62)	2,78*** (2,48 3,08)	250
PHQ-4 Ängstlichkeit	-0,43* (-0,77 - 0,10)	0,22 ns (-0,23 0,68)	0,17 ns (-0,34 0,67)	2,76*** (2,45 3,07)	250
GAD-7 Gesamtwert	-1,93*** (-2,89 - 0,98)	0,72 ns (-0,61 2,05)	0,57 ns (-0,88 2,01)	9,62*** (8,71 10,54)	254
PSS-10 – Gesamtwert	-2,33*** (-3,65 - 1,01)	1,45 ns (-0,21 3,12)	-0,20 ns (-2,19 1,78)	21,51*** (20,36 22,67)	253
SSS-8 Gesamtwert	-1,64* (-2,91 - 0,36)	1,62* (0,76 3,17)	-0,23 ns (-2,15 1,67)	11,12*** (10,05 12,19)	257

¹Der Zeiteffekt wurde für einen Zeitraum von 6 Monaten über eine Beobachtungsdauer von 6 Monaten geschätzt.
 WHODAS 2.0 = WHO Disability Assessment Schedule 2.0, HoNOS = Health of the Nation Outcome Scales, CAN = Camberwell Assessment of Needs, PHQ-4 = Gesundheitsfragebogen für Patienten, GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Scale, PSS-10 = Perceived Stress Scale, SSS-8 = Somatic Symptom Scale
 *** p <= 0,001; ** p <= 0,01; * p <= 0,05; ns nicht signifikant

Tabelle 10: Ergebnisse der mixed-effects Regressionsanalysen für die sekundären Ergebnisparameter (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t3) (Fortsetzung)

	Zeit (6 Monate) ¹ b1 (95% CI)	Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b2 (95% CI)	Zeit * Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b3 (95% CI)	Konstante b0 (95% CI)	N
SDS - Schweregrad der Abhängigkeit bzgl. Alkohol	-1,07*** (-1,63 - 0,50)	0,32 ns (-0,67 1,32)	-0,41 ns (-1,27 0,44)	7,19*** (6,50 7,88)	260
SDS - Schweregrad der Abhängigkeit bzgl. Drogen	-0,90* (-1,70 - 0,09)	0,51 ns (-0,53 1,56)	-0,69 ns (-1,90 0,52)	4,01*** (3,29 4,74)	260
SDS - Schweregrad der Abhängigkeit bzgl. Medikamente	-0,84** (-1,40 - 0,27)	0,19 ns (-0,74 1,12)	0,51 ns (-0,34 1,35)	2,74*** (2,09 3,38)	260
TFB – Konsumtage allgemein	0,95*** (0,38 1,53)	-0,05 (-0,85 0,75)	-0,44 ns (-1,30 0,42)	1,79*** (1,23 2,35)	225
MCS Craving Gesamtwert	-5,36*** (-7,62 - 3,09)	1,78 ns (-0,87 4,44)	0,72 ns (-2,68 4,11)	30,44*** (28,59 32,28)	251

¹Der Zeiteffekt wurde für einen Zeitraum von 6 Monaten über eine Beobachtungsdauer von 6 Monaten geschätzt.
SDS = Severity of Dependence Scale, TFB = Timeline Followback,
MCS = Mannheimer Craving Scale
*** p <= 0,001; ** p <= 0,01; * p <= 0,05; ns nicht signifikant

3.3.8 Ergebnisse der Hypothesenprüfung für die Ergebniskriterien über den gesamten Studienzeitraum von bis zu 8 Monaten

Teilnehmende der Wartezeitgruppe erhielten nach Abschluss der sechsmonatigen Wartezeit, also der Folgerhebung t3, die Möglichkeit die ASSIST-Intervention zu nutzen. Für die Teilnehmenden der Wartezeitgruppe erfolgte ein weiterer Messzeitpunkt nach weiteren zwei Monaten (t4 = t3 + 2 Monate).

Tabelle 11 zeigt die Ergebnisse des Regressionsmodells für die Ergebnisparameter über einen Zeitraum von zwei Monaten (t0 bis t1 bzw. t3 bis t4) unter der Kontrollbedingung (Wartezeitgruppe t0 bis t1) und der Interventionsbedingung (ASSIST-Gruppe t0 bis t1 bzw. Wartezeitgruppe t3 bis t4). Die Modellparametrisierung der vorhergehenden Modelle wurde beibehalten.

Es zeigten sich teils signifikante ($p < 0,05$) Gruppenunterschiede („Gruppe“) zu Beginn des Untersuchungszeitraums (EPAS Gesamtwert, EPAS Alltagsbewältigung, EPAS Selbstwertgefühl und Akzeptanz, WHOQOL-BREF Globalwert, WHOQOL-BREF Umwelt, WHODAS Summenwert, HoNOS Gesamtwert, SDS Schweregrad, CAN Behandlungsbedarf), was durch einen Selektionseffekt durch das Wartezeitdesign zu erklären ist. Für die Zielgrößen WHOQOL-BREF Globalwert, HoNOS Gesamtwert, SDS Schweregrad, CAN Behandlungsbedarf) zeigte sich eine signifikante ($p < 0,05$) zeitliche Verbesserung über einen Zeitraum von zwei Monaten unter Kontrollbedingungen („Zeit“). Für keine der Zielgrößen wurde ein signifikanter Interaktionseffekt ($p < 0,05$) zwischen Behandlungsbedingung und Zeit aufgezeigt.

Tabelle 11: Ergebnisse der ergänzenden mixed-effects Regressionsanalysen für die Ergebnisparameter unter Berücksichtigung der Daten der Wartezeitgruppe im Anschluss an die Wartezeit (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t1 bzw. t3, t4)

	Zeit (2 Monate) ¹ b ₁ (95% CI)	Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b ₂ (95% CI)	Zeit * Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b ₃ (95% CI)	Konstante b ₀ (95% CI)	N
ZUF-8 Gesamtwert	0,77 ns (-0,22 1,75)	0,72 ns (-0,11 1,56)	-0,09 ns (-1,34 1,15)	25,46*** (24,73 26,20)	302
EPAS Gesamtwert	0,04 ns (-0,05 0,14)	0,10* (0,02 0,19)	-0,01 ns (-0,13 0,11)	3,30*** (3,21 3,40)	254
Alltagsbewältigung	0,07 ns (-0,6 0,19)	0,13* (0,01 0,24)	0,02 ns (-1,13 0,18)	3,28*** (3,16 3,40)	254
soziale Beziehungen	0,01 ns (-0,10 0,11)	0,08 ns (-0,02 0,18)	-0,00 ns (-0,14 0,13)	3,16*** (3,05 3,27)	254
Behandlung und Medikation	0,02 ns (-0,13 0,16)	0,10 ns (-0,03 0,22)	0,09 ns (-0,09 0,27)	3,47*** (3,36 3,59)	253
Hoffnung und Selbstwirksamkeit	-0,04 ns (-0,17 0,09)	0,04 ns (-0,08 0,16)	-0,00 ns (-0,17 0,17)	3,33*** (3,21 3,46)	254
Selbstwertgefühl und Akzeptanz	0,14* (0,01 0,27)	0,10* (-0,02 0,22)	-0,17* (-0,34 -0,00)	3,31*** (3,20 3,43)	254
Empowerment im Berufsleben	0,00 ns (-0,24 0,23)	0,06 ns (-0,15 0,27)	0,11 ns (-0,18 0,41)	3,25*** (3,06 3,45)	164
Betreuung minderjähriger Kinder	0,04 ns (-0,24 0,33)	0,05 ns (-0,22 0,31)	0,14 ns (-0,23 0,52)	3,36*** (3,11 3,61)	80

¹Der Zeiteffekt wurde für einen Zeitraum von 2 Monaten über eine Beobachtungsdauer von 2 Monaten geschätzt.
ZUF-8 = Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, EPAS = Empowerment Assessment Scale
*** p <= 0,001; ** p <= 0,01; * p <= 0,05; ns nicht signifikant

Tabelle 12: Ergebnisse der ergänzenden mixed-effects Regressionsanalysen für die Ergebnisparameter unter Berücksichtigung der Daten der Wartezeitgruppe im Anschluss an die Wartezeit (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t1 bzw. t3, t4) (Fortsetzung)

	Zeit (2 Monate) ¹ b ₁ (95% CI)	Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b ₂ (95% CI)	Zeit * Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b ₃ (95% CI)	Konstante b ₀ (95% CI)	N
WHOQOL-BREF Globalwert	5,05* (0,77 9,33)	4,80* (1,04 8,57)	-0,55 ns (-6,01 4,91)	43,00*** (39,51 46,49)	255
körperliche Gesundheit	1,25 ns (-1,10 3,60)	1,21 ns (-0,85 3,27)	0,55 ns (-2,44 3,53)	48,52*** (46,57 50,46)	255
psychische Gesundheit	0,05 ns (-2,53 2,63)	1,16 ns (-1,15 3,47)	1,56 ns (-1,73 4,85)	51,69*** (49,40 53, 98)	256
soziale Beziehungen	0,11 ns (-4,19 4,41)	0,84 ns (-2,99 4,66)	-1,24 ns (-6,72 4,23)	50,68*** (46,97 54,38)	255
Umwelt	1,68 ns (-0,90 4,27)	2,55* (0,18 4,91)	-0,80 ns (-4,09 2,49)	58,49*** (55,84 61,14)	256
WHODAS Summenwert	-1,55 ns (-3,20 0,10)	-3,01*** (-4,50 - 1,53)	0,84 (-1,26 2,94)	29,69*** (28,18 31,21)	257
HoNOS Gesamtwert	-2,90*** (-4,13 - 1,68)	-2,08*** (-3,16 - 1,01)	0,94 ns (-0,63 2,50)	15,63*** (14,63 16,63)	290
CAN ungedeckter Bedarf	-1,41*** (-2,02 - 0,80)	-1,08*** (-1,60 - 0,55)	0,67 ns (-0,11 1,44)	5,21*** (4,74 5,69)	294
SDS - Schweregrad der Abhängigkeit bzgl. Alkohol	-0,80** (-1,31 - 0,29)	-0,79*** (-1,26 -0,31)	0,49 ns (-0,17 1,15)	7,64*** (7,07 8,21)	260
SDS - Schweregrad der Abhängigkeit bzgl. Drogen	-0,72* (-1,41 - 0,03)	-0,40 ns (-1,02 0,22)	0,05 ns (-0,84 0,93)	4,30*** (3,66 4,93)	260
SDS - Schweregrad der Abhängigkeit bzgl. Medikamente	-0,34 ns (-0,97 0,29)	-0,46 ns (-1,03 0,11)	0,50 ns (-0,30 1,30)	2,96*** (2,38 3,53)	260

¹Der Zeiteffekt wurde für einen Zeitraum von 2 Monaten über eine Beobachtungsdauer von 2 Monaten geschätzt.

WHOQOL-BREF = Kurzversion des Fragebogens zur Messung der Lebensqualität der World Health Organization Quality of Life Group, WHODAS 2.0 = WHO Disability Assessment Schedule 2.0, HoNOS = Health of the Nation Outcome Scales, CAN = Camberwell Assessment of Need, SDS = Severity of Dependence Scale

*** p <= 0,001; ** p <= 0,01; * p <= 0,05; ns nicht signifikant

3.3.9 Ergebnisse zur Behandlungsallokation und Behandlungsretention

Im Follow-Up-Zeitraum von sechs Monaten haben zu t3 116 Teilnehmende (66,3 %) angegeben neue Unterstützungsangebote aufgrund der substanzbezogenen Probleme in Anspruch genommen zu haben. Der Anteil an Teilnehmenden, welche neue Angebote in Anspruch genommen haben, war in der Interventionsgruppe (n = 60; 75,0 %) signifikant höher (p = 0,025) als in der Wartezeitgruppe (n = 56; 58,9 %). Bei den neuen Angeboten handelte es sich überwiegend um ambulante Beratungsangebote (n = 27; 38,0 %) oder (teil-)stationäre

Akronym: ASSIST

Förderkennzeichen: 01NVF19016

Versorgungsangebote (n = 22; 31,0 %). Für 45 der Teilnehmenden wurden die neuen Unterstützungsangebote jedoch nicht ausreichend spezifiziert, um diese den Leistungskategorien zuzuordnen.

Insgesamt haben 45 von 105 Teilnehmenden (42,9 %) dieses Unterstützungsangebot im Follow-Up Zeitraum auch wieder beendet. Hierbei zeigte sich kein signifikanter Gruppenunterschied (s. Tabelle 13).

Tabelle 13: Ergebnisse zur Behandlungsallokation und Behandlungsretention in der Untersuchungspopulation für den 6 Monatszeitraum nach der Basiserhebung (erhoben an den Folge-Erhebungen t1, t2 und t3) (Teilstudie 3)

	Gesamt	Wartezeit	ASSIST
Behandlungsallokation	116 (66,3 %)	56 (58,9 %)	60 (75,0 %)
- ambulante Beratung	27 (38,0 %)	14 (37,8 %)	13 (38,2 %)
- ambulante Behandlung	13 (18,3 %)	7 (18,9 %)	6 (17,6 %)
- (teil-)stationäre Behandlung	22 (31,0 %)	14 (37,8 %)	8 (23,5 %)
- Langzeitbetreuung	9 (12,7 %)	2 (5,4 %)	7 (20,6 %)
- Leistungsart unklar	45	19	26
Behandlungsretention	60 (57,1 %)	29 (54,7 %)	31 (59,6 %)

3.3.10 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

Die Analyse der Inanspruchnahme von Leistungen und Kosten der medizinischen und der psychosozialen Versorgung

Tabelle 14 zeigt die durchschnittlichen halbjährlichen direkten und indirekten Krankheitskosten der Untersuchungstichprobe für den Projektzeitraum (d.h. sechs Monate nach der Baseline-Erhebung). Bei den direkten Kosten nehmen die Ausgaben für die stationäre Versorgung in beiden Untersuchungsgruppen mit ca. 35,2 % den größten Anteil ein, gefolgt von den krankheitsbedingten Produktivitätsverlusten (indirekte Kosten, 20,2 %) und den Kosten für stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (18,3 %). Signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen zeigen sich für die Kosten der Summe der GKV-Kosten und die Wohnbetreuung. Während die GKV-Kosten in der ASSIST-Gruppe um 2.232,56 € höher liegen als in der TAU-Gruppe ($p = 0,016$), sind die Kosten für die Wohnbetreuung in der ASSIST-Gruppe um 383,66 € geringer als in der TAU-Gruppe ($p = 0,006$). Insgesamt belaufen sich die direkten halbjährlichen Krankheitskosten in der TAU-Gruppe auf 6.486,34 € und in der ASSIST Gruppe auf 8.024,67 €. Die Differenz zwischen beiden Gruppen liegt bei 1.538,33 € und ist nicht signifikant ($p = 0,097$). Die indirekten Kosten auf Grund von krankheitsbedingten Produktivitätsverlusten belaufen sich in der TAU-Gruppe auf 1.642,49 € und in der ASSIST-Gruppe auf 2.064,73 €. Die Differenz von 422,25 € ist nicht signifikant ($p = 0,380$). Die Summe der direkten und der indirekten Krankheitskosten beläuft sich in der TAU-Gruppe auf 8.154,29 € und in der ASSIST-Gruppe auf 10.200,77 €. Die Differenz von 2046,47 € ist nicht signifikant ($p = 0,075$).

Akronym: ASSIST

Förderkennzeichen: 01NVF19016

Tabelle 14: Ergebnisse zu den durchschnittlichen (pro Person) Kosten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Untersuchungspopulation für den 6 Monatszeitraum nach der Basiserhebung (gemittelt über die Schätzungen an den Folge-Erhebungen t1, t2 und t3) (Teilstudie 3)

Kostenkategorie	Total € M (95% CI)	Wartezeit € M (95% CI)	ASSIST € M (95% CI)	Differenz € ASSIST- Wartezeit (se)	p Diff ASSIST- Wartezeit
stationäre Behandlung	3.222,67 (2.602 3.843)	2.705,00 (1.940 3.470)	3.768,51 (2.787 4.750)	1.063,51 (-233 2.360)	0,108
teilstationäre Behandlung	478,47 (296 661)	436,47 (172 701)	522,75 (277 768)	86,29 (-269 442)	0,634
stationäre medizinische Rehabilitation	1.676,11 (1.041 2.311)	1.155,91 (469 1.843)	2.224,62 (1.168 3.282)	1.068,71 (-191 2.328)	0,096
teilstationäre medizinische Rehabilitation	233,52 (47 420)	199,03 (-30 428)	269,88 (-5 545)	70,86 (-301 443)	0,709
ambulante medizinische / psychotherapeutische Behandlung	189,49 (145 234)	205,43 (142 268)	172,44 (100 245)	-32,98 (-123 57)	0,473
ambulante Medikamente	334,69 (263 406)	334,02 (235 432)	335,41 (232 439)	1,38 (-142 145)	0,985
<i>Summe der GKV Kosten</i>	6.107,17 (5.221 6.994)	5.028,35 (3.910 6.147)	7.260,91 (5.887 8.635)	2.232,56* (416 4.049)	0,016
Beratungsangebote	145,24 (115 176)	140,66 (100 181)	150,11 (107 193)	9,45 (-50 69)	0,756
Hilfs- / Unter- stützungsangebote	87,31 (32 142)	122,15 (28 216)	50,05 (-1 101)	-72,10 (-182 38)	0,200
Wohnbetreuung	510,03 (372 648)	696,09 (462 930)	312,43 (169 456)	-383,66** (-658 -109)	0,006
Berufliche Rehabilitation	368,71 (221 516)	483,04 (234 733)	247,29 (61 433)	-235,75 (-553 81)	0,145
<i>Direkte Kosten</i>	7.232,20 (6.280 8.183)	6.486,34 (5.295 7.678)	8.024,67 (6.546 9.503)	1.538,33 (-253 3.326)	0,097
<i>Indirekte Kosten</i>	1.848,73 (1.377 2.320)	1.642,49 (1.000 2.258)	2.064,73 (1.383 2.747)	422,25 (-524 1.405)	0,379
<i>Volkswirtschaftliche Gesamtkosten</i>	9.146,52 (8.031 10.262)	8.154,29 (6.684 9.625)	10.200,77 (8.560 11.842)	2.046,47 (-204 4.297)	0,075
Bootstrap-Resampling zur Schätzung des 95%-Konfidenzintervalls (n= 1.000)					
*** p <= 0,001; ** p <= 0,01; * p <= 0,05; ns nicht signifikant					

Kosten-Nutzwertanalyse für das Angebot einer ASSIST zusätzlich zur Regelversorgung im Vergleich zur Regelversorgung ohne ASSIST

Tabelle 15 zeigt die Ergebnisse des Regressionsmodells für den Indexwert des EuroQoL (EQ5D-5L) basierend auf dem deutschen Value Set für den EQ5d-5L. Der Regressionsparameter für den Gruppeneffekt zeigt keinen signifikanten Gruppenunterschied zur Baseline-Erhebung ($b_2 = -0,06$; $p = 0,052$). Der Zeiteffekt erreicht eine signifikante Veränderung der Lebensqualität in der Kontrollgruppe über sechs Monate ($b_1 = 0,03$; $p = 0,010$). Der Parameter für den Interaktionseffekt ($b_3 = 0,01$; $p = 0,636$) zeigt keinen signifikanten Unterschied in der zeitlichen Veränderung zwischen den Gruppen.

Tabelle 15: Ergebnisse der mixed effects Regressionsanalysen für den EuroQOL (EQ5D-5L) Lebensqualitätsindex (Teilstudie 3, Messzeitpunkte: t0, t3)

	Zeit (6 Monate) ¹ b_1 (95% CI)	Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b_2 (95% CI)	Zeit * Gruppe (ASSIST vs. Wartezeit) b_3 (95% CI)	Konstante b_0 (95% CI)	N
EQ5D Index	0,03** (0,01 0,06)	-0,06 ns (-0,12 0,00)	0,01 ns (-0,03 0,04)	0,73*** (0,69 0,78)	268

¹Der Zeiteffekt wurde für einen Zeitraum von 6 Monaten über eine Beobachtungsdauer von 6 Monaten geschätzt.

EQ5D-5L = standardisiertes, präferenzbasiertes Verfahren zur Bestimmung des Gesundheitszustandes; Zeit mit 6-Monatsintervall

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; ns nicht signifikant

Tabelle 16 zeigt die Grundlagen der Berechnungen der inkrementellen Kosten-Nutzwertrelationen (IKNR) aus der Perspektive der deutschen Volkswirtschaft. Da lediglich Kosten für einen Zeitraum von sechs Monaten erfasst wurden (t0 bis t3), mussten die Einjahreskosten für die IKNR-Analyse extrapoliert werden.

Für die Perspektive der deutschen Volkswirtschaft ergibt sich eine Punktschätzung der IKNR von -75.795,37 €. Da die IKNR im linken oberen Quadranten der Kosteneffektivitätsfläche (Abbildung 5) liegt, bedeuten die IKNR, dass die Einführung von ASSIST mit höheren Gesundheitsausgaben, aber keinem einem Gewinn qualitätsadjustierter Lebensjahre verbunden ist.

Tabelle 16: Ergebnisse zu der Kostennutzwertrelation (IKNR) aus der volkswirtschaftlichen Perspektive für einen Zeitraum von einem Jahr (Teilstudie 3)

	Wartezeit mean (sd)	ASSIST mean (sd)	Δ ASSIST - Wartezeit (se)	$p \Delta$	IKNR Punktschätzer Δ Kosten / Δ QALY
Jährliche volkswirtschaftliche Durchschnittskosten	16.308,59 (13.335,5 19.281,7)	20.401,54 (17.040,2 23.762,9)	4.092,95 (-414,5 8600,4)	0,075	-75.795,37 €
QALY	0,77 (0,726 0,807)	0,71 (0,672 0,753)	-0,054 (- 0,112 0,004)	0,070	

Bootstrap-Resampling (n= 1.0000) zur Schätzung des 95%-Konfidenzintervall
QALY = quality adjusted life year; IKNR = Inkrementelle Kostennutzwertrelation

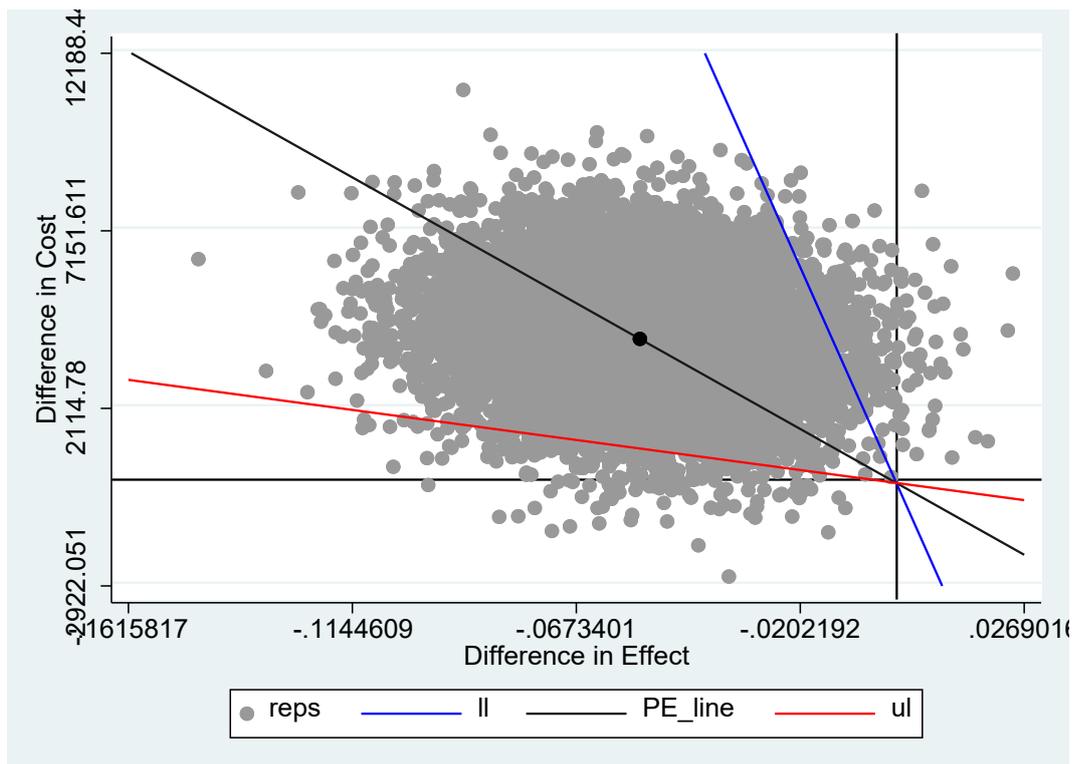


Abbildung 5: Ergebnisse zur Inkrementellen Kostennutzwertrelation (IKNR) Varianz für die Kosteneffektivität von ASSIST im Vergleich zur Standardbehandlung (TAU) aus der Perspektive der deutschen Volkswirtschaft (Teilstudie 3)

3.4 Teilstudie 4 - Prozessevaluation

3.4.2 Ergebnisse aus der Perspektive der Betroffenen

Das entwickelte Kategoriensystem ist in Anlage 5 dargestellt.

Hürden beim Zugang zum Suchthilfesystem

Die Teilnehmenden berichteten unterschiedliche Erfahrungen in Bezug auf ihren Zugang zum Suchthilfesystem. Die Mehrheit erlebte den ersten Zugang zum Suchthilfesystem als herausfordernd: „Weil man weiß ja selber, wie es im Anfangsstadium gewesen ist (...) hockst da wie der Ochs vorm Berg, hast null Ahnung. An wen wendest du dich? Was weiß ich.“ (Interview 4). Befragte berichteten fehlendes Wissen über vorhandene Hilfsangebote sowie fehlende Ansprechpartner als größtes Hindernis: „Und das war doch eine kleine Tortur. Also ich hab viele Telefonate geführt, wo man mir gesagt hat, ich/ wir können Ihnen nicht helfen. Wir wissen auch nicht, an wen Sie sich wenden können“ (FG 2). Darüber hinaus beschrieben einige Teilnehmende, dass sie z. B. von Allgemeinmediziner:innen oder Drogenberatungsstellen nur unzureichende Informationen erhielten und sich daher selbst über die verfügbaren Angebote informieren mussten (FG 2). Auf diese Schwierigkeiten zurückblickend, hätten sich einige Teilnehmende eine Orientierungshilfe („Landkarte“ oder „Navigator“ FG 2) für einen leichteren Einstieg ins Suchthilfesystem gewünscht. Ein Teilnehmer betonte jedoch auch die Bedeutung der Eigenverantwortung bei der Suche nach Unterstützung: „Also ich bin der Meinung, man sollte sich selber drum kümmern. [...] Und ich glaub schon, dass es nicht so große Hürden geben sollte, aber [...] also ich muss dahin gehen“ (FG 2).

Einige Befragten berichteten weitere Barrieren, wie strukturelle Hindernisse beim Zugang ambulanten oder stationären Suchthilfeangeboten. Bei ambulanten Angeboten wurde vor allem die geringe Verfügbarkeit, z. B. von Psychotherapieplätzen, als Problem angesehen. Bei stationären Angeboten nannten die Teilnehmenden persönliche Umstände wie aktueller

Drogenkonsum oder häusliche Verpflichtungen, als Hindernisse für die Aufnahme einer Behandlung. Ein Teilnehmer sah höhere Chancen, Unterstützung im Suchthilfesystem zu erhalten durch bereits bestehende Kontakte mit Behandelnden.

Online-Assessment

In Bezug auf das Online-Assessment berichteten die Befragten gemischte Erfahrungen. Einige Teilnehmenden betonten die Vorteile des Online-Assessments, wie z. B. erhöhte Flexibilität, in dem sie das Assessment in ihrer eigenen Geschwindigkeit absolvieren und bei Bedarf Pausen einlegen konnten (FG 4). Außerdem sahen einige Teilnehmenden das Online-Assessment als willkommene Gelegenheit, über ihre aktuelle Situation zu reflektieren (FG 4). Andere Befragte berichteten verschiedene Herausforderungen. Sie beschrieben verschiedene technische Barrieren, die die Nutzung des Online-Assessments erschwerten oder ihnen unmöglich machten. Hier wurde u. a. begrenzter Zugang zum Internet, fehlende bzw. beschädigte Endgeräte (FG 2) oder fehlende technische Kenntnisse genannt: "(...) nicht/ jeder ist so ein Fuchs, also mit dem Computer weiß Gott nicht umgehen kann. Mich interessiert es nicht. (...) Wie soll ich da mit dem Computer umgehen?" (FG 2). Bzgl. Datenschutz äußerten die Teilnehmende wenige bzw. keine Bedenken: „Also ich bin der Meinung, also für mich persönlich, also was ich da ausgefüllt hab, und irgendjemand, zu dem ich Vertrauen hätte, dem würde ich das auch alles sagen. Also alles, was da so/ was ich da angekreuzt hab, also hätte ich kein Problem damit. Ich leg mich ja da nicht offen damit, sondern das bin ich. Ja? Also ich hab damit kein Problem“ (FG 3).

Einige Teilnehmende beurteilten das Online-Assessment zwar als umfangreich, aber angemessen (FG 2, FG 3). Andere Teilnehmenden berichten, dass ihnen für das selbstständige Ausfüllen des Assessments Geduld oder Motivation gefehlt hätten (FG 2). Auch Überforderung beim Ausfüllen wurde als Problem angesehen, vor allem nach dem Konsum von Drogen: "wenn man das online macht (...) da stehen da hundertfuffzigtausend Erklärungen und Fragen, was du wie warum machen musst. Ich sitz davor, hab schon zweieinhalb Promille im Kopf drin, da sag ich mir, ey, leck mich am Arsch mit dem Scheiß. Keinen Bock mehr. Fertig aus." (FG 2).

Darüber hinaus empfanden die Befragten die Formulierung einiger Fragen als unklar bzw. als unpassend für ihre derzeitige Situation (FG 4). Auch einige Abkürzungen (z. B. bei der Benennung von Drogen) wurden als verwirrend bewertet. Ein Teilnehmer mit Leseschwierigkeiten berichtete, dass das Ausfüllen des Fragebogens sehr zeitaufwändig und mit viel Unsicherheit behaftet war: "[Ich] lese dann jedes Wort dreimal, bis ich es dann wirklich/ dass ich mir sicher bin, dass ich es auch richtig verstanden habe (...)" (FG 4). Darüber hinaus waren sich einige Befragte über den Zweck des Online-Assessments nicht sicher und wünschten sich mehr Informationen über die nach dem Assessment erfolgenden Schritte: „Oder es muss klar sein, dass wenn ich anfangs die Fragebögen ausfülle, welchen Sinn und Zweck hat das. Dass das Gespräch danach auf den Fragebögen aufbaut. Das ist, glaub ich, wichtig“ (FG 4). Einige Teilnehmenden wünschten sich ein zeitnahes Feedback zu den Ergebnissen des Online-Assessment und darüber hinaus die Möglichkeit, das Assessment drucken zu können (FG 2 & 3).

Die Mehrheit der Befragten bevorzugten das persönliche Gespräch vor einem Online-Assessment bzw. eine Kombination aus beidem (persönliches Gespräch und Online-Assessment): "Na ja, also ist halt schwierig, online das so auszudrücken. Grad über Multiple Choice (...) Also wie gesagt, für mich ist immer noch der persönliche Kontakt der wichtigste" (P 2). Als weiterer Grund wurde genannt, dass durch die Anwesenheit einer Fachkraft Fragen schnell geklärt und Unsicherheit genommen werden könnten (FG 2 & FG 4).

Regionales Kompetenzzentrum

Die Teilnehmenden, die ein Gespräch zur Behandlungsplanung im RKZ führten, beschrieben überwiegend das Gespräch als auf die eigenen Bedürfnisse ausgerichtet, hilfreich und ausführlich. Die Mitarbeitenden im RKZ schätzen sie als kompetent ein (FG 2 & FG 3). "Also

[also während des RKZ-Termins] nicht nur allein der Fragebogen abgearbeitet, also das war ein wirklich gutes Gespräch“ (Interview 4). Ein Teilnehmer bewertete das Interview als nicht ausführlich genug: „Das Gespräch an für sich war nicht schlecht. Aber wie gesagt, es/ die Ausführlichkeit irgendwie ein bisschen, die hat gefehlt. Frage beantwortet, gut, nächste Frage. Frage beantwortet, gut, nächste Frage“ (FG 2).

Einige Teilnehmende berichteten auch, dass sie aufgrund ihrer umfangreichen Erfahrungen mit dem Suchthilfesystem "keinen Bedarf" (FG 3) hatten, an dem Gespräch zur Behandlungsplanung teilzunehmen. Gleichzeitig räumen sie einen möglichen Nutzen des Gesprächs zur Behandlungsplanung ein, insbesondere für Personen mit begrenztem Wissen über das Suchthilfesystem: „Also ich hätte mir so was sicher auch am Anfang meiner Suchtkarriere gewünscht. Also [das hätte mir] manchen Umweg erspart. Also (das ist) sicher eine gute Sache, auf jeden Fall“ (FG 3).

Ähnlich wie beim Online-Assessment bevorzugten die meisten Teilnehmenden auch für die Behandlungsplanung ein persönliches Gespräch anstatt einer digitalen Lösung. Teilnehmende betonten, wie wichtig persönliche Kontakte für Menschen mit substanzbezogenen Problemen seien: „Aber prinzipiell bin ich der Meinung, so Vororttermine, man hat was zu tun. Es ist wirklich im Tag, man hat so/ ich hab einen Termin. Ich gehe aus dem Haus. Ich bereite mich dafür vor. Ich gehe dorthin. Den persönlichen Kontakt und so weiter, das ist, glaub ich, bei vielen Suchtkranken einfach so, dass die Kontakte immer weniger werden, immer mehr abbrechen. Und da ist jeder persönliche Kontakt erst mal, meiner Meinung nach, wertvoll.“ (FG 3). Einige Befragte gaben an, dass sie ein Onlinegespräch zur Behandlungsplanung bevorzugen würden, vor allem unter bestimmten Umständen (z. B. große Entfernungen, körperliche Behinderung) (FG 2 & FG 4, Interview 9).

Die hohe Anzahl an potentiellen Behandlungsempfehlungen wurde von den Befragten als positiv bewertet. Einige Teilnehmende berichtet aber auch, dass nach dem persönlichen Gespräch nur wenige Behandlungsempfehlungen von den RKZ-Mitarbeitenden vorgeschlagen wurde: „Also eine Riesenauswahl hat sie [RKZ-Mitarbeitende] schon gehabt, aber nach dem Gespräch sind halt bloß bei mir zwei Kärtchen [Behandlungsoptionen] noch übriggeblieben.“ (FG 4). Einige Teilnehmende wünschten sich zusätzliche Angebote, z. B. Freizeitaktivitäten: „(...) solche Sachen, finde ich, sind schon entscheidend und wichtig, dass man halt, wie gesagt, auch später aktiv wieder im Leben teilnehmen kann. Und nicht immer diese Passivität zu Hause (...). Und einfach nur zu Hause rumsitzt“ (FG 3).

Einige der Befragten äußerten sich durchweg positiv zu den gemachten Behandlungsangeboten und bewerteten die ihnen vorgeschlagenen Angebote als geeignet und sehr hilfreich (FG 3). Andere Befragte berichteten, dass die Behandlungsempfehlungen nicht ihren Bedarf entsprachen: „Aber für Leute so wie vielleicht so für uns, für mich, der schon lange dabei ist, mit der Problematik sich rumschlägt, war das eigentlich überhaupt nix. Das kam also in dem Gespräch raus. Und ich hab das dann auch mit [Angebot D] mir mal angeschaut und man hat mir dann auch gesagt, das/ also das ist wirklich nix für meine Bedürfnisse“ (FG 3). In einigen Fällen seien die RKZ-Mitarbeitenden auch unzureichend oder falsch über die Angebote informiert gewesen, was wiederum zu Missverständnissen geführt habe (FG 4). Insbesondere bei unpassenden Empfehlungen schlugen die Teilnehmenden vor, den RKZ-Mitarbeitenden Feedback zu geben, um die Behandlungsplanung zu verbessern: „Soll keine Einbahnstraße sein. Und (...) die [RKZ-Mitarbeitende 1] oder alle Personen, die in der Position wären, lernen ja auch dazu, ne? Die [RKZ-Mitarbeitenden] wissen dann, was hat gefruchtet, was war erfolgreich, was war nicht erfolgreich. Und dadurch kann das ja immer weiter optimiert werden“ (P 2).

Zusätzlich zu den Gesprächen zur Behandlungsplanung kontaktierten die RKZ-Mitarbeitenden die Teilnehmer nach einer gewissen Zeit bzgl. eines Folgegesprächs, um bei Bedarf weitere Unterstützung anzubieten, z. B. zur Anpassung der Behandlungsempfehlungen. Einige Befragten schätzten diese Möglichkeit (FG 2, Interview 9). Zwei Teilnehmende bewerteten die

positiven Auswirkungen des RKZ-Gespräches und des anschließenden Kontakts mit RKZ-Mitarbeitenden wie folgt: „(...) das war für mich wirklich, ja, jetzt höre ich auf. Jetzt ist die Zeit“ (FG 4) und “So ein bisschen wie die rettende Hand und der Schutzengel in meinem Leben. Was ich sehr zu schätzen weiß“ (FG 2).

Online-Portal

Die Befragten sahen potenzielle Vorteile einer gut funktionierenden Online-Plattform für die Behandlungsbegleitung. Hierzu gehörten vereinfachte Behandlungsprozesse (FG 2), eine zentrale Sammlung von Behandlungsdokumenten (FG 3) und einen leichteren Informationstransfer zwischen verschiedenen Akteuren (FG 2),

Nicht alle Teilnehmenden nutzten die Online-Plattform. Einige Befragte berichteten, dass sie sich nicht angemeldet hatten bzw. sich nicht an die Anmeldung erinnern konnten (Interview 1, FG 3). Ein Teilnehmer hatte Schwierigkeiten bei der Registrierung auf der Plattform mit dem Smartphone aufgrund der kleinen Bildschirmgröße (P 11), ein anderer Teilnehmer erwähnte, dass er bei der Registrierung Unterstützung durch RKZ-Mitarbeitende erhalten hatte (FG 4). Die meisten Teilnehmenden, die sich auf der Online-Plattform registriert haben, beschrieben keine Schwierigkeiten mit dem Registrierungsprozess (Interview 1, FG 2 & FG 3 & FG 4)

Mehrere Befragte gaben an, die Online-Plattform kaum zu nutzen (FG 2 & FG 3, Interview 9). Teilnehmende, die die Online-Plattform schließlich nutzten, hatten keine Probleme bei der Nutzung (Interview 1, FG 3 & FG 4). Einige Befragte nannten mehrere Gründe für eine nur eingeschränkte Nutzung der Online-Plattform. Hierzu zählten unzureichende Informationen über die Online-Plattform und deren Zweck (FG 4), der fehlende Bedarf oder abweichende Erwartungen (FG 2, FG 4).

Die Teilnehmenden äußerten mehrfach den Wunsch nach weiteren Inhalten und Funktionen auf der Online-Plattform. Hierzu gehörten Informationen über zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Rehabilitation) (FG 3) sowie eine Druckoption (FG 3) und eine Kalenderfunktion mit Push-Benachrichtigungen für Termine (FG 4).

3.4.3 Ergebnisse aus der Perspektive der Beratenden und Behandelnden

Online-Assessment

Die Beratenden/Behandelnden bewerteten die Einführung einer einmaligen und zentralen Diagnostik zur Ermittlung der Bedarfe und Ziele von Suchterkrankten als sehr herausfordernd. Die Nutzung von standardisierten Fragen sahen sie als nicht geeignet für die Erhebung der Bedürfnisse und Ziele an, da diese häufig komplexer seien. Zudem brachten die Beratenden/Behandelnde ein, dass sich Betroffene häufig in einer Notsituation an Hilfestellen wendeten („Ich finde, wenn jemand eine Not hat, [...] und dann [...] der erste Schritt ist, so jetzt machen wir einen standardisierten Fragebogen, dann ist das halt vielleicht auch ein bisschen an dem vorbei, was dieser Mensch jetzt gerade braucht“, FG 1).

Grundsätzlich wurde der Zugang zu ASSIST über das Online-Assessment als zu hochschwierig für die Zielgruppe wahrgenommen („Der größte Killer für diese Geschichte“, Interview 02). Für Betroffene seien die Fragebögen zu umfangreich. Zudem benötige das Ausfüllen eine gewisse Konzentrationsfähigkeit und Durchhaltevermögen, was bei vielen Suchterkrankten nicht gegeben sei. Die Durchführung als Online-Format wurde als zusätzliche Hürde wahrgenommen, da technische Fähigkeiten und/oder der Zugang zu technischen Endgeräte häufig eingeschränkt seien („Die haben keine Handys, haben keine Laptops oder so. Da alleine schon da diesen Fragebogen dann auszufüllen oder so was, ist eigentlich nicht umsetzbar“, FG 1). Für besser geeignet zur Erfassung der Bedürfnisse und Ziele hielten die Beratenden/Behandelnden persönliche Gespräche, ggf. über mehrere Zeitpunkte hinweg.

Viele Beratende/Behandelnde berichteten, dass sie auf die Ergebnisse des Online-Assessments nicht zugreifen konnten, und zwar aufgrund technischer Schwierigkeiten oder da entsprechende Unterlagen noch nicht im Online-Portal hochgeladen worden waren.

Beratende/Behandelnde, die Zugang zu den Unterlagen hatten, nutzten diese Möglichkeit jedoch ebenfalls nicht. Alle Beratende/Behandelnde gaben an, dass sie mit neuen Klient:innen eigene Erstgespräche durchgeführt hätten, da sie dies als wichtig für die Beziehungsgestaltung ansahen. Zudem sei ein Großteil der über ASSIST vermittelten Klient:innen bereits bekannt gewesen, weshalb kein Interesse an der Erstdiagnostik mittels Online-Assessment bestand. Bei neu über ASSIST vermittelten Betroffenen habe die doppelte Anamnese teilweise auch zu Verwirrung geführt.

Regionales Kompetenzzentrum

Das Einrichten einer zentralen Stelle zur Vermittlung und Koordination zwischen den Betroffenen und den Angeboten der Suchthilfe wurde von den Beratenden/Behandelnden unterschiedlich bewertet. Einige Beratenden/Behandelnden bewerteten die Idee grundsätzlich als positiv, da dort alle Angebote des Suchthilfesystems gebündelt seien und somit eine zentrale Stelle den Überblick behalte. Die tatsächliche Umsetzung wurde jedoch als herausfordernd und in der aktuellen Gestaltung im Rahmen von ASSIST als nicht erfolgsversprechend beschrieben.

Andere Beratende/Behandelnde sahen grundsätzlich keinen Mehrwert in einer zentralen Stelle zur Vermittlung und Koordination, da die Aufgaben und Funktionen, die dort umgesetzt werden sollten, bereits in den Suchtberatungsstellen verankert seien und erfüllt würden („Man kann es einfach sein lassen“, FG 1). Die Beratenden/Behandelnden merkten auch an, dass im RKZ keine innovativen Ansätze umgesetzt würden, um die Abläufe im Suchthilfesystem bzw. die Versorgung für Betroffene mit komplexem Hilfebedarf zu verbessern („Das ist aber gängiger Ablauf, das ist nichts, was sich in irgendeiner Weise jetzt besonders dargestellt hätte. Sondern das sind normale Abläufe“, Interview 01).

Die konkreten Erfahrungen mit dem RKZ wurden größtenteils negativ bewertet. Größter Kritikpunkt war die fehlende Passung zwischen den Bedürfnissen der Betroffenen und den vermittelten Angeboten. So habe es keine individuellen Empfehlungen, sondern eine „klassische, vollkommen systematische“ Zuteilung der Angebote gegeben (Interview 01). Zudem finde keine Vernetzung zwischen den Angeboten statt, nur die „üblichen Auflistungen, was eben in den verschiedenen sozialen Systemen zur Verfügung steht“ (Interview 01). Sehr häufig wurde auf unzureichende Kenntnisse zum Suchthilfesystem bei den Mitarbeitenden im RKZ hingewiesen: „[So sind] auch viele Irritationen entstanden [...], aus meiner Sicht, die daher kommen, weil da einfach zwar engagierte Mitarbeiter [arbeiten], aber die das Suchthilfesystem eben nicht kennen“ (FG 1). Die Beratenden/Behandelnden wünschten sich hier erfahrene Mitarbeitende aus unterschiedlichen Berufsgruppen (z.B. Sozialarbeiter:innen) mit umfangreichen Kenntnissen des Suchthilfesystems. Ein Beratender/Behandelnder merkte zudem an, dass die Angebotsbeschreibungen teilweise sinnentstellend angepasst bzw. gekürzt worden seien. Als Folge der unzureichenden Passung zwischen Bedürfnissen und Angeboten wurden ein erhöhter Zeitaufwand bei Beratenden/Behandelnden sowie Frustration bei Klient:innen beschrieben.

Mit Blick auf die zukünftige Gestaltung regten die Beratenden/Behandelnden an, ein Informations- statt Koordinationszentrum einzurichten. Dort könnten sich sowohl Parteien des Suchthilfenetzwerks als auch Betroffene über die Angebote informieren und miteinander vernetzen. Ein Beratender/Behandelnder schlug vor, hierfür eine Internetseite zu schaffen.

Online-Portal

Nahezu alle Beratenden/Behandelnde berichteten von technischen Schwierigkeiten bei der Nutzung der Online-Plattform, die dazu führten, dass das Online-Portal eingeschränkt bis gar nicht genutzt werden konnte. Zudem war den Beratenden/Behandelnden der Zweck des Online-Portals teilweise unklar („Uns [konnte] nicht vermittelt werden [...] oder mir zumindest, was dieses Portal eigentlich wirklich soll, und von dem her hab ich da auch wenig reingeschaut“, FG 1) bzw. sie bewerteten es als nicht relevant für die eigene Arbeit mit

Klient:innen. Für Beratende/Behandelnde, die das Portal nutzten, war es nicht übersichtlich gestaltet.

Die Idee einer Online-Ablage mit Behandlungsunterlagen der Klient:innen wurde unterschiedlich bewertet. Einige Beratende/Behandelnde fanden sie grundsätzlich positiv („Wenn die dann vorher schon mal hochgeladen wurden und man dann zugreifen kann, super praktisch“, FG 1), die Umsetzung in ASSIST allerdings unzureichend („Aber das müsste halt extrem gut gemacht sein [...] und davon ist ASSIST in seinem jetzigen Zustand gigantisch weit weg“, FG 1). Insbesondere auf den Aspekt Datenschutz, der bei solchen sensiblen Unterlagen besonders herausfordernd sei, wiesen die Beratenden/Behandelnden hin. Die Möglichkeit der Freigabe der Dokumente durch die Betroffenen selbst wurde als positiv bewertet. Allerdings wurde auch angemerkt, dass dies nur für einen kleinen Anteil der Betroffenen nutzbar sei, da sie dafür „sehr kompetent“ (FG 1) sein müssten. Andere Beratende/Behandelnde sahen keinen Mehrwert in einer Online-Ablage oder lehnten sie ab. Beratende/Behandelnde, die keinen Mehrwert darin erkannten, wiesen auf bereits bestehende Kontakte zu Kolleg:innen hin, die es ermöglichten, relevante Unterlagen zu erhalten. Zudem wurde die Sorge geäußert, dass Beratende/Behandelnde sich zu sehr auf die Unterlagen verlassen würden, wenn diese vorab einsehbar seien.

Das Terminplanungstool der Online-Plattform konnte aufgrund technischer Probleme von nur wenigen Beratenden/Behandelnden genutzt werden. Die Beratenden/Behandelnden berichteten zudem, dass das Terminplanungstool nicht an die Strukturen in der Praxis angepasst sei. So merkte eine Person an, dass sie ihre Einrichtung für jedes Angebot, das durch ASSIST vermittelt werden könnte, auch einen wöchentlichen Termin freihalten müsste, was jedoch aufgrund begrenzter Kapazitäten nicht umsetzbar sei. Des Weiteren funktioniere die Koordination der Gruppenangebote über das Terminplanungstool nicht gut, da diese Angebote zu vielfältig seien („Wir haben so unterschiedliche Gruppen, wir haben fortlaufende Gruppen, wir haben tatsächlich Gruppen, die punktgenau [...] starten und dann gehen die über einen begrenzten Zeitraum“, Interview 02). Eine Beratende/Behandelnde beschrieb hier, dass in ihrer Einrichtung nur ein Erstberatungstermin gebucht werden konnte und die Zuteilung zu Gruppenangeboten dann anschließend wiederum innerhalb der Einrichtung erfolgte.

Die Dokumentation der Behandlung wurde teilweise von Beratenden/Behandelnden genutzt, wobei diese anmerkten, dass die Dokumentation zu vereinfacht umgesetzt worden sei: „Es gab ja im Prinzip nur diesen einen Button Behandlung starten und Behandlung beenden“ (Interview 07). Für eine bessere Dokumentation wünschten sich die Beratenden/Behandelnden, eine kurze Notiz zum Verlauf vermerken zu können (z.B. „Folgetermin vereinbart“). Zusätzlich berichteten die Beratenden/Behandelnden, dass ihnen der Mehrwert bzw. Zweck des Dokumentierens nicht klar war: „Mir war oft nicht ganz klar, für wen das jetzt relevant ist oder wie das auch auf die Arbeit vom RKZ rückwirkt [...] das war für mich noch nicht ganz greifbar, wie das gedacht ist“ (Interview 07). Beratende/Behandelnde, die sich kritisch gegenüber der Dokumentationsfunktion äußerten, sahen einen Mehraufwand durch die Dokumentation im Online-Portal.

Keiner der Beratenden/Behandelnden lud Dokumente ins Online-Portal hoch, da im Rahmen ihrer Arbeit keine Dokumente erstellt wurden. Allerdings wiesen die Beratenden/Behandelnden hier wieder auf die Relevanz des Datenschutzes hin.

Die Beratenden/Behandelnden nutzten die Möglichkeit Anpassungswünsche zu äußern nicht, da sie darin einen Mehraufwand bzw. die Schaffung von Doppelstrukturen sahen. Eine Beratende/Behandelnde merkte an, dass ASSIST nicht präsent genug für sie war, um Änderungen einzugeben. Ein Berater/Behandelnder berichtete, dass die schriftliche Übermittlung zu langwierig war, und wünschte sich stattdessen einen mündlichen Austausch und mehr Transparenz zum Vorgang einer möglichen Änderung.

Insgesamt wurde ASSIST von den Beratenden/Behandelnden als wenig bis gar nicht sinnvoll für Betroffene bewertet. Als Grund wurde die fehlende Passung zwischen Angeboten und

Bedürfnissen genannt. Zudem haben sich für die Betroffenen aus Sicht der Behandelnden keine neuen Hilfsangebote durch ASSIST ergeben. Allerdings wiesen die Beratenden/Behandelnden darauf hin, dass Betroffene von der durch ASSIST bzw. insbesondere durch die Begleitstudie entstandenen zusätzlichen Aufmerksamkeit profitierten: „Sie [die Betroffenen] sind froh über eine zusätzliche Form von Aufmerksamkeit. [...] Alles, was halt jetzt mit ASSIST zu tun hatte, wo die irgendwelche Form von Gespräche oder so was bekommen haben“ (FG 1).

Auch für sich selbst sahen die Beratenden/Behandelnden keinen Mehrwert in ASSIST, da die Funktionen von ASSIST bereits im aktuellen Suchthilfesystem verankert seien und gut ausgeführt würden: „Ich finde, wir haben eine gute Vernetzung. [...] Und ich finde auch, dass wir eine individuelle Hilfeplanung machen [...] Deswegen ist meiner Meinung nach [ASSIST] nicht notwendig“ (FG 1). Statt von Vorteilen durch ASSIST berichteten die Beratenden/Behandelnden von Zeit- und Kommunikationsaufwand („Es war einfach unfassbar aufwendig“, Interview 2) sowie von unnötigen Doppelstrukturen. Ein weiterer Kritikpunkt war, dass ASSIST nicht der Versorgungsrealität entspreche und nicht für eine Nutzung in der Praxis der Beratenden gestaltet sei.

In der aktuellen Ausgestaltung von ASSIST würde der Großteil der Beratenden/Behandelnden ASSIST nicht weiterhin nutzen. Um dies zu ändern, müssten Beratende/Behandelnde einen deutlichen Mehrwert für Betroffene und für ihre eigene Arbeit erkennen. Hier äußerten die Beratenden/Behandelnden auch Sorgen bzgl. einer zukünftigen Integration von ASSIST in die Regelversorgung und für sie damit verbundene (negative) Folgen.

Als Zielgruppe, die von ASSIST profitieren könnte, sahen die Beratenden/Behandelnden Betroffene, die sehr wenig bis noch keinen Kontakt zum Suchthilfesystem haben, technikaffin, zuverlässig sowie nicht in einer akuten Not sind.

3.4.4 Ergebnisse aus Perspektive der Kostenträger und sonstigen Interessenvertreter

Online-Assessment

Die Vertreter:innen der Kostenträger und sonstigen Interessenvertreter:innen bewerteten das Online-Assessment als zusätzliches Angebot, das einen ersten, stigmafreien Zugang zur Suchthilfe für spezifische Personengruppen erleichtern könne, die sich durch das reguläre Angebote im Suchthilfebereich nicht angesprochen fühlten: „(...) uns war immer klar, wir erreichen nicht alle. (...) Und für mich hatte oder war immer das Bestechende an dieser Idee, noch mal einen anderen Weg zu finden (...) für Menschen, die (...) für sich selber das als stigmatisierend erleben, in eine Beratungsstelle gleich zu gehen, das dann online machen zu können“ (Interview 5).

Als wichtige Zielgruppe von ASSIST sahen die Befragten Personen, die noch keinen Kontakt mit dem Suchthilfesystem hatten und über eine gewisse Technikaffinität sowie ausreichend Deutschkenntnisse verfügen. Für andere Personengruppen wurde das Online-Assessment von den Teilnehmenden als zu hochschwellig bewertet. Dies gelte beispielsweise für Personen ohne Internetzugang, mit geringer Digitalkompetenz, schwerer Suchtproblematik oder schwerwiegenden kognitiven Einschränkungen. Für eine zukünftige Implementierung regten die Teilnehmenden u.a. an, Fragen im Online-Assessment zu modifizieren („Ich glaub, in manchen Fragen hat man sich einfach nicht abgeholt gefühlt“ Interview 8) bzw. generell den Umfang des Online-Assessments zu reduzieren sowie Informationen im persönlichen Kontakt zu erheben.

Vernetzung und Koordination über das Regionale Kompetenzzentrum

Die Vernetzung und Koordination über das RKZ wurde von den Befragten als Möglichkeit gesehen, ein regelgeleitetes Vorgehen bei der Vermittlung von passgenauen Suchthilfeangeboten umzusetzen, das unabhängiger von Einzelentscheidungen der Betreuenden und deren individueller Vorlieben für spezielle Unterstützungsangebote ist: „(...)“

jeder einzelne Berater in Beratungsstellen, der das über viele Jahre macht, wird auch unter Umständen irgendwann mal betriebsblind“ (Interview 5). Als Vorteil für die Kostenträger wurde eine erhöhte Transparenz in der Angebotsvermittlung benannt: „Und die Kostenträger haben natürlich dann auch noch mal eine Sicherheit (...) das ist hier sehr regelgeleitet, systematisch da, genau, das sind keine Einzelentscheidungen im stillen Kämmerchen, die getroffen werden, sondern das (...) auch transparent im Suchthilfeverbund ja auch immer wieder diskutiert und angeschaut wird, ne? Also da ist ja auch das RKZ/ muss sich da immer wieder legitimieren mit den Entscheidungen und so, ne?“ (Interview 3).

Die Befragten betonten, dass RKZ-Mitarbeitende über langjährige Erfahrung sowie breites Wissen über die verschiedenen Angebote im Suchthilfesystem und angrenzenden Hilfesystemen verfügen sollten, um kompetente Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit leisten zu können. Unklarheiten in Bezug auf die Aufgabe des RKZ bestanden aus Sicht der Befragten dann, wenn Betroffene bereits in das Suchthilfesystem gut eingebunden waren: „(...) wenn die Menschen schon Jahre und Jahrzehnte im Suchthilfesystem sind, dann kennen die meistens ganz viel und eigentlich alles“ (Interview 5).

Online-Plattform

Bei erfolgreicher Umsetzung birgt eine Online-Plattform als zentrale Ablage aus Sicht der Befragten einige Vorteile, wie den erleichterten Informationszugang und -austausch unter allen Beteiligten:

„(...) dass man Dinge nicht doppelt und dreifach macht. Sondern dann schon mal auf Daten zurückgreift.“ (Interview 5)

„(...) wenn alles gut dokumentiert ist, kann man da/ könnte man gut einsehen, was wurde denn schon gemacht, welche Idee war dahinter? Man weiß genau, mit wem ich vielleicht dann auch Kontakt aufnehmen kann, was der andere Beratende schon, ja, vielleicht vorgearbeitet hat.“ (Interview 8)

Auch eine Übersicht über aktuelle Angebote in der Suchthilfe für Behandelnde und Betroffene wurde als positiv bewertet. Als zentral für eine erfolgreiche Umsetzung der Onlineplattform erachteten die Befragten die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen, die Selbstbestimmung des Nutzenden darüber, welche Daten freigegeben werden dürfen, sowie die Mitwirkung aller Akteure. „(...) [es] bedarf natürlich des gegenseitigen Willens, da dran zu arbeiten. Also, ne? Mit dem Tool zu arbeiten und das dann tatsächlich auch einzustellen.“ (Interview 5). Die Befragten wiesen auch darauf hin, dass durch die Einführung von ASSIST Doppelstrukturen entstehen könnten, z. B. wenn ähnliche Informationen durch das Online-Assessment sowie im Erstgespräch in der Suchthilfeeinrichtung erhoben werden oder Behandelnde sowohl auf der Onlineplattform als auch trägerintern dokumentieren. Dies würde dann zu einem Mehraufwand für Betroffene und Behandelnde führen.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

5.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Arbeitshypothese 1:

Primäres Ergebniskriterium *Patientenzufriedenheit (ZUF-8-Gesamtwert)*

Die Einführung der sektorenunabhängigen Behandlungskoordination ausgehend von einem Online-Assessment führte über einen Zeitraum von sechs Monaten im Vergleich zur Standardversorgung NICHT zu einer stärkeren Verbesserung der Patientenzufriedenheit von Betroffenen mit substanzbezogenen Störungen.

Sekundäres Ergebniskriterium *Empowerment (EPAS-Gesamtwert)*

Die Einführung der sektorenunabhängigen Behandlungscoordination ausgehend von einem Online-Assessment führte über einen Zeitraum von sechs Monaten im Vergleich zur Standardversorgung NICHT zu einer stärkeren Verbesserung der subjektiven Wahrnehmung von Empowerment von Betroffenen mit substanzbezogenen Störungen.

Sekundäre Ergebniskriterien Lebensqualität (WHOQOL-BREF, WHODAS 2.0), erkrankungsspezifische Zielgrößen (SDS, HoNOS, TFB, MCS, PHQ-4, GAD-7, PSS-10, SSS-8)

Die Einführung der sektorenunabhängigen Behandlungscoordination ausgehend von einem Online-Assessment führte über einen Zeitraum von sechs Monaten im Vergleich zur Standardversorgung NICHT zu einer stärkeren Verbesserung weiterer Zielkriterien, wie der Lebensqualität (WHOQOL-BREF, WHODAS 2.0) oder erkrankungsspezifischen Zielgrößen (SDS, HoNOS, TFB, MCS, PHQ-4, GAD-7, PSS-10, SSS-8) von Betroffenen mit substanzbezogenen Störungen.

- Die Arbeitshypothese 1 wird zurückgewiesen. –

Arbeitshypothese 2:

Sekundäres Ergebniskriterium *direkte Behandlungsallokation*

Die Einführung der sektorenunabhängigen Behandlungscoordination ausgehend von einem Online-Assessment führte über einen Zeitraum von sechs Monaten im Vergleich zur Standardversorgung zu einer höheren Behandlungsallokationsrate von Betroffenen mit substanzbezogenen Störungen.

Sekundäres Ergebniskriterium *Behandlungsretention*

Die Einführung der sektorenunabhängigen Behandlungscoordination ausgehend von einem Online-Assessment führte über einen Zeitraum von sechs Monaten im Vergleich zur Standardversorgung NICHT zu einer stärkeren Verbesserung der Behandlungsretention von Betroffenen mit substanzbezogenen Störungen.

- Die Arbeitshypothese 2 wird bzgl. der Behandlungsallokation angenommen und bzgl. der Behandlungsretention zurückgewiesen. -

Arbeitshypothese 3:

Sekundäres Ergebniskriterium *qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALYs)*

Die Einführung der sektorenunabhängigen Behandlungscoordination ausgehend von einem Online-Assessment führte über einen Zeitraum von sechs Monaten im Vergleich zur Standardversorgung NICHT zu einem Zuwachs an qualitätsadjustierten Lebensjahren bei Betroffenen mit substanzbezogenen Störungen.

Sekundäres Ergebniskriterium *Versorgungskosten aus volkswirtschaftlicher Perspektive*

Die Einführung der sektorenunabhängigen Behandlungscoordination ausgehend von einem Online-Assessment führte über einen Zeitraum von sechs Monaten im Vergleich zur Standardversorgung NICHT zu einer Reduktion des Versorgungskosten aus volkswirtschaftlicher Perspektive bei Betroffenen mit substanzbezogenen Störungen.

Sekundäres Ergebniskriterium *Kosten-Effektivitätsverhältnis*

Die Einführung der sektorenunabhängigen Behandlungscoordination ausgehend von einem Online-Assessment führte über einen Zeitraum von sechs Monaten im Vergleich zur Standardversorgung NICHT zu einer Verbesserung des Kosten-Effektivitätsverhältnisses der

eingesetzten Ressourcen aus volkswirtschaftlicher Perspektive bei Betroffenen mit substanzbezogenen Störungen.

- Die Arbeitshypothese 3 wird zurückgewiesen. –

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Die unabhängige wissenschaftliche Evaluationsstudie zur Analyse der Wirksamkeit und der Kostenwirksamkeit des Angebotes einer sektorenunabhängige Behandlungscoordination mittels Online-Assessment bei substanzbezogenen Störungen (ASSIST) zusätzliche zur Regelversorgung im Vergleich zur ausschließlichen Regelversorgung konnte wie geplant durchgeführt werden, wenn auch aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten in Verbindung mit der SARS-CoV-2 Pandemie die geplante Fallzahl reduziert wurde und somit nur noch eine Power 80% statt von 90% angestrebt wurde.

Die Ausfallrate über alle Messzeitpunkte entsprach mit 40 % den Annahmen bei der Fallzahlkalkulation, wobei die Ausfallrate in der Interventionsgruppe (45 %) höher war als in der Wartezeitgruppe (34 %).

Die Ergebnisse der Wirksamkeitsanalyse zeigen keine signifikant stärkeren Verbesserungen der gewählten primären (ZUF-8) und sekundären Zielkriterien über einen Beobachtungszeitraum von sechs Monaten in der ASSIST-Gruppe im Vergleich zur Regelversorgung. Die Aufnahme von neuen Versorgungsangeboten bezüglich der substanzspezifischen Erkrankung war über einen Zeitraum von sechs Monaten in der ASSIST-Gruppe (75 %) jedoch signifikant höher als in der Wartezeit-Gruppe (59 %). Es konnte weder ein signifikanter Zuwachs an qualitätsadjustierten Lebensjahren, noch eine Reduktion an volkswirtschaftlichen Kosten und somit auch keine Verbesserung des Kosten-Effektivitätsverhältnisses bei Betroffenen mit substanzbezogenen Störungen durch die Einführung des ASSIST-Angebotes aufgezeigt werden. Die qualitativen Daten zur Prozessevaluation aus Perspektive der Betroffenen, Beratenden / Behandelnden, Kostenträgern und weiteren Interessensvertreter:innen liefern wertvolle Hinweise zur Optimierung der ASSIST-Intervention und deren Implementierung.

5.3 Stärken und Limitationen der Evaluationsstudie

Die Stärken der vorliegenden Evaluationsstudie liegen in der umfassenden Evaluation aus diversen Perspektiven (Betroffenen, Beratenden / Behandelnden, Kostenträgern und weiteren Interessensvertreter:innen) mit quantitativen und qualitativen Methoden zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Implementierungsprozesses der sektorenunabhängigen Behandlungscoordination mittels Online-Assessment bei substanzbezogenen Störungen (ASSIST). Kernstück der Evaluation bildete die Wirksamkeitsanalyse im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie mit Wartezeitdesign. Randomisierte kontrollierte Studien sind der Goldstandard in der klinischen Forschung für den Beleg von Wirksamkeit. Es ist davon auszugehen, dass durch das Wartezeitdesign die Studienabbruchrate in der Kontrollgruppe relativ geringgehalten werden konnte, wodurch diese letztendlich sogar geringer war als in der Interventionsgruppe.

Die größten Limitationen im Untersuchungsdesign bildeten die fehlende Verblindung der Untersuchungsteilnehmenden und/oder der Studienmitarbeitenden, sowie die Tatsache, dass die Implementierung und Evaluation lediglich in einer Studienregion, im SSSH, erfolgte. Die relativ kurze Nachbeobachtungsdauer von sechs Monaten war gegebenenfalls nicht ausreichend, um Veränderungen in den gewählten primären und sekundären Zielgrößen nachweisen zu können, da die Optimierung der Behandlungscoordination und die daraus versprochenen klinischen Effekte ein langwieriger Prozess sind.

Darüber hinaus waren aufgrund der SARS-CoV2-Pandemie größere Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Teilnehmenden für alle vier Teilstudien aufgetreten. Im Verlauf der randomisierten, kontrollierten Studie musste daher die angestrebte Power von 90 % auf 80 % reduziert werden. Außerdem wurde der Großteil der Teilnehmenden (80 %) über das Klinikum Stuttgart rekrutiert, welche vermutlich bereits recht lange und schwer erkrankt sind und bereits umfassende Unterstützungsangebote aufgrund der suchtbefragten Probleme in Anspruch genommen haben. Eine potentielle Zielgruppe, Betroffene mit einem schädlichen Substanzkonsum, welche noch keine Unterstützungsangebote im Suchthilfesystem in Anspruch genommen haben, war dagegen unterrepräsentiert.

5.4 Empfehlungen der Evaluatorin

Im Rahmen der vorliegenden Studie (Teilstudie 3) konnte bezüglich der gewählten primären und sekundären Zielkriterien kein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden. Auch die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation zeigen keinen Mehrwert der Implementierung einer sektorenunabhängigen Behandlungscoordination mittels Online-Assessment bei substanzbezogenen Störungen bezüglich der eingesetzten Ressourcen und dem Gewinn an qualitätsadjustierten Lebensjahren auf.

Die Anforderungen und Herausforderungen, welche mit der Implementierung einer sektorenunabhängigen Behandlungscoordination im SSHS einhergehen (siehe Teilstudie und Teilstudie 2), konnten vermutlich im Rahmen des Projektes ASSIST, welches erschwerend während der SARS-CoV2-Pandemie erfolgte, nicht ausreichend adressiert werden. Die multiperspektivische Prozessevaluation zu ASSIST (Teilstudie 4) ergab ein heterogenes Stimmungsbild bezüglich der Bewertung der Implementierung von ASSIST im SSHS.

Aus den genannten Gründen ergibt sich aus der Perspektive der Evaluatorin keine Empfehlung für eine Überführung der sektorenunabhängigen Behandlungscoordination mittels Online-Assessment bei substanzbezogenen Störungen (ASSIST) in die Regelversorgung im Stuttgarter Suchthilfesystem. In einem partizipativen Prozess könnten die Ergebnisse nun jedoch im SSHS aufgearbeitet werden, da bereits in der Prozessevaluation wertvolle Hinweise zur Optimierung der ASSIST-Intervention und deren Implementierung aufkamen.

Im Sinne einer Lernspirale, soll der Erkenntnisgewinn aus dem ASSIST-Projekt nun erneut in den gesundheitspolitischen Aktionszyklus (Public Health Action Cycle) eingehen. In einem partizipativen Prozess mit zentralen Akteur:innen des Stuttgarter Suchthilfesystems soll nun unter Berücksichtigung der vielschichtigen Erkenntnisse aus dem Evaluationsprojekt eine erneute Problembestimmung erfolgen, neue Strategien, Ziele und Maßnahmen zur Bearbeitung dieser Probleme festgelegt und anschließend umgesetzt werden. Darüber hinaus könnten die Erkenntnisse mit Vertreter:innen der Suchthilfenetzwerke anderer Regionen diskutiert werden, um Bewertungsmaßstäbe sowie förderliche und hinderliche Faktoren bezüglich der Implementierung von innovativen Maßnahmen mit dem Ziel der Optimierung der Behandlungscoordination in anderen Versorgungsregionen besser abschätzen zu können.

5. Literaturverzeichnis

Andreas, S., Harfst, T., Dirmaier, J., Kawski, S., Koch, U., & Schulz, H. (2007). A Psychometric Evaluation of the German Version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': On the Feasibility and Reliability of Clinician-Performed Measurements of Severity in Patients with Mental Disorders. *Psychopathology*, 40(2), 116–125. <https://doi.org/10.1159/000098492>

- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF: Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität*. Hogrefe.
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5(3), 233–237. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90074-X](https://doi.org/10.1016/0149-7189(82)90074-X)
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines: An Estimate of Consumption and Substance-Related Disorders in Germany. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0577>
- Barghorn, K. (2011). *Einstellungen und Verhalten von Mitarbeitern in betrieblichen Veränderungsprozessen*. <https://osnadocs.ub.uni-osnabrueck.de/handle/urn:nbn:de:gbv:700-201103088005>
- Bischof, G., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2004). Inanspruchnahme medizinischer Versorgung bei Rauchern und riskant Alkohol konsumierenden Personen: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie [Medical care requested by smokers and at-risk alcohol consumers: results of a representative population survey]. *Das Gesundheitswesen*, 66(02), 114–120. <https://doi.org/10.1055/s-2004-812706>
- Brooks, R., Rabin, R., & De Charro, F. (Hrsg.). (2003). *The Measurement and Valuation of Health Status Using EQ-5D: A European Perspective: Evidence from the EuroQol BIOMED Research Programme*. Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-0233-1>
- Buchholz, A., Dams, J., Rosahl, A., Hempleman, J., König, H.-H., Konnopka, A., Kraus, L., Kriston, L., Piontek, D., Reimer, J., Röhrig, J., Scherbaum, N., Silkens, A., & Berner, M. (2020). Patient-Centered Placement Matching of Alcohol-Dependent Patients Based on a Standardized Intake Assessment: Primary Outcomes of an Exploratory Randomized Controlled Trial. *European Addiction Research*, 26(3), 109–121. <https://doi.org/10.1159/000505913>
- Buchholz, A., Rist, F., Küfner, H., & Kraus, L. (2009). Die deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit. *SUCHT*, 55(4), 219–242. <https://doi.org/10.1024/2009.04.04>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- Friedrichs, A., Kraus, L., Berner, M., Schippers, G., Broekman, T., Rist, F., Piontek, D., Röhrig, J., & Buchholz, A. (2013). Adaption einer niederländischen Zuweisungsleitlinie für Patienten nach qualifiziertem Alkoholentzug – Ergebnisse einer Delphi-Befragung. *Suchttherapie*, 14(04), 148–154. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1354394>
- Gastfriend, D. R., & Mee-Lee, D. (2010). Patient placement criteria. In M. Galanter & H. D. Kleber (Hrsg.), *Psychotherapy for the Treatment of Substance Abuse* (1.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615371297>

- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8): A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Internal Medicine*, *174*(3), 399. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179>
- Gierk, B., Kohlmann, S., Toussaint, A., Wahl, I., Brünahl, C. A., Murray, A. M., & Löwe, B. (2015). Assessing somatic symptom burden: A psychometric comparison of the Patient Health Questionnaire—15 (PHQ-15) and the Somatic Symptom Scale—8 (SSS-8). *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(4), 352–355. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.006>
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, *90*(5), 607–614. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.9056072.x>
- IBM. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 25.0)*. Armonk, NY. [Software].
- Isfort, M. (2019). *Forschungsbericht: Digitalisierung in der Suchthilfe und -beratung in den ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen*.
- Kazemi, D. M., Borsari, B., Levine, M. J., Li, S., Lamberson, K. A., & Matta, L. A. (2017). A Systematic Review of the mHealth Interventions to Prevent Alcohol and Substance Abuse. *Journal of Health Communication*, *22*(5), 413–432. <https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1303556>
- Kilian, R., Becker, T., Schleuning, G., Welschehold, M., Hertle, C., Matschinger, H., & Hörand, S. (2012). Die Entwicklung eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen: Abschlussbericht. *Förderkennz. 101GX0743. Ulm*.
- Kilian, R., Bernert, S., Matschinger, H., Mory, C., Roick, C., & Angermeyer, M. C. (2001). Die standardisierte Erfassung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs bei schweren psychischen Erkrankungen—Entwicklung und Erprobung der deutschsprachigen Version des Camberwell Assessment of Need-EU -. *Psychiatrische Praxis*, *28*, 79–83. <https://doi.org/10.1055/s-2001-17789>
- Kilian, R., Matschinger, H., Löeffler, W., Roick, C., & Angermeyer, M. C. (2002). A comparison of methods to handle skew distributed cost variables in the analysis of the resource consumption in schizophrenia treatment. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, *5*(1), 21–31.
- Klein, E. M., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., Müller, K. W., Schmutzer, G., Wölfling, K., & Beutel, M. E. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale – psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0875-9>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Lowe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, *50*(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4.). Grundlagentexte Methoden. Beltz Juventa.
- Lal, S., & Adair, C. E. (2014). E-Mental Health: A Rapid Review of the Literature. *Psychiatric Services*, *65*(1), 24–32. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300009>
- Leiner, D. (2021). *SoSci Survey* (3.2) [Software]. www.socisurvey.de

Akronym: ASSIST

Förderkennzeichen: 01NVF19016

- Leune, J. (2013). *Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland* (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V., Hrsg.; Jahrbuch Sucht 2013). Pabst Science Publishers.
- Mann, K. F. (2002). Alkoholismus: Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. *Deutsches Ärzteblatt*, 99(10). <https://www.aerzteblatt.de/archiv/30711/Serie-Alkoholismus-Neue-aerztliche-Aufgaben-bei-Alkoholproblemen>
- McLellan, A. T., & Hunkeler, E. (1998). Alcohol & Drug Abuse: Patient Satisfaction and Outcomes in Alcohol and Drug Abuse Treatment. *Psychiatric Services*, 49(5), 573–575. <https://doi.org/10.1176/ps.49.5.573>
- Nakovics, H., Diehl, A., Geiselhart, H., & Mann, K. (2009). Entwicklung und Validierung eines Instrumentes zur substanzunabhängigen Erfassung von Craving: Die Mannheimer Craving Scale (MaCS). *Psychiatrische Praxis*, 36(02), 72–78. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067546>
- Nickel, S., Bremer, K., Dierks, M.-L., Haack, M., Schwinn, S., Borgetto, B., & Kofahl, C. (2020). *Digitalisierung in der gesundheitlichen Selbsthilfe – Ergebnisse einer Online-Umfrage bei Selbsthilfeorganisationen* (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Hrsg.). Selbsthilfegruppenjahrbuch. DHG SHG.
- Nuño Solinís, R., Berraondo Zabalegui, I., Sauto Arce, R., San Martín Rodríguez, L., & Toro Polanco, N. (2013a). Development of a questionnaire to assess interprofessional collaboration between two different care levels. *International Journal of Integrated Care*, 13(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.984>
- Nuño Solinís, R., Berraondo Zabalegui, I., Sauto Arce, R., San Martín Rodríguez, L., & Toro Polanco, N. (2013b). Development of a questionnaire to assess interprofessional collaboration between two different care levels. *International Journal of Integrated Care*, 13(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.984>
- Petersen, K. U. (2018). E-Health: Computergestützte Interventionen bei Abhängigkeitserkrankungen. *PSYCH up2date*, 12(02), 111–120. <https://doi.org/10.1055/s-0043-104885>
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P., & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The Validity and Reliability of an Instrument to Assess the Needs of People with Severe Mental Illness. *British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589–595. <https://doi.org/10.1192/bjp.167.5.589>
- Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.-N., Wilms, N., Olderbak, S., & Kraus, L. (2022). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244>
- RED Medical Systems GmbH. (2023). *RED connect* (2.80.0) [Software].
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329–342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>
- Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., Andersson, G., Berman, A. H., Bertholet, N., Bischof, G., Blankers, M., Boon, B., Boß, L., Brendryen, H., Cunningham, J., Ebert, D., Hansen, A., Hester, R., Khadjesari, Z., ... Smit, J. H. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLOS Medicine*, 15(12), e1002714. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002714>

- Roick, C., Kilian, R., Matschinger, H., Bernert, S., Mory, C., & Angermeyer, M. C. (2001). Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory—Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten [German adaptation of the client sociodemographic and service receipt inventory—An instrument for the cost of mental health care]. *Psychiatrische Praxis*, *28*, 84–90. <https://doi.org/10.1055/s-2001-17790>
- Salize, H.-J., & Kilian, R. (2010). *Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie: Konzepte, Methoden, Analysen* (1.). Konzepte und Methoden der klinischen Psychiatrie. Kohlhammer.
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., Koeter, M. W. J., & Van Den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): An instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*, *105*(5), 862–871. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02889.x>
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., & Rutten⁴, R. (2009). Introducing a new assessment instrument: The Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE). *SUCHT*, *55*(4), 209–218. <https://doi.org/10.1024/2009.04.03>
- Schmidt, J., Lamprecht, F., & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung.: Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen [Satisfaction with inpatient management. Development of a questionnaire and initial validity studies]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *39*(7), 248–255.
- Schreiner-Hecheltjen, J. (2015). *Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Medizin: Aus der Praxis für die Praxis. Münsteraner Schriften zu Medizinökonomie, Gesundheitsmanagement und Medizinrecht: Bd. 8*. Lit-Verlag.
- Schroder, C., Medves, J., Paterson, M., Byrnes, V., Chapman, C., O’Riordan, A., Pichora, D., & Kelly, C. (2011). Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool. *Journal of Interprofessional Care*, *25*(3), 189–195. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.532620>
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1992). Timeline Follow-Back. In R. Z. Litten & J. P. Allen (Hrsg.), *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biochemical Methods* (Bd. 12) (S. 41–72). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-0357-5_3
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2011). It is time for low-risk drinking goals to come out of the closet: Addicton. *Addiction*, *106*(10), 1715–1717. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03509.x>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- StataCorp. (2015). *Stata Statistical Software: Release 17*. College Station, TX: StataCorp LLC. (Version 17). [Software].
- Surmann, M., Bock, E. M., Krey, E., Burmeister, K., Arolt, V., & Lencer, R. (2017). Einstellungen gegenüber eHealth-Angeboten in Psychiatrie und Psychotherapie: Eine Pilotumfrage auf dem DGPPN-Kongress 2014 [Attitudes towards using eHealth in psychiatry and psychotherapy: A pilot survey at the DGPPN Congress 2014]. *Der Nervenarzt*, *88*(9), 1036–1043. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0208-8>
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., Von Korff, M., & Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, *88*(11), 815–823. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.067231>
- VERBI Software (2019). *MAXQDA* (2020.4.2) [Software].

Akronym: ASSIST

Förderkennzeichen: 01NVF19016

Wienberg, G. (2002). *Versorgungsstrukturen von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland- eine Analyse aus Public Health Perspektive* (K. F. Mann, Hrsg.). Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen (S. 17–45). Pabst Science Publishers.

Wing, J. K., Lelliott, P., & Beevor, A. S. (2000). Progress on HoNOS. *British Journal of Psychiatry*, 176(4), 392–393. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.392>

6. Anhang

Nicht zutreffend.

7. Anlagen

Anlage 1: Fragebogen Teilstudie 1

Anlage 2a: Leitfaden für Betroffene, Teilstudie 2

Anlage 2b: Leitfaden für Behandelnde/Beratende und für weitere Interessenvertreter:innen und Vertreter von Leistungs- und Kostenträgern, Teilstudie 2

Anlage 3: Fragebogen Teilstudie 3 (t0, exklusive der standardisierten Fragebögen) und Kostensätze für gesundheitsökonomische Evaluation

Anlage 4a: Leitfaden für Betroffene, Teilstudie 4

Anlage 4b: Leitfaden für Behandelnde/Beratende, Teilstudie 4

Anlage 4c: Leitfaden für weitere Interessenvertreter:innen und Vertreter von Leistungs- und Kostenträgern, Teilstudie 4

Anlage 5: entwickelte Kategoriensysteme für Teilstudie 2 und Teilstudie 4

Anlage 6: übersetzter MATE-Q Fragebogen

Anlage 7: übersetztes Handbuch MATE-Q



Klinik für Psychiatrie u. PT II | BKH | 89312 Günzburg | Germany

Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie II
der Universität Ulm
z. Hd. Frau Jutta Lehle
Lindenallee 2
89312 Günzburg

Medizinische Fakultät

Klinik für Psychiatrie und Psycho-
therapie II der Universität Ulm
Bezirkskrankenhaus Günzburg



ASSIST – Umfrage bei Mitarbeitenden im Stuttgarter Suchthilfesystem

Sehr geehrte Damen,
Sehr geehrte Herren,

es freut uns, dass Sie an der Umfrage teilnehmen möchten.

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogenkatalog möglichst vollständig aus.

Sollten Sie Fragen zu dem Fragebogen haben, können Sie sich gerne an Jutta Lehle wenden
(Tel.: 0173 / 349 26 02, Mail: Jutta.Lehle@uni-ulm.de)

Bitte senden Sie diesen Fragebogen sowie die Einwilligungserklärungen zur Studienteilnahme und zum
Datenschutz an uns zurück. Die Studiendaten und Ihre persönlichen Daten (Namen) werden direkt nach
Posteingang getrennt und unabhängig voneinander verarbeitet und abgelegt.

Schöne Grüße,

Ihr Evaluationsteam der Universität Ulm

Wo arbeiten Sie derzeit?

Sollten Sie bei mehreren Arbeitgebern im Stuttgarter Suchthilfesystem beschäftigt sein, so bitten
wir Sie den Fragebogen für die Arbeitsstelle auszufüllen, bei welcher Sie den höheren
Stellenumfang haben.

*Diese Daten werden benötigt um die Informationen auf Einrichtungsebene zusammenzuführen. Die
Daten werden anschließend pseudonymisiert, so dass die weitere Verarbeitung der Daten ohne
direkten Bezug zu Ihrer Einrichtung / Ihrer Person erfolgt.*

	Träger	Einrichtung / Abteilung
[ins11]	<input type="radio"/> ₁ Caritas	Suchtberatung und -behandlung
[ins12]	<input type="radio"/> ₁ Caritas	Wohnverbund Sucht (WVS)
[ins13]	<input type="radio"/> ₁ Caritas	Reha
[ins14]	<input type="radio"/> ₁ Caritas	GPZ Bad Cannstatt
[ins15]	<input type="radio"/> ₁ Caritas	GPZ Süd/Mitte/Nord
[ins16]	<input type="radio"/> ₁ Caritas	Häusliche Pflege
[ins17]	<input type="radio"/> ₁ Caritas	Haus Sophienstift
[ins18]	<input type="radio"/> ₁ Caritas	Sozialpsychiatrischer Wohnverbund
[ins19]	<input type="radio"/> ₁ Caritas	Sonstige:

	Träger	Einrichtung
[ins21]	<input type="radio"/> ₁ Klinikum Stuttgart	Suchtberatungsstelle
[ins22]	<input type="radio"/> ₁ Klinikum Stuttgart	Suchtmedizinische Ambulanz
[ins23]	<input type="radio"/> ₁ Klinikum Stuttgart	TANDEM
[ins24]	<input type="radio"/> ₁ Klinikum Stuttgart	VAMOS
[ins25]	<input type="radio"/> ₁ Klinikum Stuttgart	DEMOS
[ins26]	<input type="radio"/> ₁ Klinikum Stuttgart	WendePunkt
[ins27]	<input type="radio"/> ₁ Klinikum Stuttgart	P1B
[ins28]	<input type="radio"/> ₁ Klinikum Stuttgart	stationsübergreifend
[ins29]	<input type="radio"/> ₁ Klinikum Stuttgart	Sonstige:

	Träger	Einrichtung
[ins31]	<input type="radio"/> ₁ Lagaya	Beratung
[ins32]	<input type="radio"/> ₁ Lagaya	Betreuung / Begleitung
[ins33]	<input type="radio"/> ₁ Lagaya	Therapeutisch angeleitete Gruppen
[ins34]	<input type="radio"/> ₁ Lagaya	Selbsthilfegruppen
[ins35]	<input type="radio"/> ₁ Lagaya	Sonstige:

	Träger	Einrichtung
[ins41]	<input type="radio"/> ₁ EVA	Grundversorgung / Beratung
[ins42]	<input type="radio"/> ₁ EVA	Ambulante Rehabilitation
[ins43]	<input type="radio"/> ₁ EVA	Ambulante Nachsorge
[ins44]	<input type="radio"/> ₁ EVA	Aufsuchende Hilfen
[ins45]	<input type="radio"/> ₁ EVA	Sonstige:

	Träger	Einrichtung
[ins51]	<input type="radio"/> ₁ Release	Release U21
[ins52]	<input type="radio"/> ₁ Release	Release Mitte
[ins53]	<input type="radio"/> ₁ Release	Release Direkt
[ins54]	<input type="radio"/> ₁ Release	Tagwerk
[ins55]	<input type="radio"/> ₁ Release	Prävention
[ins56]	<input type="radio"/> ₁ Release	Sonstige:

FRAGEN ZUR SOZIODEMOGRAFIE

Bei den folgenden Fragen geht es zunächst um Ihre Person. Bitte beantworten Sie jede Frage.

In der Ergebnisdarstellung werden wir lediglich zusammenfassende Angaben (Häufigkeiten, Mittelwerte, etc.) machen, wodurch sichergestellt wird, dass kein Rückschluss auf Sie persönlich möglich ist.

[spd01] In welcher Einrichtungsart arbeiten Sie derzeit?

(Mehrfachantwort möglich)

- ₁ Klinik
- ₂ Suchtmedizinische / Psychiatrische Ambulanz
- ₃ Beratungsstelle
- ₄ Sonstiges:

_____ [spd01b]

[spd03] Wie alt sind Sie?

__ __ Jahre

[spd04] Welchem Geschlecht können Sie sich zuordnen?

- ₁ Weiblich
- ₂ Männlich
- ₃ Divers

[spd08] Wie lange arbeiten Sie bereits in der Suchthilfe? __ __ Jahre

[spd09] Wie lange arbeiten Sie bereits in der Suchthilfe in
Stuttgart? __ __ Jahre

[spd10] Wie lange arbeiten Sie bereits in der Suchthilfe in
der jetzigen Einrichtung? __ __ Jahre

[spd05] Welcher Berufsgruppe können Sie sich zuordnen?

- ₁ Ärztin*Arzt
- ₂ Psycholog*in
- ₃ Psychologische*r Psychotherapeut*in
- ₄ Sozialarbeiter*in / Sozialpädagog*in
- ₅ Peer-Berater*in
- ₆ Sonstiges:

[spd05b]

[spd06] Haben Sie eine Zusatzqualifikation oder eine spezifische Aus-, Fort- oder Weiterbildung?

- ₁ Ja, bereits abgeschlossen
- ₂ Ja, im Moment in Aus-, Fort- oder Weiterbildung
- ₃ Nein

[spd07] Sie haben angegeben eine Zusatzqualifikation zu besitzen oder derzeit eine Aus-, Fort- oder Weiterbildung zu belegen. Bitte geben Sie an, welche:

(Mehrfachantwort möglich)

- ₁ Ausbildung Fachärztin*Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- ₂ Ausbildung Fachärztin*Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- ₃ Ausbildung zur Fachärztin*Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- ₄ Ausbildung ärztliche*r Psychotherapeut*in
- ₅ Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse
- ₆ Ausbildung psychologische*r Psychotherapeut*in
- ₇ von der Deutschen Rentenversicherung anerkannte suchtspezifische Zusatzausbildung
- ₈ andere suchtspezifische Ausbildung
- ₉ Sonstiges:

[spd01b]

FRAGEBOGEN ZUR DIGITALISIERUNG

Bei den folgenden Fragen geht es nun um den aktuellen Stand und Ihre Einstellung gegenüber der Digitalisierung im Stuttgarter Suchthilfesystem.

	stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils, teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
[dig01] Ich bin über das digitale Beratungs- und Behandlungsangebot meiner Einrichtung gut informiert.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
[dig02] Ich nutze digitale Angebote zur Beratung / Behandlung in meiner Einrichtung.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
[dig03] Die durch digitale Behandlungsangebote generierten Daten führen für die*den Behandler*in zu einem Mehraufwand in der Patient*innen- / Klient*innenversorgung.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils, teils	stimmt eher	stimmt voll- kommen
[dig11]	Unsere Einrichtung ist über digitale Möglichkeiten in der Suchthilfe und –beratung gut informiert.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig12]	Unsere Einrichtung interessiert sich für Möglichkeiten digitaler Angebote in der Suchthilfe und -beratung.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig13]	Allgemein bringt die Digitalisierung in der Suchthilfe und -beratung mehr Vorteile als Nachteile mit sich.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig14]	Der Zugang zur Zielgruppe kann durch digitale Angebote erleichtert werden.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig15]	Der Schutz der Daten der Patient*innen / Klient*innen ist bei einer digitalen Kommunikation ausreichend gewährleistet.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig16]	Die Kommunikation zwischen beratender und ratsuchender Person kann mit Hilfe digitaler Tools (z.B. E-Mail) verbessert werden.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig17]	Die Beziehung zwischen beratender und ratsuchender Person leidet unter dem Einsatz digitaler Angebote.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig18]	Der Einsatz digitaler Möglichkeiten in der Suchthilfe und -beratung ist ethisch unbedenklich.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig19]	Es ist wichtig, dass unsere Einrichtung für die Patient*innen / Klient*innen digital erreichbar ist.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

Welche Hürden sehen Sie bei der Umsetzung bzw. Anwendung digitaler Möglichkeiten in Ihrer Einrichtung?

	stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils, teils	stimmt eher	stimmt voll- kommen
[dig20] Zu wenig digitale Kompetenzen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig21] Zu geringes Fortbildungsangebot im Bereich Digitalisierung.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig22] Hoher Kostenaufwand.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig23] Fehlende Zeit.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig24] Unklare Anforderungen, was „digitale Sucharbeit“ leisten soll.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig25] Fehlendes Wissen, welche digitalen Möglichkeiten es gibt.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig26] Unklare Verantwortlichkeit / Zuständigkeit im Stuttgarter Suchthilfesystem.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig27] Fehlende Unterstützung übergeordneter Instanzen (z.B. Verbänden).	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig28] Technologien sind nicht „reif“ genug (z.B. Computer, schnelles Internet).	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig29] Geringe Akzeptanz bei Ratsuchenden / Patient*innen / Klient*innen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig30] Widerstand bzw. Ängste bei Mitarbeiter*innen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig31] Datenschutzrechtliche Anforderungen (z.B. DSGVO).	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig32] Andere: _____	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

Was können Sie sich persönlich vorstellen zu unternehmen, um die Suchthilfe und -beratung im Wandel der Digitalisierung zu gestalten?

	stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils, teils	stimmt eher	stimmt voll- kommen
[dig35] Erfahrungsaustausch mit Einrichtungen, welche digitale Angebote anbieten.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig36] Wahrnehmung von Weiterbildungen (z.B. zu Datenschutz, Online-Beratung).	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig37] Ausbau der digitalen Vernetzung / Präsenz (z.B. in sozialen Netzwerken).	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig38] Bisherige analoge Angebote zusätzlich digital verfügbar machen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig39] Regelmäßige Besuche von Tagungen / Kongressen / sonstigen Veranstaltungen zum Thema.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig40] Interesse und Wünsche der Patient*innen / Klient*innen erfragen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig41] Teilnahme an einem Arbeitskreis zum Thema „Digitalisierung in der Suchthilfe und -beratung“.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig42] Andere: _____	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

Welche Unterstützung wünschen Sie sich in der Umsetzung / Anwendung digitaler Möglichkeiten?

	stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils, teils	stimmt eher	stimmt voll- kommen
[dig45] Grundlegende Informationen zum Thema Digitalisierung.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig46] Bereitstellung von Weiterbildungsangeboten.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig47] Ansprechperson(en) zum Thema Digitalisierung („digitale Lotsen“).	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig48] Übersicht zu erfolgreichen Beispielen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig49] Engere Zusammenarbeit mit dem Träger / Verband.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig50] Eine Kommunalstrategie (zum Zweck der Einheitlichkeit und Orientierung).	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig51] Andere: _____	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

Welche Möglichkeiten und Chancen bringt die Digitalisierung zum heutigen Zeitpunkt für Ihre Einrichtung mit sich?

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils, teils	stimmt eher	stimmt voll- kommen
[dig61]	Unsere Patient*innen / Klient*innen und Zielgruppen nutzen digitale Angebote heute mehr als vor 5 Jahren (z.B. Website, Social Media, Apps).	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig62]	Wir können über digitale Kanäle die Öffentlichkeit besser informieren.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig63]	Austausch und Vernetzung über digitale Kanäle nehmen in unserer Einrichtung zu.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig64]	Durch unsere digitalen Angebote finden viele Betroffene den Weg zu uns.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig65]	Digitale Medien beschleunigen den Austausch innerhalb unserer Einrichtung (z.B. durch E-Mails, Videokonferenzen).	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig66]	Digitale Angebote vertiefen unseren Austausch mit anderen Einrichtungen (z.B. durch E-Mails, Videokonferenzen).	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig67]	Digitale Angebote stellen für uns eine gute Ergänzung zu persönlichen Gruppentreffen und Einzelkontakten dar.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig68]	Durch die Digitalisierung sparen wir Zeit und Geld (z.B. Korrespondenz, Reisen).	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig69]	Durch digitale Angebote werden wir als „modern“ wahrgenommen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig70]	Nur mit digitalen Angeboten können wir als Einrichtung überleben.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig71]	Bei jüngeren Menschen in unserer Einrichtung stoßen die digitalen Angebote eher auf Akzeptanz als bei den älteren.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig72]	Die Anonymität des Internets verringert für Menschen die Hemmschwelle, unsere Leistungen in Anspruch zu nehmen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Digitalisierung in Ihrer Einrichtung zu?

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils, teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
[dig81]	Digitalisierung ist für uns wenig relevant.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig82]	Wir kennen uns mit den Möglichkeiten und Maßnahmen zur Digitalisierung nicht ausreichend aus.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig83]	Die Risiken der Digitalisierung sind für uns noch nicht absehbar.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig84]	Das Thema „Digitalisierung“ überfordert uns.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig85]	Die digitale Kommunikation hat ihre Grenzen, und deswegen bleiben wir in bestimmten Bereichen ganz bewusst „analog“.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig86]	Rein digitale Angebote können die persönlichen Kontakte vor Ort nicht ersetzen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig87]	Reine Online-Beratung / -Behandlung ist eine Konkurrenz zu den Einrichtungen vor Ort.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[dig88]	Informationen in der Online-Beratung / -Behandlung sind oft unseriös und verunsichern Betroffene.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

Um die Digitalisierung voranzutreiben...

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils, teils	stimmt eher	stimmt voll- kommen
[dig91]	... fehlen uns die technischen Kompetenzen.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
[dig92]	... fehlt uns die Zeit.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
[dig93]	... fehlt uns das Geld.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
[dig94]	... fehlt uns das Personal.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Fragebogen zum Commitment

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Meinung, wie Sie das Projekt ASSIST für sich und Ihre Arbeit wahrnehmen.

Die folgenden Fragen sind auf einer sieben-stufigen Skala von ‚stimmt überhaupt nicht‘ bis ‚stimmt voll und ganz‘ zu beantworten. Bitte beantworten Sie jede Frage. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, uns interessiert Ihre ehrliche Meinung. Sie werden teilweise negativ formulierte Fragen vorfinden, die jedoch keinesfalls unterstellen sollen, dass Sie sich in entsprechender Weise verhalten haben. Bitte geben Sie dann einfach den Grad Ihrer Ablehnung der Aussage an.

		stimmt überhaupt nicht	stimmt überwiegend nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils-teils	stimmt eher	stimmt überwiegend	stimmt voll und ganz
[com01]	Ich glaube, dass dieses Projekt meine Arbeit erleichtern wird.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
[com02]	Ich glaube, dass meine Einrichtung von diesem Projekt profitieren wird.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
[com03]	Ich glaube, dass die Patient*innen / Klient*innen von diesem Projekt profitieren werden.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
[com04]	Ich denke, dieses Projekt wird sich auf meine Einrichtung positiv auswirken.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
[com05]	Meiner Ansicht nach wird dieses Projekt zu etwas Gutem führen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
[com06]	Ich habe Bedenken bei diesem Projekt.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
[com07]	Dieses Projekt macht mich wütend.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
[com08]	Dieses Projekt stresst mich.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇

		stimmt überhaupt nicht	stimmt überwiegend nicht	stimmt eher nicht	stimmt teils-teils	stimmt eher	stimmt überwiegend	stimmt voll und ganz
[com09]	Dieses Projekt sorgt bei mir für ein flaues Gefühl im Magen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
[com10]	Dieses Projekt belastet mich.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇
[com11]	Dieses Projekt beunruhigt mich.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₆	<input type="radio"/> ₇

Fragebogen zur Zusammenarbeit

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Wahrnehmung der Zusammenarbeit im Stuttgarter Suchthilfesystem.

Die folgenden Fragen sind auf einer fünf-stufigen Skala von ‚stimmt überhaupt nicht‘ bis ‚stimmt voll und ganz‘ zu beantworten. Bitte beantworten Sie jede Frage aus der Perspektive eines Mitglieds eines Versorgungsteams einer Einrichtung im Stuttgarter Suchthilfesystem. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, uns interessiert Ihre ehrliche Meinung, denn nur so können wir durch das Projekt in Zukunft etwas verändern.

		Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Weder noch	Stimmt eher	Stimmt voll und ganz
[zus01]	Das Leitbild unseres Teams beruht auf einem multiprofessionellen, kooperativen Ansatz in der Versorgung der Patient*innen / Klient*innen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[zus02]	Die primäre Absicht unseres Teams ist es Patient*innen / Klient*innen dabei zu unterstützen deren Behandlungsziele zu erreichen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[zus03]	Die Ziele unseres Teams sind klar formuliert, praktisch und angemessen für meine Praxis.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[zus04]	Für die Mission und die Ziele meines Teams stehen ausreichende Mittel zur Verfügung (Fähigkeiten, Finanzierung, Zeit, Räumlichkeiten).	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[zus05]	Alle Mitglieder im Team fühlen sich einer kollaborativen Praxis verpflichtet.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

		Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Weder noch	Stimmt eher	Stimmt voll und ganz
[zus06]	Die Mitglieder in unserem Team haben ein gutes Verständnis der in unserer Einrichtung während der Behandlung / Beratung verwendeten Behandlungspläne und der angestrebten Behandlungsziele der Patient*innen / Klient*innen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[zus07]	Die Behandlungspläne und -ziele der Patient*innen / Klient*innen berücksichtigen Behandlungsempfehlungen, welche aus verschiedenen Berufsfeldern stammen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[zus08]	Bei den Mitgliedern des Teams besteht der ernsthafte Wunsch gemeinschaftlich zusammenzuarbeiten.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[zus09]	Anliegen von Patient*innen / Klient*innen werden in regelmäßigen Teamsitzungen und Diskussionen gezielt aufgegriffen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[zus10]	Unser Team hat eine effektive Kommunikationsstrategie geschaffen, um sich über Behandlungsziele und -ergebnisse von Patient*innen / Klient*innen auszutauschen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[zus11]	Relevante Informationen zu Änderungen des Zustands der Patient*innen / Klient*innen oder deren Behandlungspläne werden an das zuständige Teammitglied zeitnah gemeldet.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

		Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Weder noch	Stimmt eher	Stimmt voll und ganz	Weiß nicht
[zus12]	Ich vertraue der Richtigkeit der Informationen, die unter Mitarbeitenden des Teams ausgetauscht werden.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₉
[zus13]	Unsere Team-Treffen stellen einen offenen, ungezwungenen und sicheren Ort bereit, um Anliegen zu diskutieren.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₉
[zus14]	Die Akten der Patient*innen / Klient*innen werden von allen Teammitgliedern als wirksames Kommunikationsmittel eingesetzt.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₉
[zus15]	Unser Team hat Kooperationen im Stuttgarter Suchthilfesystem aufgebaut, um bessere Behandlungsergebnisse bei den Patient*innen / Klient*innen zu erzielen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₉
[zus16]	Die Teammitglieder tauschen Informationen über Angebote und Möglichkeiten im Stuttgarter Suchthilfesystem aus.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₉
[zus17]	Unser Team hat ein festgelegtes Vorgehen, um die Koordination der Versorgung von Patient*innen / Klient*innen zusammen mit anderen Einrichtungen im Stuttgarter Suchthilfesystem zu optimieren.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₉

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Weder noch	Stimmt eher	Stimmt voll und ganz	Weiß nicht
[zus18] Termine der Patient*innen / Klient*innen sind so koordiniert, dass sie mehrere Vertreter*innen des Stuttgarter Suchthilfesystems zeitnah hintereinander aufsuchen können.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₉
[zus19] Teammitglieder ermutigen Patient*innen / Klient*innen dazu, sich aktiv an Behandlungsentscheidungen zu beteiligen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₉
[zus20] Teammitglieder treffen sich persönlich mit den Patient*innen / Klient*innen, die vom Team versorgt werden.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₉
[zus21] Informationen bezüglich des Behandlungsplans werden mit den Patient*innen / Klient*innen geteilt.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₉
[zus22] Patient*innen / Klient*innen werden als Mitglieder des Versorgungsteams angesehen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₉
[zus23] Wenn gewünscht, werden Familienmitglieder oder unterstützende Personen der Patient*innen / Klient*innen in die Behandlungsplanung miteinbezogen.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅	<input type="radio"/> ₉

GEMEINSAME ZIELE: Das Bestehen gemeinsamer Versorgungsziele (z. B. zieloffene Suchtarbeit, Ressourcenorientierung) kann die Zusammenarbeit und Koordination zwischen Einrichtungen erleichtern.

[zus31]

Bitte bewerten Sie die aktuelle Situation im Suchthilfesystem im Raum Stuttgart auf einer fünf-stufigen Skala:

<input type="radio"/>	1	Fehlende gemeinsame Ziele
<input type="radio"/>	2	Wenige gemeinsame Ziele
<input type="radio"/>	3	Einige gemeinsame Ziele
<input type="radio"/>	4	Eine beträchtliche Anzahl gemeinsamer Ziele
<input type="radio"/>	5	Alle Aspekte der Suchthilfe sind abgedeckt durch gemeinsame Ziele

PATIENTENZENTRIERTER ANSATZ: Den Interessen und Vorlieben der Patient*innen / Klient*innen in der Interaktion mit anderen Einrichtungen Priorität einzuräumen, kann die Zusammenarbeit und Koordination erleichtern.

[zus32]

Bitte bewerten Sie die aktuelle Situation im Stuttgarter Suchthilfesystem auf einer fünf-stufigen Skala:

<input type="radio"/>	1	In der Interaktion mit den Mitarbeitenden unterschiedlicher Einrichtungen werden die Interessen und Vorlieben von Patient*innen / Klient*innen nicht berücksichtigt.
<input type="radio"/>	2	In der Interaktion mit den Mitarbeitenden unterschiedlicher Einrichtungen werden die Interessen und Vorlieben von Patient*innen / Klient*innen selten berücksichtigt.
<input type="radio"/>	3	In der Interaktion mit den Mitarbeitenden unterschiedlicher Einrichtungen werden die Interessen und Vorlieben von Patient*innen / Klient*innen manchmal berücksichtigt.
<input type="radio"/>	4	In der Interaktion mit den Mitarbeitenden unterschiedlicher Einrichtungen werden die Interessen und Vorlieben von Patient*innen / Klient*innen oft berücksichtigt.
<input type="radio"/>	5	In der Interaktion mit den Mitarbeitenden unterschiedlicher Einrichtungen werden die Interessen und Vorlieben von Patient*innen / Klient*innen immer berücksichtigt.

[zus33]

GEGENSEITIGES WISSEN: Wissen über gemeinsame Werte, spezifische Kompetenzen und Schwerpunkte in Bezug auf die Suchthilfearbeit sowie Kenntnisse der Arbeitsumgebung anderer Fachleute, wirkt sich positiv auf die Zusammenarbeit sowie die Entwicklung von Zusammenhalt zwischen Einrichtungen aus. Kolleg*innen persönlich zu kennen kann hierzu auch hilfreich sein. Bitte bewerten Sie die aktuelle Situation in Ihrer Organisation in Bezug auf die anderen Einrichtungen des Suchthilfesystems Stuttgart auf einer fünf-stufigen Skala:

<input type="radio"/>	1	Keine Kenntnis der anderen Einrichtungen
<input type="radio"/>	2	Geringe Kenntnis der anderen Einrichtungen
<input type="radio"/>	3	Mäßige Kenntnis der anderen Einrichtungen
<input type="radio"/>	4	Gute Kenntnis der anderen Einrichtungen
<input type="radio"/>	5	Sehr gute Kenntnis der anderen Einrichtungen

[zus34]

VERTRAUEN: Gegenseitiges Vertrauen macht multiprofessionelle Zusammenarbeit möglich, reduziert Unsicherheiten und kann zur Bildung entsprechender Netzwerke beitragen, die sich an den Bedürfnissen der Patient*innen / Klient*innen orientieren. Bitte bewerten Sie die aktuelle Situation in Ihrer Einrichtung in Bezug auf Ihr Vertrauen in andere Einrichtungen des Stuttgarter Suchthilfesystems auf einer fünf-stufigen Skala:

<input type="radio"/>	1	Kein Vertrauen in die anderen Einrichtungen
<input type="radio"/>	2	Wenig Vertrauen in die anderen Einrichtungen
<input type="radio"/>	3	Mittleres Vertrauen in die anderen Einrichtungen
<input type="radio"/>	4	Großes Vertrauen in die anderen Einrichtungen
<input type="radio"/>	5	Sehr großes Vertrauen in die anderen Einrichtungen

[zus35]

STATEGISCHE RICHTLINIEN: Das Vorhandensein von Richtlinien und Vorgaben zu Arbeitsprozessen kann die interprofessionelle Arbeit zwischen Fachkräften von unterschiedlichen Einrichtungen des Suchthilfesystems fördern und kann die Koordination sowie die Zusammenarbeit zwischen Fachkräften beeinflussen.

Bitte bewerten Sie die aktuelle Situation im Stuttgarter Suchthilfesystem auf einer fünf-stufigen Skala:

<input type="radio"/>	1	Keine gemeinsamen Richtlinien vorhanden
<input type="radio"/>	2	Gemeinsame Richtlinien in wenigen Bereichen vorhanden
<input type="radio"/>	3	Gemeinsame Richtlinien in manchen Bereichen vorhanden
<input type="radio"/>	4	Gemeinsame Richtlinien in einer beträchtlichen Anzahl von Bereichen vorhanden
<input type="radio"/>	5	Gemeinsame Richtlinien in allen Bereichen vorhanden

[zus36]

GEMEINSAME VERANTWORTLICHE: Gemeinsame Entscheidungsträger, die für verschiedene Einrichtungen des Suchthilfesystems verantwortlich sind (z. B. auf Landesebene oder Kostenträger), können die Entwicklung von Kollaborationen und die Zusammenarbeit zwischen Fachleuten begünstigen.

Bitte bewerten Sie die aktuelle Situation im Stuttgarter Suchthilfesystem auf einer fünf-stufigen Skala:

<input type="radio"/>	1	Keine gemeinsamen Entscheidungsträger vorhanden
<input type="radio"/>	2	Gemeinsame Entscheidungsträger in wenigen Bereichen vorhanden
<input type="radio"/>	3	Gemeinsame Entscheidungsträger in manchen Bereichen vorhanden
<input type="radio"/>	4	Gemeinsame Entscheidungsträger in einer beträchtlichen Anzahl von Bereichen vorhanden
<input type="radio"/>	5	Gemeinsame Entscheidungsträger in sehr vielen Bereichen ermöglichen vielseitige Kollaborationen.

[zus37]

UNTERSTÜTZUNG FÜR INNOVATIONEN / NEUERUNGEN: Für erfolgreiche Zusammenarbeit bedarf es gegebenenfalls Veränderungen in der Versorgungspraxis und in der Verteilung der Verantwortlichkeiten im Suchthilfesystem. Solche Veränderungen benötigen einen gewissen Grad an Innovationsbereitschaft / Wandelbarkeit, welcher möglicherweise nicht von Ihrer Einrichtung unterstützt wird.

Bitte bewerten Sie die aktuelle Situation in Ihrer Einrichtung auf einer fünf-stufigen Skala:

<input type="radio"/>	1	Keine Unterstützung für Innovationen / Neuerungen vorhanden
<input type="radio"/>	2	Wenig Unterstützung für Innovationen / Neuerungen vorhanden
<input type="radio"/>	3	Etwas Unterstützung für Innovationen / Neuerungen vorhanden
<input type="radio"/>	4	Ein beträchtliches Maß an Unterstützung für Innovationen / Neuerungen vorhanden
<input type="radio"/>	5	Starke Unterstützung für Innovationen / Neuerungen vorhanden

[zus38]

MÖGLICHKEITEN FÜR AUSTAUSCH: Zur Kooperation von Fachkräften werden gemeinsam genutzte Foren, Kommunikationskanäle und Aktivitäten benötigt. Dies gewährleistet, dass Fachkräfte in gegenseitigen Kontakt kommen, um gemeinsame Belange zu besprechen, Kontakte zu knüpfen und Absprachen zu treffen.

Bitte bewerten Sie die aktuelle Situation im Stuttgarter Suchthilfesystem auf einer fünf-stufigen Skala:

<input type="radio"/>	1	Es gibt keine Möglichkeiten des Austauschs / für gemeinsame Treffen.
<input type="radio"/>	2	Es gibt wenige Möglichkeiten des Austauschs / für gemeinsame Treffen.
<input type="radio"/>	3	Es gibt einige Möglichkeiten des Austauschs / für gemeinsame Treffen.
<input type="radio"/>	4	Es gibt ein beträchtliches Maß an Möglichkeiten des Austauschs / für gemeinsame Treffen.
<input type="radio"/>	5	Es gibt viele Möglichkeiten des Austauschs / für gemeinsame Treffen.

PROTOKOLLIERUNG: Die Vorbereitung und Erstellung von Protokollen erhöht die Nachvollziehbarkeit und ermöglicht es Absprachen zu treffen, um Verantwortlichkeiten zwischen den Fachkräften klar zu regeln. Zwischen Fachkräften des Suchthilfesystems können verschiedene Mechanismen bestehen, um Vereinbarungen zu formalisieren oder Konsens zu erreichen: Protokolle, Behandlungsempfehlungen, Vereinbarungen zwischen Einrichtungen oder Abteilungen, weitere Informationssysteme, etc.

[zus39]

Bitte bewerten Sie die aktuelle Benutzung solcher Mechanismen im Stuttgarter Suchthilfesystem auf einer fünf-stufigen Skala:

<input type="radio"/>	1	Es gibt keine solchen Mechanismen.
<input type="radio"/>	2	Es gibt wenige solcher Mechanismen.
<input type="radio"/>	3	Es gibt einige solcher Mechanismen.
<input type="radio"/>	4	Es gibt ein beträchtliches Maß an solchen Mechanismen.
<input type="radio"/>	5	Es gibt einen systematischen Prozess um Vereinbarungen zu treffen.

INFORMATIONSSYSTEME: Der effektive Austausch qualitativ hochwertiger Informationen zwischen Fachkräften ist eine wichtige Komponente, um Kooperationen zu erleichtern und macht es möglich, eine bessere Versorgung der Patient*innen / Klient*innen zu bewerkstelligen. Bitte bewerten Sie die aktuelle Situation in Ihrer Einrichtung auf einer fünf-stufigen Skala:

[zus40]

<input type="radio"/>	1	Keine relevanten Informationen von anderen Einrichtungen sind verfügbar.
<input type="radio"/>	2	Wenige relevante Informationen von anderen Einrichtungen sind verfügbar.
<input type="radio"/>	3	Einige relevante Informationen von anderen Einrichtungen sind verfügbar.
<input type="radio"/>	4	Ein beträchtliches Maß relevanter Informationen von anderen Einrichtungen ist verfügbar.
<input type="radio"/>	5	Alle relevanten Informationen von anderen Einrichtungen sind verfügbar.

EINSTIEG INS SUCHTHILFESYSTEM

Bei den folgenden Fragen geht es nun darum, wie Patient*innen / Klient*innen in Ihre Einrichtung vermittelt bzw. Ihrer Einrichtung zugewiesen werden.

Bitte beantworten Sie jede Frage entsprechend Ihrer eigenen Erfahrungen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Wie werden Ihre Klient*innen / Patient*innen zu Ihnen vermittelt?

	sehr selten	selten	teils, teils	häufig	sehr häufig
[ein02] Selbst zugewiesen	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein03] Suchtberatungsstelle	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein04] Hausärztin / Hausarzt	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein05] Fachärztin / Facharzt	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein06] Somatische Klinik	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein07] Psychiatrische Klinik	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein08] Eltern / Partner*in / Angehörige / Freunde / Bekannte	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein09] Arbeitgeber / Betrieb / Schule	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein10] Einrichtungen der Jugendhilfe	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein11] Einrichtungen der Altenhilfe	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein12] Andere Beratungsdienste	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein13] Justizbehörde / Polizei / Soziale Verwaltung	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein14] Andere: _____	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

[ein21]

Die zu mir vermittelnden Versorgungseinrichtungen stehen auch nach Vermittlung weiterhin mit mir in Kontakt.

- ₁ sehr selten
₂ selten
₃ teils, teils
₄ häufig
₅ sehr häufig

Verwendete Kommunikationsmittel im Austausch mit mit vermittelnden Versorgungseinrichtungen:

		sehr selten	selten	teils, teils	häufig	sehr häufig
[ein22]	via Telefon	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein23]	via E-Mail	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein24]	via Fax	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein25]	via Videokonferenz	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein26]	im persönlichen Kontakt	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein27]	Andere: _____	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

[ein40]

Nach der Behandlung / Beratung in unserer Einrichtung gehen die Patient*innen / Klient*innen wieder zur vermittelnden Einrichtung zurück.

- ₁ sehr selten
₂ selten
₃ teils, teils
₄ häufig
₅ sehr häufig

Wie wird die Beratung / Behandlung der Patient*innen / Klient*innen beendet?

	sehr selten	selten	teils, teils	häufig	sehr häufig
[ein41] Planmäßig	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein42] Weitervermittlung (intern und extern)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein43] Abbruch durch Einrichtung	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein44] Abbruch durch Klient*in	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein45] Strafvollzug	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein46] Verstorben	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein47] Wechsel der Behandlungsmodalität (z.B. vollstationär zu ambulant)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[ein48] Andere: _____	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

FRAGEN ZUR WEITERVERMITTLUNG

In den folgenden Fragen geht es darum, wie und wohin Ihre Patient*innen / Klient*innen nach Abschluss der bei Ihnen durchgeführten Maßnahme weitervermittelt werden.

[wvm23] Ich informiere die Betroffenen über weitere mögliche Anlaufstellen.

- ₁ sehr selten
- ₂ selten
- ₃ teils, teils
- ₄ häufig
- ₅ sehr häufig

[wvm24] Ich vermittele den Betroffenen Zugang zu weiteren Versorgungsangeboten.

- ₁ sehr selten
- ₂ selten
- ₃ teils, teils
- ₄ häufig
- ₅ sehr häufig

[wvm01] Wie groß ist der Anteil an Patient*innen / Klient*innen, welche Sie an andere Träger weitervermitteln?

___ %

[wvm02] Wohin vermitteln Sie Ihre Patient*innen / Klient*innen trägerübergreifend weiter?
(Mehrfachantwort möglich).

- ₁ Ambulante Psychotherapie
- ₂ Ambulante Rehabilitation
- ₃ Ambulante Entgiftung
- ₄ Teilstationäre Entgiftung
- ₅ Vollstationäre Entgiftung
- ₆ Adaption
- ₇ Tagesklinische Rehabilitation
- ₈ Stationäre Langzeitbetreuung
- ₉ Vollstationäre Rehabilitation

[wvm03] Wie groß ist der Anteil an Patient*innen / Klient*innen, welche Sie trägerintern weitervermitteln?
_____ %

[wvm04] Wohin vermitteln Sie Ihre Patient*innen / Klient*innen trägerintern weiter?
(Mehrfachantwort möglich).

- ₁ Ambulante Psychotherapie
- ₂ Ambulante Rehabilitation
- ₃ Ambulante Entgiftung
- ₄ Teilstationäre Entgiftung
- ₅ Vollstationäre Entgiftung
- ₆ Adaption
- ₇ Tagesklinisches Rehabilitation
- ₈ Langzeitbetreuung
- ₉ Vollstationäre Rehabilitation

[wvm05] Auf welcher Basis erfolgt die Weitervermittlung?

(Mehrfachantwort möglich).

- ₁ individuelle Entscheidungskriterien des / der Berater*in
- ₂ Fallbesprechung
- ₃ Standardisierte Diagnostik / Assessment
- ₄ Standardisierter Leitlinie

- ₅ Anderes: _____

[wvm06] Falls „1“ oder „2“, welche Faktoren fließen in die individuelle Entscheidung bzw. in die Fallbesprechung ein?: (Mehrfachantwort möglich)

- ₁ Geschlecht
- ₂ Alter
- ₃ Wohnsituation
- ₄ Versicherungsstatus
- ₅ Art der Substanzen
- ₆ Schwere der Abhängigkeit
- ₇ Anzahl an Vorbehandlungen
- ₈ Anzahl an psychiatrischen Komorbiditäten
- ₉ Anzahl an somatischen Komorbiditäten
- ₁₀ Soziale Integration
- ₁₁ Reaktive Faktoren (z.B. Motivation)
- ₁₂ Bauchgefühl
- ₁₃ Patient*innen- / Klient*innenwunsch
- ₁₄ Andere: _____

[wvm07] Falls „2“, handelt es sich in der Regel um eine trägerinterne oder trägerübergreifende Fallbesprechung?

- ₁ trägerintern
₂ trägerübergreifend

[wvm08] Falls „2“, handelt es sich in der Regel um eine monoprofessionelle oder multiprofessionelle Fallbesprechung?

Unter einer multiprofessionellen Fallbesprechung verstehen wir eine Fallbesprechung mit mind. zwei Vertreter*innen unterschiedlicher Berufsgruppen.

- ₁ monoprofessionell
₂ multiprofessionell

[wvm09] Falls „3“ oder „4“, welche standardisierte Diagnostik, welches standardisierte Assessment oder welche standardisierte Leitlinie wird eingesetzt?

[wvm10] Ich stehe mit den weitervermittelten Versorgungseinrichtungen weiterhin in Kontakt.

- ₁ sehr selten
₂ selten
₃ teils, teils
₄ häufig
₅ sehr häufig

Verwendete Kommunikationsmittel im Austausch mit den weitervermittelten Versorgungseinrichtungen:

		sehr selten	selten	teils, teils	häufig	sehr häufig
[wvm11]	via Telefon	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[wvm12]	via E-Mail	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[wvm13]	via Fax	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[wvm14]	via Videokonferenz	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[wvm15]	im persönlichen Kontakt	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
[wvm16]	Andere: _____	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

[wvm21] Ich bleibe über den weiteren Versorgungsprozess des / der Patient*in / Klient*in in den weitervermittelten Versorgungseinrichtungen informiert.

- ₁ sehr selten
- ₂ selten
- ₃ teils, teils
- ₄ häufig
- ₅ sehr häufig

[wvm22] Nach der Versorgung in den weitervermittelten Einrichtungen kommen die Patient*innen / Klient*innen wieder zur Weiterversorgung zu mir zurück.

- ₁ sehr selten
- ₂ selten
- ₃ teils, teils
- ₄ häufig
- ₅ sehr häufig

Sehr geehrte Mitarbeitende des Stuttgarter Suchthilfesystems,

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Angaben sind für die Entwicklung der zentralen Koordinationsplattform sehr wertvoll. Wir werden Sie zeitnah über die (pseudonymisierten) Ergebnisse der Umfrage informieren und freuen uns Sie bei weiteren ASSIST-Veranstaltungen begrüßen zu dürfen.

Wenn Sie eine noch differenziertere Rückmeldung zum Stuttgarter Suchthilfesystem geben möchten und dies gerne auch im Austausch mit anderen Behandelnden / Beratenden tun, dann würden wir uns freuen, wenn Sie an einer unserer Fokusgruppen teilnehmen. Die Terminvergabe hierzu erfolgt über den folgenden Link:

<https://terminplaner4.dfn.de/ASSIST-Fokusgruppen-Betroffene>

Passwort zur Teilnahme: "Teilstudie2"

Bei Anliegen und Fragen können Sie sich gerne an unsere Mitarbeiterin Jutta Lehle wenden (Tel.: 0173 / 349 26 02, Mail: Jutta.Lehle@uni-ulm.de).

Ihre Antworten wurden automatisch gespeichert; Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Wir möchten uns nochmals ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken und verbleiben mit freundlichen Grüßen,

Ihr Evaluationsteam der Universität Ulm

Falls Sie sich als ASSIST-Botschafter*in noch stärker für das Projekt engagieren möchten, können Sie sich gerne an Lorenz Sutter, Projektkoordinator am Klinikum Stuttgart (Mail: l.sutter@klinikum-stuttgart.de, Telefon: 0711/278-22951), wenden.

ASSIST – Teilstudie 2: Leitfaden Fokusgruppe „Menschen mit Suchterfahrungen“ (Stand: 03.05.2021)		
Themenblock (I.-VII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>I. Einstieg:</p> <p>Zu Beginn wäre es schön, wenn sich jede*r kurz vorstellen und etwas über seine/ihre Erfahrungen mit der Sucht-beratung/-behandlung in Stuttgart berichten könnte.</p>	<p>→Ich mache den Anfang, ich bin Christian Götzl. Ich bin Soziologe und arbeite seit 2 Jahren an der Universität Ulm. Meine bisherigen Erfahrungen liegen nicht im Suchtbereich und ich kenne die Besonderheiten der Suchthilfe in Stuttgart hauptsächlich aus schriftlichen Berichten. Auch komme ich nicht aus Stuttgart, sondern aus Günzburg. Vielleicht frage ich daher dann auch manchmal etwas ausführlicher nach Orten/Organisationen in Stuttgart nach.</p> <p>Dann gerne Du, Annabel, und dann machen wir die Runde würde ich sagen. Co –Moderation: „Ich bin XY...“</p> <p>Und wie lange leben Sie bereits in Stuttgart? Mit welchen Einrichtungen haben Sie Erfahrungen gemacht?</p>	<p>Vorstellung / Kennenlernen</p> <p>Erfahrungen im / mit dem Stuttgarter SHS</p>
<p>II. Behandlungsbedarfe und Zugangswege</p> <p>Zu Beginn möchten wir gerne von Ihnen erfahren, über welche Wege / Anlaufstellen Sie zur Suchtberatung oder -behandlung gekommen sind?</p> <p>Was denken Sie sind häufige Schwierigkeiten für Menschen mit einer Suchterkrankung, bei der Suche nach einer passenden Einrichtung in Stuttgart?</p>	<p>z.B. Empfehlung Hausarzt, etc. Warum haben Sie sich (damals) für diese Einrichtung entschieden?</p> <p>Wie wurden Sie auf diese aufmerksam? Haben Sie zur Recherche z. B. Suchthilfeportale, Blogs, oder das Internet allgemein genutzt?</p>	<p>Zugangswege Betroffener Wahl der Einrichtung</p> <p>Zugang via digitaler Medien Barrieren für Betroffene bei der Suche nach einer Einrichtung (in Stuttgart)</p>

ASSIST – Teilstudie 2: Leitfaden Fokusgruppe „Menschen mit Suchterfahrungen“ (Stand: 03.05.2021)

Themenblock (I.-VII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Wie könnte den Betroffenen der Einstieg ins Suchthilfesystem Stuttgart erleichtert werden?</p>	<p>Was hätte Ihnen damals geholfen? z.B. damit sie ggf. schneller / früher / in einem früheren Zeitpunkt beim richtigen Ansprechpartner / Angebot vorstellig geworden wären?</p>	<p>Erleichterung des Zugangs</p>
<p>III. Behandlungsplanung, -vermittlung und -zufriedenheit</p> <p>Wie zufrieden sind/waren Sie mit Ihrer Behandlung / Beratung (im Stuttgarter SHS)?</p> <p>Falls Sie im Laufe der Beratung/Behandlung die Einrichtung gewechselt haben: Wie waren Ihre Erfahrungen damit?</p>	<p>Was läuft/lief gut? Was läuft/lief weniger gut?</p> <p>Wo sehen Sie für sich und andere Menschen mit Suchterkrankungen Stärken des Stuttgarter SHS? z.B. auf Ebene der Einrichtung</p> <p>Wo sehen Sie für sich und andere Menschen mit Suchterkrankungen Probleme des Stuttgarter SHS? z.B. in der Einrichtung selbst</p> <p>Was war der Grund für den Wechsel (z.B. Umzug, anderes Behandlungsangebot)?</p> <p>Ging der Wechsel reibungslos? Wie war die Kommunikation zwischen den Einrichtungen? Gab es z. B. gemeinsame Gespräche mit „alter“ und „neuer“ Einrichtung / Ansprechperson?</p>	<p>(Einschätzung zur) Behandlungszufriedenheit</p> <p>Stärken des SHS Stuttgart</p> <p>Barrieren SHS Stuttgart</p> <p>(Grund für) Wechsel der Einrichtung</p> <p>Barrieren i.d. Koordination / Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen</p>

ASSIST – Teilstudie 2: Leitfaden Fokusgruppe „Menschen mit Suchterfahrungen“ (Stand: 03.05.2021)		
Themenblock (I.-VII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>IV. Digitalisierung</p> <p>Wenn Sie an Ihre Beratung / Behandlung in Stuttgart denken: Welche Rolle spielen/spielten hier bereits digitale Angebote (also z.B. über Smartphone oder über ihren PC)?</p> <p>Haben Sie schon einmal E-Health / online-Angebote allgemein genutzt?</p>	<p>z.B. Online(-Selbsthilfe-)Gruppen Hat sich im Zuge der Coronapandemie daran etwas verändert?</p> <p>Wenn ja, welche Angebote waren das?</p>	<p>Relevanz E-Health E-Health in der Pandemie</p> <p>Nutzung von E-Health Angeboten / Technikaffinität</p>
<p>V. Anforderungen und Erwartungen an ASSIST (Versorgungskoordination mittels Online-Assessment und Regionalem Kompetenzzentrum)</p> <p>Wir haben Ihnen als nächstes ein Erklärvideo zum geplanten ASSIST Angebot mitgebracht. Wir würden uns das gerne zusammen mit Ihnen nochmals ansehen und wären im Anschluss an ihren Gedanken / Ideen hierzu interessiert.</p> <p>(Ich teile hierzu kurz meinen Bildschirm: INPUT (Video))</p> <p>Was denken Sie hierzu?</p> <p>Gibt es an dieser Stelle Fragen oder Unklarheiten zum geplanten ASSIST-Angebot?</p> <p>Was finden Sie gut am ASSIST-Angebot?</p>	<p>ASSIST Angebot für Betroffene besteht aus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Online-Fragebogen zur Selbsteinschätzung - Regionalem Kompetenzzentrum: lokale Ansprechpartner - online einsehbarer und veränderbarer Behandlungsplan <p>... zum Online-Assessment? ... zum regionalen Kompetenzzentrum? ... zum Behandlungsassistenten?</p> <p>Haben Sie an dieser Stelle Anmerkungen? Ideen zu einzelnen Angebotsbestandteilen?</p> <p>z.B. Bessere Vernetzung zwischen den Einrichtungen, Vermittlung freier Plätze</p>	<p>Offene allg. Abfrage von Anregungen</p> <p>Verständnis geplanter Prozesse</p> <p>Chancen/Nutzen des Gesamtangebot</p>

ASSIST – Teilstudie 2: Leitfaden Fokusgruppe „Menschen mit Suchterfahrungen“ (Stand: 03.05.2021)		
Themenblock (I.-VII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
Wo sehen Sie mögliche Schwierigkeiten des ASSIST-Angebots?	Was finden Sie schlecht? z.B. Schwierigkeiten bei der Bedienung, Bedenken Datenschutz etc.	Grenzen / Barrieren / Bedenken zum Gesamt- Angebot
<p>VI. Barrieren und förderliche Faktoren für eine aktive Nutzung von ASSIST</p> <p>Ich würde an dieser Stelle gerne noch auf einzelne Bestandteile des ASSIST-Angebots näher eingehen.</p> <p>Was könnte der Nutzen oder auch Schwierigkeiten des ASSIST Online-Fragebogens sein? Erklärung: „Fragebogen, den man für eine Selbsteinschätzung online ausfüllen kann“</p> <p>Haben Sie schon mal einen Test durchgeführt, mit dem man selbst feststellen kann, ob man vielleicht bedenklich konsumiert?</p> <p>Was halten Sie von der Idee den eigenen Behandlungsplan online einsehen / bearbeiten zu können?</p> <p>Wie viel durften Sie in Ihrer bisherigen Behandlung mitentscheiden? Wurden Sie zu ihrer Meinung zum Behandlungsplan gefragt?</p> <p>Was halten Sie von einem Regionalen Kompetenzzentrum als zentrale Anlaufstelle?</p> <p>Was würden Sie sich generell vom ASSIST-Angebot wünschen?</p>	<p>Hätten Sie Bedenken z.B. illegalen Substanzkonsum online anzugeben? Wie ließen sich diese Bedenken zum Selbsttest möglicherweise zerstreuen? z.B. Erklärvideos, geschultes Personal</p> <p>z.B. bei AA, Krankenkasse, etc.; Wie war das für Sie?</p> <p>Bedenken? Z.B. Datenschutz</p> <p>Was halten Sie davon hier im Behandlungsassistenten ein bessere Einsehbarkeit</p> <p>Was sollte dieses unbedingt leisten?</p>	<p>Nutzen / Bedenken zum Self-Ass. für Betroffene</p> <p>Ideen zur Risikominimierung</p> <p>Erfahrungen mit Online-Self-Assessments</p> <p>Nutzen / Bedenken zum Behandlungsassistenten</p> <p>Bisherige Transparenz der Beratung/Behandlung</p> <p>Zukunftsperspektive</p>

ASSIST – Teilstudie 2: Leitfaden Fokusgruppe „Menschen mit Suchterfahrungen“ (Stand: 03.05.2021)		
Themenblock (I.-VII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>VII. Abschluss</p> <p>Ich habe bereits viel von Ihnen erfahren. Ich möchte Ihnen jetzt die Möglichkeit geben, Dinge anzusprechen, die aus Ihrer Sicht wichtig sind und die bislang noch nicht angesprochen worden sind.</p> <p>Wie war die Fokusgruppe für Sie?</p>		<p>Ausgelassene Themen aus Sicht der Teilnehmenden</p> <p>Feedback / Frage nach Wohlbefinden</p>

ASSIST – Teilstudie 2: Leitfaden „Behandelnde / Beratende“ (Stand: 21.04.2021)		
Themenblock (I.-VII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>I. Einstieg: Manche von Ihnen hatten ja bereits an der schriftlichen Befragung des ASSIST-Projekts teilgenommen. In dieser Fokusgruppe möchten wir nun gerne mit Ihnen ausführlicher über das Stuttgarter SHS diskutieren. Zusätzlich haben wir einige Fragen sowie Folien / einen kurzen Film zum ASSIST-Projekt vorbereitet, wozu uns Ihre Einschätzung interessiert. Dazu aber zu gegebener Zeit mehr.</p> <p>Es interessiert uns heute vor allem, welche Anforderungen und Erwartungen Sie als Beratende und Behandelnde an ein solches Projekt haben und welche Barrieren und förderlichen Faktoren Sie für eine aktive Nutzung der verschiedenen Projektbestandteile sehen.</p> <p>Es geht uns um Ihre Sichtweise, insofern gibt es kein richtig oder falsch, keine besseren oder schlechteren Antworten. Zu Beginn wäre es schön, wenn sich alle kurz vorstellen und etwas über Ihren Beruf, Ihren Tätigkeitsschwerpunkt und die Dauer Ihrer Beschäftigung im Stuttgarter Suchthilfesystem berichten.</p>	<p>→ Ich mache den Anfang, ich bin Christian Götzl. Ich bin Soziologe und arbeite seit 2 Jahren an der Universität Ulm. Wie Sie vielleicht bereits wissen, führen wir von der Uni Ulm die wissenschaftliche Evaluation des Projekts ASSIST durch und arbeiten hierzu eng mit dem Klinikum Stuttgart zusammen.</p> <p>Meine Erfahrungen liegen weniger im Suchtbereich und ich kenne die Besonderheiten des Stuttgarter SHS nur aus zusammenfassenden Berichten, daher würde ich mich freuen, wenn Sie mir als Außenstehendem einige Dinge zu den Abläufen etwas ausführlicher erklären, als Sie dies z.B. bei Kolleg*innen tun würden.</p> <p>Dann Co –Moderation: „Ich bin XY...“ ... Ggf.: Und wie lange arbeiten Sie bereits im Stuttgarter SHS? Bei welcher Einrichtung? Wie lange bei dieser Einrichtung? Was ist Ihr Tätigkeitsschwerpunkt?</p>	<p>Vorstellungsrunde / Kennenlernen</p> <p>Zugehörigkeit / Erfahrungen im SHS Stuttgarter</p>

<p>II. Behandlungsbedarfe und Zugangswege</p> <p>Zu Beginn möchten wir gerne von Ihnen erfahren: Wie schätzen Sie den aktuellen Hilfebedarf von Menschen mit Suchtproblemen in Stuttgart ein?</p> <p>Über welche Wege / Anlaufstellen kommen Menschen mit Suchtproblemen üblicherweise zu Ihnen in die Suchtberatung oder –behandlung?</p> <p>Inwieweit kommen manche Klient*innen / Patient*innen über Online-Angebote (z. B. Suchthilfeportale, Blogs, ...) zu Ihnen?</p> <p>Was denken Sie sind häufige Schwierigkeiten für Betroffene bei der Suche nach einer passenden Einrichtung?</p> <p>Wie könnte den Betroffenen der Einstieg ins Stuttgarter SHS erleichtert werden?</p>	<p>Hat sich im Zuge der Coronapandemie daran etwas verändert? In welcher Weise? Wie war dies vor Corona?</p> <p>z.B. Überweisung Hausarzt, etc.; Hat sich durch die Corona-Pandemie hierzu etwas verändert?</p> <p>Suchen manche Betroffene Sie z.B. aufgrund eines auffälligen positiven, selbst durchgeführten Tests zu Suchterkrankungen auf?</p> <p>...häufige Schwierigkeiten bei der Suche nach einer passenden Einrichtung in Stuttgart?</p> <p>z.B. damit sie schneller / früher / zu einem früheren Zeitpunkt vorstellig werden?</p>	<p>(Aktueller) Hilfebedarf und Veränderung d. Corona</p> <p>Zugangswege der Betroffenen</p> <p>Zugang via digitaler Medien & Online-Self-Assessment</p> <p>Barrieren für Betroffene Spezifische Barrieren in Stuttgart</p> <p>Erleichterung des Zugangs</p>
<p>III. Behandlungsablauf, –weitervermittlung und –zufriedenheit</p> <p>Wie schätzen Sie die Zufriedenheit der Klient*innen / Patient*innen mit ihrer Beratung / Behandlung im Stuttgarter SHS ein?</p> <p>Würden Sie sagen, dass alle Betroffenen im Stuttgarter SHS mit einer Beratung / Behandlung erreicht werden?</p> <p>Wo sehen Sie <u>für sich</u> als Beratende / Behandelnde Probleme oder Barrieren des Stuttgarter SHS?</p>	<p>Woran machen Sie das fest? (Evaluationen, direkte Rückmeldungen?) Was läuft gut? Was läuft weniger gut?</p> <p>Wenn nein, welche nicht?</p> <p>z.B. auf Ebene ihrer Einrichtung, auf Ebene des gesamten SHS?</p>	<p>(Einschätzung zur) Behandlungszufriedenheit</p> <p>Erreichen relevanter Betroffenenengruppen</p> <p>Barrieren Stuttgarter SHS für Beratende / Behandelnde</p>

<p>Wo sehen Sie für sich als Beratende / Behandelnde Stärken des Stuttgarter SHS?</p> <p>Welche Barrieren begegnen Ihnen in der Weitervermittlung von Betroffenen zu anderen Beratungs- oder Behandlungsstellen?</p> <p>Was läuft in Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen gut?</p> <p>Was sind die größten Herausforderungen für die Zusammenarbeit?</p> <p>Wo wäre Unterstützung sinnvoll um die Zusammenarbeit noch zu verbessern?</p>	<p>z.B. auf Ebene der Einrichtung, auf Ebene des gesamten SHS?</p> <p>z.B. Erreichbarkeit anderer Einrichtungen (Kommunikation(-smittel und -wege))</p> <p>z.B. bei der Dokumentation, Kontaktaufnahme etc.</p>	<p>Stärken des Stuttgarter SHS für Beratende / Behandelnde</p> <p>Barrieren i.d. Koordination / Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen</p> <p>Positives an der Zusammenarbeit</p> <p>Herausforderungen der Zusammenarbeit</p> <p>Unterstützungsbedarfe Zusammenarbeit</p>
<p>IV. Digitalisierung</p> <p>Welche Rolle spielen digitale Lösungen in der Versorgung von Betroffenen bereits in Ihrem Berufsalltag?</p> <p>Hat sich im Zuge der Coronapandemie daran etwas verändert?</p> <p>Welche Bedenken haben Sie beim Einsatz von online-basierten Verfahren?</p> <p>Worin sehen Sie die größten Chancen beim Einsatz von online-basierten Verfahren?</p>	<p>z.B. bei der Vernetzung mit anderen Institutionen?, z.B. Online-Assessment?</p> <p>In welcher Weise?</p> <p>z.B. mangelnde technische Ausstattung vor Ort, geringes Vertrauen der Klient*innen</p> <p>z.B. niedrigschwelliger Zugang durch Online-Self-Assessment</p>	<p>Digitale Plattformen für Austausch</p> <p>positive / negative Erfahrungen mit E-Health</p> <p>Bedenken zu E-Health / online-basierten Verfahren</p> <p>Chancen für den Einsatz von E-Health / online-basierten Verfahren</p>

<p>V. Anforderungen und Erwartungen an ASSIST (Versorgungskoordination mittels Online-Assessment und Regionalem Kompetenzzentrum)</p> <p>Wir haben Ihnen als nächstes ein Video / einen kurzen Impulsvortrag zum geplanten ASSIST Projekt mitgebracht. INPUT: Video zum ASSIST-Projekt, ansonsten Folien oder wenige standardisierte Sätze</p> <p>Was denken Sie hierzu?</p> <p>Gibt es an dieser Stelle Fragen oder Unklarheiten zum geplanten ASSIST-Projekt?</p> <p>Worin würden Sie sagen, liegen die Chancen von ASSIST?</p> <p>Wo sehen Sie mögliche Grenzen / Schwierigkeiten von ASSIST?</p> <p>Was würden Sie sich vom ASSIST (Gesamtprojekt) wünschen? Was sollte dieses unbedingt leisten?</p>	<p>ASSIST Gesamtprojekt = Versorgungskoordination mittels Online-Assessment, Regionalem Kompetenzzentrum und Behandlungsassistenten</p> <p>Haben Sie an dieser Stelle Anmerkungen? Ideen zu einzelnen Projektbestandteilen? ... zum Online-Assessment? ... zum Regionalen Kompetenzzentrum? ... zum Behandlungsassistenten?</p> <p>z.B. Arbeitserleichterung, bessere Zusammenarbeit / Vernetzung...</p> <p>Fehlt noch etwas?</p>	<p>Offene allg. Abfrage von Anregungen</p> <p>Verständnis geplanter Prozesse</p> <p>Chancen des Gesamt-Projekts</p> <p>Grenzen / Barrieren / Bedenken zum Gesamt- Projekt</p> <p>Wünsche / Anregungen zum Projekt</p>
---	---	---

<p>VI. Barrieren und förderliche Faktoren für eine aktive Nutzung von ASSIST</p> <p><u>Nutzung durch Beratende / Behandelnde:</u> Was könnten Schwierigkeiten für Beratende / Behandelnde bei der <u>Nutzung</u> des ASSIST-Angebots sein?</p> <p>Welche Unterstützung wünschen Sie sich bei der Einführung und Nutzung des ASSIST-Angebots?</p> <p>Was könnten Schwierigkeiten für Klient*innen und Patient*innen bei der <u>Nutzung</u> des Online-Assessments sein?</p> <p>Wie ließen sich diese Bedenken möglicherweise zerstreuen?</p> <p>Was könnte der Nutzen für Klient*innen und Patient*innen bei der Nutzung des Online-Assessments sein?</p> <p>Wenn Sie sich das Stuttgarter SHS in 5 Jahren vorstellen, welche (Entwicklungs-)Möglichkeiten sehen Sie hier?</p>	<p>ASSIST Gesamtprojekt = Versorgungskoordination mittels Online-Assessment, Regionalem Kompetenzzentrum und Behandlungsassistenten</p> <p>(z.B. Kurse, Schulungen)</p> <p>(z.B. illegalen Substanzkonsum online anzugeben)</p>	<p>Schwierigkeiten der Nutzung</p> <p>Unterstützung bei der <u>Einführung</u> des Projekts</p> <p>Bedenken / Risiken (z.B. Angst vor strafrechtlichen Konsequenzen? / Stigma?)</p> <p>Vorschläge Risikominimierung</p> <p>Nutzen von ASSIST für Betroffene</p> <p>Zukunftsperspektive</p>
<p>VII. Abschluss</p> <p>Ich habe bereits viel von Ihnen erfahren. Ich möchte Ihnen jetzt die Möglichkeit geben, Dinge anzusprechen, die aus Ihrer Sicht wichtig sind und die bislang noch nicht angesprochen worden sind.</p>		<p>Ausgelassene Themen aus Sicht der Teilnehmenden</p>

Basisfragebogen

- [bas001] ▶ Datum: __ __ / __ __ / __ __
- [bas002] ▶ Beginn (Uhrzeit): __ __ : __ __ Uhr
- [bas003] ▶ Ort: ₁ zu Hause
₂ Einrichtungen: _____ [basxxxx]
₃ anderer Ort: _____ [basxxxx]
- [bas004] ▶ Art des Interviews ₁ persönlich
₂ Videokonferenz
₃ Telefonat
- [bas005] ▶ Selbstbewertung ₁ vor dem Interview
₂ während des Interviews
₄ nach dem Interview
- [bas006] ▶ Interviewer (Initialen): __ __
- [bas007] ▶ Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme liegt vor ₁ ja ₂ nein
- [bas008] ▶ Datum der Einwilligungserklärung __ __ / __ __ / __ __
- [bas009] ▶ Kontaktdaten liegen vor ₁ ja ₂ nein
- [bas010_01] ▶ Wie / über wen sind Sie auf das Projekt aufmerksam geworden?
₁ durch Einrichtung _____ [bas010_02]
₂ durch Verwandte / Freunde
₃ anderes: _____ [bas010_03]

Einschlusskriterien

- [ein001] ▶ Ist die / der Teilnehmende zwischen 18 und 65 Jahre alt? ₁ ja ₂ nein
- [ein002] ▶ Ist die / der Teilnehmende wohnhaft in Stuttgart? ₁ ja ₂ nein
- [ein003] ▶ Liegt eine substanzbezogene Störung oder ein riskanter Konsum vor? ₁ ja ₂ nein
- [ein004] ▶ Ist die / der Teilnehmende bei einer deutschen Krankenkasse versichert? ₁ ja ₂ nein

Ausschlusskriterien

- [aus001] ▶ Liegen unzureichende Deutschkenntnisse vor? ₁ ja ₂ nein
- [aus002] ▶ Ist die / der Teilnehmende obdachlos? ₁ ja ₂ nein
- [aus003] ▶ Besteht eine schwere neurologische oder psychiatrische Erkrankung,
die schwere Beeinträchtigungen der Kognition zu Folge hat? ₁ ja ₂ nein
- [aus004] ▶ Besteht eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung? ₁ ja ₂ nein
- [aus005] ▶ Besteht eine akute psychische Krise? ₁ ja ₂ nein
- [aus006] ▶ Gab es gravierende strafrechtliche Belange in den vergangen 5 Jahren? ₁ ja ₂ nein
- [aus007] ▶ Ist die / der Teilnehmende derzeit im Maßregelvollzug? ₁ ja ₂ nein
- [aus008] ▶ Ruht derzeit der Leistungsanspruch gemäß § 16 SGB V? ₁ ja ₂ nein

Basisfragebogen

- [bas021_01] ► Sind Sie pflegebedürftig? ₁ ja, Pflegegrad: _____ [bas021_02]
₂ nein
₃ Pflegegrad vorhanden,
aber der/dem Teilnehmenden unbekannt
- [bas022] ► Liegt ein Grad der Behinderung (GdB) vor? ₁ ja ₂ nein
- [bas023] ► Wurde ein gesetzlicher Betreuer eingesetzt? ₁ ja ₂ nein
- [bas024] ► Betreuungsbereiche?
₁ Aufenthaltsbestimmung [bas024_01]
₂ Gesundheitsfürsorge [bas024_02]
₃ Vermögenssorge [bas024_03]
₄ Vertretung gegenüber Versicherungen und Behörden [bas024_04]
₅ Entscheidungen über Unterbringung und Wohnungsangelegenheiten [bas024_05]
- [bas025_01] ► Welche Nationalität haben Sie? ₁ deutsch
₃ anderes: _____ [bas025_02]
- [cssrisd00] ► Welches Geschlecht haben Sie? ₁ weiblich
₂ männlich
₃ divers
- [cssrisd01] ► Wie alt sind Sie? ___ __ Jahre
- [cssrisd02] ► Wie ist Ihr Familienstand? ₁ ledig
₂ in fester Beziehung zusammenlebend /
verheiratet
₃ geschieden
₄ verwitwet
- [cssrisd03] ► Haben Sie Kinder? ₁ ja - Wie viele? _____ [cssrisd03a]
₂ nein
- Wie häufig haben Sie Kontakt zu Familie bzw. Freunden?
Familie ₁ täglich
₂ 2-3 x pro Woche
₃ mehrmals pro Monat
₄ 1 x pro Monat
₅ seltener
₆ nie
₇ anderes: _____
 [bas026_01] _____
 [bas026_02] _____
- Freunde** ₁ täglich
₂ 2-3 x pro Woche
₃ mehrmals pro Monat
₄ 1 x pro Monat
₅ seltener
₆ nie
₇ anderes: _____
 [bas027_01] _____
 [bas027_02] _____
- [cssrisd04] ► Wie wohnen Sie? ₁ ich wohne alleine
₂ ich wohne mit Anderen

[cssrisd05a] ► Wie viele Personen, Sie selbst mit eingerechnet, wohnen in Ihrem Haushalt? Anzahl Erwachsene: ____
 (z.B. Familie oder Wohngemeinschaft, wo gemeinsam gegessen wird und/oder andere gemeinschaftliche Aktivitäten stattfinden) Anzahl Kinder (< 18 Jahre): ____

[cssrisd06a] ► Welchen Bildungsabschluss haben Sie? □₁ Noch in Ausbildung
 Bitte wählen Sie den höchsten schulischen Bildungsabschluss, den Sie bisher erreicht haben. □₂ Schule beendet ohne Abschluss
 □₃ Volks-, Hauptschulabschluss, Quali
 □₄ Mittlere Reife, Realschul- oder gleichwertiger Abschluss/POS
 □₅ Abitur, Fachabitur
 □₆ anderer Abschluss: _____ [cssrisd06b]

[cssrisd07a] ► Welchen Berufsabschluss haben Sie? □₁ keinen beruflichen Ausbildungsabschluss
 Bitte wählen Sie den höchsten Berufsabschluss, den Sie bisher erreicht haben. □₂ beruflich-betriebliche Anlernzeit mit Abschlusszeugnis, aber keine Lehre
 □₃ Teilfacharbeiterabschluss
 □₄ abgeschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre
 □₅ abgeschlossene kaufmännische Lehre
 □₆ berufliches Praktikum, Volontariat
 □₇ Berufsfachschulabschluss
 □₈ Fachschulabschluss
 □₉ Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss
 □₁₀ Fachhochschulabschluss
 □₁₁ Hochschulabschluss
 □₁₂ Promotion
 □₁₃ anderer Abschluss: _____ [cssrisd07b]

[cssrisd08a] ► Was beschreibt Ihre derzeitige Erwerbssituation am besten? □ Erwerbstätig / Selbstständig in Vollzeit [b]
 (Mehrfachnennungen möglich) □ Erwerbstätig / Selbstständig in Teilzeit [c]:
 ____ Stunden / Woche [d]
 □ Geschützte Tätigkeit [e]:
 ____ Stunden / Woche [f]
 □ Arbeitslos / Arbeit suchend [g]
 seit: ____ / ____ (MM/JJJJ) [h]
 □ Erwerbsunfähigkeit [i]
 seit: ____ / ____ (MM/JJJJ) [j]
 □ Altersrente / Pension (einschl. Vorruhestand) [k]
 □ Freiwillig (unentgeltlich) beschäftigt [l]
 □ Azubi [m]
 □ Student, (Um-)Schüler [n]
 □ Hausfrau / Hausmann [o]
 □ Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung [p]
 □ Sonstiges: _____ [q/r]

[cssrisd09a] ► Wie hoch ist Ihr persönliches Bruttoeinkommen ____ € / Monat aus Ihrer aktuellen beruflichen Tätigkeit?
 Gemeint ist Ihr reines Bruttoeinkommen ohne Kindergeld, □₁ Ich habe kein eigenes Einkommen [b]
 Sozialleistungen, Rente, Mieteinnahmen, Bafög o.ä.

[cssrisd11]

Kommentar:

Medizinische Vorgeschichte und Konsumverhalten

[bas031] ► Was ist Ihre Körpergröße? _____ , _____ m

[bas032] ► Was ist Ihr Körpergewicht? _____ kg

 [bas033] ► Inwieweit waren Sie direkt vom Corona-Virus betroffen?

- ₁ Nein, ich war nicht direkt betroffen.
- ₂ Ja, bei mir bestand ein begründeter Verdacht
 - ₂₁ vor mehr als vier Wochen.
 - ₂₂ in den letzten vier Wochen.
- ₃ Ja, ich wurde positiv getestet
 - ₃₁ vor mehr als vier Wochen.
 - ₃₂ in den letzten vier Wochen.
- ₄ Ja, ich wurde auf einer Intensivstation behandelt.
 - ₄₁ vor mehr als vier Wochen.
 - ₄₂ in den letzten vier Wochen.

 [bas034_01] ► Impfstatus

- ₂ geimpft, seit _____ / _____ [bas034_02]
- ₁ nicht geimpft
- ₃ keinen Angabe

 [bas035] ► Wie hat die Coronavirus Pandemie bis heute Ihren **Alkohol- / Drogen- / Medikamentenkonsum** beeinflusst?
 Antworten Sie nach Ihrem Gefühl, ohne lange nachzudenken. Beziehen Sie sich auf die aktuelle Situation der vergangenen vier Wochen, verglichen mit den vier Wochen vor Beginn der Pandemie (= Dezember 2019).

- ₁ sehr negativ
- ₂ negativ
- ₃ weder positiv noch negativ
- ₄ positiv
- ₅ sehr positiv

 [bas036] ► Wie hat die Coronavirus Pandemie bis heute Ihre **psychische und emotionale Befindlichkeit** beeinflusst?
 Antworten Sie nach Ihrem Gefühl, ohne lange nachzudenken. Beziehen Sie sich auf die aktuelle Situation der vergangenen vier Wochen, verglichen mit den vier Wochen vor Beginn der Pandemie (= Dezember 2019).

- ₁ sehr negativ
- ₂ negativ
- ₃ weder positiv noch negativ
- ₄ positiv
- ₅ sehr positiv

 [bas037] ► Haben Sie zurzeit somatische (körperliche) Erkrankungen? ₁ ja ₂ nein

Wenn ja, welche Erkrankung	Alter bei Beginn
[bas037b]	____ Jahre
[bas037c]	____ Jahre
[bas037d]	____ Jahre

 [cssrisd10] ► Wie viele Tage mussten Sie der Arbeit in den letzten 3 Monaten wegen Krankheit fernbleiben? _____ Tage
 Arbeitsausfalltage infolge Krankheit (ohne regulär arbeitsfreie Tage)

[bas038] ► Wurde Ihnen in der Vergangenheit bereits eine psychische Erkrankung (einschl. Suchterkrankung) diagnostiziert? ₁ ja ₂ nein

Wenn ja, welche ...?

[bas038_01] Hauptdiagnose: F ____ . ____ _____ [._02]

[bas038_03] Zweitdiagnose: F ____ . ____ _____ [._04]

[bas038_05] Drittdiagnose: F ____ . ____ _____ [._06]

[bas038_07] Kommentar zur Diagnose: _____

► Wie sehr haben Ihre Alkohol- oder Drogenprobleme Sie in den letzten 30 Tagen belastet / beeinträchtigt?

Alkohol [bas041]

- ₁ gar nicht
₂ wenig
₃ mittel
₄ erheblich
₅ extrem

Drogen [bas043]

- ₁ gar nicht
₂ wenig
₃ mittel
₄ erheblich
₅ extrem

Medikamente [bas042]

- ₁ gar nicht
₂ wenig
₃ mittel
₄ erheblich
₅ extrem

[bas044] ► Welche Substanz stellt das Hauptproblem dar?

- ₂ Alkohol, jeglicher Gebrauch [._01]
₂ Alkohol, Gebrauch bis zur Trunkenheit [._02]
₂ Cannabis / Marihuana [._03]
₂ Kokain [._04]
₂ Crack [._05]
₂ Amphetamine oder ähnliche Stimulantien [._06]
₂ opiat-haltige Schmerzmittel (inklusive Methadon) [._07]
₂ Heroin [._08]
₂ Halluzinogene (inklusive MDMA, Ecstasy) [._09]
₂ Sedative und Hypnotika (ohne Benzodiazepin) [._10]
₂ Benzodiazepin [._11]
₂ Inhalantien / Schnüffelstoffe [._12]
₂ Andere Substanzen [._13]: _____ [._17]
₂ Mehr als eine Substanz pro Tag (einschl. Alkohol) [._14]
₂ Alkohol und Drogen (doppelabhängig) [._15]
₂ mehrere Drogen (politoxikoman) [._16]

► Wie viel Geld haben Sie schätzungsweise in den letzten 30 Tagen ausgegeben für ...?

[bas045_01] Alkohol _____ €

[bas045_02] Drogen _____ €

[bas045_03] Medikamente _____ €

[bas046_01] ► Erhielten / erhalten Sie Unterstützung wegen substanzbezogener Probleme?

- ₁ ja, im Stuttgarter Suchthilfesystem, seit ____ Jahren [bas046_02]
₂ ja, außerhalb des Stuttgarter Suchthilfesystems, seit ____ Jahren [bas046_03]
₃ nein

► Haben Sie bereits Leistungen der folgenden Versorgungsbereiche in Anspruch genommen?

	nein	ja, wegen Alkohol	ja, wegen Drogen	ja, wegen Medikamenten
[bas047] ► ambulante Beratung	<input type="checkbox"/> 2 [._01]	<input type="checkbox"/> 2 [._02]	<input type="checkbox"/> 2 [._03]	<input type="checkbox"/> 2 [._04]
[bas048] ► ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> 2 [._01]	<input type="checkbox"/> 2 [._02]	<input type="checkbox"/> 2 [._03]	<input type="checkbox"/> 2 [._04]
[bas049] ► (teil-) stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> 2 [._01]	<input type="checkbox"/> 2 [._02]	<input type="checkbox"/> 2 [._03]	<input type="checkbox"/> 2 [._04]
[bas050] ► Langzeitbetreuung	<input type="checkbox"/> 2 [._01]	<input type="checkbox"/> 2 [._02]	<input type="checkbox"/> 2 [._03]	<input type="checkbox"/> 2 [._04]

► Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Therapie Ihrer substanzbezogenen Probleme?

Alkohol [bas051]

- 1 gar nicht
- 2 wenig
- 3 mittel
- 4 erheblich
- 5 extrem

Drogen [bas052]

- 1 gar nicht
- 2 wenig
- 3 mittel
- 4 erheblich
- 5 extrem

Medikamente [bas053]

- 1 gar nicht
- 2 wenig
- 3 mittel
- 4 erheblich
- 5 extrem

[bas054] ► Welches Ziel möchten Sie erreichen?

- 1 Abstinenz
- 2 zeitweise Abstinenz
- 3 kontrollierter Konsum
- 4 Konsumreduktion
- 5 weniger schädlicher Konsum (bei gleicher Konsummenge)
- 6 nichts verändern

Eingesetzte Kostensätze zur monetären Bewertung von Versorgungsleistungen (Teilstudie 3)

Versorgungsbereich	Leistung	Kostensatz
(teil-)stationär	Klinik oder Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie	277,92 € pro Tag
	Somatische Klinik	525,00 € pro Tag
	Tagesklinik für Erwachsenenpsychiatrie	208,44 € pro Tag
	somatische Tagesklinik	393,75 € pro Tag
	Rehaklinik	277,92 € pro Tag
	Reha-Tagesklinik	208,44 € pro Tag
Ambulant	psychiatrische Institutsambulanz	70,00 € pro Kontakt (einmalig pro Quartal) 270,00 € pro Quartal (mehrmalig pro Quartal)
	psychologische Institutsambulanz	95,65 € pro Kontakt
	Ärztin / Arzt für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin	21,30 € pro Kontakt
	Hausärztin / Hausarzt	20,68 € pro Kontakt
	Sonstige/r Ärztin / Arzt	38,63 € pro Kontakt
	Verordnete Medikamente	Entsprechend definierter Tagesdosis (DDD) im Arzneiverordnungs-Report 2022
Notdienst	Notfallambulanz eines Allgemeinkrankenhauses	126,00 € pro Kontakt
	Ärztlicher Notdienst	38,63 € pro Kontakt
	Rettungswagen	126,00 € pro Kontakt
Therapeutisch	Psychotherapeut/-in	95,65 € pro Kontakt
	Ergotherapeut/-in	48,59 € pro Kontakt
	Soziotherapie	20,18 € pro Kontakt
	Physiotherapeut/-in / manuelle Therapie / Krankengymnastik / Rückbildung	19,03 € pro Kontakt
Gemeindebasierte Hilfen	Psychologischer oder psychiatrischer Krisendienst	52,05 € pro Kontakt
	SPDI / GPDI	39,00 € pro Kontakt
	Beratungsstelle, tw. auch Familienberatung bzw. Gruppenangebote	20,18 € pro Kontakt
Hilfs- und Pflegeangebote	Hauswirtschaftshilfe	15,92 € pro Kontakt
	Mitarbeiter einer Sozialstation	20,18 € pro Kontakt
	Ambulanter Pflegedienst	18,71 € pro Kontakt
	psych. Tagespflege	34,67 € pro Kontakt
	ehrenamtlicher Betreuer	160,00 € pro Halbjahr

Versorgungsbereich	Leistung	Kostensatz
Beschäftigung	selbstständige oder im Verein organisierte Berufsbetreuer	34,83 € pro Kontakt
	Integrationsfachdienst	20,18 € pro Kontakt
	Spezielle Beschäftigungs- und Ausbildungsangebote für Menschen mit psych. Erkrankungen	47,26 € pro Kontakt
	Arbeitsunfähigkeit	166,65 € pro Tag
	Erwerbsunfähigkeit	666,60 € pro Woche
Wohnen	Pflegeheim	2834,28 € pro Monat
	Wohnheim (< 24 h Betreuung)	1417,14 € pro Monat
	Ambulante Wohnbetreuung	589,10 € pro Monat

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>I. Einstieg</p> <p>Vorstellung Moderatorin und Co-Moderatorin</p> <p>Einleitung: Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, heute mit uns zu sprechen. Ich möchte kurz noch einmal erklären, worum es heute geht: In Stuttgart wird unter dem Namen ASSIST ein neues Angebot der Suchthilfe erprobt. Sie gehören zu den Menschen, die dieses Angebot ausprobieren dürfen bzw. durften.</p> <p>Zur Erinnerung: ASSIST hat zwei Standbeine:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Online-Plattform mit Online-Assessment und • eine persönliche Anlaufstelle in der Türlenstraße, das so genannte Regionale Kompetenzzentrum. <p>Die zentralen Schritte sind folgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Nutzerin oder der Nutzer loggt sich in der Plattform ein und beantwortet online viele Fragen. • Die Antworten werden automatisiert ausgewertet. • Bei einem persönlichen Termin in der Türlenstraße mit einer Psychologin (Frau 		<p>Wiederholung: Das ASSIST-Angebot</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Schneider bzw. Frau Träuble)¹ wird die Auswertung besprochen und durch weitere Fragen ergänzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsam mit der Psychologin wird festgelegt, welche Beratungs-/Unterstützungsangebote aus dem Stuttgarter Suchthilfesystem passend sind. <p>Weil ASSIST neu ist und noch erprobt wird, gibt es auch eine Begleitstudie. Dazu wurden Sie mehrfach von unseren Studienmitarbeitenden befragt (Frau Achtermann/Smith, Frau Weimer, Frau Debler oder Herrn Cornet). Über diese Befragungen wollen wir heute NICHT sprechen. Stattdessen geht es heute nur um das Unterstützungsangebot ASSIST selbst.</p> <p>Wir möchten gerne mit Ihnen darüber sprechen, welche Erfahrungen Sie mit den einzelnen Bestandteilen des ASSIST-Angebots gemacht haben. Und wir möchten von Ihnen Anregungen dazu erhalten, wie in Zukunft Unterstützungsangebote für Menschen mit Suchterkrankungen gestaltet werden sollten.</p>		Ziel der Fokusgruppe

¹ *Interne Anm.: Franziska Träuble war nur bis Juni 2022 im RKZ tätig. Wenn alle Beteiligten erst später teilgenommen haben, brauchen wir bei den folgenden Bezügen zum RKZ nur Helene Schneider als Mitarbeiterin zu nennen.*

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Wichtig ist: Es geht uns um Ihre persönliche Sichtweise. Es gibt also kein Richtig oder Falsch, keine besseren oder schlechteren Antworten. Meine Kollegin und ich sind unabhängige Wissenschaftlerinnen der Universität Ulm und interessieren uns ganz neutral für Ihre Erfahrungen mit dem ASSIST-Angebot.</p> <p>Bevor wir beginnen, würde ich gerne noch die Frage der Anrede klären. Ich schlage vor, dass ich Sie siezen werde. Wie möchten Sie es untereinander gestalten?</p> <p>Für die wissenschaftliche Auswertung ist es notwendig, dass wir das Gespräch auf Tonband aufzeichnen. Die Aufzeichnung wird später verschriftlicht. Dabei gelten strenge Regeln des Datenschutzes: Bei der Verschriftlichung werden alle persönlichen Daten gestrichen. Namen werden durch Zahlencodes ersetzt. Die Aufnahmen selbst werden strikt vertraulich behandelt, auch gegenüber den Mitarbeitenden der Suchthilfe. Dies bedeutet, dass Sie als Person mit Ihren Antworten nicht mehr zu identifizieren sind.</p> <p>Wir geben nicht nach außen weiter, wer was gesagt hat. Ich möchte auch Sie bitten, dass in</p>		<p>Deutlich machen: Wir sind neutral</p> <p>Klärung Du/Sie</p> <p>Aufnahme</p> <p>Datenschutz</p> <p>Verschwiegenheit</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>dieser Runde Gesagtes im Raum bleibt und nicht nach außen getragen wird.</p> <p>Dann starte ich jetzt die Aufnahme. [Aufnahme starten]</p> <p>Dann starten wir doch mit einer ganz kurzen Vorstellungsrunde. Stellen Sie sich bitte kurz mit Ihrem Namen vor und sagen kurz, seit wann Sie das ASSIST-Angebot schon nutzen bzw. wann Sie es genutzt haben.</p>		Vorstellungsrunde
<p>II. Zugang zum ASSIST-Angebot</p> <p>Zu Beginn möchte ich gerne von Ihnen erfahren: Über welche Wege / Anlaufstellen sind Sie zum ASSIST-Angebot gekommen?</p> <p>(z.B. im Klinikum Stuttgart angesprochen worden, Angebot im Internet gefunden)</p>	<p>Für jene, die „durch die Studie“ sagen: Und wo/wie sind Sie auf die Studie aufmerksam geworden?</p> <p>Für jene, die ASSIST selbst online gefunden haben: Wie haben Sie das ASSIST-Angebot gefunden?</p> <p>Für jene, die ASSIST in Print-Medien / in der Stadt gesehen haben: In welchen Print-Medien?</p>	Wege zum ASSIST-Angebot

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>III. Akzeptanz und inhaltliche Bewertung/Praktikabilität der einzelnen Aspekte</p> <p>a.) ONLINE-ASSESSMENT</p> <p>Ich möchte nun gerne die einzelnen Bestandteile des ASSIST-Angebots mit Ihnen durchgehen, um einen Eindruck zu gewinnen, was an ASSIST noch verbessert werden könnte bzw. welche Bestandteile Sie hilfreich fanden.</p> <p>Nach Ihrem Erstgespräch zur Studie mit einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter der Universität Ulm (Frau Achtermann/Smith, Frau Weimer, Frau Debler oder Herr Cornet) haben Sie einen Registrierungscode bekommen. Damit konnten Sie sich auf der Online-Plattform anmelden <i>[Bild zeigen von Registrierungsseite]</i>. Wenn nötig, hat die Studienmitarbeiterin oder der Studienmitarbeiter Sie bei der Registrierung unterstützt.</p> <p>Wie gut hat die Registrierung funktioniert?</p> <p>--</p>	<p>Was könnte/sollte besser sein?</p> <p>--</p>	<p>Hinführung zu Registrierung und Online-Fragebogen</p> <p>Praktikabilität der Registrierung</p> <p>--</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Nach der Bestätigung der Registrierung wurden Sie direkt zu einem Online-Fragebogen weitergeleitet, bei dem Sie Fragen zur Selbsteinschätzung von Suchtproblemen beantworten konnten. <i>[exemplarisches Bild zeigen von Online-Fragebogen]</i></p> <p>Wie sind Sie mit dem Ausfüllen des Online-Fragebogens zurechtgekommen?</p> <p>---</p> <p>Hatten Sie das Gefühl, dass durch den Fragebogen Ihre Situation und Ihre Bedürfnisse ausreichend wahrgenommen worden sind?</p>	<p>Was hat (weniger) gut funktioniert?</p> <p>Was halten Sie von der Idee, den Fragebogen nicht selbstständig online, sondern vor Ort z.B. mit Frau Schneider (bzw. Frau Träuble) auszufüllen?</p> <p>Was finden Sie daran besser/schlechter?</p> <p><u>Wenn TN sagt, er habe diese Möglichkeit genutzt:</u> Warum haben Sie sich für diese Möglichkeit entschieden? Wie sind Sie damit zurechtgekommen?</p> <p>---</p> <p>Was müsste geändert werden, damit Ihre Situation und Ihre Bedürfnisse ausreichend wahrgenommen werden?</p>	<p>Praktikabilität des Online-Fragebogens</p> <p>Zukünftige Versorgungsangebote: Selbstständiges Ausfüllen alleine online oder gemeinsam mit MA?</p> <p>---</p> <p>Zukünftige Versorgungsangebote: Haltung zu standardisierten Fragebögen als Grundlagen für Behandlung</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>IV. Akzeptanz und inhaltliche Bewertung/Praktikabilität der einzelnen Aspekte</p> <p>b.) PERSÖNLICHES BERATUNGSSGESPRÄCH IM RKZ</p> <p>Nachdem Sie den Online-Fragebogen ausgefüllt haben, konnten Sie ein persönliches Beratungsgespräch mit Frau Schneider (bzw. Frau Träuble) in der Türlenstraße vereinbaren. Dort hat Frau Schneider (bzw. Frau Träuble) mit Ihnen den Fragebogen besprochen, durch weitere Fragen ergänzt und Ihnen Empfehlungen für Angebote mitgegeben.</p> <p>Kurz für mich zum Überblick: Wer hatte denn ein persönliches Beratungsgespräch mit Frau Schneider (bzw. Frau Träuble)?</p> <p>---</p> <p>Wie fanden Sie das persönliche Beratungsgespräch mit Frau Schneider (bzw. Frau Träuble)?</p>	<p><i>[Falls nur Handheben: kurz für Tonaufnahme sagen, wie viele, und die Namen notieren]</i></p> <p>---</p> <p>Was hat Ihnen daran gefallen? Was hätte man besser machen können?</p> <p>Welche Änderungswünsche haben Sie?</p>	<p>Hinführung zu RKZ</p> <p>Nutzung des RKZ</p> <p>---</p> <p>Bewertung von Beratungsgespräch</p> <p>Änderungswünsche zu Beratungsgespräch</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>---</p> <p>Wie fänden Sie die Idee, das persönliche Beratungsgespräch nicht in Präsenz, sondern online (per Videokonferenz) stattfinden zu lassen?</p>	<p>Gab es weitere Dinge, die nicht speziell Frau Schneider (bzw. Frau Träuble) oder die Inhalte des Gesprächs betreffen, die Sie (weniger) gut fanden? (z.B. schlechte Verkehrsanbindung, Terminkoordination, etc.)</p> <p><u>Für jene, die nicht bei einem Termin im RKZ waren:</u> Warum haben Sie den Termin nicht wahrgenommen?</p> <p>Was hätte geändert werden müssen, damit Sie den Termin wahrgenommen hätten?</p> <p>---</p> <p>Welche Vorteile sehen Sie dabei?</p> <p>Welche Bedenken haben Sie?</p>	<p>Praktikabilität von Beratungsgespräch</p> <p>Gründe für Nicht-Erscheinen und mögliche Hindernisse</p> <p>---</p> <p>Zukünftige Versorgungsangebote: Beratungsgespräch online oder Präsenz</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>V. Akzeptanz und inhaltliche Bewertung/Praktikabilität der einzelnen Aspekte</p> <p>c.) ONLINE-PLATTFORM</p> <p>Zusätzlich gibt es auf der Online-Plattform von ASSIST, auf der Sie die Fragebögen zu Beginn ausgefüllt haben, noch weitere Funktionen.</p> <p>Wer von Ihnen hat die Online-Plattform (über das Ausfüllen des Fragebogens hinaus) genutzt?</p> <p>---</p> <p>Auf der Online-Plattform konnten Sie <i>[jeweils Bild zu Funktionen zeigen]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ihre Behandlungs- bzw. Beratungsangebote mit Terminen und weiteren Details dazu sehen - Ihre Ziele und Wünsche bzgl. der Unterstützung ändern - weitere Fragebögen ausfüllen - Dokumente einsehen (wie z.B. Arztberichte oder die Dokumentation des Gesprächs mit Frau Schneider bzw. Frau Träuble) - eigene Dokumente hochladen 	<p><i>[Falls nur Handheben: kurz für Tonaufnahme sagen, wie viele, und die Namen notieren]</i></p> <p>---</p>	<p>Hinführung zu Online-Plattform</p> <p>Nutzung der Plattform</p> <p>---</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Welche der eben genannten Funktionen haben Sie genutzt?</p> <p>Welche Erfahrungen haben Sie mit den Funktionen gemacht?</p>	<p>Was hat Ihnen daran gefallen?</p> <p>Wobei hatten Sie Bedenken?</p> <p>Haben Sie Änderungswünsche?</p> <p><u>Für jene, die die Online-Plattform nicht genutzt haben:</u></p> <p>Was hat Sie davon abgehalten?</p> <p>Was hätte geändert werden müssen, dass Sie ... doch nutzen?</p>	<p>Nutzung der Funktionen auf Plattform</p> <p>Praktikabilität der Online-Plattform bzw. deren Funktionen</p> <p>Gründe für Nicht-Nutzen und mögliche abbaubare Hindernisse</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>VI. Behandlungszufriedenheit</p> <p>Bei Ihrem persönlichen Beratungsgespräch hat Ihnen Frau Schneider (bzw. Frau Träuble) bestimmte Beratungs-/Unterstützungsangebote empfohlen.</p> <p>Wie zufrieden waren Sie mit den Angeboten, die Ihnen vermittelt wurden?</p> <p>---</p> <p>Haben Ihnen bestimmte Angebote zur Auswahl gefehlt?</p>	<p>Passten die Angebote, die Ihnen im RKZ individuell zusammengestellt worden sind, zu Ihren Bedürfnissen?</p> <p>Was halten Sie von der Idee, im Verlauf Rückmeldung zu den empfohlenen Beratungen oder Behandlungen geben zu können und bei Bedarf neue oder andere Empfehlungen für Unterstützungsangebote zu erhalten?</p> <p>Was finden Sie daran (weniger) gut?</p> <p>Welche Vorteile/Nachteile sehen Sie dabei?</p> <p>---</p> <p>Wenn ja: Welche?</p>	<p>Zufriedenheit mit den Angeboten</p> <p>Passgenauigkeit des Angebots</p> <p>Haltung zu Anpassung der Angebote im Verlauf</p> <p>---</p> <p>Fehlen von Angeboten</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>VII. Zufriedenheit mit ASSIST und zukünftige Nutzung</p> <p>Wenn Sie jetzt auf die Zeit zurückblicken, in der Sie ASSIST genutzt haben: Was hat Ihnen ASSIST gebracht?</p> <p>Wem würden Sie ASSIST empfehlen? (schwere Krise /leichte Symptome/Fragen zum Konsum; Junge/Alte)</p>	<p>Was denken Sie: Würden Sie das „ASSIST-Angebot“ gerne auch in Zukunft nutzen?</p>	<p>Zufriedenheit mit ASSIST</p> <p>Zielgruppe definieren</p>
<p>VIII. Abschluss</p> <p>Ich habe heute bereits viel von Ihnen erfahren dürfen. Ich möchte Ihnen jetzt die Möglichkeit geben, Dinge anzusprechen, die aus Ihrer Sicht wichtig sind und die bislang noch nicht angesprochen worden sind.</p> <p><i>[Raum für Rückmeldungen]</i></p> <p>Zum Abschluss möchte ich mich sehr für Ihre Offenheit hier in der Gruppe bedanken. Ich durfte viele spannende und wichtige Dinge von Ihnen erfahren.</p> <p>Nun interessiert mich noch zum Abschluss: Wie war die Fokusgruppe für Sie?</p>		<p>Ausgelassene Themen aus Sicht der Teilnehmenden</p> <p>Bedanken für Teilnahme</p> <p>Feedback</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Betroffene (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Dann sage ich noch einmal herzlich Dankeschön und werde die Aufnahme jetzt beenden.</p> <p><i>[Aufnahme beenden]</i></p>		Beenden der Aufnahme

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>I. Einstieg</p> <p>Vorstellung Moderatorin und Co-Moderatorin</p> <p>Einleitung: Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, heute mit uns zu sprechen. Thema der Fokusgruppe wird das ASSIST-Angebot sein, das Sie bereits kennengelernt haben.</p> <p>Zur Erinnerung: Im Rahmen von ASSIST werden Ihnen über das Regionale Kompetenzzentrum neue Klient:innen vermittelt, d.h. Mitarbeitende des RKZ buchen für Betroffene Termine bei Ihnen zur Beratung oder Behandlung. Dies geschieht über das Online-Portal. Dort können Sie, neben den gebuchten Terminen, auch die Behandlungsunterlagen der Klient:innen, wie die Dokumentation des Erstgesprächs oder den Behandlungsplan, einsehen. Im Online-Portal dokumentieren Sie zudem Ihre Beratung bzw. Behandlung durch z.B. Festhalten von An- und Abwesenheiten und Hochladen von Abschlussberichten/Arztbriefen.</p> <p>Wir möchten heute gerne mit Ihnen darüber sprechen, welche Erfahrungen Sie mit dem ASSIST-Angebot gemacht haben. Und wir möchten von Ihnen Anregungen dazu erhalten, wie in</p>		<p>Wiederholung: Das ASSIST-Angebot</p> <p>Ziel der Fokusgruppe</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Zukunft Unterstützungsangebote für Menschen mit Suchterkrankungen gestaltet werden sollten.</p> <p>Wichtig ist: Es geht uns um Ihre persönliche Sichtweise. Es gibt also kein Richtig oder Falsch, keine besseren oder schlechteren Antworten. Meine Kollegin und ich sind unabhängige Wissenschaftlerinnen und interessieren uns ganz neutral für Ihre Erfahrungen mit dem ASSIST-Angebot.</p> <p>Für die wissenschaftliche Auswertung ist es notwendig, dass wir das Gespräch auf Tonband aufzeichnen. Die Aufzeichnung wird später verschriftlich. Dabei gelten strenge Regeln des Datenschutzes: Die Aufnahmen werden strikt vertraulich behandelt. Bei der Verschriftlichung werden alle persönlichen Daten gestrichen, Namen werden durch Zahlencodes ersetzt. Auch diese pseudonymisierten Transkripte verbleiben ausschließlich bei der Universität Ulm und werden dort ausgewertet. Nur zusammengefasste Ergebnisse und exemplarische anonymisierte Zitate werden später veröffentlicht. Ich möchte auch Sie bitten, dass in dieser Runde Gesagtes im Raum bleibt und nicht nach außen getragen wird.</p> <p>Dann starte ich jetzt die Aufnahme. <i>[Aufnahme starten]</i></p>		<p>Deutlich machen: Wir sind neutral</p> <p>Aufnahme</p> <p>Datenschutz</p> <p>Verschwiegenheit</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
Dann starten wir doch mit einer ganz kurzen Vorstellungsrunde. Stellen Sie sich bitte kurz mit Ihrem Namen vor und sagen kurz etwas zu Ihrem beruflichen Hintergrund .		Vorstellungsrunde
<p>II. Persönlicher Bezug zum ASSIST-Angebot</p> <p>Zu Beginn möchte ich gerne von Ihnen erfahren: Welche konkreten Berührungspunkte hatten Sie in Ihrer Arbeit mit dem ASSIST-Angebot?</p>	<p>Haben Sie durch ASSIST Klient:innen vermittelt bekommen?</p> <p>Arbeiten Sie mit Klient:innen, die selbst ASSIST nutzen?</p>	Nutzung von ASSIST

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>III. Akzeptanz und inhaltliche Bewertung/Praktikabilität der einzelnen Aspekte</p> <p>a.) Zentrale Diagnostik und Erstgespräch im RKZ</p> <p>Ich möchte nun gerne die einzelnen Bestandteile des ASSIST-Angebots mit Ihnen durchgehen.</p> <p>Zu Beginn des ASSIST-Angebots findet eine zentrale Einschätzung der Suchtproblematik und der Bedarfe der betreffenden Person statt. Dazu füllen die Klient:innen einen Online-Fragebogen aus, der durch das RKZ ausgewertet und um weitere Fragen ergänzt wird. Die Ergebnisse werden bei einem persönlichen Termin im RKZ mit dem Klienten/der Klientin besprochen. Im Online-Portal können alle Beratenden/Behandelnden die Ergebnisse einsehen.</p> <p>Was halten Sie von der Idee, die Bedarfserhebung zentral durchzuführen?</p> <p>---</p>	<p>Welche Vorteile/Nachteile sehen Sie dabei?</p> <p>---</p>	<p>Haltung zu zentraler Diagnostik und Erstgespräch</p> <p>---</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Welche Erfahrungen haben Sie selbst mit der zentralen Einschätzung der Suchtproblematik und Bedarfe der betreffenden Person durch das RKZ gemacht?</p> <p>---</p>	<p>In welchem Umfang haben Sie die Ergebnisse für Ihre eigene Arbeit genutzt?</p> <p>Haben Sie selbst noch ein (zusätzliches) Erstgespräch zur Diagnostik durchgeführt? Wenn ja: Warum?</p> <p>Inwieweit hatten Sie das Gefühl, durch die zentrale Diagnostik im RKZ übergangen zu werden?</p> <p>---</p>	<p>Praktikabilität zentrale Diagnostik und Erstgespräch</p> <p>---</p>
<p>Was halten Sie von dem Ansatz, einen standardisierten Fragebogen als Grundlage für die Einschätzung der Suchtproblematik zu nutzen?</p>	<p>Wie sinnvoll und hilfreich finden Sie solche Fragebögen?</p> <p>Können Sie sich andere/bessere Möglichkeiten vorstellen, einen Überblick über die Person und ihre Suchtprobleme zu erhalten? Wenn ja: Was fänden Sie daran besser?</p>	<p>Haltung zu standardisierten Fragebögen als Grundlagen für die Diagnostik</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>IV. Akzeptanz und inhaltliche Bewertung/Praktikabilität der einzelnen Aspekte</p> <p>b.) Vernetzung und Koordination über das RKZ</p> <p>Das RKZ dient vor allem zur zentralen Vernetzung und Koordination zwischen Betroffenen und den Angeboten im Suchthilfenetzwerk.</p> <p>Was halten Sie von dem Ansatz, eine zentrale Stelle für die Koordination und Vernetzung von Angeboten der Suchthilfe einzurichten?</p> <p>---</p> <p>Inwieweit wird das relevante Angebotsspektrum durch ASSIST erfasst?</p> <p>---</p>	<p>Welche Vorteile/Nachteile sehen Sie dabei?</p> <p>---</p> <p>Welche Angebote sollten ggf. zusätzlich in eine Vernetzung einbezogen werden? (Z.B. Selbsthilfe-Angebote, niedergelassene Ärzt:innen, allgemeine Sozialberatung,...)</p> <p>Wie könnte eine solche erweiterte Vernetzung gestaltet werden? Was müsste dafür an ASSIST geändert werden?</p> <p>---</p>	<p>Haltung zu zentraler Vernetzung und Koordination</p> <p>---</p> <p>Umfang der Vernetzung</p> <p>---</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Wie hat die Vermittlung von Klient*innen in Ihre Angebote über das RKZ geklappt?</p> <p>---</p>	<p>Was lief (weniger) gut daran?</p> <p>Welche Änderungswünsche haben Sie?</p> <p>Inwieweit hatten Sie das Gefühl, dass durch die Vernetzung ein Mehraufwand für Sie entstanden ist?</p> <p>---</p>	<p>Praktikabilität Vermittlung der Angebote durch RKZ</p> <p>---</p>
<p>Wie passgenau war nach Ihrem Eindruck die Zuordnung von Klient:innen zu Angeboten?</p> <p>---</p>	<p>Können Sie mir dazu ein Beispiel nennen?</p> <p>Wie sind Sie damit umgegangen?</p> <p>---</p>	<p>Passgenauigkeit der Angebote</p> <p>---</p>
<p>Wie hat die Vereinbarung von Terminen mit Klient:innen über das RKZ geklappt?</p>	<p>Was lief dabei (weniger) gut?</p> <p>Gab es Schwierigkeiten, wenn Sie Termine ändern bzw. absagen mussten? Welche?</p> <p>Wie könnte das in Zukunft besser geregelt werden?</p>	

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>V. Akzeptanz und inhaltliche Bewertung/Praktikabilität der einzelnen Aspekte</p> <p>c.) ONLINE-PLATTFORM</p> <p>Dann möchte ich jetzt gerne mit Ihnen über die Online-Plattform sprechen.</p> <p>Was halten Sie von der Idee, die Behandlungsunterlagen von Klient:innen online einsehen zu können?</p> <p>Mit Behandlungsunterlagen meine ich</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Dokumentation der zentralen Einschätzung der Suchtproblematik und Bedarfe der betreffenden Person durch das RKZ - den Behandlungsplan der Klient:innen mit bereits abgeschlossenen und noch geplanten Beratungen oder Behandlungen - weitere Dokumente der bisherigen Beratungen und Behandlungen, z.B. Arztbriefe oder Anträge an die Rentenkasse (wenn vom Klienten zur Einsicht freigegeben) <p>---</p>	<p>Welche Vorteile/Nachteile sehen Sie dabei?</p> <p>---</p>	<p>Haltung online zugängliche Behandlungsunterlagen</p> <p>---</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Welche Erfahrungen haben Sie selbst beim Einsehen der Behandlungsunterlagen in der Online-Plattform gemacht?</p> <p>---</p>	<p>Haben Sie sich die Behandlungsunterlagen angesehen? Wann? Welche? In welchem Umfang?</p> <p>Was war daran nützlich?</p> <p>Sehen Sie auch Nachteile?</p> <p>Was könnte verbessert werden?</p> <p><u>Falls Behandlungsunterlagen nicht eingesehen wurden:</u> Warum nicht?</p> <p>Unter welchen Umständen würden Sie Behandlungsunterlagen einsehen?</p> <p>---</p>	<p>Praktikabilität Behandlungsunterlagen online</p> <p>---</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Im Online-Portal konnten Sie zudem auch selbst Ihre Beratung bzw. Behandlung dokumentieren durch z.B. Festhalten von Behandlungs-/Beratungsbeginn oder -abschluss und das Hochladen von Abschlussberichten/Arztbriefen.</p> <p>Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?</p> <p>---</p>	<p>Haben Sie den Beratungs-/Behandlungsbeginn oder -abschluss dokumentiert oder Abschlussberichte hochgeladen?</p> <p>Gab es dabei Schwierigkeiten?</p> <p>Welche Änderungsvorschläge haben Sie?</p> <p><u>Falls Möglichkeit nicht genutzt wurde:</u> Warum nicht?</p> <p>Unter welchen Umständen würden Sie die Möglichkeit ... nutzen?</p> <p>---</p>	<p>---</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Im Anschluss an die Dokumentation des Behandlungsabschlusses hatten Sie die Möglichkeit Feedback zum Prozess zu geben.</p> <p>Welche Erfahrungen haben Sie mit dieser Funktion gemacht?</p> <p>---</p>	<p>Haben Sie die Möglichkeit genutzt, Feedback zu geben?</p> <p>Gab es dabei Schwierigkeiten?</p> <p>Welche Änderungsvorschläge haben Sie?</p> <p><u>Falls Möglichkeit nicht genutzt wurde:</u> Warum nicht?</p> <p>Unter welchen Umständen würden Sie die Möglichkeit ... nutzen?</p> <p>---</p>	<p>---</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Es gab die Möglichkeit Anpassungsvorschläge für die Behandlungspläne der Ihnen zugewiesenen Klient:innen zu machen.</p> <p>Welche Erfahrungen haben Sie mit dieser Funktion gemacht?</p>	<p>Haben Sie die Möglichkeit genutzt, Feedback zu geben?</p> <p>Gab es dabei Schwierigkeiten?</p> <p>Welche Änderungsvorschläge haben Sie?</p> <p><u>Falls Möglichkeit nicht genutzt wurde:</u> Warum nicht?</p> <p>Unter welchen Umständen würden Sie die Möglichkeit ... nutzen?</p>	

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>VI. Zufriedenheit mit ASSIST und zukünftige Nutzung</p> <p>Wie sinnvoll haben Sie ASSIST als Behandelnde und Beratende erlebt?</p> <p>---</p> <p>Welche Bestandteile von ASSIST würden Sie gerne auch in Zukunft nutzen?</p> <p>----</p> <p>Zusätzlich zu den Punkten, die bisher genannt wurden: Was müsste an ASSIST angepasst werden, dass Sie ASSIST auch in Zukunft vollumfänglich nutzen würden?</p>	<p>Welche Vorteile/Nachteile haben sich für Sie durch ASSIST ergeben?</p> <p>Hatten Sie im Vorfeld Bedenken zu ASSIST? Wenn ja, haben sich diese bewahrheitet? (z.B. bzgl. Doppelstrukturen)</p> <p>---</p> <p>Bestandteile sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zentrale Diagnostik und Erstgespräch im RKZ - Koordination und Vernetzung durch das RKZ - Online-Plattform <p>---</p> <p>Welche Punkte müssten geändert werden?</p> <p>Welche Aspekte sollten abgeschafft werden?</p>	<p>Zufriedenheit mit ASSIST</p> <p>---</p> <p>Zukünftige Nutzung</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Behandelnde/Beratende (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>VII. Zufriedenheit mit ASSIST für Klient:innen</p> <p>Wie sinnvoll haben Sie ASSIST für Ihre Klient:innen erlebt?</p> <p>Wem würden Sie ASSIST empfehlen? (schwere Krise/leichte Symptome/Fragen zum Konsum; Junge/Alte)</p>	<p>Welche Vorteile/Nachteile haben sich für Ihre Klient:innen durch ASSIST ergeben?</p>	
<p>VIII. Abschluss</p> <p>Ich habe heute bereits viel von Ihnen erfahren dürfen. Ich möchte Ihnen jetzt die Möglichkeit geben, Dinge anzusprechen, die aus Ihrer Sicht wichtig sind und die bislang noch nicht angesprochen worden sind.</p> <p><i>[Raum für Rückmeldungen]</i></p> <p>Zum Abschluss möchte ich mich sehr für Ihre Offenheit hier in der Gruppe bedanken. Ich durfte viele spannende und wichtige Dinge von Ihnen erfahren.</p> <p>Dann werde ich die Aufnahme jetzt beenden. <i>[Aufnahme beenden]</i></p>		<p>Ausgelassene Themen aus Sicht der Teilnehmenden</p> <p>Bedanken</p> <p>Beenden der Aufnahme</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Stakeholder (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>I. Einstieg</p> <p>Vorstellung Moderatorin und Co-Moderatorin</p> <p>Einleitung: Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, heute mit uns zu sprechen. Thema der Fokusgruppe wird das ASSIST-Angebot sein, das Sie durch Ihre Arbeit im Klinikum und mit Ihren Klient:innen vermutlich schon kennengelernt haben.</p> <p>Zur Einführung ein paar Worte zu ASSIST vorab: ASSIST ist ein Modellprojekt der Stuttgarter Suchthilfe. Der vollständige Titel des Projektes lautet: „Sektorenunabhängige Behandlungscoordination mittels Online-Assessment bei substanzbezogenen Störungen“. Wesentliche Bestandteile sind ein Online-Portal inkl. Online-Assessment und das Regionale Kompetenzzentrum. Im Online-Portal füllen die Klient:innen zunächst einen umfangreichen standardisierten Fragebogen aus (Online-Assessment). Die Ergebnisse werden persönlich im Regionalen Kompetenzzentrum (RKZ) besprochen und durch weitere Fragen ergänzt. Auf dieser Basis erfolgt die Auswahl passender Beratungs-/Behandlungsleistungen aus dem</p>		<p>Wiederholung: Das ASSIST-Angebot</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Stakeholder (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Gesamtangebot, das die Träger:innen der Suchthilfe ins Portal eingestellt haben.</p> <p>Wir möchten heute gerne mit Ihnen über ASSIST sprechen. Und wir möchten von Ihnen Anregungen dazu erhalten, wie in Zukunft Unterstützungsangebote für Menschen mit Suchterkrankungen gestaltet werden sollten.</p> <p>Wichtig ist: Es geht uns um Ihre persönliche Sichtweise. Es gibt also kein Richtig oder Falsch, keine besseren oder schlechteren Antworten. Meine Kollegin und ich sind unabhängige Wissenschaftlerinnen der Universität Ulm und somit neutral.</p> <p>Für die wissenschaftliche Auswertung ist es notwendig, dass wir das Gespräch auf Tonband aufzeichnen. Die Aufzeichnung wird später verschriftlich. Dabei gelten strenge Regeln des Datenschutzes: Die Aufnahmen werden strikt vertraulich behandelt. Bei der Verschriftlichung werden alle persönlichen Daten gestrichen, Namen werden durch Zahlencodes ersetzt. Auch diese pseudonymisierten Transkripte verbleiben ausschließlich bei der Universität Ulm und werden dort ausgewertet. Nur zusammengefasste Ergebnisse und exemplarische anonymisierte Zitate werden später veröffentlicht. Auch Ihre</p>		<p>Ziel der Fokusgruppe</p> <p>Deutlich machen: Wir sind neutral</p> <p>Aufnahme</p> <p>Datenschutz</p> <p>Verschwiegenheit</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Stakeholder (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Kolleg:innen im Klinikum Stuttgart erhalten keinen Zugriff auf die Originalaufnahmen. Ihre Anonymität bleibt somit gewahrt.</p> <p>Ich möchte auch Sie bitten, dass in dieser Runde Gesagtes im Raum bleibt und nicht nach außen getragen wird.</p> <p>Dann starte ich jetzt die Aufnahme. <i>[Aufnahme starten]</i></p> <p>Dann starten wir doch mit einer ganz kurzen Vorstellungsrunde. Stellen Sie sich bitte kurz mit Ihrem Namen vor und sagen kurz etwas zu Ihrem beruflichen Hintergrund.</p>		Vorstellungsrunde
<p>II. Persönlicher Bezug zu ASSIST</p> <p>Zu Beginn möchte ich gerne von Ihnen erfahren: Welche Berührungspunkte hatten Sie in Ihrer Arbeit mit dem ASSIST-Angebot?</p>	<p>Nutzen Ihre Klient:innen ASSIST?</p> <p>Haben Sie von Kolleg:innen von ASSIST gehört?</p>	Bezug zu ASSIST

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Stakeholder (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>III. Akzeptanz und inhaltliche Bewertung/Praktikabilität der einzelnen Aspekte</p> <p>a.) Zentrale Diagnostik und Erstgespräch im RKZ</p> <p>Ich möchte nun gerne die einzelnen Bestandteile des ASSIST-Angebots mit Ihnen durchgehen.</p> <p>Zu Beginn des ASSIST-Angebots findet eine zentrale Einschätzung der Suchtproblematik und der Bedarfe der betreffenden Person statt. Dazu füllen Klient:innen einen Online-Fragebogen aus, der durch das RKZ ausgewertet wird. Die Beratenden/Behandelnden können online direkt auf die Ergebnisse zugreifen.</p> <p>Was halten Sie von der Idee, die Bedarfserhebung zentral durchzuführen und die Ergebnisse allen Beratenden/Behandelnden unter Beachtung des Datenschutzes zur Verfügung zu stellen?</p> <p>---</p>	<p>Welche Vorteile/Nachteile sehen Sie dabei?</p> <p>Welche Schwierigkeiten sehen Sie hier?</p> <p>Welche Änderungsvorschläge haben Sie?</p> <p>---</p>	<p>Haltung zu zentraler Diagnostik und Erstgespräch</p> <p>---</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Stakeholder (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>Was halten Sie grundsätzlich von dem Ansatz, einen standardisierten Fragebogen (mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten) als Grundlage für die Einschätzung der Suchtproblematik zu nutzen?</p> <p>---</p>	<p>Wie sinnvoll und hilfreich finden Sie solche Fragebögen?</p> <p>Können Sie sich andere/bessere Möglichkeiten vorstellen, einen Überblick über die Person und ihre Suchtprobleme zu erhalten?</p> <p>Was fänden Sie daran besser?</p> <p>---</p>	<p>Haltung zu standardisierten Fragebögen als Grundlagen für Behandlung</p> <p>---</p>
<p>Was halten Sie davon, dass die Ergebnisse des Fragebogens bei einem persönlichen Termin im RKZ besprochen werden und durch weitere Aspekte ergänzt werden?</p>	<p>Wie sinnvoll finden Sie persönliche Gespräche mit Klient:innen?</p> <p>Wie würden Sie ein reines Online-Angebot (ohne persönliche Kommunikation) einschätzen?</p>	

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Stakeholder (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>IV. Akzeptanz und inhaltliche Bewertung/Praktikabilität der einzelnen Aspekte</p> <p>b.) Vernetzung und Koordination über das RKZ</p> <p>Das RKZ dient vor allem zur zentralen Vernetzung und Koordination zwischen Betroffenen und den Angeboten im Suchhilfenetzwerk, d.h. das RKZ hat eine Übersicht der Behandlungs- und Beratungsangebote der kooperierenden Einrichtungen, sucht die passenden Angebote für Betroffene aus und bucht dann direkt die Termine dort.</p> <p>Was halten Sie von dem Ansatz, eine zentrale Stelle für die Koordination und Vernetzung von Angeboten der Suchthilfe einzurichten?</p> <p>---</p>	<p>Welche Vorteile/Nachteile sehen Sie dabei?</p> <p>Welche Schwierigkeiten sehen Sie hier?</p> <p>Welche Änderungsvorschläge haben Sie?</p> <p>---</p>	<p>Haltung zu zentraler Vernetzung und Koordination</p> <p>---</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Stakeholder (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
Inwieweit wird das relevante Angebotsspektrum durch ASSIST erfasst?	<p>Welche Angebote sollten ggf. zusätzlich in eine Vernetzung einbezogen werden? (Z.B. Selbsthilfe-Angebote, niedergelassene Ärzt:innen, allgemeine Sozialberatung, Angebote der Wohnungslosenhilfe ...)</p> <p>Wie könnte eine solche erweiterte Vernetzung gestaltet werden? Was müsste dafür an ASSIST geändert werden?</p>	Umfang der Vernetzung

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Stakeholder (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>V. Akzeptanz und inhaltliche Bewertung/Praktikabilität der einzelnen Aspekte</p> <p>c.) ONLINE-PLATTFORM</p> <p>Auf der Online-Plattform von ASSIST können Behandelnde und Beratenden die Behandlungsunterlagen ihrer Klient:innen abrufen sowie die eigene Behandlung bzw. Beratung dokumentieren.</p> <p>Was halten Sie von der Idee, eine solche zentrale Online-Ablage für Behandlungsunterlagen einzurichten?</p> <p>Mit Behandlungsunterlagen meine ich</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Dokumentation der zentralen Einschätzung der Suchtproblematik und Bedarfe der betreffenden Person durch das RKZ (= Ergebnisse des Online-Assessments) - weitere Dokumente der bisherigen Beratungen und Behandlungen, z.B. Arztbriefe oder Anträge an die Rentenkasse - den Behandlungsplan der Klient:innen mit bereits abgeschlossenen und noch geplanten Beratungen oder Behandlungen 	<p>Welche Vorteile/Nachteile sehen Sie dabei?</p> <p>Welche Schwierigkeiten sehen Sie hier?</p> <p>Wie könnte es verbessert werden?</p>	<p>Haltung online zugängliche Behandlungsunterlagen</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Stakeholder (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>VI. Chancen und Grenzen von ASSIST</p> <p>Worin würden Sie sagen liegen die Chancen des ASSIST-Angebots für das Suchthilfesystem Stuttgart?</p> <p>---</p> <p>Wo sehen Sie Grenzen des ASSIST-Angebots?</p>	<p>Welche Vorteile ergeben sich für Betroffene?</p> <p>Welche Vorteile ergeben sich für Behandelnde/Beratende?</p> <p>---</p> <p>Welche Nachteile ergeben Sie für Betroffene?</p> <p>Welche Nachteile ergeben Sie für Behandelnde/Beratende?</p> <p>Welche Änderungsvorschläge haben Sie?</p>	<p>Chancen von ASSIST</p> <p>---</p> <p>Grenzen von ASSIST</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Stakeholder (FINAL)		
Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>VII. Zukünftige Versorgungsangebote</p> <p>Wenn Sie an zukünftige Versorgungsangebote für Menschen mit Suchterkrankungen denken ...</p> <p>Welche Aspekte von ASSIST sollten dabei berücksichtigt werden?</p> <p>---</p> <p>Welche zusätzlichen Aspekte wären wichtig, die bisher nicht in ASSIST enthalten sind?</p> <p>---</p> <p>Unabhängig von ASSIST: Worin sehen Sie die zentralen Herausforderungen für die künftige Ausgestaltung der Suchthilfe?</p>	<p>Welche Aspekt von ASSIST finden Sie hilfreich (für Betroffene bzw. Beratenden/Behandelnde)?</p> <p>---</p> <p>Was hat Ihnen bei ASSIST gefehlt?</p> <p>---</p>	<p>Zukünftige Versorgungsangebote</p> <p>---</p> <p>Herausforderungen zukünftige Suchthilfe</p>

ASSIST – Teilstudie 4: Leitfaden Fokusgruppe Stakeholder (FINAL)

Themenblock (I.-VIII.) und ERZÄHLSTIMULI	NACHFRAGEN - Beispiele	INHALTLICHER FOKUS
<p>VIII. Abschluss</p> <p>Ich habe heute bereits viel von Ihnen erfahren dürfen. Ich möchte Ihnen jetzt die Möglichkeit geben, Dinge anzusprechen, die aus Ihrer Sicht wichtig sind und die bislang noch nicht angesprochen worden sind.</p> <p><i>[Raum für Rückmeldungen]</i></p> <p>Zum Abschluss möchte ich mich sehr für Ihre Offenheit hier in der Gruppe bedanken. Ich durfte viele spannende und wichtige Dinge von Ihnen erfahren.</p> <p>Dann werde ich jetzt die Aufnahme jetzt beenden. <i>(Aufnahme beenden)</i></p>		<p>Ausgelassene Themen aus Sicht der Teilnehmenden</p> <p>Bedanken</p> <p>Beenden der Aufnahme</p>

Kategoriensystem als Ergebnis der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Teilstudie 2)

Hauptkategorien	Subkategorien
Eigene Erfahrungen/Expertise im (Stuttgarter) Suchthilfesystem	Erfahrungen / Expertise Suchthilfesystem allgemein Erfahrungen / Expertise Stuttgarter Suchthilfesystem Erfahrung mit Weiterleitungen / Kooperationen im (Stuttgarter) Suchthilfesystem
(Aktueller) Hilfebedarf	Eigener Hilfebedarf Allgemeiner Hilfebedarf Betroffene (/ Peers) Veränderung durch Corona
Zugangswege für Betroffene im Stuttgarter Suchthilfesystem	Eigener "Zugang"(-sweg) [via digitaler Medien] Zugangswege für Betroffene allgemein [via digitaler Medien] Zugangsbarrieren für Betroffene [Barrieren Stuttgarter Suchthilfesystem, Barrieren Suchthilfesystem allgemein, keine Barrieren] Vorschläge zur Erleichterung des Zugangs
(Einschätzung zur) Behandlungszufriedenheit	Eigene Zufriedenheit Allgemeine Einschätzung zur Zufriedenheit Erreichen relevanter Betroffener? Funktionierende Weiterleitung von Betroffenen?
Schwächen/Probleme des Stuttgarter Suchthilfesystems	Schwächen aktuelle Einrichtung Allgemeine Probleme / Barrieren (Größte) Herausforderungen für die Zusammenarbeit / Kooperation
Stärken des Stuttgarter Suchthilfesystems	Stärken aktuelle Einrichtung Allgemeine Stärken Stärken Zusammenarbeit / Kooperationen
Digitale Plattformen	Eigene Affinität / Nutzung eHealth Allgemeine Relevanz eHealth im Stuttgarter Suchthilfesystem positive / negative Erfahrungen mit E-Health im Stuttgarter Suchthilfesystem Bedenken E-Health Einsatz Chancen E-Health Einsatz
Anforderungen und Erwartungen an ASSIST	Offene allgemeine Rückmeldung Fragen / Unklarheiten Chancen des Gesamt-Projekts Grenzen / Schwierigkeiten des Gesamtprojekts Spezifische Wünsche / Anregungen zum Projekt
Barrieren/hinderliche Faktoren ASSIST-Nutzung	Mögliche Schwierigkeiten für Beratende/Beratende Mögliche Schwierigkeiten für Betroffene Vorschläge unterstützender Maßnahmen/Risikominimierung
(Mögl.) Nutzen/Positive Faktoren ASSIST-Nutzung	
Zukunftsperspektive des Stuttgarter Suchthilfesystems	
Ausgelassene Themen aus Sicht der Befragten / Feedback	
(Auf-)Forderung an Forschung/Erkenntnislücken	

Kategoriensystem als Ergebnis der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse zur Nutzerperspektive (Teilstudie 4)

Hauptkategorien	Subkategorien
Hinderliche Faktoren bzgl. des Zugangs zum Stuttgarter Suchthilfesystem	
Interventionskomponente 1: Online-Assessment	Vorteile des Online Assessments Herausforderungen des Online Assessments Nutzerfreundlichkeit des Online Assessments Empfehlungen für die weitere Implementierung
Interventionskomponente 2: Versorgungsplanung	Teilnahme am ersten Gespräch am RKZ Bewertung des ersten Gesprächs am RKZ Bewertung der Versorgungsempfehlungen Empfehlungen für die weitere Implementierung
Interventionskomponente 3: Behandlungsassistent	Nutzungsverhalten bzgl. der Online-Plattform Nutzerfreundlichkeit der Online-Plattform (z. B. Empfehlungen für die weitere Implementierung



Dieser Fragebogen dient dazu, einen Überblick über Ihren Konsum von bestimmten Substanzen und Glücksspiel zu erhalten sowie einer Reihe von Themen, die damit zu tun haben.

Mithilfe Ihrer Antworten können wir Ihnen einen für Sie geeigneten Behandlungsweg aufzeigen.

Behandelt werden: der Konsum von bestimmten Substanzen und Glücksspiel; Probleme, die Sie dadurch haben; vorherige Behandlungen, Beschwerden und Probleme in verschiedenen Bereichen und ob Sie eine Behandlung beginnen wollen.

Viele der Fragen sind sehr persönlich. Damit wir Ihnen möglichst gut helfen können ist es wichtig, dass Sie diese Fragen ehrlich beantworten.

Das Ausfüllen dauert ungefähr 20 – 25 Minuten.

Bei den meisten Fragen können Sie die Antwort ankreuzen, die auf Sie zutrifft.

Manchmal können Sie eine Zahl auf eine punktierte Linie eintragen

.....

oder Text auf die Linie schreiben. 

Beantworten Sie am Anfang die folgenden Fragen

1. Mein Alter ist	... Jahre						
2. Ich bin	Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/>						
3. Bearbeitungsdatum	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>t</td> <td>t</td> <td>m</td> <td>m</td> <td>j</td> <td>j</td> </tr> </tbody> </table>	t	t	m	m	j	j
t	t	m	m	j	j		

Modul	Seite
0. MATE-S: Problemsubstanz oder Glücksspiel	2
1a. Substanzkonsum und Glücksspiel über die Lebensspanne	3
1b. Substanzkonsum und Glücksspiel letzte 30 Tage	4
2. Verlangen nach Substanzen oder Glücksspiel	5
3. Körperliche und psychische Beschwerden	6
4. Depression, Angst und Stress	7
5. Vorherige Behandlung und verschriebene Medikamente	8
6. Behandlungsmotivation	9
7. Schwierigkeiten und Probleme	10
8. Umstände	11
9. Abschlussfragen	11

oa Kreuzen Sie an, womit Sie die meisten Probleme haben. Wenn mehrere Angaben auf Sie zutreffen, wählen Sie *nur*, womit Sie momentan am meisten Probleme haben.

Aktuell

1	Alkohol	<input type="checkbox"/>	6	Ecstasy/XTC (MDMA oder andere sowie MDEA, MDA oder 2CB)	<input type="checkbox"/>
2	Tabak (Zigaretten, Shag, Zigarren, Pfeife, Schnupftabak)	<input type="checkbox"/>	7	Halluzinogene (PCB, Ketamine, Mescaline, Psilocybin, DMT, LSD)	<input type="checkbox"/>
3	Cannabis (Haschisch, Marihuana, Gras)	<input type="checkbox"/>	8	Andere Drogen (GHB, Inhalantien, Lachgas, Poppers) Notieren Sie die Substanz(en):	<input type="checkbox"/>
4	Opiate (Heroin, Methadon, Buprenorphin, Morphin, Codein, Oxycodon, Fentanyl)	<input type="checkbox"/>	9	Sedativa (Beruhigungs- und Schlafmittel, Benzodiazepine)	<input type="checkbox"/>
5	Stimulanzien (Kokain, Amphetamine, sonstige z.B. Methylphenidat, Khat)	<input type="checkbox"/>	10	Glücksspiel Notieren Sie, was Sie spielen:	<input type="checkbox"/>

4a Denken Sie bei den folgenden Fragen an die Substanz, mit der Sie die meisten Probleme haben.

12 Monate

«Haben Sie in den letzten 12 Monaten . . .		Markieren Sie Ja oder Nein.	
1	. . .regelmäßig ein starkes Verlangen gehabt, die Substanz zu konsumieren?	Ja	Nein
2	. . .regelmäßig den Wunsch gehabt, den Substanzkonsum aufzugeben?	Ja	Nein
3	. . .viel Zeit damit verbracht, die Substanz zu besorgen, einzunehmen oder sich von den Wirkungen zu erholen?	Ja	Nein
4	. . .festgestellt, dass Sie viel mehr von der Substanz benötigten, um den gleichen Effekt zu erzielen?	Ja	Nein
5	. . .sich krank oder unwohl gefühlt, wenn Sie probiert haben, weniger zu konsumieren oder ganz aufzuhören?	Ja	Nein
6	. . .häufig mehr oder länger konsumiert, als Sie eigentlich vorhatten?	Ja	Nein
7	. . .den Konsum fortgesetzt, obwohl Sie wussten, dass der Konsum gesundheitliche, emotionale oder psychische Probleme verursachte?	Ja	Nein
8	. . .den Konsum fortgesetzt, obwohl Sie wussten, dass der Konsum Probleme mit der Familie, Freunden, bei der Arbeit oder in der Schule verursachte?	Ja	Nein
9	. . .wegen Ihres Konsums wichtige Aktivitäten wie Sport, Arbeit oder Zusammensein mit Freunden oder Verwandten eingeschränkt oder gänzlich aufgegeben?	Ja	Nein
10	. . .wegen Ihres Konsums regelmäßig Ihren Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit, oder zu Hause nicht gut nachkommen können?	Ja	Nein
11	. . .mehr als einmal in Situationen mit erhöhtem Verletzungsrisiko konsumiert (z. B. high sein, während Sie einen Roller oder ein Auto lenken, ein Messer benutzen, eine Maschine bedienen mussten)?	Ja	Nein

4b Wenn Sie mit Glücksspiel Probleme haben, beantworten Sie die folgenden Fragen. Falls nicht, gehen Sie weiter zu Frage 1a.

12 Monate

«In den letzten 12 Monaten . . .		Markieren Sie Ja oder Nein.	
1	. . .waren Sie öfter stark eingenommen durch Gedanken an Glücksspiel?	Ja	Nein
2	. . .mussten Sie immer mehr Geld setzen, um die gewünschte Erregung zu erreichen?	Ja	Nein
3	. . .haben Sie wiederholt erfolglos versucht, das Glücksspielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben?	Ja	Nein
4	. . .wurden Sie unruhig oder reizbar bei Versuchen, das Glücksspiel einzuschränken oder aufzugeben?	Ja	Nein
5	. . .haben Sie häufig gespielt, wenn Sie sich gestresst gefühlt haben (z. B. bei Hilflosigkeit, Schuldgefühlen, Angst, depressiver Stimmung)?	Ja	Nein
6	. . .haben Sie oft nach Verlusten erneut gespielt, um den Verlust auszugleichen?	Ja	Nein
7	. . .haben Sie gelogen um zu vertuschen wie viel Sie gespielt haben?	Ja	Nein
8	. . .haben Sie aufgrund des Glücksspiels eine wichtige Beziehung, Ihren Arbeitsplatz oder Ihre Ausbildungs- oder Aufstiegschancen riskiert oder verloren?	Ja	Nein
9	. . .haben Sie sich auf die finanzielle Unterstützung anderer verlassen, um eine durch das Glücksspiel verursachte finanzielle Notlage zu überwinden?	Ja	Nein

Ganzes Leben

Die folgenden Fragen gehen über den Konsum von Alkohol, Tabak, Drogen und über Glücksspiel										
Gab es in Ihrem <i>Leben</i> Zeiträume mit Konsum von von:										
1	Alkohol	† In den folgenden Fragen sind Gläser gemeint, aus denen ein Getränk üblicherweise getrunken wird. Sie werden auch Standardgläser genannt. † Ein Glas Bier ist etwas mehr als ein Standardglas, nämlich 1,2 Standardgläser. Ein halber Liter Bier sind 2 Standardgläser. Eine Flasche Wein sind 8 Standardgläser.					Falls es Zeiträume mit regelmäßigem Konsum gegeben hat, <i>wie lange hat der regelmäßige Konsum</i> in Ihrem gesamten Leben gedauert?			
		Niemals konsumiert	Ja, aber keinen Zeitraum mehr als 28 (für Männer) oder 21 (für Frauen) Gläser pro Woche.	Ja, mit Zeiträumen in denen mehr als 28 (für Männer) oder 21 (für Frauen) Gläser pro Woche konsumiert wurden	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
2	Tabak (Zigaretten, Shag, Zigarren, Pfeife, Schnupftabak)	Niemals konsumiert	Ja, aber keinen Zeitraum mit täglichem Konsum.	Ja, mit Zeiträumen, in denen täglich konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
3	Cannabis (Haschisch, Marihuana, Gras)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
4	Opiate (Heroin, Methadon, Buprenorphin, Morphin, Codein, Oxycodon, Fentanyl)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
5	Stimulanzien (Kokain, Amphetamine, sonstige z.B. Methylphenidat, Khat)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
6	Ecstasy/XTC (MDMA oder andere sowie MDEA, MDA oder 2CB)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
7	Halluzinogene (PCB, Ketamine, Mescaline, Psilocybin, DMT, LSD)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
8	Andere Drogen (GHB, Inhalantien, Lachgas, Poppers)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
	Notieren Sie die Substanz(en):									
.....										
9	Sedativa (Beruhigungs- und Schlafmittel, Benzodiazepine)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
10	Glücksspiel	Kein Glücksspiel	Ja, aber keine Zeiträume mit wöchentlichen Spielen	Ja, mit Zeiträumen wöchentlichen Spielens	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
	Notieren Sie, was Sie spielen:									
.....										

30 Tage

Wie oft haben Sie in den *letzten 30 Tagen* konsumiert:

1a	Alkohol	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
1b	† In den folgenden Fragen sind Gläser gemeint, aus denen ein Getränk üblicherweise getrunken wird. Sie werden auch Standardgläser genannt.				† Ein Glas Bier ist etwas mehr als ein Standardglas, nämlich 1,2 Standardgläser. Ein halber Liter Bier sind 2 Standardgläser. Eine Flasche Wein sind 8 Standardgläser.			
	Schreiben Sie zu jedem Tag die <i>Anzahl an Gläsern</i> auf, die Sie in den letzten 30 Tagen in einer <i>normalen</i> Woche getrunken haben. Schreiben Sie 'o', wenn Sie an einem Tag nicht getrunken haben.	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
	
		Gläser	Gläser	Gläser	Gläser	Gläser	Gläser	
2a	Tabak (<i>Zigaretten, Shag, Zigarren, Pfeife, Schnupftabak</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
2b	Notieren Sie, wie viel Sie üblicherweise an einem Tag geraucht haben.	..... Zigaretten / selbst gedrehte / Zigarren etc. pro Tag						
3	Cannabis (<i>Haschisch, Marihuana, Gras</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
4	Opiate (<i>Heroin, Methadon, Buprenorphin, Morphin, Codein, Oxycodon, Fentanyl</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
5	Stimulanzien (<i>Kokain, Amphetamine, sonstige z.B. Methylphenidat, Khat</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
6	Ecstasy/XTC (<i>MDMA oder andere sowie MDEA, MDA oder 2CB</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
7	Halluzinogene (<i>PCB, Ketamine, Mescaline, Psilocybin, DMT, LSD</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
8	Andere Drogen (<i>GHB, Inhalantien, Lachgas, Poppers</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
9	Sedativa (<i>Beruhigungs- und Schlafmittel, Benzodiazepine</i>)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
10	Glücksspiel	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gedanken über den Konsum von Alkohol, Drogen oder Glücksspiel.“
Denken Sie dabei an die Substanz, durch die Sie am meisten Probleme haben.

Wenn Sie durch Glücksspiel die meisten Probleme haben, lesen Sie “spielen” anstelle von “konsumieren”.

Bitte kreuzen Sie jeweils die Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft. Falls nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf den Zeitraum der *letzten sieben Tage*.

7 Tage

1 Wenn Sie *nicht konsumieren*, wie viel Ihrer Zeit wird dann von Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern beansprucht, die etwas mit dem Konsumieren zu tun haben?

- 0 Keine.
- 1 Weniger als eine Stunde am Tag.
- 2 1-3 Stunden am Tag.
- 3 4-8 Stunden am Tag.
- 4 Mehr als 8 Stunden am Tag.

2 Wie häufig treten diese Gedanken und Vorstellungen auf?

- 0 Niemals.
- 1 Nicht häufiger als 8 Mal am Tag.
- 2 Häufiger als 8 Mal am Tag, aber die meisten Stunden des Tages sind frei davon.
- 3 Mehr als 8 Mal am Tag und während der meisten Stunden des Tages.
- 4 Die Gedanken treten so häufig auf, dass man sie nicht mehr zählen kann, und es vergeht kaum eine Stunde, in der sie nicht auftreten.

3 Wenn Sie *nicht konsumieren*, wie sehr leiden Sie dann unter den Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern, die mit dem Konsum zu tun haben bzw. wie sehr werden Sie dadurch gestört?

- 0 Keine Belastung oder Störung.
- 1 Geringfügig, selten und nicht besonders störend.
- 2 Mäßig häufig und störend; ich kann aber noch damit zurecht kommen.
- 3 Stark, sehr häufig und sehr störend.
- 4 Extrem stark, fast durchgängig, alles andere wird beeinträchtigt.

4 Wenn Sie *nicht konsumieren*, wie sehr bemühen Sie sich dann, diesen Gedanken zu widerstehen, sie nicht zu beachten oder Ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu lenken? (Geben Sie das Ausmaß Ihrer Bemühungen um Widerstand gegen diese Gedanken an, nicht den Erfolg oder Misserfolg, den Sie dabei haben.)

- 0 Ich habe so selten derartige Gedanken, dass es nicht notwendig ist, dagegen anzugehen. Wenn sie aber auftauchen, bemühe ich mich immer, diesen Gedanken zu widerstehen.
- 1 Ich versuche meistens, diesen Gedanken zu widerstehen.
- 2 Ich unternehme einige Anstrengungen, um diesen Gedanken zu widerstehen.
- 3 Ich lasse diesen Gedanken freien Lauf, ohne zu versuchen sie zu kontrollieren. Dabei habe ich allerdings ein ungutes Gefühl.
- 4 Ich lasse diesen Gedanken völlig freien Lauf.

5 Wie stark ist Ihr Drang, die Substanz zu konsumieren?

- 0 Ich verspüre keinen Drang, die Substanz zu konsumieren.
- 1 Ich verspüre etwas Drang, die Substanz zu konsumieren.
- 2 Ich verspüre starken Drang, die Substanz zu konsumieren.
- 3 Ich verspüre sehr starken Drang, die Substanz zu konsumieren.
- 4 Der Drang zu konsumieren ist völlig überwältigend und nicht zu beeinflussen.

3a

Die folgenden Fragen beziehen sich auf körperliche Beschwerden.

Wie häufig litten Sie innerhalb der *letzten 30 Tage* unter:

Gar nicht Selten Manchmal Häufig Immer

30 Tage

1	Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4
2	Müdigkeit/Erschöpfung	0	1	2	3	4
3	Übelkeit	0	1	2	3	4
4	Magenschmerzen	0	1	2	3	4
5	Kurzatmigkeit/Atemnot	0	1	2	3	4
6	Brustschmerzen	0	1	2	3	4
7	Gelenkschmerzen/Steifheit	0	1	2	3	4
8	Muskelschmerzen	0	1	2	3	4
9	Taubheit/Kribbeln (in Armen und Beinen)	0	1	2	3	4
10	Zittern/Beben	0	1	2	3	4

3b

Geben Sie an, ob Folgendes auf Sie zutrifft.

Markieren Sie Ja oder Nein.

Aktuell

1	Sind Sie schwanger?	Ja	Nein
2	Leiden Sie unter einer ernsthaften oder ansteckenden Krankheit, z. B. Herzbeschwerden, Diabetes, Hepatitis, HIV? Notieren Sie die Krankheit(en) 	Ja	Nein
3	Gibt es bei Ihnen Anzeichen von Krankheit, z.B.: starke Blässe, ein aufgedunsenes Gesicht, Blutergüsse, Schwierigkeiten beim Laufen, Ödeme in den Beinen, Starke Abmagerung oder aufgequollener Bauch, Abszesse oder starker Juckreiz?	Ja	Nein
4	Haben Sie Schwierigkeiten mit Intoxikations- oder Entzugserscheinungen sowie: Zittern, Koordinationsstörungen, verwaschene Sprache, unsicherer Gang, Krampfanfälle, Schweißausbrüche, Pupillenanomalien?	Ja	Nein
5	Sind Sie ab und zu verwirrt oder vergesslich?	Ja	Nein
6	Haben Sie sich in den letzten 30 Tagen gewünscht, tot zu sein oder gedacht, dass es besser wäre, wenn Sie tot wären?	Ja	Nein
7	Haben Sie in den letzten 30 Tagen konkret geplant, sich umzubringen oder einen Selbstmordversuch unternommen?	Ja	Nein
8	Haben Sie in den letzten 30 Tagen Dinge gesehen oder gehört, die andere Menschen nicht sehen oder hören können?	Ja	Nein
9	Haben Sie in den letzten 30 Tagen gedacht, dass andere Menschen sich gegen Sie verschworen haben?	Ja	Nein

30 Tage

In den folgenden Aussagen geht es um Depressivität, Angst und Stress.

Bitte geben Sie für jede Aussage an, wie sehr die Aussage in der *letzten* Woche auf Sie zutraf, indem Sie eine der Zahlen 0, 1, 2 oder 3 ankreuzen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

Die Rating-Skala ist wie folgt:

0 = Traf gar nicht auf mich zu

1 = Traf manchmal auf mich zu, oder zu einem gewissen Grad

2 = Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu, oder ziemlich oft

3 = Traf sehr stark auf mich zu, oder die meiste Zeit

Traf gar nicht auf mich zu	Traf manchmal auf mich zu, oder zu einem gewissen Grad	Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu, oder ziemlich oft	Traf sehr stark auf mich zu, oder die meiste Zeit
----------------------------	--	--	---

1	Ich fand es schwer, mich zu beruhigen	0	1	2	3
2	Ich spürte, dass mein Mund trocken war	0	1	2	3
3	Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle erleben	0	1	2	3
4	Ich hatte Atemprobleme (z. B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung)	0	1	2	3
5	Es fiel mir schwer, Dinge in Angriff zu nehmen	0	1	2	3
6	Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren	0	1	2	3
7	Ich zitterte (z. B. an den Händen)	0	1	2	3
8	Ich fühlte mich überreizt	0	1	2	3
9	Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich zum Trotteln machen könnte	0	1	2	3
10	Ich hatte das Gefühl, nichts zu haben, auf das ich mich freuen konnte	0	1	2	3
11	Ich bemerkte, dass ich unruhig wurde	0	1	2	3
12	Ich fand es schwierig, mich zu entspannen	0	1	2	3
13	Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig	0	1	2	3
14	Ich konnte nichts ertragen, was mich von meinen Tätigkeiten abhielt	0	1	2	3
15	Ich fühlte mich einer Panik nahe	0	1	2	3
16	Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern	0	1	2	3
17	Ich fühlte mich als Person nicht viel wert	0	1	2	3
18	Ich fand mich ziemlich empfindlich	0	1	2	3
19	Ich spürte meinen Herzschlag, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. das Gefühl beschleunigten Herzschlags, das Gefühl, dass der Herzschlag aussetzt)	0	1	2	3
20	Ich fühlte mich grundlos ängstlich	0	1	2	3
21	Ich empfand das Leben als sinnlos	0	1	2	3

7 Tage

5a

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Behandlungen.

5 Jahre

1 Waren Sie jemals wegen substanzbezogener Störungen in Behandlung?

Ja
Nein

→
War das in den letzten 5 Jahren?

Ja
Nein

→
Wie viele?

Wie viele ambulante oder tagesklinische Behandlungen haben Sie in den letzten 5 Jahren gemacht?
† Achtung: Eine Behandlung besteht aus mehreren Terminen oder Sitzungen. Schreiben Sie nicht die Anzahl an Sitzungen auf, sondern die Anzahl der vollständig abgeschlossenen Behandlungen.

Wie viele stationäre Behandlungen haben Sie in den letzten 5 Jahren gemacht?

12 Monate

2 Sind Sie aktuell (oder innerhalb der letzten 12 Monate) in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung gewesen?

Ja
Nein

5b

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Medikamente, die Sie von einem Arzt / einer Ärztin verschrieben bekommen haben.

Aktuell

1 Bekommen Sie wegen der Abhängigkeit Medikamente verschrieben?

Ja
Nein

→
Welche?



2 Bekommen Sie wegen psychiatrischer / psychischer Probleme Medikamente verschrieben?

Ja
Nein

→
Welche?



3 Bekommen Sie wegen anderer Krankheiten Medikamente verschrieben?

Ja
Nein

→
Welche?



Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie selber über Ihren Konsum oder Glücksspiel denken.
Bitte beurteilen Sie für jede der folgenden Aussagen, wie sehr sie auf Sie zutrifft.

T
Aktuell

Mein Substanzkonsum		trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft sehr zu
1	. . . . ist ein Problem für mich.	<input type="checkbox"/>				
2	. . . . schadet mir mehr als er nützt.	<input type="checkbox"/>				
3	. . . . verursacht Konflikte mit dem Gesetz.	<input type="checkbox"/>				
4	. . . . verursacht Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder meiner Arbeit nachzugehen.	<input type="checkbox"/>				
5	. . . . verursacht Ärger mit Familie oder Freunden.	<input type="checkbox"/>				
6	. . . . verursacht Schwierigkeiten, einen Job zu finden oder zu behalten.	<input type="checkbox"/>				
7	. . . . verursacht gesundheitliche Probleme.	<input type="checkbox"/>				
8	. . . . macht meine Lebenssituation schlechter und schlechter.	<input type="checkbox"/>				
9	. . . . wird mich umbringen, wenn ich nicht bald aufhöre.	<input type="checkbox"/>				
Die folgenden Fragen gehen darüber, was Sie über Hilfe und Behandlung bzgl. Ihres Substanzkonsums oder Glücksspiel denken. Wenn Sie sich bereits in Behandlung befinden, beziehen sich die folgenden Fragen auf diese aktuelle Behandlung.		trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft sehr zu
10	Ich brauche Hilfe, um meinen Substanzkonsum in den Griff zu bekommen.	<input type="checkbox"/>				
11	Ich habe im Moment zu viele andere Verpflichtungen, um in Behandlung zu gehen.	<input type="checkbox"/>				
12	Eine Behandlung wäre zu anstrengend für mich.	<input type="checkbox"/>				
13	Ich brauche unbedingt sofort Hilfe, um mit meinem Substanzkonsum fertig zu werden.	<input type="checkbox"/>				
14	Eine Behandlung könnte die letzte Chance für mich sein, meine Probleme in den Griff zu bekommen.	<input type="checkbox"/>				
15	Ich habe genug von den Problemen, die durch meinen Substanzkonsum verursacht werden.	<input type="checkbox"/>				
16	Um die Probleme mit meinem Substanzkonsum zu lösen, gebe ich meinen Freundes- und Bekanntenkreis auf.	<input type="checkbox"/>				
17	In Behandlung zu gehen wird mir nicht viel helfen.	<input type="checkbox"/>				
18	Ich habe vor, längere Zeit in Behandlung zu bleiben.	<input type="checkbox"/>				
19	Ich kann ohne Hilfe mit dem Substanzkonsum aufhören.	<input type="checkbox"/>				
20	Ich gehe nur in Behandlung, weil mich jemand anders dazu drängt.	<input type="checkbox"/>				
21	Mein Leben ist außer Kontrolle geraten.	<input type="checkbox"/>				
22	Eine Behandlung kann mir wirklich helfen.	<input type="checkbox"/>				
23	Ich will mein Leben wieder in den Griff bekommen.	<input type="checkbox"/>				
24	Ich will in Behandlung sein.	<input type="checkbox"/>				

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Schwierigkeiten, die Sie in verschiedenen Lebensbereichen gehabt haben. Geben Sie an, wie oft Probleme vorkamen oder wie sehr Sie sich in den *letzten 30 Tagen* dadurch eingeschränkt gefühlt haben.

Die Rating-Skala ist wie folgt:

- 0 = Keine Schwierigkeiten oder nicht zutreffend.
- 1 = Selten Schwierigkeiten oder leichte Einschränkung
- 2 = Manchmal Schwierigkeiten oder mäßige Einschränkung
- 3 = Häufig Schwierigkeiten oder erhebliche Einschränkung
- 4 = Immer Schwierigkeiten oder volle Einschränkung

Nicht /
Kein /
Nicht
zutref-
fend Selten /
Leichte Manch-
mal /
Mäßige Häufig /
Erhebli-
che Immer /
Volle

30 Tage

1	Hatten Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin? (Oder war es schwierig, keinen Partner zu haben?)	0	1	2	3	4
2	Gab es Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem(n) Kind(ern)?	0	1	2	3	4
3	Hatten Sie Schwierigkeiten mit Familie oder Freunden?	0	1	2	3	4
4	Hatten Sie Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem Arbeitgeber/Ihrer Arbeitgeberin, Fachkräften, Dienstleistern oder Personal des Gesundheitswesens?	0	1	2	3	4
5	War es schwierig für Sie, mit anderen Menschen Kontakt zu knüpfen oder umzuge- hen?	0	1	2	3	4
6	Hatten Sie Schwierigkeiten bei Ihrer Arbeit oder Ausbildung?	0	1	2	3	4
7	Hatten Sie Schwierigkeiten, mit Ihrem Geld auszukommen?	0	1	2	3	4
8	War es schwierig für Sie, Freizeitaktivitäten zu unternehmen oder sich freie Zeit zu nehmen (z. B. Sport treiben, sich entspannen)?	0	1	2	3	4
9	Hatten Sie Schwierigkeiten, spirituellen oder religiösen Aktivitäten nachzugehen (z.B. religiöse oder spirituelle Gemeinschaften, andere Aktivitäten zur Sinnfindung)	0	1	2	3	4
10	Waren Sie wohnungslos oder gab es andere Schwierigkeiten bzgl. Ihrer Wohnsitua- tion?	0	1	2	3	4
11	War es schwierig für Sie, Haushaltsaufgaben wie Einkaufen, Vorbereiten von Mahl- zeiten oder Hausarbeit zu erledigen?	0	1	2	3	4
12	War es schwierig für Sie, sich selbst zu versorgen, also sich zu waschen, den Körper zu pflegen oder sich zu kleiden?	0	1	2	3	4
13	War es schwierig für Sie, für einen sicheren Schlafplatz oder schützende Kleidung zu sorgen?	0	1	2	3	4
14	War es schwierig für Sie, sich gesund zu ernähren und sich fit zu halten?	0	1	2	3	4
15	War es schwierig für Sie, ärztliche Ratschläge einzuhalten oder bei der Behandlung mitzuarbeiten? Vermieden Sie Arztbesuche, auch wenn sie nötig gewesen wären?	0	1	2	3	4
16	Hatten Sie ungeschützte sexuelle Kontakte mit wechselnden Partnern, beteiligten Sie sich unter Drogen- (oder Alkohol-) Einfluss am Straßenverkehr oder benutzten Sie unsterile Spritzen?	0	1	2	3	4
17	War es schwierig für Sie, die tägliche Routine zu planen, zu handhaben und zu bewältigen?	0	1	2	3	4
18	War es schwierig für Sie, in schwierigen Situationen mit Stress umzugehen oder bei Aufgaben, die besondere Verantwortung erfordern, mit Druck umzugehen?	0	1	2	3	4
19	War es schwierig für Sie etwas Neues zu lernen, oder Probleme zu lösen, oder Ent- scheidungen zu treffen?	0	1	2	3	4

8. Umstände

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Umstände, die einen negativen Einfluss auf die Wiederherstellung Ihrer Gesundheit oder auf die Veränderung Ihres Alkohol- oder Drogenkonsums oder Ihres Glücksspiel haben. Die Fragen beziehen sich auf die *letzten 30 Tage*.

Die Rating-Skala ist wie folgt:

- 0 = Kein negativer Einfluss oder nicht vorhanden
- 1 = Leichter negative Einfluss
- 2 = Mäßiger negative Einfluss
- 3 = Erheblicher negative Einfluss
- 4 = Außerordentlicher negativer Einfluss

Kein/ Nicht vorhan- den	Leicht	Mäßig	Erheblich	Außeror- dentlich
----------------------------------	--------	-------	-----------	----------------------

30 Tage

1	Gibt es in Ihrem Umfeld Menschen, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben?	0	1	2	3	4
2	Haben Sie im letzten Jahr eine zentrale Bezugsperson verloren, z. B. durch Tod oder Scheidung und hat das einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation?	0	1	2	3	4
3	Haben Sie mit allgemeinen gesellschaftlichen Haltungen gegenüber Menschen mit psychischen Problemen zu tun, die einen negativen Einfluss auf ihre Rehabilitation haben?	0	1	2	3	4
4	Haben Sie Kontakte in einem juristischen Kontext oder gibt es rechtliche Maßnahmen, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben?	0	1	2	3	4
5	Gibt es andere Umstände, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben? Wenn das auf Sie zutrifft, schreiben Sie die negativen Umstände auf. Kreuzen Sie an, wie groß der negative Einfluss ist. Wenn es keine sonstigen negativen Faktoren gibt, kreuzen Sie eine "0" an.	0	1	2	3	4
					

9. Abschlussfragen

Die letzten Fragen beziehen sich auf das Ausfüllen des Fragebogens und auf mögliche folgende Schritte.

	trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft sehr zu
1 Ich habe die Fragen gut verstanden.	<input type="checkbox"/>				
2 Das Ausfüllen war einfach für mich.	<input type="checkbox"/>				
3 Ich finde, dass die Fragen wichtig für die Beschreibung meiner Probleme sind.	<input type="checkbox"/>				
4 Ich finde, dass es zu viele Fragen sind.	<input type="checkbox"/>				
5 Wie viele Minuten haben Sie ungefähr für das Ausfüllen gebraucht?	.....	Minuten			
6 Wenn Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen hatten, welche waren das?	.....			
7 Gibt es noch Dinge, die nicht zur Sprache gekommen sind, die aber wichtig wären um Sie zu beraten?	Ja	→	Welche?		
	Nein				
				



handbuch

handbuch zur anwendung und
auswertung des
MATE-Q 2.2

gerard schippers
theo broekman

deutsche bearbeitung:
angela buchholz



handbuch

handbuch zur anwendung und
auswertung des
MATE-Q 2.2

gerard schippers
theo broekman

deutsche bearbeitung:
angela buchholz

MATE: Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation

<http://www.mateinfo.eu>

Literaturverzeichnis

Schippers, G. M. & Broekman, T. G. (2023). MATE-Q 2.2. Handbuch.
Deutsche Bearbeitung: A. Buchholz
Nijmegen: Bêta Boeken.

Affiliationen

Gerard M. Schippers, PhD
Academic Medical Centre, University of Amsterdam, the Netherlands

Theo G. Broekman, MSc
Bureau Bêta, Nijmegen, the Netherlands

Angela Buchholz, PhD
Department of Medical Psychology
University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

Herausgeber

Bureau Bêta, Nijmegen, Die Niederlande
<http://www.beta.nl>

Inhalt

- v Vorwort
- vii Der MATE-Q im Überblick

1 Handbuch

- 3 Einleitung
- 5 Kurze Beschreibung des MATE-Q und des MATE-S
 - 6 MATE-S: Beschreibung
 - 7 MATE-Q: Beschreibung
- 9 Anwendung des MATE-Q und MATE-S
- 13 Auswertungsprotokoll

17 Referenzen

21 Fragebogen

Vorwort

Der MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation) ist eine Zusammenstellung von Messinstrumenten für die Erfassung von Patient*innenmerkmalen im Kontext von substanzgebundenen Störungen und Glücksspiel. Der MATE wurde entwickelt, weil Bedarf für ein Set von Instrumenten speziell für die Anwendung in Europa gesehen wurde, welches up-to-date und sowohl konzeptuell als auch empirisch fundiert ist und in Bezug auf die Terminologie und die erfassten Konstrukte in die bestehende medizinische Versorgung integrierbar ist. Die erste Version des MATE wurde 2007 in den Niederlanden entwickelt und überprüft. Ergebnisse dieser Studie wurden 2010 in der Zeitschrift *Addiction* publiziert (Schippers et al., 2010). In der aktuellen, überarbeiteten Ausgabe (2.2) wurden die Module 1 und 4 auf den Stand des DSM-5 gebracht.

In der Zwischenzeit wurden zum MATE weitere Forschungsarbeiten durchgeführt - unter anderem in Deutschland. Es gibt Edizionen in niederländischer, deutscher, englischer, italienischer, dänischer, französischer und (brasilianisch) portugiesischer Sprache.

Darüber hinaus erweitern die folgenden Instrumente die MATE-Familie: der MATE-Crimi, um den Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Kriminalität zu erfassen, der MATE-Outcomes, um Behandlungsergebnisse zu messen und der MATE-Y und MATE-Y-Outcomes für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen.

Die MATE-Familie ist intellektuelles Eigentum von Gerard M. Schippers und Theo G. Broekman. Sie stellen ihn kostenlos für die nicht-kommerzielle Anwendung zur Verfügung.

In dem vorliegenden Manual wird die Fragebogenversion des MATE 2.2 beschrieben: der MATE-Q 2.2. Die Entwicklung des MATE-Q wurde vor allem durch die zunehmende Bedeutung von Anmeldung und Behandlung über das Internet notwendig. Die Vergleichbarkeit des MATE-Q und des MATE wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts überprüft und publiziert (Oudejans et al. 2020).

Die neuesten Ausgaben und Übersetzungen von MATE Handbücher, Fragebogen und Publikationen finden Sie auf der Website: <http://www.mateinfo.eu>.

Gerard M. Schippers
Theo G. Broekman

Amsterdam/Nijmegen
Januari 2021

Vorwort der deutschen Ausgabe

Im Rahmen des vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Projekts „Sektorenunabhängige Behandlungscoordination mittels Online-Assessment bei substanzbezogenen Störungen (ASSIST)“ wird u.a. der Einsatz des MATE-Q und der Allokationsleitlinie im deutschen Suchthilfesystem überprüft. Für die Studie wurde der MATE-Q sowohl aus dem Niederländischen ins Deutsche hin- und rückübersetzt, als auch in eine Online-Version übertragen.

Der MATE-Q dient innerhalb des Projekts der ersten orientierenden Einschätzung relevanter suchtmedizinischer, psychiatrischer und somatischer Faktoren und als Basis für eine anschließende und darauf abgestimmte Triage im Stuttgarter Suchthilfesystem.

Der MATE-Q ist dabei Teil eines umfangreicheren Online-Assessments, welches den Studienteilnehmenden ermöglicht, selbstbestimmt und unabhängig von Ort und Zeit den eigenen Konsum einzuschätzen, Ressourcen und Hilfebedarfe zu erheben sowie die persönlichen Ziele und Wünsche zu benennen, um eine möglichst passende Zuordnung zu und Vermittlung in Weiterbehandlungs- und Beratungsangebote zu sichern.

Innerhalb von 7 Tagen wird der MATE-Q durch das vollständige MATE-Interview und weitere Diagnostikelemente im persönlichen Gespräch mit Mitarbeitenden des Regionalen Kompetenzzentrums ergänzt. Zusammenfassend soll mittels eines Blended-Care-Ansatzes ein Assessment für Betroffene von Substanzgebrauchsstörungen zur Verfügung gestellt werden, welches sich insbesondere an den Bedarfen und Bedürfnissen der Betroffenen orientiert, einen niedrigschwelligen Zugang zum lokalen Suchthilfesystem gewährleistet und einen effizienten und für alle Beteiligten nachvollziehbaren und transparenten Diagnostik- und Allokationsprozess ermöglicht.

Angela Buchholz, Hamburg
ASSIST-Projekt: Jeanette Röhrig, Lorenz Sutter, Maurice Cabanis, Stuttgart

Januari 2023

Der MATE-Q im Überblick

1. Der MATE-S und der MATE-Q sind mit dem MATE kompatibel.
2. Der MATE-S und der MATE-Q können für Anmeldung und Behandlung über das Internet verwendet werden. Ebenfalls kann er für eine niedrighschwellige Aufnahme in der allgemeinen Gesundheitsversorgung und zur Verkürzung von Aufnahmegesprächen in der Suchthilfe verwendet werden.
3. Der MATE-Q kann als Intake-Fragebogen verwendet werden und ist damit Teil des Behandlungsprozesses.
4. Der MATE-S kann schwellenfrei und anonym ausgefüllt werden und kann als erster Schritt des MATE-Q.
5. Im MATE-Q wird auch die Behandlungsmotivation erfasst.
6. Die Auswertung des MATE-S ergibt einen schon bestehenden MATE-Kennwert und einen neuen MATE-Kennwert, die Auswertung des MATE-Q ergibt 17 MATE 2.1 Kennwerte und einen Validitätsindex. Siehe <https://www.mateinfo.eu/pubs/boi.22101> für eine vollständige Übersicht der MATE-Kennwerte pro Formular.
7. Der MATE-S kann in etwa 2 Minuten ausgefüllt werden.
8. Der MATE-Q kann in ungefähr 20-25 Minuten ausgefüllt werden.

Handbuch

Einleitung

Die Behandlung psychischer Störungen inklusive substanzbezogener Störungen und pathologischem Glücksspiel müssen auf einer sorgfältigen Beurteilung zu Beginn der Behandlung basieren.

Diese Beurteilung sollte Personenmerkmale sowie auch Lebensumstände der betroffenen Person beinhalten. Der MATE wurde entwickelt, um die notwendigen Informationen für diese Art der Beurteilung zu erfassen. Der MATE ist ebenfalls ein Beurteilungsinstrument in dem Sinne, dass der einige der Beurteilungen vom/von der Interviewer*in vorgenommen werden. Daher wurde der MATE als Interview entwickelt, welches im persönlichen Kontakt zwischen Person und Interviewer*in durchgeführt wird.

Es gibt allerdings Situationen, in denen es wünschenswert ist, Informationen in Form eines Fragebogens zu erheben, ohne dass ein persönlicher Kontakt mit einem/einer Interviewer*in erfolgt. Ein Beispiel dafür ist die Online-Anmeldung für eine Behandlung.

Um Informationen in Form eines Fragebogens zu erheben, wurde der MATE-Q entwickelt. Im MATE-Q werden soweit wie möglich dieselben Informationen erfasst wie im MATE. Unabhängig davon, ob die Informationen mithilfe eines Fragebogens oder eines Interviews erhoben worden sind, erfordert die Beurteilung und Ableitung einer Behandlungsempfehlung ausgebildetes Gesundheitsfachpersonal.

Die Antworten auf Fragen eines Fragebogens sind nicht ohne Weiteres identisch mit Fragen, die in einem Interview gestellt werden. Manche Fragen können in einem Fragebogen nicht gestellt werden. Darüber hinaus können mithilfe eines Interviews Informationen erfasst werden, die mit einem Fragebogen nicht erhoben werden können, beispielsweise Beurteilungen, die auf Beobachtung der Person basieren. Die Ergebnisse des MATE-Q sind daher nicht identisch mit den Ergebnissen des MATE. Vergleichbarkeit des MATE-Q und des MATE wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts überprüft und publiziert (Oudejans et al. 2020).

In diesem Manual beschreiben wir den MATE-Q und auch das vorangehende Auswahlinstrument, den MATE-S, der wenn gewünscht auch Unterteil des MATE-Q sein kann. Wir geben Hinweise, wie beide Instrumente verwendet werden und wie man eine falsche oder nicht zweckmäßige Anwendung verhindern kann.

Kurze Beschreibung des MATE-Q und des MATE-S

Das Q in MATE-Q steht für „Questionnaire“, ein international verwendetes Kürzel für „Fragebogenversion“. Der MATE-Q besteht aus neun Modulen des MATE in Form von Fragebögen. Die Fragebogenelemente, die bereits im MATE vorhanden waren, wurden natürlich beibehalten. Diesen wurde ein Fragebogen zur Behandlungsmotivation hinzugefügt, der Teil des MATE-Crimi ist. Modul 4 des MATE, in dem der Schweregrad der Abhängigkeit festgestellt wird, wurde als separates Instrument konzipiert: der MATE-S. Nicht in den MATE-Q aufgenommen wurde das Modul zur Persönlichkeitsstörungen. Aus den Modulen 7. Aktivitäten und Partizipation; Hilfe und Unterstützung (MATE-ICN)8. Umweltfaktoren mit Einfluss auf die Rehabilitation (MATE-ICN) wurden nicht alle Elemente übernommen, da wiederum einige nicht gut in Form eines Fragebogens erfasst werden können.

Im MATE-Q gibt es außerdem einige Fragen zu Beginn und einige Fragen zum Abschluss der Befragung. Die Reihenfolge wurde angepasst, um eine möglichst flüssige Beantwortung zu ermöglichen.

Insgesamt besteht der MATE-Q aus 125 Fragen und kann in 20-30 Minuten ausgefüllt werden. Größtenteils sind es Fragen mit Mehrfachantworten, einige sind auch Ja/Nein-Fragen. Die Fragen werden in Form einer einzigen Liste dargestellt, obwohl die Fragen in klar getrennten Teilen angeordnet sind, die teilweise mit den Modulen des MATE übereinstimmen. Jeder Teil hat seine eigenen Instruktionen und Hinweise.

Das S im MATE-S steht für „Selektion“. Der MATE-S ist identisch mit Modul 4 des MATE 2.2, in dem der Schweregrad der Störung festgestellt werden kann. Für ein vollständiges Bild der Person sind sowohl der MATE-S als auch der MATE-Q notwendig.

Das folgende Schema gibt einen Überblick über die einzelnen Teile und den Zusammenhang mit den MATE-Modulen.

MATE-S	MATE Module
0. MATE-S: Problemsubstanz oder Glücksspiel	1. Substanzkonsum und exzessives Verhalten
4. Störungen durch Substanzkonsum und abhängige Verhaltensweisen	4. Störungen durch Substanzkonsum und abhängige Verhaltensweisen
MATE-Q	MATE Module
1a. Substanzkonsum und Glücksspiel über die Lebensspanne	1. Substanzkonsum und exzessives Verhalten
1b. Substanzkonsum und Glücksspiel letzte 30 Tage	
2. Verlangen nach Substanzen oder Glücksspiel	Q1. Substanzen: Verlangen
3. Körperliche und psychische Beschwerden	5. Körperliche Beschwerden 2. Indikatoren für psychiatrische oder medizinische Konsultation
4. Depression, Angst und Stress	Q2. Depression, Angst und Stress
5. Vorherige Behandlung und verschriebene Medikamente	3. Frühere Suchtbehandlung 2. Indikatoren für psychiatrische oder medizinische Konsultation
6. Behandlungsmotivation	Q3. Behandlungsmotivation
7. Schwierigkeiten und Probleme	7. Aktivitäten und Partizipation (MATE-IC)
8. Umstände	8. Umweltfaktoren mit Einfluss auf die Rehabilitation (MATE-IC)
9. Abschlussfragen	

MATE-S: Beschreibung

Die MATE-S wurde abgeleitet aus den Modulen 1 und 4 des MATE 2.2. Aus Modul 1 wurden die Kategorien zur Erhebung des Substanzkonsums und Glücksspiels außer der Kategorie „Andere Verhaltenssüchte“ übernommen. Modul 4a und 4b sind identisch zu den Modulen 4a en 4b des MATE 2.2. Die MATE-S ist entworfen, weil für die Beratung von Menschen, die Behandlung suchen, bislang kein gutes Instrument verfügbar war. Es gibt zwar Instrumente, die zur Behandlungsplanung verwendet werden können - dies sind aber Screeninginstrumente, die für die Anwendung in Nicht-Hilfesuchenden Stichproben entwickelt wurden. Beispiele sind der Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001) und der Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST; Humeniuk et al. 2010). Bei diesen Instrumenten spielt die Menge des Konsum eine wichtige Rolle. Für die Zuweisung zu verschiedenen Formen von Hilfe ist die Konsummenge allerdings weniger relevant als das Ausmaß, in dem die Person Probleme durch den Konsum erfährt. Der MATE-S ist daher für Personen, die (professionelle) Hilfe suchen.

Im MATE 2.1 konnte das Modul 4 nicht nur verwendet werden, um eine kategoriale Aussage zum Vorliegen einer Abhängigkeit oder eines Missbrauchs zu machen. Die Antworten können auch verwendet werden, um den Schweregrad der Abhängigkeit zu bestimmen. Dafür haben wir uns im MATE 2.1 an der Publikation von Langenbucher et al. (2004) orientiert, in der der Schweregrad aus der Summe von 9 der insgesamt 11 Items gebildet wird.

Der MATE-S hat im Modul 4a 11 Ja/Nein Fragen. Mithilfe dieser Fragen kann der MATE-Kennwert *Schweregrad der Abhängigkeit* [S4.3] mit einem Range von 0-9 berechnet werden.

Im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) wird mittlerweile auch der Begriff des Schweregrads einer Substanzkonsumstörung verwendet, der sich aus der Anzahl der erfüllten Diagnosekriterien ergibt. Mit Hilfe des MATE-S kann dieser Kennwert berechnet werden: *DSM-5: Der Schweregrad der Störung in Bezug auf den Konsum der Primären Problemsubstanz* [S4a.1]

Auch für pathologisches Glücksspiel kann der Schweregrad nach DSM-5 mit dem MATE-S Modul 4b berechnet werden als *DSM-5: Der Schweregrad des Pathologischen Glücksspiel* [S4b.1]. Im DSM-5 kann der Schweregrad eingeteilt werden: für Substanzkonsumstörungen 2-3: leicht, 4-5: mittel, 6 oder mehr: schwer, und für pathologisches Glücksspiel 4-5: leicht, 6-7: mittel, 8-9: schwer.

Dadurch, dass wir nach Ausfüllen des MATE-S drei verschiedene Optionen empfehlen, orientieren wir uns seit der Version 2.2. des MATE an der Schweregrad-Einteilung des DSM-5.

Beratung	Schweregrad	DSM-5: Der Schweregrad der Störung durch den Konsum der Primären Problemsubstanz [S4a.1]	DSM-5: Der Schweregrad der Glücksspielstörung [S4b.1]
Keine Behandlung	-	0 - 1	0 - 3
	leicht	2 - 3	4 - 5
MATE-Q ausfüllen	mittel	4 - 5	6 - 7
Persönlicher Kontakt, MATE Interview	schwer	6 - 11	8 - 9

Die Orientierung am Schweregrad bei der Empfehlung, ob eine Behandlung erforderlich ist oder nicht und ob ein persönliches Interview erfolgen soll sowie auch die dafür verwendeten Cut-Off Scores wurden aufgrund von Überlegungen der Autoren und der Einteilung des DSM-5 in Schweregrad getroffen und sind nicht empirisch überprüft. Wir präsentieren diese Cut-Off Werte daher als Empfehlung, wobei die Anwendbarkeit Gegenstand weiterer Untersuchung sein sollte.

Modul 4 des MATE besteht aus standardisierten Fragen, die im Rahmen eines Interviews hilfreich sind, um eine Diagnose stellen zu können. Im MATE-S sind diese Fragen in einen Fragebogen eingeflossen, der ohne persönlichen Kontakt mit einem/einer Interviewer*in ausgefüllt werden kann. Das Ergebnis kann dann allerdings nicht als Diagnose interpretiert werden. Eine Diagnose kann nur auf Basis eines persönlichen Kontakts mit geschultem Personal gestellt werden.

MATE-Q: Beschreibung

1a. Substanzkonsum und Glücksspiel über die Lebensspanne

Mit den Teilen 1a und 1b des MATE-Q werden der Substanzkonsum und Glücksspiel erfasst. Dieselbe Liste mit Substanzen und Glücksspiel liegt auch dem MATE 2.2 zugrunde, allerdings wurden komplexe oder weniger bekannte Benennungen von Substanzen weggelassen. In Teil 1a wird gefragt, welche Substanzen jemand über die Lebensspanne konsumiert hat. Dabei kann *Niemals konsumiert*, oder *Ja aber keine Zeiträumen in denen regelmäßig konsumiert wurde* oder *Ja mit Zeiträumen in denen regelmäßig konsumiert wurde* angegeben werden. Für Alkohol ist regelmäßiger Konsum definiert als *Ja, mit Zeiträumen in denen mehr als 28 (für Männer) oder 21 (für Frauen) Gläser pro Woche konsumiert wurden*, für Tabak: *Ja, mit Zeiträumen, in denen täglich konsumiert wurde* und für alle anderen Substanzen: *Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde*), und für Glücksspiel: *Ja, mit Zeiträumen wöchentlichen Spielens*. Wenn eine Substanz regelmäßig konsumiert wurde, wird gefragt wie lange der regelmäßige Konsum insgesamt angedauert hat. Im MATE kann dies monatsgenau angegeben werden - im MATE-Q gibt es die folgenden fünf Antwortkategorien: *Weniger als 1 Jahr; 1 bis 5 Jahre; 6 bis 10 Jahre; 11 bis 20 Jahre; en Mehr als 20 Jahre*.

Die Erfassung des Konsums und Glücksspiel wird zum Einen verwendet, um den MATE dimesion score Schweregrad der Abhängigkeit (p. 17, Schippers, Broekman & Buchholz, 2011) zu bestimmen das ist wichtig für die Auswahl bzw. Triage zu einer geeigneten Behandlungsintensität, und zum Anderen zur Veränderungsmessung.

1b. Substanzkonsum und Glücksspiel letzte 30 Tage

Im Teil 1b werden Substanzkonsum und Glücksspiel innerhalb der letzten 30 Tage erfasst. Die Antwortkategorien bei allen Substanzen sind: *Nicht, 1 Mal, Ein paar Mal, 1 oder 2 Mal pro Woche, 3 oder 4 Mal pro Woche, 5 oder 6 Mal pro Woche, Jeden Tag*.

Bei Alkohol und Tabak wird auch nach der Menge gefragt. Bei Tabak wird hierbei die Anzahl an Einheiten pro Tag erfasst. Beim Alkoholkonsum wird im MATE zwischen *gewöhnlich* und *mehr als gewöhnlich* unterschieden. Da diese Art der Erhebung für einen Fragebogen zu komplex erschien, wird im MATE-Q die Anzahl der konsumierten Gläser für jeden Tag einer *gewöhnlichen* Woche in den letzten 30 Tagen erfragt.

Viele Menschen konsumieren mehrere Substanzen. Im MATE einigen sich die Person und der/die Interviewer*in, welche Substanz als primäre Problemsubstanz betrachtet werden kann. Im MATE-Q wird die primäre Problemsubstanz dadurch ermittelt, dass die Person ankreuzt, „womit Sie die meisten Probleme haben“.

2. Verlangen nach Substanzen oder Glücksspiel

Der Fragebogen Q1. Substanzen: Verlangen aus dem MATE 2.2 wurde vollständig in den MATE-Q übernommen. In der Instruktion wird die Person darum gebeten, beim Ausfüllen die primäre Problemsubstanz (bzw. Glücksspiel) vor Augen zu haben.

3. Körperliche und psychische Beschwerden

Modul 3 besteht aus 5. Körperliche Beschwerden aus dem MATE 2.2 und einem Teilmodul des Moduls 2. Indikatoren für psychiatrische oder medizinische Konsultation.

Modul 5 wurde identisch in den MATE-Q übertragen, außer das die Person den Fragebogen nun selbst ausfüllt.

Modul 2. Indikatoren für psychiatrische oder medizinische Konsultation des MATE 2.2 beinhaltet Fragen zu Behandlungen und Medikation und nach neun Merkmalen für körperliche oder seelische Zustände, die nicht übersehen werden dürfen, da sie besondere Aufmerksamkeit in der Suchtbehandlung bedürfen. Dies werden im MATE 2.2 teilweise durch Fragen, teilweise aber auch durch Beobachtungen erfasst. Für alle neun Merkmale wurden im MATE-Q Fragen formuliert, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können. Bei der ernsthaften Erkrankung wird - genauso wie im MATE 2.2 - eine genauere Beschreibung erfragt.

4. Depression, Angst und Stress

Modul Q2. Depression, Angst und Stress aus dem MATE 2.2 wurde vollständig in den MATE-Q übernommen.

5. Vorherige Behandlung und verschriebene Medikamente

In diesem Modul sind Fragen nach Behandlungen und Medikation aus Modul 2. Indikatoren für psychiatrische oder medizinische Konsultation des MATE zusammengefasst mit dem MATE-Modul 3. Frühere Suchtbehandlung. Die Fragen wurden dabei nur leicht verändert und aus dem MATE übernommen. Mit einzelnen offenen Fragen werden u.a. Medikamente erfasst.

6. Behandlungsmotivation

Dieser Teil ist das Modul Q3, das aus dem MATE-Crimi (Schippers & Broekman, 2012) übernommen wurde. Dieser Fragebogen wurde aufgenommen, weil der MATE-Q auch durch Personen ausgefüllt werden wird, die an dem Nutzen einer Behandlung zweifeln - ebenso wie diejenigen, für die der MATE-Crimi zusammengestellt wurde.

7. Schwierigkeiten und Probleme

Dieses Modul beinhaltet das Modul 7. Aktivitäten und Partizipation (MATE-IC) des MATE-Outcomes in Fragebogenform.

Im Modul 7 des MATE-ICN werden für jede der 19 verschiedenen Domänen die folgenden Punkte beurteilt:

1. Das Ausmaß der Leistungseinschränkung in Bezug auf Aktivitäten und Partizipation der Person (auf einer Skala von *keiner Einschränkung* bis *vollständige Einschränkung*).
2. Der Umfang an professioneller Unterstützung, die eine Person bereits erhält (von *keine* bis *voll ausgeprägt*).
3. Das Urteil des Interviewers, ob die Person zusätzliche Hilfe benötigt.
4. Das Urteil der Person selber, ob sie zusätzliche Hilfe benötigt.
5. Die Angabe, ob die eigene Einrichtung in der Lage ist, die entsprechende Hilfe anzubieten.

Genauso wie im MATE-Outcomes wird im MATE-Q ausschließlich (1) die Leistungseinschränkung bzw. das Ausmaß an Schwierigkeiten beurteilt, welches eine Person bei Aktivitäten oder der Teilhabe an einem bestimmten Lebensbereich erfährt. Der wichtigste Grund dafür ist, dass der Hilfebedarf in anderen Gebieten als der substanzbezogenen Störung zusätzlich zur Meinung der Person selber auch durch Gesundheitsfachpersonal beurteilt werden muss.

Für alle Domänen gibt es daher eine Frage, die identisch ist zu den jeweiligen Beispielfragen im MATE. Die Ankerpunkte, die im MATE-Interview zur Verfügung stehen um das Ausmaß an Leistungseinschränkungen zu erfassen, sind derzeit in einem Fragebogen noch nicht einsetzbar. Diese Fragen sollten daher besonders sorgfältig überprüft werden und ggf. in einem nachfolgenden MATE-Interview noch einmal vertieft werden.

8. Umstände

Dieser Teil ist das Modul MATE-Outcomes 8. Umweltfaktoren mit Einfluss auf die Rehabilitation (MATE-IC) in Fragebogenform.

Für jeden der vier ausgewählten Umweltfaktoren werden im Modul 8 des MATE-ICN die folgenden Punkte beurteilt:

1. Das Ausmaß (*nicht* bis *außerordentlich*) des positiven oder negativen Einflusses der Faktoren, die in den letzten 30 Tagen vorhanden waren und einen Einfluss auf die Rehabilitation hatten. Die Faktoren müssen jeweils beschrieben werden.
2. Das Urteil des Interviewers, ob die Person zusätzliche Hilfe benötigt.
3. Das Urteil der Person selber, ob sie zusätzliche Hilfe benötigt.
4. Die Angabe, ob die eigene Einrichtung in der Lage ist, die entsprechende Hilfe anzubieten.

Auch hier wurde entschieden, ausschließlich (1) das Ausmaß des Einflusses eines Faktors zu erfassen. Zudem werden keine positiven Einflüsse erfasst, da sie bei der Anwendung des Zuweisungsalgorithmus keine Rolle spielen.

9. Abschlussfragen

Am Ende des MATE-Q werden einige offene Fragen gestellt. Diese Fragen dienen vor allem zur Evaluation des Fragebogens. Dabei wird nach der Zeit gefragt, die für das Ausfüllen benötigt wurde. Außerdem wird erfasst, ob jemand Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens hatte und wenn ja welche. Es folgen einige Fragen, die ggf. bei der Interpretation des Fragebogens hilfreich sein können: ob die Fragen verstanden wurden und ob alle wichtigen Themen ausreichend abgefragt wurden um zu beurteilen, welche Hilfe(n) die Person benötigt. In der wird abschließend gefragt, ob die Person mit der Verarbeitung ihrer Daten zur Erstellung einer Behandlungsempfehlung einverstanden ist.

Anwendung des MATE-Q und MATE-S

Mit den Kennwerten des MATE-Q werden soweit wie möglich dieselben Informationen erfasst wie mit dem MATE, damit beide für die gleichen Behandlungsentscheidungen verwendet werden können, z.B. für die nach Behandlungsintensität. Wie bereits erwähnt, muss die Interpretation der erhobenen Daten aus dem MATE sowie die darauf basierende Beratung durch geschultes Fachpersonal erfolgen, bei Eintritt in eine professionelle Suchthilfeeinrichtung. Die Interpretation kann also nicht automatisch erfolgen und die Behandlungsempfehlung auf Basis des MATE-Q impliziert daher die Verbindung mit einer Suchthilfeeinrichtung. Dies kann daher oft nicht anonym erfolgen.

Aus diesem Grund soll der MATE-Q ausschließlich in Verbindung mit einer Suchthilfeeinrichtung zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus ist der MATE-Q ein umfangreiches Instrument, bei dem es nicht zielführend ist, dass es für alle Personen öffentlich zugänglich auszufüllen ist.

Der MATE-S wurde daher als Fragebogen zur Vorauswahl entwickelt. Ziel des MATE-S ist es nämlich, die ausfüllende Person automatisch und anonym Auskunft darüber zu geben, ob es notwendig ist professionelle Hilfe zu suchen. Falls professionelle Hilfe notwendig zu sein scheint, wird der Person geraten, Kontakt mit einer Suchthilfeeinrichtung aufzunehmen und für eine individuelle Beratung vorab den MATE-Q auszufüllen.

Der Zusammenhang zwischen MATE-S und MATE-Q ist schematisch in Abbildung 1 dargestellt. Die korrekte Anwendung des MATE-S und MATE-Q und die dafür notwendigen Prozessabläufe werden im Folgenden beschrieben (siehe auch Abbildung 2).

Der MATE-S wird anonym und für jede / jeden zugänglich gemacht, der / die Interesse an der Möglichkeit einer Behandlung substanzbezogener Störungen oder pathologischen Glücksspiels hat. Das Ergebnis wird nach Möglichkeit automatisch berechnet und ohne Zwischenschritte an die ausfüllende Person zurückgemeldet. Dabei kann eine von drei Empfehlungen gegeben werden: 1) Bei keinem oder leicht ausgeprägtem Schweregrad: aktuell keine Behandlung notwendig (ohne dies unmöglich zu machen); 2) Falls harte Drogen als Primäre Problemsubstanz genannt wurden, bei hohem Schweregrad oder Schwierigkeiten beim Ausfüllen: Termin für ein persönliches Aufnahmegespräch; 3) Anderenfalls: den MATE-Q ausfüllen. In Abbildung 1 sind einige Beispieltex-te eingefügt.

Bei denjenigen, die in der Folge den MATE-Q ausfüllen, wird abschließend gefragt, ob die Person einer Weiterverarbeitung ihrer Daten zustimmt und ob sie eine individuelle Empfehlung hinsichtlich einer geeigneten Suchtbehandlung erhalten möchte. Falls die Person einverstanden ist, soll das beurteilende Gesundheitsfachpersonal die MATE-Q Kennwerte interpretieren. Dabei soll selbstverständlich der Entscheidungsalgorithmus verwendet werden, der in der entsprechenden Suchthilfeeinrichtung implementiert ist. Die Schlussfragen werden ebenfalls in die Beurteilung durch das Gesundheitsfachpersonal aufgenommen. Dabei wird auch beurteilt, ob die Fragen hinreichend zuverlässig und interpretierbar beantwortet wurden. Abschließend kann das Gesundheitsfachpersonal dann überprüfen, ob zu dieser Person bereits eine Patientenakte aus vorherigen Behandlungen existiert. Basierend auf der Beurteilung all dieser Fakten kommt das Gesundheitsfachpersonal dann zu einer der folgenden zwei Empfehlungen: 1) Es wird eine Kurzzeit-Behandlung angeboten (mit oder ohne persönlichen Kontakt). Die Person wird zu einer ersten Behandlungssitzung eingeladen. 2) Die Person wird zu einem persönlichen Aufnahmegespräch eingeladen. Beim Durchführen des MATE-Interviews kann dann auf die Angaben aus dem MATE-Q zurück gegriffen werden.

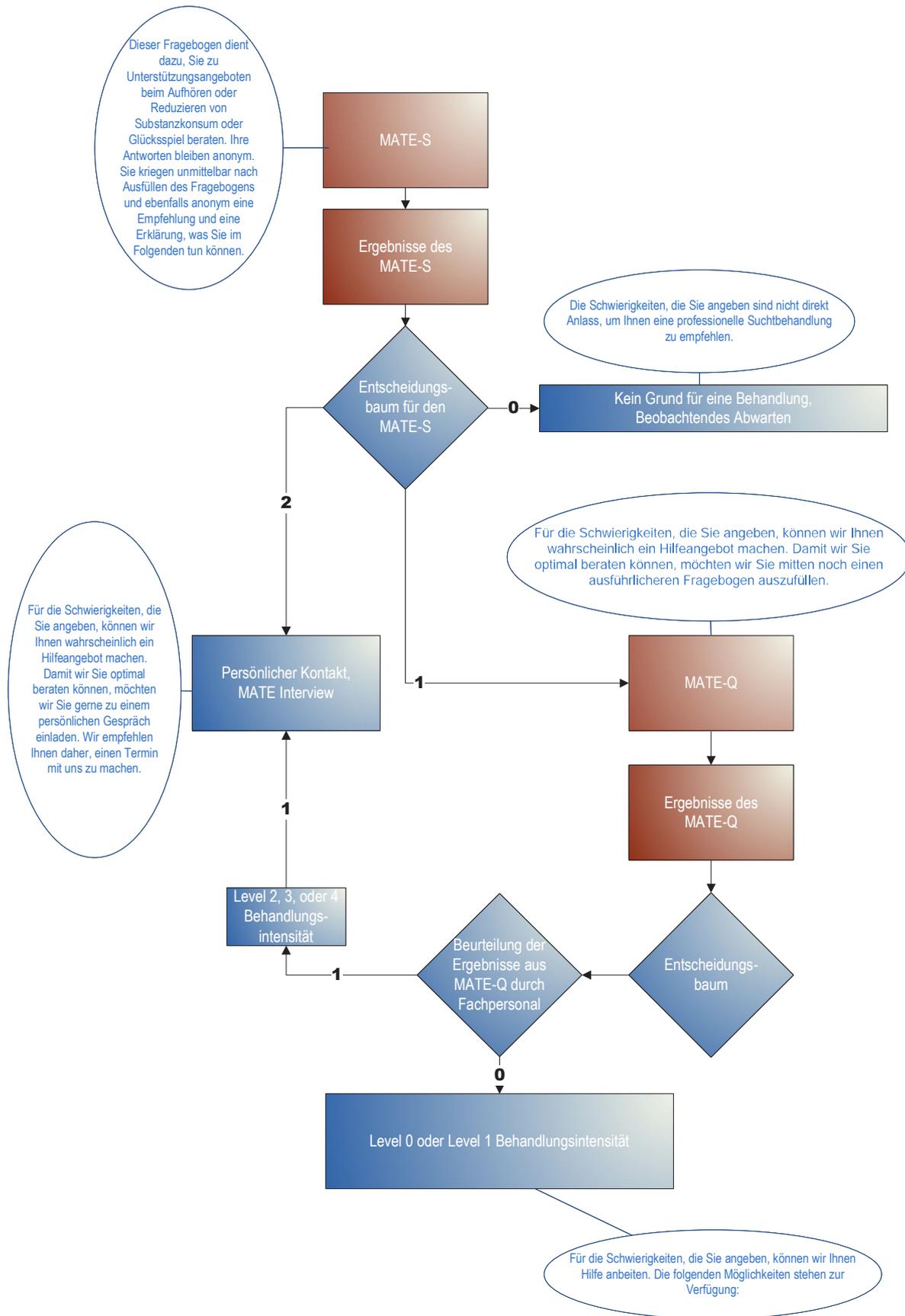


Abbildung 1. Anwendung des MATE-Q und MATE-S

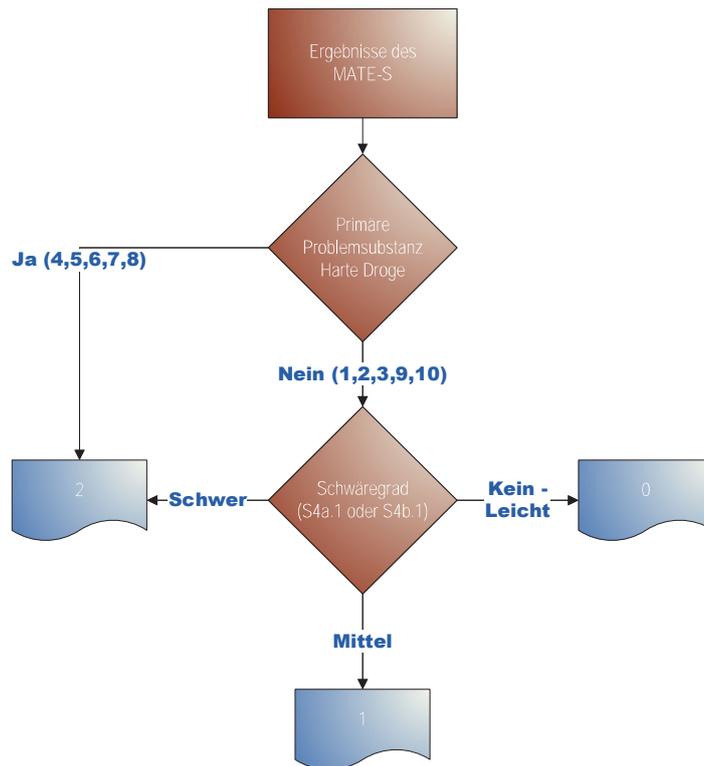


Abbildung 2. Ergebnisse des MATE-S

Auswertungsprotokoll

MATE Modul	MATE-Q Modul	Kennwert	Berechnungsanweisung	Wertebereich	Cut-off [MD]: benutzt für die MATE-Dimensionskennwerte (p. 17, Schippers, Broekman & Buchholz, 2011)
2. Indikatoren für psychiatrische oder medizinische Konsultation	3. Körperliche und psychische Beschwerden	Somatische Komorbidität [S2.1]	Summe der Ja-Antworten (pro Ja 1 Punkt) der Items körperliche Beschwerden (b#3), Intoxikation (b#4), Körperliche Erkrankungen (b#2) und Schwangerschaft (b#1).	0 – 4	
	5. Vorherige Behandlung und verschriebene Medikamente	In psychologischer oder psychiatrischer Behandlung [S2.2]	1 Punkt für Medikamente wegen psychiatrischer/psychischer Probleme (b#2), 1 Punkt für aktuelle psych. Behandlung (a#2). Bilden Sie die Summe.	0 – 2	= 2[MD]
	3. Körperliche und psychische Beschwerden	Psychiatrische Komorbidität [S2.3]	2 Punkte für Suizidversuch Plan/Ausführung (b#7), 1 Punkt für jedes Ja bei Halluzinationen (b#8), Wahn (b#9) und Verwirrtheit (b#5). Bilden Sie die Summe.	0 – 5	≥ 2[MD]
Erklärung		<p>Für die Kennwerte Somatische Komorbidität [S2.1] müssen die Ja-Antworten aufsummiert werden. Sollte eine Antwort fehlen, wird dies als ‚Nein‘ gezählt.</p> <p>Für die Psychiatrische Komorbidität [S2.3] kann bei fehlenden Werten (maximal 2) eine Mittelwertsschätzung vorgenommen werden. Hierzu wird der Mittelwert der ausgefüllten Items (Ja = 1, bei Suizidplan Ja = 2) berechnet und danach mit der Gesamtanzahl der Items in der Skala multipliziert. Wenn das Ergebnis > 5 sein sollte (Maximalwert), wird eine 5 notiert.</p> <p>Die Cut-off Werte 2 wird für die Skalen In psychologischer oder psychiatrischer Behandlung [S2.2] und Psychiatrische Komorbidität [S2.3] für die Bestimmung der MATE-Dimensionskennwerte benutzt.</p>			
4. Störungen durch Substanzkonsum und abhängige Verhaltensweisen	MATE-S	DSM-5: Der Schweregrad der Störung durch den Konsum der Primären Problemsubstanz [S4a.1]	Modul 4a: Bilden Sie die Summe der Ja-Antworten aller Items.	0 – 11	2-3: leicht, 4-5: mittel, 6 oder mehr: schwer
		DSM-5: Der Schweregrad der Glücksspielstörung [S4b.1]	Modul 4b: Bilden Sie die Summe der Ja-Antworten aller Items.	0 – 9	4-5: leicht, 6-7: mittel, 8-9: schwer
		Schweregrad der Abhängigkeit [S4.3]	Modul 4a: Bilden Sie die Summe der Ja-Antworten aller Items außer Item 1 und Item 4.	0 – 9	≥ 8[MD]
Erklärung		<p>Bei fehlenden Werten (maximal 3) kan eine Mittelwertsschätzung vorgenommen werden. Hierzu wird der Mittelwert der ausgefüllten Items berechnet und danach mit der Gesamtanzahl der Items, 9 für DSM-5: Der Schweregrad des Pathologischen Glücksspiel [S4b.1] und Schweregrad der Abhängigkeit [S4.3], 11 für DSM-5: Der Schweregrad der Störung in Bezug auf den Konsum der Primären Problemsubstanz [S4a.1] in der Skala multipliziert.</p> <p>Die Cut-off Wert von 8 für die Schweregrad der Abhängigkeit [S4.3] wird für die Bestimmung der MATE-Dimensionskennwerte benutzt.</p>			
5. Körperliche Beschwerden	3. Körperliche und psychische Beschwerden	Körperliche Beschwerden [S5.1]	Summe der 10 Itemantworten aus Teil a.	0 – 40	
Erklärung		<p>Bei fehlenden Werten (max. 3) für den Kennwert Körperliche Beschwerden [S5.1] kann eine Mittelwertsschätzung vorgenommen werden. Hierzu wird der Mittelwert der ausgefüllten Items berechnet und danach mit der Gesamtanzahl der Items (10) in der Skala multipliziert.</p>			
7+8 MATE-ICN	7. Schwierigkeiten und Probleme	Beeinträchtigungen – Total [S7.1]	Summe der 19 Items, die Leistungsbeeinträchtigung erfassen.	0 – 76	
		Beeinträchtigungen – Grundanforderungen [S7.2]	Summe der Werte der 8 Items: #10 ; #11 ; #12 ; #13 ; #14 ; #15 ; #16 ; #17 .	0 – 32	≥ 12[MD]
		Beeinträchtigungen – Beziehungen [S7.3]	Summe der Werte der 5 Items: #1 ; #2 ; #3 ; #4 ; #5 .	0 – 20	
	8. Umstände	Barrieren [S8.2]	Summe der Werte der 5 Items: #1 Partner usw.; #2 Beziehungsverlust; #3 Gesellschaftliche Einstellungen; #4 Dienste der Rechtspflege; #5 Andere Umweltfaktoren	0 – 20	≥ 10[MD]

MATE Modul	MATE-Q Modul	Kennwert		Berechnungsanweisung	Wertebereich	Cut-off [MD]: benutzt für die MATE-Dimensionskennwerte (p. 17, Schippers, Broekman & Buchholz, 2011)
Erklärung		Bei fehlenden Werten in den Items zur Berechnung der Kennwerte [S7.1] bis [S8.2] kann ebenfalls eine Mittelwertschätzung vorgenommen werden. Hierzu wird der Mittelwert der ausgefüllten Items berechnet und danach mit der Gesamtanzahl der Items in der Skala multipliziert. In Klammern stehen die maximal tolerierbaren Anzahlen fehlender Werte pro Kennwert Beeinträchtigungen – Total [S7.1]: 19(7), Beeinträchtigungen – Grundanforderungen [S7.2]: 8(3), Beeinträchtigungen – Beziehungen [S7.3]: 5(2), Hilfe und Unterstützung [S7.4]: 8(3), Förderfaktoren [S8.1]: 3(1) Barrieren [S8.2]: 5(2). Zur Berechnung der MATE-Dimensionskennwerte werden Cut-off Werte der Kennwerte Beeinträchtigungen – Grundanforderungen [S7.2] 12 und Barrieren [S8.2] 10 miteinbezogen.				
Q1. Substanzen: Verlangen	2. Verlangen nach Substanzen oder Glücksspiel	Verlangen [SQ1.1]	Bilden Sie die Summe der 5 Items.		0 – 20	≥ 12[MD]
Erklärung		Wenn bei der Berechnung des Kennwerts Verlangen [SQ1.1] nicht mehr als eine Frage nicht beantwortet wurde, kann eine Mittelwertschätzung vorgenommen werden, in dem der Mittelwert der beantworteten Items mit der Anzahl der Items (5) multipliziert wird.				
Q2. Depression, Angst und Stress	4. Depression, Angst und Stress	Depression [SQ2.1]	Bilden Sie die Summe der Items #3, #5, #10, #13, #16, #17, #21 und nehmen das Ergebnis mal 2.		0 – 42	≥ 21
		Angst [SQ2.2]	Bilden Sie die Summe der Items #2, #4, #7, #9, #15, #19, #20 und nehmen das Ergebnis mal 2.		0 – 42	≥ 15
		Stress [SQ2.3]	Bilden Sie die Summe der Items #1, #6, #8, #11, #12, #14, #18 und nehmen das Ergebnis mal 2.		0 – 42	≥ 26
		Depression Angst Stress - Totalscore [SQ2.4]	Bilden Sie die Summe der drei Skalenwerte für Depression, Angst und Stress.		0 – 126	≥ 60[MD]
Erklärung		Eine Auswertungsschablone kann unter http://www.mateinfo.eu angefordert werden. Wenn bei der Berechnung der Kennwerte Depression [SQ2.1], Angst [SQ2.2], und Stress [SQ2.3] maximal 3 Antworten pro Kennwert fehlen, kann eine Mittelwertschätzung vorgenommen werden. Hierzu wird der Mittelwert der ausgefüllten Items berechnet und danach mit der Gesamtanzahl der Items in der Skala multipliziert. Cut-off Werte von 21, 15 und 26 deuten auf das Vorliegen einer Angst- oder affektiven Erkrankung, bzw. einer erhebliche Stressbelastung hin. Der Depression Angst Stress - Totalscore [SQ2.4] kann berechnet werden, indem die drei Kennwerte addiert werden. Ein Cut-off Wert von ≥ 60 wird die Berechnung der MATE-Dimensionskennwerte benutzt.				
Q3. Behandlungsmotivation	6. Behandlungsmotivation	Kodierung der Items:	Kodieren Sie die Items #11, #12, #17, #19, #20 von 5 (trifft nicht zu) bis 1 (trifft sehr zu). Kodieren Sie alle übrigen Items von 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft sehr zu).			
		Problemerkennung Allgemein [SQ3.1]	Summe der 4 Item-Kennwerte (#1, #2, #8, #9). Dividieren Sie durch 4.		1 – 5	≤ 2,25
		Problemerkennung Spezifisch [SQ3.2]	Summe der 5 Item-Kennwerte (#3, #4, #5, #6, #7). Dividieren Sie durch 5.		1 – 5	≤ 2,25
		Hilfewunsch [SQ3.3]	Summe der 7 Item-Kennwerte (#10, #13, #15, #16, #19, #21, #23). Dividieren Sie durch 7.		1 – 5	≤ 3,0
	Behandlungsbereitschaft [SQ3.4]	Summe der 8 Item-Kennwerte (#11, #12, #14, #17, #18, #20, #22, #24). Dividieren Sie durch 8.		1 – 5	≤ 3,0	
6. Behandlungsmotivation	Validitätsindex	Bilden Sie die Summe der Items #10, #17, #19, #22, wobei 1 "sicher nicht einverstanden" und 5 "sicher einverstanden" bedeutet.		4 – 20	<=6 oder >=18	
Erklärung		Eine Auswertungsschablone kann unter http://www.mateinfo.eu angefordert werden. Wenn bei der Berechnung der Kennwerte SQ3.1 und SQ3.2 maximal 2, und bei SQ3.3 und SQ3.4 maximal 4 Antworten pro Kennwert fehlen, kann eine Mittelwertschätzung vorgenommen werden. Die Cut-off Werte wurden auf Basis von vorherigen Untersuchungen bei Straftätern ausgewählt (20. Perzentil aus der MATE-crimi Pilotstudie (Broekman et al., 2006)).				



Referenzen



- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J., & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Second Edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Humeniuk, R.E., Henry-Edwards, S., Ali, R.L., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. Geneva, World Health Organization.
- Langenbucher, J. W., Labouvie, E., Martin, C. S., Sanjuan, P. M., Bavly, L., Kirisci, L. et al. (2004). An Application of Item Response Theory Analysis to Alcohol, Cannabis, and Cocaine Criteria in DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 72-80.
- Oudejans, S., de Weert-van Oene, G., Spits, M., de Wildt, W., Merckx, M., Dekker, J., Visch, I., & Goudriaan, A. (2020). A Self-Reported Version of the Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation-Q: Concurrent Validity with the MATE 2.1. *European Addiction Research*, 26(1), 20–27. <https://doi.org/10.1159/000503625>
- Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2007). *Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment*. Amsterdam: AIAR; Nijmegen: Bureau Bèta.
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2011). MATE 2.1. Handbuch und Leitfaden. Deutsche Bearbeitung: A. Buchholz, H. Kufner, L. Kraus, & F. Rist. Nijmegen: Bèta Boeken. <https://www.mateinfo.eu/pubs/boi.06103>
- Schippers, G. M. & Broekman, T. G. (2012). MATE-Crimi 2.1. Handbuch und Leitfaden. Deutsche Bearbeitung: A. Buchholz, M. Schliek, I. Rosch, & R. Wolf. Nijmegen: Bèta Boeken. <https://www.mateinfo.eu/pubs/boi.12103>
- <https://www.mateinfo.eu/pubs/boi.12102>Schippers, G. M., Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2021). MATE 2.2 Addendum zu MATE 2.1 Manual und Protocol. Nijmegen: Bèta Boeken. <https://www.mateinfo.eu/pubs/boi.23203>
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., Buchholz, A., Koeter, M.W.J., & van den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): An Instrument Based on the WHO Family of International Classifications. *Addiction*, 105, 862-871



Fragebogen



Dieser Fragebogen dient dazu, einen Überblick über Ihren Konsum von bestimmten Substanzen und Glücksspiel zu erhalten sowie einer Reihe von Themen, die damit zu tun haben.

Mithilfe Ihrer Antworten können wir Ihnen einen für Sie geeigneten Behandlungsweg aufzeigen.

Behandelt werden: der Konsum von bestimmten Substanzen und Glücksspiel; Probleme, die Sie dadurch haben; vorherige Behandlungen, Beschwerden und Probleme in verschiedenen Bereichen und ob Sie eine Behandlung beginnen wollen.

Viele der Fragen sind sehr persönlich. Damit wir Ihnen möglichst gut helfen können ist es wichtig, dass Sie diese Fragen ehrlich beantworten.

Das Ausfüllen dauert ungefähr 20 – 25 Minuten.

Bei den meisten Fragen können Sie die Antwort ankreuzen, die auf Sie zutrifft.

Manchmal können Sie eine Zahl auf eine punktierte Linie eintragen
oder Text auf die Linie schreiben.

Beantworten Sie am Anfang die folgenden Fragen

1. Mein Alter ist		... Jahre						
2. Ich bin		Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/>						
3. Bearbeitungsdatum		<table border="1"> <tr> <td>t</td><td>t</td><td>m</td><td>m</td><td>j</td><td>j</td> </tr> </table>	t	t	m	m	j	j
t	t	m	m	j	j			

Modul	Seite
0. MATE-S: Problemsubstanz oder Glücksspiel	2
1a. Substanzkonsum und Glücksspiel über die Lebensspanne	3
1b. Substanzkonsum und Glücksspiel letzte 30 Tage	4
2. Verlangen nach Substanzen oder Glücksspiel	5
3. Körperliche und psychische Beschwerden	6
4. Depression, Angst und Stress	7
5. Vorherige Behandlung und verschriebene Medikamente	8
6. Behandlungsmotivation	9
7. Schwierigkeiten und Probleme	10
8. Umstände	11
9. Abschlussfragen	11

oa Kreuzen Sie an, womit Sie die meisten Probleme haben. Wenn mehrere Angaben auf Sie zutreffen, wählen Sie *nur*, womit Sie momentan am meisten Probleme haben.

Aktuell

1 Alkohol	<input type="checkbox"/>	6 Ecstasy/XTC (MDMA oder andere sowie MDEA, MDA oder 2CB)	<input type="checkbox"/>
2 Tabak (Zigaretten, Shag, Zigarren, Pfeife, Schnupftabak)	<input type="checkbox"/>	7 Halluzinogene (PCB, Ketamine, Mescaline, Psilocybin, DMT, LSD)	<input type="checkbox"/>
3 Cannabis (Haschisch, Marihuana, Gras)	<input type="checkbox"/>	8 Andere Drogen (GHB, Inhalantien, Lachgas, Poppers) Notieren Sie die Substanz(en): 	<input type="checkbox"/>
4 Opiate (Heroin, Methadon, Buprenorphin, Morphin, Codein, Oxycodon, Fentanyl)	<input type="checkbox"/>	9 Sedativa (Beruhigungs- und Schlafmittel, Benzodiazepine)	<input type="checkbox"/>
5 Stimulanzien (Kokain, Amphetamine, sonstige z.B. Methylphenidat, Khat)	<input type="checkbox"/>	10 Glücksspiel Notieren Sie, was Sie spielen: 	<input type="checkbox"/>

4a Denken Sie bei den folgenden Fragen an die Substanz, mit der Sie die meisten Probleme haben.

12 Monate

«Haben Sie in den letzten 12 Monaten . . .	Markieren Sie Ja oder Nein.	
1 . . .regelmäßig ein starkes Verlangen gehabt, die Substanz zu konsumieren?	Ja	Nein
2 . . .regelmäßig den Wunsch gehabt, den Substanzkonsum aufzugeben?	Ja	Nein
3 . . .viel Zeit damit verbracht, die Substanz zu besorgen, einzunehmen oder sich von den Wirkungen zu erholen?	Ja	Nein
4 . . .festgestellt, dass Sie viel mehr von der Substanz benötigten, um den gleichen Effekt zu erzielen?	Ja	Nein
5 . . .sich krank oder unwohl gefühlt, wenn Sie probiert haben, weniger zu konsumieren oder ganz aufzuhören?	Ja	Nein
6 . . .häufig mehr oder länger konsumiert, als Sie eigentlich vorhatten?	Ja	Nein
7 . . .den Konsum fortgesetzt, obwohl Sie wussten, dass der Konsum gesundheitliche, emotionale oder psychische Probleme verursachte?	Ja	Nein
8 . . .den Konsum fortgesetzt, obwohl Sie wussten, dass der Konsum Probleme mit der Familie, Freunden, bei der Arbeit oder in der Schule verursachte?	Ja	Nein
9 . . .wegen Ihres Konsums wichtige Aktivitäten wie Sport, Arbeit oder Zusammensein mit Freunden oder Verwandten eingeschränkt oder gänzlich aufgegeben?	Ja	Nein
10 . . .wegen Ihres Konsums regelmäßig Ihren Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit, oder zu Hause nicht gut nachkommen können?	Ja	Nein
11 . . .mehr als einmal in Situationen mit erhöhtem Verletzungsrisiko konsumiert (z. B. high sein, während Sie einen Roller oder ein Auto lenken, ein Messer benutzen, eine Maschine bedienen mussten)?	Ja	Nein

4b Wenn Sie mit Glücksspiel Probleme haben, beantworten Sie die folgenden Fragen. Falls nicht, gehen Sie weiter zu Frage 1a.

12 Monate

«In den letzten 12 Monaten . . .	Markieren Sie Ja oder Nein.	
1 . . .waren Sie öfter stark eingenommen durch Gedanken an Glücksspiel?	Ja	Nein
2 . . .mussten Sie immer mehr Geld setzen, um die gewünschte Erregung zu erreichen?	Ja	Nein
3 . . .haben Sie wiederholt erfolglos versucht, das Glücksspiel zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben?	Ja	Nein
4 . . .wurden Sie unruhig oder reizbar bei Versuchen, das Glücksspiel einzuschränken oder aufzugeben?	Ja	Nein
5 . . .haben Sie häufig gespielt, wenn Sie sich gestresst gefühlt haben (z. B. bei Hilflosigkeit, Schuldgefühlen, Angst, depressiver Stimmung)?	Ja	Nein
6 . . .haben Sie oft nach Verlusten erneut gespielt, um den Verlust auszugleichen?	Ja	Nein
7 . . .haben Sie gelogen um zu vertuschen wie viel Sie gespielt haben?	Ja	Nein
8 . . .haben Sie aufgrund des Glücksspiels eine wichtige Beziehung, Ihren Arbeitsplatz oder Ihre Ausbildungs- oder Aufstiegschancen riskiert oder verloren?	Ja	Nein
9 . . .haben Sie sich auf die finanzielle Unterstützung anderer verlassen, um eine durch das Glücksspiel verursachte finanzielle Notlage zu überwinden?	Ja	Nein

T Ganzes Leben

Die folgenden Fragen gehen über den Konsum von Alkohol, Tabak, Drogen und über Glücksspiel

Gab es in Ihrem *Leben* Zeiträume mit Konsum von:

1	Alkohol	† In den folgenden Fragen sind Gläser gemeint, aus denen ein Getränk üblicherweise getrunken wird. Sie werden auch Standardgläser genannt. † Ein Glas Bier ist etwas mehr als ein Standardglas, nämlich 1,2 Standardgläser. Ein halber Liter Bier sind 2 Standardgläser. Eine Flasche Wein sind 8 Standardgläser.			Falls es Zeiträume mit regelmäßigem Konsum gegeben hat, <i>wie lange hat der regelmäßige Konsum</i> in Ihrem gesamten Leben gedauert?					
		Niemals konsumiert	Ja, aber keinen Zeitraum mehr als 28 (für Männer) oder 21 (für Frauen) Gläser pro Woche.	Ja, mit Zeiträumen in denen mehr als 28 (für Männer) oder 21 (für Frauen) Gläser pro Woche konsumiert wurden	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
2	Tabak (<i>Zigaretten, Shag, Zigarren, Pfeife, Schnupftabak</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber keinen Zeitraum mit täglichem Konsum.	Ja, mit Zeiträumen, in denen täglich konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
3	Cannabis (<i>Haschisch, Marihuana, Gras</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
4	Opiate (<i>Heroin, Methadon, Buprenorphin, Morphin, Codein, Oxycodon, Fentanyl</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
5	Stimulanzien (<i>Kokain, Amphetamine, sonstige z.B. Methylphenidat, Khat</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
6	Ecstasy/XTC (<i>MDMA oder andere sowie MDEA, MDA oder 2CB</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
7	Halluzinogene (<i>PCB, Ketamine, Mescaline, Psilocybin, DMT, LSD</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
8	Andere Drogen (<i>GHB, Inhalantien, Lachgas, Poppers</i>) Notieren Sie die Substanz(en):	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
	<i>☞</i>									
9	Sedativa (<i>Beruhigungs- und Schlafmittel, Benzodiazepine</i>)	Niemals konsumiert	Ja, aber kein Zeitraum mit mindestens 1x pro Woche Konsum.	Ja, mit Zeiträumen in denen mindestens einmal pro Woche konsumiert wurde	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
10	Glücksspiel Notieren Sie, was Sie spielen:	Kein Glücksspiel	Ja, aber keine Zeiträume mit wöchentlichen Spielen	Ja, mit Zeiträumen wöchentlichen Spielens	→	Weniger als 1 Jahr	1 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 bis 20 Jahre	Mehr als 20 Jahre
	<i>☞</i>									

30 Tage

Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen konsumiert:

1a	Alkohol	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
1b	† In den folgenden Fragen sind Gläser gemeint, aus denen ein Getränk üblicherweise getrunken wird. Sie werden auch Standardgläser genannt.				† Ein Glas Bier ist etwas mehr als ein Standardglas, nämlich 1,2 Standardgläser. Ein halber Liter Bier sind 2 Standardgläser. Eine Flasche Wein sind 8 Standardgläser.			
	Schreiben Sie zu jedem Tag die Anzahl an Gläsern auf, die Sie in den letzten 30 Tagen in einer normalen Woche getrunken haben. Schreiben Sie 'o', wenn Sie an einem Tag nicht getrunken haben.	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

		Gläser	Gläser	Gläser	Gläser	Gläser	Gläser	Gläser
2a	Tabak (Zigaretten, Shag, Zigarren, Pfeife, Schnupftabak)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
2b	Notieren Sie, wie viel Sie üblicherweise an einem Tag geraucht haben.	.....	Zigaretten / selbst gedrehte / Zigarren etc. pro Tag					
3	Cannabis (Haschisch, Marihuana, Gras)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
4	Opiate (Heroin, Methadon, Buprenorphin, Morphin, Codein, Oxycodon, Fentanyl)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
5	Stimulanzien (Kokain, Amphetamine, sonstige z.B. Methylphenidat, Khat)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
6	Ecstasy/XTC (MDMA oder andere sowie MDEA, MDA oder 2CB)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
7	Halluzinogene (PCB, Ketamine, Mescaline, Psilocybin, DMT, LSD)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
8	Andere Drogen (GHB, Inhalantien, Lachgas, Poppers)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
9	Sedativa (Beruhigungs- und Schlafmittel, Benzodiazepine)	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag
10	Glücksspiel	Nicht	1 Mal	Ein paar Mal	1 oder 2 Mal pro Woche	3 oder 4 Mal pro Woche	5 oder 6 Mal pro Woche	Jeden Tag

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gedanken über den Konsum von Alkohol, Drogen oder Glücksspiel.“
Denken Sie dabei an die Substanz, durch die Sie am meisten Probleme haben.

Wenn Sie durch Glücksspiel die meisten Probleme haben, lesen Sie “spielen” anstelle von “konsumieren”.

Bitte kreuzen Sie jeweils die Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft. Falls nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf den Zeitraum der *letzten sieben Tage*.

7 Tage

- 1 Wenn Sie nicht konsumieren, wie viel Ihrer Zeit wird dann von Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern beansprucht, die etwas mit dem Konsumieren zu tun haben?
 - 0 Keine.
 - 1 Weniger als eine Stunde am Tag.
 - 2 1-3 Stunden am Tag.
 - 3 4-8 Stunden am Tag.
 - 4 Mehr als 8 Stunden am Tag.

- 2 Wie häufig treten diese Gedanken und Vorstellungen auf?
 - 0 Niemals.
 - 1 Nicht häufiger als 8 Mal am Tag.
 - 2 Häufiger als 8 Mal am Tag, aber die meisten Stunden des Tages sind frei davon.
 - 3 Mehr als 8 Mal am Tag und während der meisten Stunden des Tages.
 - 4 Die Gedanken treten so häufig auf, dass man sie nicht mehr zählen kann, und es vergeht kaum eine Stunde, in der sie nicht auftreten.

- 3 Wenn Sie nicht konsumieren, wie sehr leiden Sie dann unter den Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern, die mit dem Konsum zu tun haben bzw. wie sehr werden Sie dadurch gestört?
 - 0 Keine Belastung oder Störung.
 - 1 Geringfügig, selten und nicht besonders störend.
 - 2 Mäßig häufig und störend; ich kann aber noch damit zurecht kommen.
 - 3 Stark, sehr häufig und sehr störend.
 - 4 Extrem stark, fast durchgängig, alles andere wird beeinträchtigt.

- 4 Wenn Sie nicht konsumieren, wie sehr bemühen Sie sich dann, diesen Gedanken zu widerstehen, sie nicht zu beachten oder Ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu lenken? (Geben Sie das Ausmaß Ihrer Bemühungen um Widerstand gegen diese Gedanken an, nicht den Erfolg oder Misserfolg, den Sie dabei haben.)
 - 0 Ich habe so selten derartige Gedanken, dass es nicht notwendig ist, dagegen anzugehen. Wenn sie aber auftauchen, bemühe ich mich immer, diesen Gedanken zu widerstehen.
 - 1 Ich versuche meistens, diesen Gedanken zu widerstehen.
 - 2 Ich unternehme einige Anstrengungen, um diesen Gedanken zu widerstehen.
 - 3 Ich lasse diesen Gedanken freien Lauf, ohne zu versuchen sie zu kontrollieren. Dabei habe ich allerdings ein ungutes Gefühl.
 - 4 Ich lasse diesen Gedanken völlig freien Lauf.

- 5 Wie stark ist Ihr Drang, die Substanz zu konsumieren?
 - 0 Ich verspüre keinen Drang, die Substanz zu konsumieren.
 - 1 Ich verspüre etwas Drang, die Substanz zu konsumieren.
 - 2 Ich verspüre starken Drang, die Substanz zu konsumieren.
 - 3 Ich verspüre sehr starken Drang, die Substanz zu konsumieren.
 - 4 Der Drang zu konsumieren ist völlig überwältigend und nicht zu beeinflussen.

3a

Die folgenden Fragen beziehen sich auf körperliche Beschwerden.

Wie häufig litten Sie innerhalb der *letzten 30 Tage* unter:

Gar nicht Selten Manchmal Häufig Immer

30 Tage

1	Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4
2	Müdigkeit/Erschöpfung	0	1	2	3	4
3	Übelkeit	0	1	2	3	4
4	Magenschmerzen	0	1	2	3	4
5	Kurzatmigkeit/Atemnot	0	1	2	3	4
6	Brustschmerzen	0	1	2	3	4
7	Gelenkschmerzen/Steifheit	0	1	2	3	4
8	Muskelschmerzen	0	1	2	3	4
9	Taubheit/Kribbeln (in Armen und Beinen)	0	1	2	3	4
10	Zittern/Beben	0	1	2	3	4

3b

Geben Sie an, ob Folgendes auf Sie zutrifft.

Markieren Sie Ja oder Nein.

Aktuell

1	Sind Sie schwanger?	Ja	Nein
2	Leiden Sie unter einer ernsthaften oder ansteckenden Krankheit, z. B. Herzbeschwerden, Diabetes, Hepatitis, HIV? Notieren Sie die Krankheit(en) 	Ja	Nein
3	Gibt es bei Ihnen Anzeichen von Krankheit, z.B.: starke Blässe, ein aufgedunsenes Gesicht, Blutergüsse, Schwierigkeiten beim Laufen, Ödeme in den Beinen, Starke Abmagerung oder aufgequollener Bauch, Abszesse oder starker Juckreiz?	Ja	Nein
4	Haben Sie Schwierigkeiten mit Intoxikations- oder Entzugserscheinungen sowie: Zittern, Koordinationsstörungen, verwaschene Sprache, unsicherer Gang, Krampfanfälle, Schweißausbrüche, Pupillenanomalien?	Ja	Nein
5	Sind Sie ab und zu verwirrt oder vergesslich?	Ja	Nein
6	Haben Sie sich in den letzten 30 Tagen gewünscht, tot zu sein oder gedacht, dass es besser wäre, wenn Sie tot wären?	Ja	Nein
7	Haben Sie in den letzten 30 Tagen konkret geplant, sich umzubringen oder einen Selbstmordversuch unternommen?	Ja	Nein
8	Haben Sie in den letzten 30 Tagen Dinge gesehen oder gehört, die andere Menschen nicht sehen oder hören können?	Ja	Nein
9	Haben Sie in den letzten 30 Tagen gedacht, dass andere Menschen sich gegen Sie verschworen haben?	Ja	Nein

30 Tage

In den folgenden Aussagen geht es um Depressivität, Angst und Stress.

Bitte geben Sie für jede Aussage an, wie sehr die Aussage in der *letzten Woche* auf Sie zutraf, indem Sie eine der Zahlen 0, 1, 2 oder 3 ankreuzen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

Die Rating-Skala ist wie folgt:

0 = Traf gar nicht auf mich zu

1 = Traf manchmal auf mich zu, oder zu einem gewissen Grad

2 = Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu, oder ziemlich oft

3 = Traf sehr stark auf mich zu, oder die meiste Zeit

Traf gar nicht auf mich zu	Traf manchmal auf mich zu, oder zu einem gewissen Grad	Traf in beträchtlichem Maße auf mich zu, oder ziemlich oft	Traf sehr stark auf mich zu, oder die meiste Zeit
----------------------------	--	--	---

7 Tage

1	Ich fand es schwer, mich zu beruhigen	0	1	2	3
2	Ich spürte, dass mein Mund trocken war	0	1	2	3
3	Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle erleben	0	1	2	3
4	Ich hatte Atemprobleme (z. B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung)	0	1	2	3
5	Es fiel mir schwer, Dinge in Angriff zu nehmen	0	1	2	3
6	Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren	0	1	2	3
7	Ich zitterte (z. B. an den Händen)	0	1	2	3
8	Ich fühlte mich überreizt	0	1	2	3
9	Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich zum Trotteln machen könnte	0	1	2	3
10	Ich hatte das Gefühl, nichts zu haben, auf das ich mich freuen konnte	0	1	2	3
11	Ich bemerkte, dass ich unruhig wurde	0	1	2	3
12	Ich fand es schwierig, mich zu entspannen	0	1	2	3
13	Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig	0	1	2	3
14	Ich konnte nichts ertragen, was mich von meinen Tätigkeiten abhielt	0	1	2	3
15	Ich fühlte mich einer Panik nahe	0	1	2	3
16	Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern	0	1	2	3
17	Ich fühlte mich als Person nicht viel wert	0	1	2	3
18	Ich fand mich ziemlich empfindlich	0	1	2	3
19	Ich spürte meinen Herzschlag, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. das Gefühl beschleunigten Herzschlags, das Gefühl, dass der Herzschlag aussetzt)	0	1	2	3
20	Ich fühlte mich grundlos ängstlich	0	1	2	3
21	Ich empfand das Leben als sinnlos	0	1	2	3

5a

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Behandlungen.

5 Jahre

1 Waren Sie jemals wegen substanzbezogener Störungen in Behandlung?	Ja	→	Ja	→	Wie viele ambulante oder tagesklinische Behandlungen haben Sie in den letzten 5 Jahren gemacht? † Achtung: Eine Behandlung besteht aus mehreren Terminen oder Sitzungen. Schreiben Sie nicht die Anzahl an Sitzungen auf, sondern die Anzahl der vollständig abgeschlossenen Behandlungen.
	Nein	→	Nein	→	
				Wie viele stationäre Behandlungen haben Sie in den letzten 5 Jahren gemacht?	

12 Monate

2 Sind Sie aktuell (oder innerhalb der letzten 12 Monate) in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung gewesen?	Ja		Nein	
---	----	--	------	--

5b

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Medikamente, die Sie von einem Arzt / einer Ärztin verschrieben bekommen haben.

Aktuell

1 Bekommen Sie wegen der Abhängigkeit Medikamente verschrieben?	Ja	→	Welche?	
	Nein			
2 Bekommen Sie wegen psychiatrischer / psychischer Probleme Medikamente verschrieben?	Ja	→	Welche?	
	Nein			
3 Bekommen Sie wegen anderer Krankheiten Medikamente verschrieben?	Ja	→	Welche?	
	Nein			

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie selber über Ihren Konsum oder Glücksspiel denken.
Bitte beurteilen Sie für jede der folgenden Aussagen, wie sehr sie auf Sie zutrifft.

T
Aktuell

Mein Substanzkonsum		trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft sehr zu
1	. . . . ist ein Problem für mich.	<input type="checkbox"/>				
2	. . . . schadet mir mehr als er nützt.	<input type="checkbox"/>				
3	. . . . verursacht Konflikte mit dem Gesetz.	<input type="checkbox"/>				
4	. . . . verursacht Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder meiner Arbeit nachzugehen.	<input type="checkbox"/>				
5	. . . . verursacht Ärger mit Familie oder Freunden.	<input type="checkbox"/>				
6	. . . . verursacht Schwierigkeiten, einen Job zu finden oder zu behalten.	<input type="checkbox"/>				
7	. . . . verursacht gesundheitliche Probleme.	<input type="checkbox"/>				
8	. . . . macht meine Lebenssituation schlechter und schlechter.	<input type="checkbox"/>				
9	. . . . wird mich umbringen, wenn ich nicht bald aufhöre.	<input type="checkbox"/>				
Die folgenden Fragen gehen darüber, was Sie über Hilfe und Behandlung bzgl. Ihres Substanzkonsums oder Glücksspiel denken. Wenn Sie sich bereits in Behandlung befinden, beziehen sich die folgenden Fragen auf diese aktuelle Behandlung.		trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft sehr zu
10	Ich brauche Hilfe, um meinen Substanzkonsum in den Griff zu bekommen.	<input type="checkbox"/>				
11	Ich habe im Moment zu viele andere Verpflichtungen, um in Behandlung zu gehen.	<input type="checkbox"/>				
12	Eine Behandlung wäre zu anstrengend für mich.	<input type="checkbox"/>				
13	Ich brauche unbedingt sofort Hilfe, um mit meinem Substanzkonsum fertig zu werden.	<input type="checkbox"/>				
14	Eine Behandlung könnte die letzte Chance für mich sein, meine Probleme in den Griff zu bekommen.	<input type="checkbox"/>				
15	Ich habe genug von den Problemen, die durch meinen Substanzkonsum verursacht werden.	<input type="checkbox"/>				
16	Um die Probleme mit meinem Substanzkonsum zu lösen, gebe ich meinen Freundes- und Bekanntenkreis auf.	<input type="checkbox"/>				
17	In Behandlung zu gehen wird mir nicht viel helfen.	<input type="checkbox"/>				
18	Ich habe vor, längere Zeit in Behandlung zu bleiben.	<input type="checkbox"/>				
19	Ich kann ohne Hilfe mit dem Substanzkonsum aufhören.	<input type="checkbox"/>				
20	Ich gehe nur in Behandlung, weil mich jemand anders dazu drängt.	<input type="checkbox"/>				
21	Mein Leben ist außer Kontrolle geraten.	<input type="checkbox"/>				
22	Eine Behandlung kann mir wirklich helfen.	<input type="checkbox"/>				
23	Ich will mein Leben wieder in den Griff bekommen.	<input type="checkbox"/>				
24	Ich will in Behandlung sein.	<input type="checkbox"/>				

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Schwierigkeiten, die Sie in verschiedenen Lebensbereichen gehabt haben. Geben Sie an, wie oft Probleme vorkamen oder wie sehr Sie sich in den *letzten 30 Tagen* dadurch eingeschränkt gefühlt haben.

Die Rating-Skala ist wie folgt:

0 = Keine Schwierigkeiten oder nicht zutreffend.

1 = Selten Schwierigkeiten oder leichte Einschränkung

2 = Manchmal Schwierigkeiten oder mäßige Einschränkung

3 = Häufig Schwierigkeiten oder erhebliche Einschränkung

4 = Immer Schwierigkeiten oder volle Einschränkung

Nicht /
Kein /
Nicht
zutref-
fend Selten /
Leichte Manch-
mal /
Mäßige Häufig /
Erhebli-
che Immer /
Volle

30 Tage

1	Hatten Sie Schwierigkeiten mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin? (Oder war es schwierig, keinen Partner zu haben?)	0	1	2	3	4
2	Gab es Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem(n) Kind(ern)?	0	1	2	3	4
3	Hatten Sie Schwierigkeiten mit Familie oder Freunden?	0	1	2	3	4
4	Hatten Sie Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem Arbeitgeber/Ihrer Arbeitgeberin, Fachkräften, Dienstleistern oder Personal des Gesundheitswesens?	0	1	2	3	4
5	War es schwierig für Sie, mit anderen Menschen Kontakt zu knüpfen oder umzugehen?	0	1	2	3	4
6	Hatten Sie Schwierigkeiten bei Ihrer Arbeit oder Ausbildung?	0	1	2	3	4
7	Hatten Sie Schwierigkeiten, mit Ihrem Geld auszukommen?	0	1	2	3	4
8	War es schwierig für Sie, Freizeitaktivitäten zu unternehmen oder sich freie Zeit zu nehmen (z. B. Sport treiben, sich entspannen)?	0	1	2	3	4
9	Hatten Sie Schwierigkeiten, spirituellen oder religiösen Aktivitäten nachzugehen (z.B. religiö- se oder spirituelle Gemeinschaften, andere Aktivitäten zur Sinnfindung)	0	1	2	3	4
10	Waren Sie wohnungslos oder gab es andere Schwierigkeiten bzgl. Ihrer Wohnsituation?	0	1	2	3	4
11	War es schwierig für Sie, Haushaltsaufgaben wie Einkaufen, Vorbereiten von Mahlzeiten oder Hausarbeit zu erledigen?	0	1	2	3	4
12	War es schwierig für Sie, sich selbst zu versorgen, also sich zu waschen, den Körper zu pflegen oder sich zu kleiden?	0	1	2	3	4
13	War es schwierig für Sie, für einen sicheren Schlafplatz oder schützende Kleidung zu sorgen?	0	1	2	3	4
14	War es schwierig für Sie, sich gesund zu ernähren und sich fit zu halten?	0	1	2	3	4
15	War es schwierig für Sie, ärztliche Ratschläge einzuhalten oder bei der Behandlung mit- zuarbeiten? Vermieden Sie Arztbesuche, auch wenn sie nötig gewesen wären?	0	1	2	3	4
16	Hatten Sie ungeschützte sexuelle Kontakte mit wechselnden Partnern, beteiligten Sie sich unter Drogen- (oder Alkohol-) Einfluss am Straßenverkehr oder benutzten Sie unsterile Spritzen?	0	1	2	3	4
17	War es schwierig für Sie, die tägliche Routine zu planen, zu handhaben und zu bewälti- gen?	0	1	2	3	4
18	War es schwierig für Sie, in schwierigen Situationen mit Stress umzugehen oder bei Aufgaben, die besondere Verantwortung erfordern, mit Druck umzugehen?	0	1	2	3	4
19	War es schwierig für Sie etwas Neues zu lernen, oder Probleme zu lösen, oder Entschei- dungen zu treffen?	0	1	2	3	4

8. Umstände

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Umstände, die einen negativen Einfluss auf die Wiederherstellung Ihrer Gesundheit oder auf die Veränderung Ihres Alkohol- oder Drogenkonsums oder Ihres Glücksspiel haben. Die Fragen beziehen sich auf die *letzten 30 Tage*.

Die Rating-Skala ist wie folgt:

- 0 = Kein negativer Einfluss oder nicht vorhanden
- 1 = Leichter negative Einfluss
- 2 = Mäßiger negative Einfluss
- 3 = Erheblicher negative Einfluss
- 4 = Außerordentlicher negativer Einfluss

Kein / Nicht vorhan- den	Leicht	Mäßig	Erheblich	Außeror- dentlich
-----------------------------------	--------	-------	-----------	----------------------

30 Tage

1	Gibt es in Ihrem Umfeld Menschen, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben?	0	1	2	3	4
2	Haben Sie im letzten Jahr eine zentrale Bezugsperson verloren, z. B. durch Tod oder Scheidung und hat das einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation?	0	1	2	3	4
3	Haben Sie mit allgemeinen gesellschaftlichen Haltungen gegenüber Menschen mit psychischen Problemen zu tun, die einen negativen Einfluss auf ihre Rehabilitation haben?	0	1	2	3	4
4	Haben Sie Kontakte in einem juristischen Kontext oder gibt es rechtliche Maßnahmen, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben?	0	1	2	3	4
5	Gibt es andere Umstände, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben? Wenn das auf Sie zutrifft, schreiben Sie die negativen Umstände auf. Kreuzen Sie an, wie groß der negative Einfluss ist. Wenn es keine sonstigen negativen Faktoren gibt, kreuzen Sie eine "0" an.	0	1	2	3	4

9. Abschlussfragen

Die letzten Fragen beziehen sich auf das Ausfüllen des Fragebogens und auf mögliche folgende Schritte.

	trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft sehr zu
1 Ich habe die Fragen gut verstanden.	<input type="checkbox"/>				
2 Das Ausfüllen war einfach für mich.	<input type="checkbox"/>				
3 Ich finde, dass die Fragen wichtig für die Beschreibung meiner Probleme sind.	<input type="checkbox"/>				
4 Ich finde, dass es zu viele Fragen sind.	<input type="checkbox"/>				
5 Wie viele Minuten haben Sie ungefähr für das Ausfüllen gebraucht?	.....	Minuten			
6 Wenn Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen hatten, welche waren das?					
7 Gibt es noch Dinge, die nicht zur Sprache gekommen sind, die aber wichtig wären um Sie zu beraten?	Ja	Welche?			Nein



Datum	t	t	m	m	j	j
-------	---	---	---	---	---	---

Personencode					
--------------	--	--	--	--	--

MATE Modul	MATE-Q Modul	Kennwert	Berechnungsanweisung	Wertebereich	Wert	Cut-off [MD]: benutzt für die MATE-Dimensionskennwerte
2. Indikatoren für psychiatrische oder medizinische Konsultation	3. Körperliche und psychische Beschwerden	Somatische Komorbidität [S2.1]	Summe der Ja-Antworten (pro Ja 1 Punkt) der Items körperliche Beschwerden (b#3), Intoxikation (b#4), Körperliche Erkrankungen (b#2) und Schwangerschaft (b#1).	0 - 4		
	5. Vorherige Behandlung und verschriebene Medikamente	In psychologischer oder psychiatrischer Behandlung [S2.2]	1 Punkt für Medikamente wegen psychiatrischer/psychischer Probleme (b#2), 1 Punkt für aktuelle psych. Behandlung (a#2). Bilden Sie die Summe.	0 - 2		= 2[MD]
	3. Körperliche und psychische Beschwerden	Psychiatrische Komorbidität [S2.3]	2 Punkte für Suizidversuch Plan/Ausführung (b#7), 1 Punkt für jedes Ja bei Halluzinationen (b#8), Wahn (b#9) und Verwirrtheit (b#5). Bilden Sie die Summe.	0 - 5		≥ 2[MD]
4. Störungen im Substanzkonsum und abhängigen Verhaltensweisen	MATE-S	DSM-5: Der Schweregrad der Störung in Bezug auf den Konsum der Primären Problemsubstanz [S4a.1]	Modul 4a: Bilden Sie die Summe der Ja-Antworten aller Items.	0 - 11		2-3: leicht, 4-5: mittel, 6 oder mehr: schwer
		DSM-5: Der Schweregrad des Pathologischen Glücksspiel [S4b.1]	Modul 4b: Bilden Sie die Summe der Ja-Antworten aller Items.	0 - 9		4-5: leicht, 6-7: mittel, 8-9: schwer
		Schweregrad der Abhängigkeit [S4.3]	Modul 4a: Bilden Sie die Summe der Ja-Antworten aller Items außer Item 1 und Item 4.	0 - 9		≥ 8[MD]
5. Körperliche Beschwerden	3. Körperliche und psychische Beschwerden	Körperliche Beschwerden [S5.1]	Summe der 10 Itemantworten aus Teil a.	0 - 40		
7+8	7. Schwierigkeiten und Probleme	Beeinträchtigungen – Total [S7.1]	Summe der 19 Items, die Leistungsbeeinträchtigung erfassen.	0 - 76		
		Beeinträchtigungen – Grundanforderungen [S7.2]	Summe der Werte der 8 Items: #10 Wohnraum beschaffen und erhalten; #11 Haushaltsaufgaben; #12 Selbstversorgung; #13 Für seinen physischen Komfort sorgen; #14 Ernährung und Fitness handhaben; #15 Aufsuchen und Einhalten von Beratung und Behandlung im Gesundheitswesen; #16 Sich schützen vor Gesundheitsrisiken durch riskantes Verhalten; #17 Die tägliche Routine durchführen.	0 - 32		≥ 12[MD]
		Beeinträchtigungen – Beziehungen [S7.3]	Summe der Werte der 5 Items: #1 Intime Beziehungen; #2 Eltern-Kind Beziehungen; #3 Informelle soziale Beziehungen und Familienbeziehungen; #4 Formelle Beziehungen; #5 Allgemeine interpersonelle Interaktionen.	0 - 20		
	8. Umstände	Barrieren [S8.2]	Summe der Werte der 5 Items: #1 Partner usw.; #2 Beziehungsverlust; #3 Gesellschaftliche Einstellungen; #4 Dienste der Rechtspflege; #5 Andere Umweltfaktoren	0 - 20		≥ 10[MD]
Q1. Substanzen: Verlangen	2. Verlangen nach Substanzen oder Glücksspiel	Verlangen [SQ1.1]	Bilden Sie die Summe der 5 Items.	0 - 20		≥ 12[MD]
Q2. Depression, Angst und Stress	4. Depression, Angst und Stress	Depression [SQ2.1]	Bilden Sie die Summe der Items #3, #5, #10, #13, #16, #17, #21 und nehmen das Ergebnis mal 2.	0 - 42		≥ 21
		Angst [SQ2.2]	Bilden Sie die Summe der Items #2, #4, #7, #9, #15, #19, #20 und nehmen das Ergebnis mal 2.	0 - 42		≥ 15
		Stress [SQ2.3]	Bilden Sie die Summe der Items #1, #6, #8, #11, #12, #14, #18 und nehmen das Ergebnis mal 2.	0 - 42		≥ 26
		Depression Angst Stress - Totalscore [SQ2.4]	Bilden Sie die Summe der drei Skalenwerte für Depression, Angst und Stress.	0 - 126		≥ 60[MD]
Q3. Behandlungsmotivation	6. Behandlungsmotivation	Kodierung der Items:	Kodieren Sie die Items #11, #12, #17, #19, #20 von 5 (trifft nicht zu) bis 1 (trifft sehr zu). Kodieren Sie alle übrigen Items von 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft sehr zu).			
		Problemerkennung Allgemein [SQ3.1]	Summe der 4 Item-Kennwerte (#1, #2, #8, #9). Dividieren Sie durch 4.	1 - 5		≤ 2,25
		Problemerkennung Spezifisch [SQ3.2]	Summe der 5 Item-Kennwerte (#3, #4, #5, #6, #7). Dividieren Sie durch 5.	1 - 5		≤ 2,25
		Hilfewunsch [SQ3.3]	Summe der 7 Item-Kennwerte (#10, #13, #15, #16, #19, #21, #23). Dividieren Sie durch 7.	1 - 5		≤ 3,0
		Behandlungsbereitschaft [SQ3.4]	Summe der 8 Item-Kennwerte (#11, #12, #14, #17, #18, #20, #22, #24). Dividieren Sie durch 8.	1 - 5		≤ 3,0
		Validitätsindex	Bilden Sie die Summe der Items #10, #17, #19, #22, wobei 1 "sicher nicht einverstanden" und 5 "sicher einverstanden" bedeutet.	4 - 20		<=6 oder >=18

