

### Basisparameter 1. Psychopharmakon (für jedes aktuell verordnete Psychopharmakon separat auszufüllen)

1. vom Interviewer einzutragen: 1. Handelsname: .....	2. vom Interviewer einzutragen: 2. Wirkstoff: .....
3. vom Interviewer einzutragen: Pharmazentralnummer: ..... (Antwort) <input type="checkbox"/> _9 unbekannt	
4. vom Interviewer einzutragen: Welcher Stoffklasse wird das Psychopharmakon zugeordnet? <input type="checkbox"/> _01 Neuroleptika/ Antipsychotika <input type="checkbox"/> _02 Antidepressiva <input type="checkbox"/> _03 Benzodiazepine <input type="checkbox"/> _04 Lithium <input type="checkbox"/> _05 Antiepileptika <input type="checkbox"/> _06 Anxiolytika/ Hypnotika/ Sedativa* <input type="checkbox"/> _07 Psycho- stimulanzien <input type="checkbox"/> _08 Antiparkinson- mittel <input type="checkbox"/> _09 Antidementiva <input type="checkbox"/> _10 zur Behandlung von Suchterkrankungen * Exklusive Benzodiazepine	
5. vom Interviewer einzutragen: Unterteilung der Stoffklassen <input type="checkbox"/> _00 Keine weitere Unterteilung möglich  5.1. falls Neuroleptikum <input type="checkbox"/> _01 „typisches“ <input type="checkbox"/> _02 „atypisches“    5.1.1. Potenz- angabe <input type="checkbox"/> _01 „nieder-“ <input type="checkbox"/> _02 „mittel-“ <input type="checkbox"/> _03 „hoch- potentes“  5.2. falls Antidepressivum** <input type="checkbox"/> _01 NSMRI <input type="checkbox"/> _02 SSRI <input type="checkbox"/> _03 SNRI <input type="checkbox"/> _04 MAOH <input type="checkbox"/> _05 NaSSA <input type="checkbox"/> _06 NDRI <input type="checkbox"/> _07 NARI <input type="checkbox"/> _08 Sonstige  5.3. falls Benzodiazepine <input type="checkbox"/> _01 Anxiolytika <input type="checkbox"/> _02 Antiepileptika <input type="checkbox"/> _03 Hypnotika/Sedativa  <small>**NSMRI (Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer), SSRI (Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer), SNRI (Selektiver Serotonin-Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer), MAOH (Monoaminoxidasehemmer), NaSSA (Noradrenalin-Serotonin selektives Antidepressivum), NDRI (Selektiver Noradrenalin-Dopamin Wiederaufnahmehemmer), NARI (Selektiver Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer)</small>	
6. Seit wann wird das Psychopharmakon eingenommen? <input type="checkbox"/> _01 seit weniger als 3 Monaten <input type="checkbox"/> _02 seit 3 bis unter 6 Monaten <input type="checkbox"/> _03 seit 6 bis unter 12 Monaten <input type="checkbox"/> _04 seit 1-2 Jahren <input type="checkbox"/> _05 seit 3-5 Jahren <input type="checkbox"/> _06 seit mehr als 5 Jahren <input type="checkbox"/> _9 unbekannt	
7. Nicht bei Angehörigen: Wurde das Psychopharmakon schon vor dem Einzug in die Wohneinrichtung verordnet? <input type="checkbox"/> _00 nein <input type="checkbox"/> _01 ja <input type="checkbox"/> _9 unbekannt	
8. 8.1. Ist die Dauer der Einnahme zeitlich begrenzt? <input type="checkbox"/> _00 nein <input type="checkbox"/> _01 ja <input type="checkbox"/> _9 unbekannt    8.2. Falls ja, wie lange? ..... Tage	
9. Wie hoch ist die tägliche Gesamtdosis? ..... mg/ml	
10. In welcher Darreichungsform wird das Psychopharmakon verabreicht? <input type="checkbox"/> _01 oral <input type="checkbox"/> _02 intravenös <input type="checkbox"/> _03 intramuskulär <input type="checkbox"/> _04 subkutan <input type="checkbox"/> _05 sonstiges <input type="checkbox"/> _9 unbekannt	
11. Wird das Psychopharmakon als Depot (z.B. intramuskulär alle 2-4 Wochen) verabreicht? <input type="checkbox"/> _00 nein <input type="checkbox"/> _01 ja <input type="checkbox"/> _9 unbekannt	
12. Wird das Psychopharmakon als Bedarfsmedikation verordnet? <input type="checkbox"/> _00 nein <input type="checkbox"/> _01 ja <input type="checkbox"/> _9 unbekannt	

## Allgemeines Interview Psychopharmaka

13. Ist Ihnen der Grund für die Verschreibung des jeweiligen Psychopharmakons bekannt?

Bitte Namen des Psychopharmakons eintragen:

13.1. Bitte Verschreibungsgrund angeben:

13.1.1. falls nicht psychiatrisch, bitte angeben

- |         |   |   |       |  |
|---------|---|---|-------|--|
| 1. .... | <input type="checkbox"/> <sub>00</sub> nein | <input type="checkbox"/> <sub>01</sub> ja | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>01</sub> nicht psychiatrisch |
| 2. .... | <input type="checkbox"/> <sub>00</sub> nein | <input type="checkbox"/> <sub>01</sub> ja | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>01</sub> nicht psychiatrisch |
| 3. .... | <input type="checkbox"/> <sub>00</sub> nein | <input type="checkbox"/> <sub>01</sub> ja | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>01</sub> nicht psychiatrisch |
| 4. .... | <input type="checkbox"/> <sub>00</sub> nein | <input type="checkbox"/> <sub>01</sub> ja | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>01</sub> nicht psychiatrisch |

14. Werden Medikamente zur Behandlung von unerwünschten Wirkungen verordnet?

<sub>00</sub> nein    <sub>01</sub> ja    <sub>.9</sub> unbekannt

Falls ja: Welche Medikamente?

14.1..... (bitte eintragen)

14.2..... (bitte eintragen)

15. Wer hat die Psychopharmaka **zuletzt** verordnet?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Psychiater/Nervenarzt  | <input type="checkbox"/> <sub>05</sub> Kinderarzt                                       |
| <input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Psychiater mit besonderer Erfahrung in Behandlung von Menschen mit intellektueller Behinderung | <input type="checkbox"/> <sub>06</sub> Allgemeinarzt                                    |
| <input type="checkbox"/> <sub>03</sub> Neurologe  | <input type="checkbox"/> <sub>07</sub> Sonstiger Facharzt<br>.....(bitte spezifizieren) |
| <input type="checkbox"/> <sub>04</sub> Facharzt für Psychiatrie und Neurologie  | <input type="checkbox"/> <sub>.9</sub> unbekannt  |

16. Erfolgt die Verschreibung bei einem Psychopharmakon „Off label“, d.h. außerhalb der Zulassung?

<sub>00</sub> nein    <sub>01</sub> ja    <sub>.9</sub> unbekannt

Falls ja: Bei welchem Psychopharmakon erfolgte die Verschreibung „Off label“?

16.1. .... (bitte eintragen)

16.2. .... (bitte eintragen)

16.3. .... (bitte eintragen)

17. Findet ein Monitoring (Laborparameter, apparative Untersuchungen) für die Psychopharmaka statt?

<sub>00</sub> nein    <sub>01</sub> ja, für alle Psychopharmaka    <sub>02</sub> ja, aber nur für Lithium    <sub>03</sub> nicht erforderlich, da Bedarfsmedikation    <sub>.9</sub> unbekannt

17.1. Falls ja: Durch wen wird das Monitoring durchgeführt? <sub>.9</sub> unbekannt

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Psychiater  | <input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Psychiater mit besonderer Erfahrung in Behandlung von Menschen mit intellektueller Behinderung |
| <input type="checkbox"/> <sub>03</sub> Neurologe   | <input type="checkbox"/> <sub>04</sub> Facharzt für Psychiatrie und Neurologie  |
| <input type="checkbox"/> <sub>05</sub> Kinderarzt  | <input type="checkbox"/> <sub>06</sub> Allgemeinarzt  |
| <input type="checkbox"/> <sub>07</sub> Sonstiger Facharzt<br>..... (bitte spezifizieren) | <input type="checkbox"/> <sub>08</sub> Sonstige nichtärztliche Person<br>..... (bitte spezifizieren)                                  |

Bitte Namen des  
Psychopharmakons eintragen: 1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....

18. Gab es im letzten Jahr Dosisanpassungen?

Dosiserhöhung	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _01
Dosisabsenkung	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _02
Dosiserhöhung und -absenkung	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _03
Keine Dosisveränderung	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _04
unbekannt	<input type="checkbox"/> _9	<input type="checkbox"/> _9	<input type="checkbox"/> _9	<input type="checkbox"/> _9	<input type="checkbox"/> _9

18.1. Falls es eine Dosisanpassung gab, was waren die Ursachen für diese Anpassung?

Wirksamkeit	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _01
Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _02	<input type="checkbox"/> _02
Wirksamkeit und Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _03	<input type="checkbox"/> _03
sonstiges	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _04	<input type="checkbox"/> _04

18.2. Falls es eine Dosisabsenkung gab, ist diese Teil eines kontrollierten Absetzversuchs?

nein	<input type="checkbox"/> _00	<input type="checkbox"/> _00	<input type="checkbox"/> _00	<input type="checkbox"/> _00	<input type="checkbox"/> _00
ja	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _01	<input type="checkbox"/> _01
unbekannt	<input type="checkbox"/> _9	<input type="checkbox"/> _9	<input type="checkbox"/> _9	<input type="checkbox"/> _9	<input type="checkbox"/> _9
nicht zutreffend	<input type="checkbox"/> _8	<input type="checkbox"/> _8	<input type="checkbox"/> _8	<input type="checkbox"/> _8	<input type="checkbox"/> _8

19. Fand im letzten Jahr eine Medikamentenumstellung im Rahmen eines stationären Klinikaufenthaltes statt?

\_00 nein    \_01 ja    \_9 unbekannt

20. Wurde im letzten Jahr die Einnahme eines oder mehrerer Psychopharmaka verweigert?

<input type="checkbox"/> _00 nie	<input type="checkbox"/> _03 sehr oft (einmal pro Woche)
<input type="checkbox"/> _01 selten (1-6 mal im letzten Jahr)	<input type="checkbox"/> _04 häufig (fast bei jeder Einnahme)
<input type="checkbox"/> _02 oft (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> _9 unbekannt

21.1. Sind zur Behandlung der angegebenen Verschreibungsgründe mehrere regulär einzunehmende Psychopharmaka eingesetzt (exkl. Bedarfsmedikation)?

\_00 nein    \_01 ja    \_9 unbekannt

21.2. Sind zur Behandlung der Verschreibungsgründe mehrere Psychopharmaka (inkl. Bedarfsmedikation) eingesetzt?

\_00 nein    \_01 ja    \_9 unbekannt    \_8 nicht zutreffend/keine Bedarfsmedikation eingesetzt

22. Sind zur Behandlung der psychiatrischen Verschreibungsgründe weitere **Pharmaka** verordnet?

<sub>00</sub> nein <sub>01</sub> ja <sub>9</sub> unbekannt

22.1. Falls ja: Welches Pharmakon?

22.2. Zur Behandlung welcher psychischen Störung, welchen Problemverhaltens oder welchen Zielsymptoms?

22.1.1.....

22.2.1.....

22.1.2.....

22.2.2.....

22.1.3.....

22.2.3.....

22.3. Bitte ordnen Sie die Pharmaka den folgenden Kategorien zu:

	22.3.1.	22.3.2.	22.3.3.
Hochdosierte Betablocker (z.B. Atenolol, Propanol)	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
Opioidantagonisten (z.B. Naloxon, Naltrexon)	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>
Melatonin	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
Clonidin	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>
Sonstige .....(bitte spezifizieren)	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>
nicht zutreffend	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>-8</sub>

Bitte Namen des Psychopharmakons eintragen: 1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. ....

23. Wird ein Psychopharmakon als Bedarfsmedikation eingesetzt?

	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
23.1. Wie hoch ist die Einzeldosis?	.....mg/ml	.....mg/ml	.....mg/ml	.....mg/ml	.....mg/ml
23.2. Wie häufig darf das PP täglich gegeben werden?	.....mal	.....mal	.....mal	.....mal	.....mal

23.3. Wann wurde die Bedarfsmedikation zuletzt eingesetzt?

in der letzten Woche	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>
in den letzten 4 Wochen	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>
in den letzten 3 Monaten	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
im letzten halben Jahr	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub>
im letzten Jahr	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>05</sub>
vor mehr als einem Jahr	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub>
noch nie eingesetzt	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>07</sub>
unbekannt	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>