

## Datenerhebung zur Qualitätskontrolle der beschränkten medizinischen Anwendung von Psychedelika (PAT)

Die PAT ist in der Schweiz mit einer Ausnahmebewilligungen des BAG möglich. Die PAT ist keine Standardbehandlung. Zudem kommen sonst verbotene und nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel zur Anwendung. Eine gute Dokumentation der Wirksamkeit und allfälliger unerwünschter Wirkungen dieser Behandlungen bei möglichst jedem/jeder Patient\*in ist für die Behandler\*innen und für die bewilligende Behörde daher wichtig. Das BAG verlangt am Ende der Behandlung einen Bericht. Zudem führt das Universitätsspital Basel zusammen mit der Schweizerischen Ärztegesellschaft für Psycholytische Therapie (SÄPT) die vorliegende Befragung zur Dokumentation der Behandlungen durch.

Bitte beantworten Sie als Behandler\*in die nachfolgenden Fragen **einmal am Ende jeder BAG-Bewilligung nach maximal einem Jahr für jeden/jede Patienten\*in**. Bitte erstellen Sie einen Bericht pro Substanz.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen (**einer pro Patient\*in und für jede Substanz/BAG-Bewilligung**) als Word oder PDF oder Scan per Post oder E-Mail an Herrn Prof. Dr. med. Matthias Liechti (matthias.liechti@usb.ch, Klinische Pharmakologie, Universitätsspital Basel, Schanzenstrasse 55, 4056 Basel).

Datum:

Name Bewilligungsinhaber\*in: \_\_\_\_\_

Erstbewilligung/erste Behandlung

Verlängerung einer bestehenden Bewilligung/Behandlung

### A. PATIENTENCHARAKTERISTIKA:

Jahrgang Patient\*in: \_\_\_\_\_

Biologisches Geschlecht Patient\*in:

männlich

weiblich

intergeschlechtlich

Diagnose (Behandlungsgrund):

Nebendiagnosen (max. 3):

  
  

Aktuelle Psychopharmaka:

\_\_\_\_\_ pausiert vor Sitzung: Nein  Ja

\_\_\_\_\_ pausiert vor Sitzung: Nein  Ja

\_\_\_\_\_ pausiert vor Sitzung: Nein  Ja

\_\_\_\_\_ pausiert vor Sitzung: Nein  Ja



**C. CLINICAL GLOBAL IMPRESSION (CGI) (für alle Diagnosen zusammen)**

<b>1. Schweregrad der Krankheit (VOR PAT)</b>  Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht und geben Sie an, wie <b>hoch Sie den Grad der (seelischen) Erkrankung des/der Patienten*in vor Beginn der aktuellen Behandlung (max. 12 Monate)</b> einschätzen.	<b>2. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (NACH PAT)</b>  Beurteilen Sie die <b>Zustandsänderung insgesamt</b> , also nicht nur das Ergebnis der Substanzbehandlung. Bitte vergleichen Sie den jetzigen Zustand des/der Patienten*in mit dem zu Beginn der Behandlung <b>im Rahmen der aktuellen Bewilligung (max. 12 Monate)</b> und geben Sie an, inwiefern sich das Krankheitsbild des/der Patienten*in während dieser Zeitspanne geändert hat.
<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
<input type="checkbox"/> Patient*in ist überhaupt nicht krank	<input type="checkbox"/> Zustand ist sehr viel besser
<input type="checkbox"/> Patient*in ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	<input type="checkbox"/> Zustand ist viel besser
<input type="checkbox"/> Patient*in ist nur leicht krank	<input type="checkbox"/> Zustand ist nur wenig besser
<input type="checkbox"/> Patient*in ist mässig krank	<input type="checkbox"/> Zustand ist unverändert
<input type="checkbox"/> Patient*in ist deutlich krank	<input type="checkbox"/> Zustand ist etwas schlechter
<input type="checkbox"/> Patient*in ist schwer krank	<input type="checkbox"/> Zustand ist viel schlechter
<input type="checkbox"/> Patient*in gehört zu den extrem schwer Kranken	<input type="checkbox"/> Zustand ist sehr viel schlechter
<b>3. Wirksamkeits-Index</b>	
Bitte beurteilen Sie das Verhältnis von therapeutischem Effekt und auftretenden Nebenwirkungen <b>während aktueller Bewilligungsdauer von max. 12 Monaten.</b>	
<b>3.1. Therapeutische Wirksamkeit (gewünschte Arzneiwirkungen)</b>	<b>3.2. Unerwünschte Wirkungen (Therapie – Risiken)</b>
<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar
<input type="checkbox"/> Sehr gut – umfassende Besserung. Vollständige oder fast vollständige Remission aller Symptome	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Mässig – deutliche Besserung. Teilweise Remission der Symptome.	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigen den/die Patienten*in nicht wesentlich
<input type="checkbox"/> Gering – leichte Besserung. Eine weitere Behandlung des Patienten ist dennoch nötig.	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigen den/die Patienten*in wesentlich
<input type="checkbox"/> Zustand unverändert oder verschlechtert	<input type="checkbox"/> Überwiegen die therapeutische Wirksamkeit

**D. SPEZIFISCHE UNERWÜNSCHTE WIRKUNGEN (während Bewilligungsdauer von max. 12 Monaten)**

		Schweregrad (1-3)
Kopfschmerzen am Behandlungstag (BT):	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/>	█
Übelkeit (am BT):	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/>	█
Herzklopfen/Druck auf der Brust (am BT):	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/>	█
Schlafprobleme (am BT + Tag danach):	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/>	█
Angst/Panik (am BT):	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/>	█
Psychische Destabilisierung* (1. Monat nach dem BT):	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/>	█
Suizidgedanken (1. Monat nach dem BT):	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/>	█
Suizidalität (Planung/Handlung; irgendwann):	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/>	█
Flashbacks** (irgendwann)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/>	█

(\* vermehrte Ängste, Unruhe, Depression etc.; \*\* kurze (Sekunden – Minuten) Wiederholung positiver oder negativer Elemente einer Substanzerfahrung)

Andere unerwünschte Wirkungen? Wenn ja, bitte ausführen:

---



---



---



---



---



---



---