

A	B	C	D	E	F	G	H	I/J	K	L	M	N	O	P/Q	R	S	Sch	T	U	V	W	X/Y	Z
---	---	---	---	---	---	---	---	-----	---	---	---	---	---	-----	---	---	-----	---	---	---	---	-----	---

Stammdaten (Pflichtangaben: EBIS-Code, Geschlecht, Geburtsdatum oder Alter, 1. Staatsangehörigkeit, Betreuungsbeginn)

EBIS-Code (max.12 Stellen)		Zuständ. Mitarbeiter/in	
Geburtsdatum		Geschlecht	① Männlich ② Weiblich
Geburtsort		Alter (Falls Geburtsdatum unbekannt)	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
1. Staatsangehörigkeit		aktuell gültig	<input type="checkbox"/>
2. Staatsangehörigkeit		aktuell gültig	<input type="checkbox"/> (nur bei Migranten)
Betreuungsbeginn		Betreuungsende	

Weitere optionale Informationen – nur für den internen Gebrauch der Einrichtung

Adresse des Klienten

Name / Geburtsname		Vorname	
Straße / Hausnummer		Stadtteil / Bezirk	
PLZ		Telefon 1	
Wohnort		Telefon 2	
Email		Telefax	

Adresse der Bezugsperson (z.B. Angehörige) Name:

Straße / Hausnummer		Stadtteil / Bezirk	
PLZ		Telefon 1	
Wohnort		Telefon 2	
Email		Telefax	

Adresse der Kontaktperson (z.B. Haus-/Arzt) Name:

Straße / Hausnummer		Stadtteil / Bezirk	
PLZ		Telefon 1	
Wohnort		Telefon 2	
Email		Telefax	

Sonstige Klienteninformationen

Rentenversicherungsträger		Krankenkasse	
RV-Nummer		KV-Nummer	
Letzter Arbeitgeber		KV-Status	
Zuständige Arbeitsagentur		Stammnummer	
Zuständiges Sozialamt		MSNR / BKZ	

Einrichtungsspezifische Zusatzfragen zu den Stammdaten

Z1 (Numerisch)	<input type="text"/>	Z2 (Datum)	<input type="text"/>	Z3 (Logisch)	Falsch (F) <input type="checkbox"/> Wahr (T) <input type="checkbox"/>
-----------------------	----------------------	-------------------	----------------------	---------------------	---

Basisdaten (Frage 1-2) – auch für Einmalkontakte

1. Art der Kontaktaufnahme (beim Erstkontakt) (optional)	<input type="checkbox"/>
1 face to face 2 per Telefon 3 per Brief / Fax 4 per E-mail / SMS 5 per Online-Chat	

2. Gründe für Kontaktaufnahme

a) primärer Betreuungsgrund (1-11 jeweils eigene Problematik)	a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) sekundärer Betreuungsgrund (optional) (1-11 jeweils eigene Problematik)	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

- | | |
|---|---|
| 1 Psychische Erkrankung, allgemeine Psychiatrie | 7 Körperliche Erkrankung / Behinderung |
| 2 Psychische Erkrankung, Gerontopsychiatrie | 8 Selbstversorgungsprobleme |
| 3 Substanzbezogene Suchterkrankung | 9 Probleme in Bereich Familie / Partnerschaft / Soziales Umfeld |
| 4 Pathologisches Spielverhalten | 10 Probleme im Bereich Wohnen / Arbeit / Finanzen / Behörden |
| 5 Essstörung | 11 Sonstige eigene Problematik |
| 6 Geistige Behinderung | 12 Angehörige/r |

Zugangsdaten - ab hier nur noch für Klienten mit 2 und mehr Kontakten)

3. Vermittelnde Instanz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Ohne Vermittlung	12 (Psychiatrisches) Wohnheim / Altenheim / Pflegeheim		
2 Familie / Freunde / Bekannte	13 (Anderer) Sozialpsychiatrischer Dienst		
3 Selbsthilfegruppe	14 Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familienberatung etc.)		
4 Arbeitgeber / Betrieb / Schule	15 Gesundheitsamt		
5 Nervenärztliche Praxis	16 Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt		
6 Andere ärztliche Praxis	17 Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt etc.)		
7 Psychotherapeutische Praxis	18 Agentur für Arbeit / Job-Center		
8 Suchtberatungs- /-behandlungsstelle, Fachambulanz	19 Polizei- / Justiz- / Ordnungsbehörden		
9 (Teil-)stationäre Einrichtung der Suchtrehabilitation	20 Gesetzliche Betreuer / Bevollmächtigter nach BTG		
10 Allgemeines Krankenhaus	21 Kosten-/Leistungsträger		
11 Psychosomatische Klinik	22 Sonstige Personen / Institutionen		

4. Aufnahme aufgrund gesetzlicher Bestimmungen		<input type="checkbox"/>
1 Freiwillige Behandlung	4 Unterbringung nach Psych-KG	
2 §§ 35-38 BTMG	5 Zivilrechtliche Grundlage	
3 Andere strafrechtliche Grundlage	6 Sonstiges	

5. Jemals zuvor problembezogene Hilfe beansprucht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
✓ Wenn ja, in dieser Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
✓ Wenn ja, Jahr der Erstberatung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

6. Ambulante psychiatrische Vorbehandlung(en)		<input type="checkbox"/>
1 Nein	2 Ja	3 Nicht zu ermitteln

7. Stationäre psychiatrische Vorbehandlung(en)		<input type="checkbox"/>
1 Noch keine	2 1-2 Aufnahmen	3 3-5 Aufnahmen
	4 mehr als 5 Aufnahmen	5 Nicht zu ermitteln

8. Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	---

Soziodemographische Angaben

9. Familienstand		<input type="checkbox"/>
1 ledig	4 geschieden	
2 verheiratet, eingetragene Lebensgemeinschaft zusammenlebend	5 verwitwet	
3 Verheiratet, eingetragene Lebensgemeinschaft getrenntlebend		

10. Partnerbeziehung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
-----------------------------	---

11. Lebenssituation	Am Beginn	am Ende (optional)
Allein lebend	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
✓ Wenn nicht allein lebend, lebt zusammen mit		
• Partner(in)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
• Kind(ern)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
• Eltern(-teil)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
• Sonstiger/n Bezugsperson/en	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
• Sonstiger/n Person/en	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

12. Kinder		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der eigenen Kinder unter 18 Jahren im Haushalt			
Anzahl der Kinder im Haushalt unter 18 Jahren			

13. Migrationshintergrund		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
✓ Wenn ja,		<input type="checkbox"/>
1 gute deutsche Sprachkenntnisse	2 schlechte deutsche Sprachkenntnisse	3 sprachliche Verständigung sehr erschwert oder unmöglich

14. Höchster bisher erreichter allgemeinbildender Schulabschluss		<input type="checkbox"/>
1 Derzeit in Schulausbildung	5 Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	
2 Keine abgeschlossene Schulausbildung	6 (Fach-) Hochschulreife / Abitur	
3 Sonderschulabschluss	7 Anderer Schulabschluss	
4 Hauptschul-/ Volksschulabschluss		

15. Höchster bisher erreichter Ausbildungsabschluss		<input type="checkbox"/>
1 Derzeit in betrieblicher oder akademischer Berufsausbildung	4 Meister / Techniker / Fachakademie	
2 Keine betriebliche oder akademische Ausbildung abgeschlossen	5 Hochschulabschluss	
3 Abgeschlossene betriebliche Berufsausbildung	6 Anderer Berufsabschluss	

16. Wohnverhältnis	
a) Am Tag vor Betreuungsbeginn a) <input type="checkbox"/>	
b) Am Tag nach Betreuungsende (optional) b) <input type="checkbox"/>	
1 Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus)	6 JVA, Maßregelvollzug
2 Bei anderen Personen (Freunde/Bekannte/Verwandte)	7 Notunterkunft, Übernachtungsstelle
3 Ambulant Betreutes Wohnen (Einzel-/Paarwohnen/WG)	8 Ohne Wohnung /obdachlos
4 Stationär betreutes Wohnen (z.B. psychiatrisches Wohnheim)	9 Sonstiges
5 Altenheim / Pflegeheim / Wohnheim (nicht-therapeutisch)	

17. Überwiegende Erwerbssituation	
a) Am Tag vor Betreuungsbeginn a) <input type="checkbox"/>	
b) Am Tag nach Betreuungsende (optional) b) <input type="checkbox"/>	
1 Ausbildung / berufsvorbereitende Maßnahme / Umschulung	9 Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)
2 Arbeiter / Angestellter / Beamter	10 Schüler / Student
3 Selbständiger / Freiberufler	11 Hausfrau / Hausmann
4 Sonstige Erwerbsperson (Buftdi, mithelfender Fam.angehöriger)	12 Rentner / Pensionär (Altersrente / Witwenrente)
5 beruflicher Reha / Wiedereingliederungsmaßnahme	13 im Rentenverfahren / Erwerbsminderungsrente
6 Beschütztes Beschäftigungsverhältnis (WfbM etc.)	14 Sonstige Nichterwerbsperson (mit SGB XII-Bezug)
7 In Elternzeit (ohne Beschäftigung)	15 Sonstige Nichterwerbsperson (ohne SGB XII-Bezug)
8 Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	
✓ Wenn erwerbstätig (1-6), Beschäftigungsumfang	a) Am Beginn <input type="checkbox"/> b) am Ende <input type="checkbox"/>
1 Vollzeit berufstätig	3 Teilzeit berufstätig (in Elternzeit)
2 Teilzeit berufstätig (ohne Elternzeit)	4 geringfügig beschäftigt, Minijob

18. Lebensunterhalt	In der Woche vor Betreuungsbeginn	In der Woche nach Betreuungsende
1 Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher/selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2 Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3 Gelegenheitsjobs, unregelmäßige Einkünfte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4 Krankengeld, Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5 Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6 Rente, Pension	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7 Arbeitslosengeld I (SGB III §117)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8 Arbeitslosengeld II (SGB II §19) / Sozialgeld (SGB II §28)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9 Sozialhilfe (u. a. staatliche Leistungen, z.B. AsylbLG, Wohngeld)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10 Elterngeld / Betreuungsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11 Angehörige / Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12 Ersparnisse / Vermögen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13 Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Davon Hauptlebensunterhalt (aus 1-13)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Problembereiche (nur für Klienten mit eigener Symptomatik)

19. Suizidalität		<input type="checkbox"/>
1 Keine Suizidalität	4 Parasuizidalität	
2 Suizidale Tendenzen (Gedanken / Drohungen)	5 Suizidversuch	
3 Selbstverletzendes Verhalten	6 Nicht zu ermitteln	

20. Bedrohungen / Tötlichkeiten		<input type="checkbox"/>
1 Keine Bedrohung / Tötlichkeit	5 Leichte Körperverletzung (Ohrfeigen o.ä.)	
2 Bedrohliches/aggressives Verhalten ohne Tötlichkeit	6 Schwere Körperverletzung (Waffengebrauch o.ä.)	
3 Sachbeschädigung(en) nur bei eigenen Sachen	7 Nicht zu ermitteln	
4 Sachbeschädigung(en) einschließlich fremder Sachen		

21. Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
----------------------------	---

22. Konsum von psychotropen Substanzen		
1 Alkohol	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
2 Opioide	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
3 Cannabis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4 Hypnotika / Sedativa	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5 Kokain	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6 Stimulanzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7 Halluzinogene	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
8 Tabak	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9 Inhalantien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10 Andere psychotrope Substanzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
11 Polytoxes Konsummuster	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

23. Diagnosen (mindestens 3-stellig)	
Psychiatrische Diagnosen	
1. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neurologische Diagnosen	
1. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andere wichtige Diagnosen (keine Fxx.xx-Diagnosen und keine Gxx.xx-Diagnosen)	
1. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

24. Falls keine Diagnose gestellt wurde : Grund, warum		<input type="checkbox"/>
1 Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt	3 Keine ausreichende Qualifikation vorhanden	
2 Keine ausreichenden Informationen vorhanden	4 Andere Gründe	

25. Weitere Problembereiche		<input type="checkbox"/>
1 Finanzen	5 Soziales Bezugsfeld	
2 Arbeit / Beruf	6 Eigene Erkrankung	
3 Wohnung / Unterbringung	7 Sonstiges – und zwar	
4 Familie / Ehe / häusliches Umfeld		

Maßnahmen und Interventionen im Betreuungsverlauf

26. Art der Betreuung					
klientenbezogen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	mit Klient im sozialen Bezugsfeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
mit sozialem Umfeld des Klienten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	institutionenbezogen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Krisenintervention	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			

27. Beteiligte Berufsgruppen im SPDi					
Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Psychologe/in	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sozialarbeiter/in, Sozialpädagoge/in	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Krankenpfleger/-schwester	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

28. (Teil-)Stationäre psychiatrische Aufnahme				<input type="checkbox"/>
1 Keine (teil-)stationäre Aufnahme		3 Vom SPDi empfohlen		
2 Erfolgte ohne SPDi-Beteiligung		4 Vom SPDi aktiv eingeleitet		

29. Psych-KG-Unterbringung				<input type="checkbox"/>
1 Keine PsychKG-Unterbringung		3 Vom SPDi empfohlen		
2 Erfolgte ohne SPDi-Beteiligung		4 Vom SPDi aktiv eingeleitet		

30. Unterbringung nach § 1906 BGB				<input type="checkbox"/>
1 Keine Unterbringung nach BGB		3 Vom SPDi empfohlen		
2 Erfolgte ohne SPDi-Beteiligung		4 Vom SPDi aktiv eingeleitet		

31. Kooperation während der Betreuung		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	32. Vermittlung		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---------------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------	--	-------------------------------	-----------------------------

✓ **Wenn ja, Kooperation mit / Vermittlung zur Weiterbetreuung an**

Soziales Umfeld, Ehrenamtliche Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medizinischer Dienst (MDK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Integrationsfachdienst (IFD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Integrationsbetrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WfbM-Fachausschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Tagesstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agentur für Arbeit / Jobcenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenärztliche Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sozialamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeutische Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines Krankenhaus (somatisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Versorgungsamt / Amt für soziale Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Teil-)Stationäre Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ordnungsamt / Polizeibehörde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeiner Sozialer Dienst / Sozialberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justizbehörde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtberatungs- /-behandlungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewährungshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Betreuungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Beratungsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Betreuer nach § 1896 ff. BGB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulant betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kosten-, Leistungsträger (Rente/Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werkstatt für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Landschaftsverband / Überörtlicher Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrisches Wohnheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnheim für geistig behinderte Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche ...		
Sonstiges Wohnheim / Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Abschlussdaten

33. Kontaktzahl			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

34. Art der Beendigung		<input type="checkbox"/>
1 Regulär nach Beratung / Behandlungsplan		
2 Vermittlung / Wechsel in andere Behandlungsform / Einrichtung		
3 Abbruch durch Klient		
4 Verstorben (kein Suizid)		
5 Verstorben (durch Suizid)		