

Themenschwerpunkt

Bestimmung der Erreichungsquote der Deutschen Suchthilfestatistik auf Basis des DBDD- Einrichtungsregisters

Beate Süß und Tim Pfeiffer-Gerschel

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, München

Zusammenfassung: *Fragestellung:* In diesem Beitrag werden erstmalig transparente und methodisch nachvollziehbare Ergebnisse zur Berechnung der Erreichungsquote der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) dargestellt. Errechnungsgrundlage ist ein seit Ende 2006 von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) geführtes zentrales Suchthilferegister, das strukturell an dem seit 2007 bundesweit gültigen Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) orientiert ist. Erfasst und in Hinblick auf eine DSHS-Teilnahme klassifiziert werden Facheinrichtungen, die einem von 16 im KDS definierten Einrichtungstypen zuzuordnen sind. *Methodik:* Die Erreichungsquote der DSHS wird für das Aggregierungsjahr 2010 (Datenjahr 2009) über alle berücksichtigten Einrichtungen des Registers hinweg, auf Ebene der einzelnen Einrichtungstypen und analog der Hauptauswertungen der DSHS für den ambulanten und stationären Bereich bestimmt. *Ergebnisse:* Für den Gesamtdatensatz liegt die Erreichungsquote bei 44–51 %. Im ambulanten Bereich werden 69–75 %, im stationären Bereich 43–48 % der Einrichtungen erreicht. Auffallend hoch ist die Beteiligung im Bereich der Beratungs- und/oder Behandlungsstellen/Fachambulanzen. Bei bestimmten Einrichtungstypen findet sich ein vergleichsweise hoher Prozentsatz an „verdeckt“ aggregierenden Einrichtungen (Einrichtungen, die ihre Daten unter dem Code einer anderen Einrichtung zur Verfügung stellen). *Schlussfolgerungen:* Kritisch diskutiert werden mögliche Ursachen unterschiedlich hoher Beteiligung und der Art der Teilnahme, die systematische Unterschätzung der Beteiligung bestimmter Einrichtungstypen und Verzerrungen von Daten aufgrund indirekter Teilnahme an der DSHS sowie ein nach wie vor bestehender Aufklärungsbedarf in Hinblick auf Zuständigkeiten im Bereich der Suchthilfestatistik und deren wechselseitige Vernetzung.

Schlüsselwörter: Erreichungsquote, Deutsche Suchthilfestatistik, DBDD-Einrichtungsregister

Determination of Coverage Rate in the Statistical Report on Treatment Facilities for Substance-Use Disorders in Germany on the Basis of the DBDD Register of Facilities for Substance-Use Disorders

Abstract: *Aims:* In this article transparent and methodically comprehensible results with regard to the calculation of the coverage rate for the Annual German addiction treatment statistics (DSHS) are illustrated for the first time. The calculation is based on a central register of treatment facilities for substance use disorders which has been maintained by the German Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (DBDD) since 2006. The structure of this register is adjusted to the German Core Data Set (KDS) for the documentation in the field of substance-use disorders which is valid nationwide since the year 2007. All special facilities which can be allocated to one of the 16 facility types defined in the KDS will be recorded and classified with regard to a participation in the statistical report on treatment facilities for substance use disorders in Germany (DSHS). *Method:* The coverage rate of the Annual German addiction treatment statistics (DSHS) will be calculated for the aggregation year 2010 (data year 2009) on the basis of all participating facilities, on the level of the individual facility types and analogical to the main evaluation of the DSHS in the field of out- and in-patient facilities. *Results:* The coverage rate of the total data base is 44–51 %. In the field of out-patient treatment 69–75 % and in the field of in-patient treatment 43–48 % of the facilities could be registered. It is obvious that an exceptional high percentage of counselling and treatment centres for substance use disorders participated. Among certain types of facilities a comparable high percentage of facilities with „hidden“ aggregation (they don't supply own data sets but are included in another data set of the German statistical report) can be found. *Conclusions:* There is a critical discussion of possible causes for a varying participation and the kind of participation, system-based undervaluation with regard to the participation of certain facility types and data distortions due to an indirect participation in the statistical report on treatment facilities for substance use disorders in Germany. Moreover, there is a still existing need to clarify responsibilities in the field of statistics on treatment facilities for substance use disorders in Germany and its reciprocal cross-linking.

Keywords: Coverage rate, statistical report on treatment facilities for substance use disorders in Germany, DBDD register of facilities for substance-use disorders

Hintergrund

Die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) führt seit Ende 2006 mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und zahlreicher weiterer Partner ein zentrales Register deutscher Suchthilfeeinrichtungen (Süss & Pfeiffer-Gerschel, 2009). Durch die Erfassung möglichst aller spezialisierten deutschen Suchthilfeeinrichtungen nach einheitlichen Kriterien wird somit erstmals eine valide Abschätzung der Erreichungsquote der jährlich erhobenen Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) ermöglicht. Strukturell ist das Register an dem bundesweit gültigen Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) orientiert, der seit 2007 die Grundlage für die Berichterstattung im Rahmen der DSHS darstellt.

Entsprechend der Vorgaben dieses Kerndatensatzes gilt jede spezialisierte Suchthilfeeinrichtung, die einem von 16 definierten Einrichtungstypen zuzuordnen ist, als eigene Einrichtung. Zunächst wurden nur Angebote mit mindestens einer Vollzeitstelle an Personal berücksichtigt, seit 2009 werden auch kleinere Einrichtungen in das Register aufgenommen.

Im nachfolgenden Beitrag werden die einzelnen Schritte von der Datensammlung bis zur Berechnung der Erreichungsquote der DSHS auf der Gesamtebene (alle Einrichtungen), auf Ebene der einzelnen Einrichtungstypen und zusammenfassend für den ambulanten und stationären Bereich dargestellt und diskutiert.

Durchführung, Methodik

Initiale Datensammlung

Zwischen Ende 2006 und Ende 2007 wurden Daten zu spezialisierten Suchthilfeeinrichtungen aus vertrauenswürdigen Quellen¹ zusammengetragen und durch umfangreiche eigene Internetrecherchen ergänzt.

Pro Hilfeangebot, das sich einem der 16 Einrichtungstypen des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) (DHS, 2010) zuordnen ließ, wurde ein eigener Datensatz angelegt, unabhängig davon, ob es sich z. B. um Einrichtungsangebote ein- und desselben Trägers handelte oder diese Angebote unter einer identischen Adresse zur Verfügung stehen.

Zwischen 2008 und 2010 wurde pro Datensatz jeweils zu Jahresbeginn per E-Mail ein Datenbankauszug zur Überprüfung an die jeweilige Einrichtung geschickt. Die Einrichtung wurde gebeten, zu prüfen, ob die im Auszug genannten Angaben (insbesondere hinsichtlich des Einrichtungstyps) weiterhin Gültigkeit hatten, ob fehlende Angaben zu ergänzen oder veraltete Angaben zu aktuali-

sieren waren, nicht (mehr) existierende Einrichtungstypen durch die DBDD gelöscht werden sollten oder ob neue Datensätze für Einrichtungstypen angelegt werden mussten. Im Register werden der Einrichtungsname, Adresse, Kontaktdaten, Einrichtungstyp und Zielgruppen erfasst, sowie Angaben dazu, ob die Einrichtung sich an der DSHS beteiligt.

Sobald eine spezifische Einrichtung ihre Daten erstmals aktiv an das Register zurückgemeldet hatte, erhielt sie von der DBDD einen 8-stelligen individuellen unveränderlichen Einrichtungscode. Als Beleg dafür, dass die Daten auf den aktuellen Stand gebracht worden waren, wurde zunächst zusätzlich eine jährlich wechselnde 2-stellige Jahresprüfziffer vergeben. Ohne die kombinierte Angabe aus Einrichtungscode und Jahresprüfziffer in das entsprechende Pflichtfeld in der Aggregierungsmaske konnte seit dem Aggregierungsjahr 2007 keine Teilnahme an der DSHS erfolgen.

Nach Abschluss der jeweiligen Jahresaggregation im Rahmen der DSHS wurde von der DBDD geprüft, ob die Aggregation unter korrektem Code erfolgt war. Bei Abweichungen wurde ggf. in Absprache mit den Einrichtungen eine Berichtigung des Codes vorgenommen. Für das Register diente der Eingang von Datensätzen bei der DSHS als externes Kriterium für die Korrektheit der Selbstangabe in Hinblick auf die Teilnahme an der DSHS.

Zusätzlich erhielten Länder- und Verbandsvertreter jährlich einen Registerauszug mit ihren jeweiligen Landes- bzw. Verbandseinrichtungen, verbunden mit der Bitte, diesen auf Vollständigkeit und Gültigkeit zu überprüfen.

Zwischen 2008–2010 konnte seitens der Einrichtungen ein zunehmend routinierter Umgang im Hinblick auf die Datenaktualisierung im Register und die korrekte Eingabe von Einrichtungs-codes bei der Jahresaggregation der DSHS festgestellt werden. Allerdings erhöhte sich der technische Aufwand der Kommunikation mit den Einrichtungen zunehmend und machte zeitaufwändige Nachkontaktierungen erforderlich. Eine gleichbleibende Schwierigkeit zeigte sich auf der strukturellen Ebene: eine erhebliche Zahl an Einrichtungen hatte Schwierigkeiten, korrekte Angaben hinsichtlich ihrer Teilnahme an der DSHS zu machen, da diese mit anderen Dokumentations-ebenen, an denen sich die Einrichtung beteiligte, verwechselt wurde (z. B. Berichtspflichten auf Landes-, regionaler-, oder Verbandsebene). Durch die Koppelung zwischen Datenaktualisierung im Register und der DSHS-Teilnahme kam es zudem vor allem bei DSHS-Teilnehmern immer wieder zu der Tendenz, nur diejenigen Einrichtungstypen im Register zu aktualisieren, für die tatsächlich im Rahmen der DSHS ein Datensatz geliefert wurde.

Insgesamt nahm die Anzahl der validierten Einträge im Register zwischen 2008–2010 kontinuierlich zu, während sich die Zahl fehlerhafter Angaben stetig reduzierte.

Das Register umfasste im April 2008 nahezu 4500 Einträge (Abbildung 1), von denen 1600 aktiv durch Einrichtungen als Einrichtung mit mind. einer Vollzeitstelle rückgemeldet worden waren. Bis Oktober 2010 sank die Zahl der verzeichneten Einrichtungen durch kontinuierli-

¹ Suchtbeauftragte der Länder, Landesstellen, Wohlfahrts- und Fachverbände und Anbieter von Softwareprogrammen, die von Suchthilfeeinrichtungen zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfestatistik verwendet werden

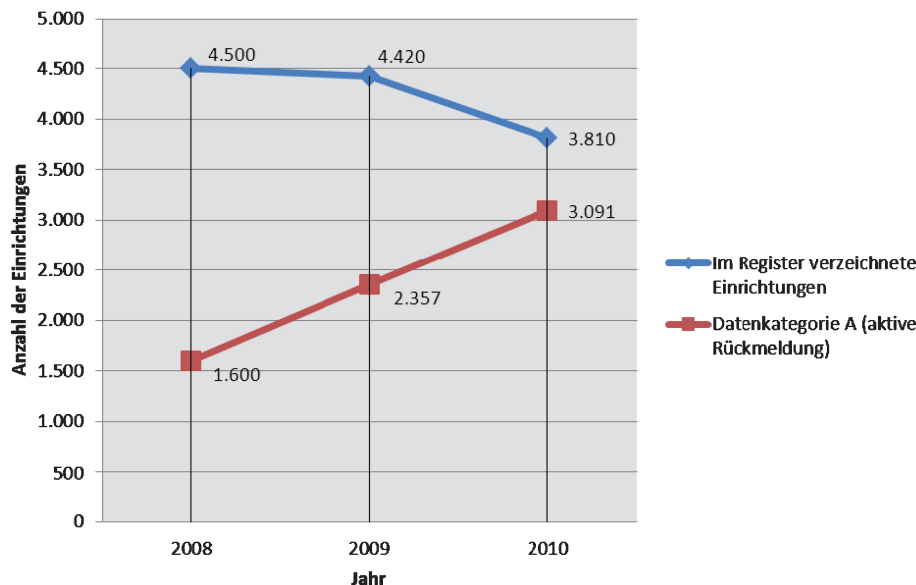


Abbildung 1. Anzahl der im Register aktiv rückgemeldeten Einrichtungen mit Vollzeitstelle relativ zur Gesamtzahl der im Register verzeichneten Einrichtungen für die Jahre 2008–2010.

che Pflege des Datensatzes auf 3810 Einträge, von denen 3091 aktiv als Einrichtung mit mind. Vollzeitstelle rückgemeldet worden waren. „Datenkategorie A“ entspricht der Anzahl an Einrichtungen, die ihre Angaben selbst aktiv an das Register zurückgemeldet haben und die das Vollzeitstellenkriterium erfüllen.

Einschlusskriterien für die Berechnung

Zum Stichtag 25.10.2010 umfasste das Register 4151 Einrichtungen, darunter 3810 mit mutmaßlich mindestens einer Vollzeitstelle an Personal und 341 Einrichtungen mit geringerem Stellenumfang.

Für die Berechnung der Erreichungsquote der DSHS (DSHS 2010, Datenjahr 2009) wurden nur diejenigen Einrichtungen berücksichtigt, die sich zwischen 2008–2010 insgesamt mindestens einmal im DBDD-Register als einer von 16 KDS-Typen mit Vollzeitstellenkriterium aktiv rückgemeldet hatten (Datenkategorie A). Dies ergab eine Gesamtzahl von 3091 Einrichtungen.

Nicht für die Berechnung berücksichtigt wurden 719 Datensätze, deren Angaben aus vertrauenswürdigen Quellen oder eigenen Internetrecherchen stammten, die von der Einrichtung selbst jedoch nicht validiert wurden (Datenkategorie B). Daher liegen keine validen Angaben dazu vor, ob bei diesen Einrichtungen keine Teilnahmebereitschaft vorliegt oder sie möglicherweise gar nicht existieren. Die sehr zeitintensiven Einzelrecherchen, die die Abklärung erfordert hätte, konnten im Rahmen der zur Verfügung stehenden Projektressourcen nicht geleistet werden. Es muss bei der Berechnung der Erreichungsrate daher berücksichtigt werden, dass die Grundgesamtheit aller Einrichtungen möglicherweise etwas unterschätzt und daher die Erreichungsquote etwas überschätzt wird.

Ebenso nicht berücksichtigt wurden Einrichtungen mit weniger als einer Vollzeitstelle an Personal, da eine systematische Erfassung dieser Einrichtungen aufgrund des bis 2009 geltenden Personalkriteriums nur für Einrichtungen mit Vollzeitstelle zu erwarten war (< Vollzeitstelle).

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über alle im Oktober 2010 im Register verzeichneten Einrichtungen differenziert nach Einrichtungstyp, Kategorie und Stellenkriterium.

Kodierungen

Teilnehmer mit eigenem Datensatz

Von 988 Einrichtungen, die im Register angegeben hatten, einen eigenen Datensatz an die DSHS zu liefern, lag tatsächlich ein Datensatz für die Auswertung der DSHS 2010 (Datenjahr 2009) vor. Hinzu kamen 48 Hamburger Einrichtungen, die sich über das Institut für Interdisziplinäre Suchtforschung (ISD) als Sammeldatensatz an der DSHS beteiligt hatten. Da die Information vorlag, aus welchen Typen sich der Sammeldatensatz zusammensetzte, wurden entsprechende Einträge im Register nachkodiert. Zusätzlich wurden 18 weitere Beratungs- und Behandlungsstellen/Fachambulanzen als Teilnehmer addiert, die anonym über das Institut für Interdisziplinäre Suchtforschung (ISD) Datensätze an die DSHS geliefert hatten. Insgesamt wurden demnach $N=1054$ Einrichtungen als DSHS-Teilnehmer mit eigenem Datensatz kodiert.

Verdeckte Teilnehmer

Ebenfalls als DSHS-Teilnehmer wurden $N=291$ Einrichtungen identifiziert, die im Register angegeben hatten, sich als „Teil eines anderen Datensatzes“ an der DSHS zu beteiligen. Es handelt sich dabei um so genannte „verdeckte“ Teilnehmer, deren Daten zwar in die DSHS eingehen, die ihre Daten jedoch nicht unter ihrem eigenen Einrich-

Tabelle 1

Im Register verzeichnete Einrichtungen differenziert nach Einrichtungstyp (Typ 1, 2, 3...,16), Datenkategorie (A, B) und Stellenkriterium (< Vollzeitstelle)

Typ	Art der Einrichtung	Datenkategorie A	Datenkategorie B	< Vollzeitstelle
Typ 1	Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	2	2	3
Typ 2	Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork, etc.)	199	69	41
Typ 3	Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz	1287	221	211
Typ 4	Institutsambulanz	53	12	1
Typ 5	Ambulant betreutes Wohnen	388	143	39
Typ 6	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	87	25	3
Typ 7	Krankenhaus/-abteilung	155	72	7
Typ 8	Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	78	9	0
Typ 9	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	253	19	0
Typ 10	Adaptionseinrichtung	95	14	0
Typ 11	Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)	72	10	0
Typ 12	Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	305	95	6
Typ 13	Pflegeheim	17	5	0
Typ 14	Maßregelvollzug	38	1	0
Typ 15	Interner Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug	3	1	0
Typ 16	Externer Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug	59	7	30
Gesamt		3091	719	341

tungscode, sondern unter dem Code einer anderen Einrichtung zur Verfügung stellen (z.B. Außenstellen von Beratungseinrichtungen).

Da in diesem Fall die DSHS nicht als Außenkriterium herangezogen werden konnte (da die Einrichtungen nicht unter ihrem eigenen Code in Erscheinung treten), fand eine inhaltliche Plausibilitätsprüfung statt: Die Selbstangaben wurden nur dann als gültig gewertet, wenn nachvollziehbar war, über welche andere Einrichtung die Teilnahme stattfand (Angabe des Codes dieser Einrichtung oder Adressangabe) und wenn zu der Einrichtung, über die vorgeblich aggregiert wurde, tatsächlich ein DSHS-Datensatz vorlag.

Erwartungsgemäße verdeckte Teilnahme (gemeinsamer Datensatz gleicher Einrichtungstypen)

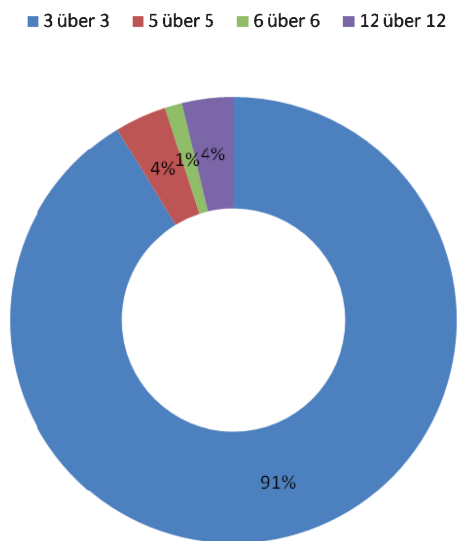
Der KDS sieht die Möglichkeit vor, dass Einrichtungen ein- und derselben Trägereinrichtung, die demselben Typ entsprechen (z.B. Haupt- und Außenstelle einer Beratungsstelle), einen gemeinsamen Datensatz bilden können. In diesem Fall können die Daten zusammengeführt und als ein gemeinsamer Datensatz – meist unter den Code der größeren Einrichtung – an die DSHS geliefert werden. Von den N=291 „verdeckten“ Teilnehmern nahmen dieser Logik folgend insgesamt N=161 Einrichtungen „erwartungsgemäß“ (d.h. Aggregation über denselben Einrichtungstyp) an der DSHS teil. Wie aus Abbildung 2 zu entnehmen ist, sind 91 % der Einrichtungen, die ihre Daten gemeinsam mit anderen zur Verfügung gestellt haben,

Beratungs- und/oder Behandlungsstellen/Fachambulanzen (Typ 3; N=147). Die restlichen 9 % teilen sich auf Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens (Typ 5; N=6), Arbeits- und Beschäftigungsprojekte (Typ 6; N=2) und stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie (Typ 12; N=6) auf.

Nicht erwartungsgemäße Teilnehmer (gemeinsamer Datensatz verschiedener Einrichtungstypen)

Das grundlegende Konzept der Differenzierung nach 16 Einrichtungstypen im KDS soll dazu beitragen, möglichst homogene Datensätze für die DSHS zur Verfügung zu stellen. Bei der Datenaktualisierung im Rahmen des Registers wurden alle Einrichtungen darauf hingewiesen, dass pro Einrichtungstyp sowohl im Register als auch bei der DSHS die Anlage eines eigenen Datensatzes vorgesehen ist. Im Register wurde – sofern Informationen vorlagen – detailliert erfasst, wie de facto aggregiert wurde.

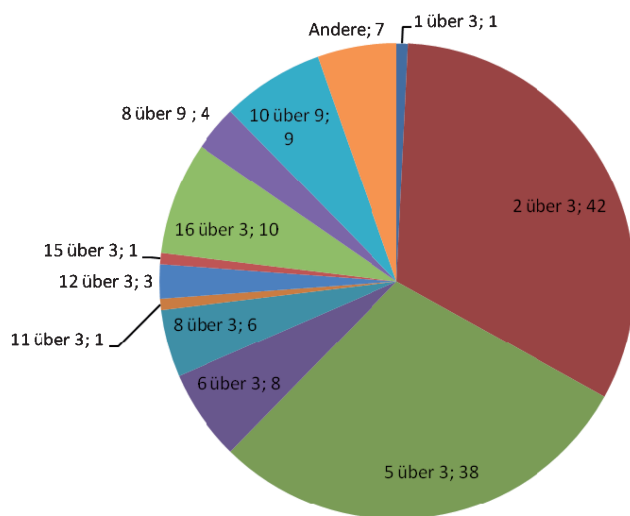
Es war zu beobachten, dass teilweise verschiedene Einrichtungstypen, die z.B. zum selben Träger gehören oder sich innerhalb desselben Gebäudes befinden (z.B. niedrigschwelliges Angebot und Beratungsstelle) einen gemeinsamen Mischdatensatz geliefert haben, der Daten unterschiedlicher Angebote beinhaltet. Von den insgesamt identifizierten N=291 „verdeckten“ Teilnehmern beteiligten sich N=130 Einrichtungen „nicht erwartungsgemäß“ an der DSHS (d.h. ihre Daten wurden über einen



N=161

Abbildung 2. Erwartungsgemäß „verdeckt“ aggregierende Einrichtungen (Einrichtungen ein- und derselben Trägereinrichtung, die demselben Einrichtungstyp entsprechen und einen gemeinsamen Datensatz gebildet haben; N = 161).

Typ 3: Beratungsstellen; Typ 5: Ambulant betreutes Wohnen; Typ 6: Arbeits- u. Beschäftigungsprojekt; Typ 12: Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie



N=130

Abbildung 3. Nicht erwartungsgemäß „verdeckt“ aggregierende Einrichtungen (Einrichtungen ein- und derselben Trägereinrichtung, die unterschiedlichen Einrichtungstypen entsprechen, die einen gemeinsamen Datensatz gebildet haben; N = 130).

Typ 2: Niedrigschwellige Einrichtung; Typ 3: Beratungsstelle; Typ 5: Ambulant betreutes Wohnen; Typ 6: Arbeits- und Beschäftigungsprojekt; Typ 8: Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung; Typ 9: Stationäre Rehabilitationseinrichtung; Typ 10: Adaptionseinrichtung; Typ 11: Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie; Typ 12: Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie; Typ 15: Interner Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug

anderen Einrichtungstyp aggregiert und sind damit nicht mehr von diesem differenzierbar).

Abbildung 3 gibt einen Überblick darüber, aus welchen Kombinationen sich die nicht erwartungsgemäßen „verdeckten“ Teilnehmer zusammensetzen. Angegeben ist, in wie vielen Fällen z.B. eine niedrigschwellige Einrichtung (Typ 2) ihre Daten gemeinsam über eine Beratungs- oder Behandlungseinrichtung/Fachambulanz (Typ 3) an die DSHS geliefert hat („2 über 3“, N = 42).

Auffällig ist, dass in der überwiegenden Mehrheit der Fälle (85 %, N = 100) über einen Typ 3-Datensatz aggregiert wurde.

Den größten Anteil bilden die Kombinationen aus niedrigschwelligen Angeboten („2 über 3“), ambulant betreutem Wohnen („5 über 3“), externer Beratung in der JVA („16 über 3“) und Beratungsstellen. Eine ebenfalls relativ häufige Kombination sind Adaptionseinrichtungen, die über stationäre Rehabilitationseinrichtungen aggregiert haben („10 über 9“).

Nichtteilnehmer

Als Nichtteilnehmer der DSHS wurden $N = 1210$ Einrichtungen kodiert, die im Register explizit angegeben haben, nicht an der DSHS teilzunehmen. Darunter befanden sich auch einige Einrichtungen, von denen durchaus ein Datensatz für die DSHS vorlag. In diesen Fällen wurde die Selbstangabe in Rücksprache mit den Einrichtungen in Richtung einer „Teilnahme als eigener Datensatz“ umkodiert.

Im weiteren Sinne als Nichtteilnehmer wurden konservativ auch all diejenigen Einrichtungen kodiert, die ihre Angaben im Register zwar rückgemeldet, jedoch in Hinblick auf die DSHS-Teilnahme weder „Teilnahme als eigener Datensatz“, „Teilnahme über einen anderen Datensatz“ noch „Nichtteilnahme“ angegeben und auch keine offensichtlich unzutreffenden Angaben gemacht haben. Dies betrifft insgesamt $N = 402$ Einrichtungen.

Geschätzte Teilnehmer und Nichtteilnehmer

224 Einrichtungen gaben an, mit einem eigenen Datensatz an der DSHS teilzunehmen, obwohl de facto kein entsprechender Datensatz für die Auswertung vorlag. Die meisten dieser Angaben entfallen auf Typ 3 ($N = 45$), Typ 12 ($N = 20$) und Typ 9 ($N = 16$). Um die Hintergründe dieser fehlerhaften Kodierungen aufzuklären, wurde bei einer Zufallsstichprobe von $N = 90$ Einrichtungen mit unzutreffenden Angaben eine telefonische Nacherhebung durchgeführt. Demnach hatte ein Teil der befragten Einrichtungen tatsächlich keinen Datensatz an die DSHS geliefert. In einigen Fällen handelte es sich aber tatsächlich um „verdeckte Teilnehmer“, deren Daten über eine andere Einrichtung in die DSHS eingegangen sind. Die auf diesem Weg empirisch ermittelten Anteile an „echten“ Nicht-Teilnehmern und „verdeckten“ Teilnehmern lieferten Schätzer für diejenigen Einrichtungen, für die keine Informationen vorlagen. Diesem Vorgehen lag die Annahme zugrunde, dass sich die Verteilung der Nicht-Teilnehmer und der „verdeckten“ Teilnehmer in der Gesamtgruppe der Einrichtungen, die irrigerweise angegeben hatten, einen eigenen Datensatz für die DSHS zu liefern, ebenso verteilt wie in der befragten Stichprobe.

Für Einrichtungen, die fälschlicherweise angegeben hatten, „verdeckt“ an der DSHS teilzunehmen, wurden keine Schätzgrößen berechnet. Lag zu der Einrichtung, über die vorgeblich aggregiert wurde, kein DSHS-Datensatz vor, wurde die Einrichtung als Nichtteilnehmer umkodiert. War nicht nachvollziehbar, über welche andere Einrichtung aggregiert wurde, wurde der Datensatz bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

Aufgrund der empirisch ermittelten Schätzgrößen wurden von den Einrichtungen mit unzutreffender Selbstangabe 22 Datensätze in „verdeckte“ Teilnehmer und 112 Datensätze in „Nicht-Teilnehmer“ umkodiert. Insgesamt betrug damit die Zahl der „verdeckten“ Teilnehmer somit $N = 313$, die Zahl der Nichtteilnehmer $N = 1322$.

Berechnung der Erreichungsquote

Die Erreichungsquote der DSHS wurde als Quotient aus Teilnehmern (mit eigenem Datensatz oder „verdeckt“)/(Teilnehmer + Nichtteilnehmer) errechnet.

Für die Berechnung der Erreichungsquote wurden die Nichtteilnehmer an der DSHS auf zwei Arten berechnet: Zum einen können als Nichtteilnehmer ausschließlich diejenigen Einrichtungen berücksichtigt werden, die explizit angegeben haben (bzw. aufgrund der berechneten Schätzer entsprechend nachkodiert wurden), sich nicht an der DSHS zu beteiligen ($N = 1322$). Zu einer konservativeren Schätzung (und damit geringeren Erreichungsquote) gelangt man, wenn auch diejenigen Einrichtungen, zu denen keine verwertbaren Angaben hinsichtlich ihrer Teilnahme vorlagen bzw. geschätzt werden konnten, zu den Nichtteilnehmern gerechnet werden ($N = 402$). In der Ergebnisdarstellung entsprechen die unteren bzw. oberen Grenzen des angegebenen Intervalls diesen beiden Bezugsgrößen.

Insgesamt erfolgt die Bestimmung der Erreichungsquote auf drei verschiedenen Ebenen: (a) über alle $N = 3091$ Einrichtungen der Datenkategorie A des Registers (vgl. Tabelle 1) hinweg, (b) auf Ebene der einzelnen Einrichtungstypen (Typ 1, 2, 3...,16) und (c) analog der Hauptauswertungen der DSHS für den ambulanten (Typen 3 und 4) und stationären Bereich (Typen 8, 9 und 10).

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die berücksichtigten Teilnehmer (TN), Nichtteilnehmer (NT) und das Intervall der Erreichungsquote.

Die Erreichungsquote für den Gesamtdatensatz liegt bei 44–51 %. Für den ambulanten Bereich (Typen 3 und 4) beläuft sich die Erreichungsquote auf 69–75 %, was vorwiegend auf die hohe Anzahl an Teilnehmern unter den Beratungs- und/oder Behandlungsstellen/Fachambulanzen (Typ 3) zurückzuführen ist. Für den stationären Bereich (Typen 8, 9 und 10) liegt die Erreichungsquote mit 43–48 % im Vergleich niedriger. Hier wirkt sich vor allem der niedrigere Teilnehmeranteil bei den teilstationären Rehabilitationseinrichtungen (Typ 8) aus.

Im Bereich der einzelnen Einrichtungstypen findet sich eine maximale Erreichungsquote bei den Beratungs- und/oder Behandlungsstellen/Fachambulanzen (Typ 3) mit 72–77 % und ein – wenig überraschendes – Minimum bei den Krankenhausabteilungen (Typ 7) mit 5–7 %. Auf den Rangplätzen 2 und 3 folgen die stationären Rehabilitationseinrichtungen mit 46–52 % und die Adaptionseinrichtungen mit 43–48 %. Relativ vergleichbar sind die Erreichungsquoten von niedrigschwelligen Einrichtungen (Typ 2) mit 37–44 % und externer Beratung/Behandlung in der JVA (Typ 16) mit 37–47 %. Auffallend ist die hohe Diskrepanz in der Erreichungsquote zwischen Beratungs- und/oder Behandlungsstellen/Fachambulanzen (Typ 3) und den Institutsambulanzen (Typ 4), die eine Quote von lediglich 9–13 % aufweisen.

Eine eher niedrige Erreichungsquote weisen teil- und vollstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie (Typen 11 und 12) mit 12–16 %, sowie Arbeits- und Beschäftigungs-

Tabelle 2

Gesamtüberblick über Teilnehmer (TN), Nichtteilnehmer (NT) und Erreichungsquoten (in %), Gesamt, Stationär, Ambulant, Typen

Typ	Art der Einrichtung	TN (als eigener Datensatz)	TN („verdeckt“)	TN (gesamt)	NT (nein)	NT (keine Angabe)	Erreichungsquote (in %)
Typ 1	Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	1	1	2	0	0	*
Typ 2	Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork, etc.)	31	43	74	96	29	37–44 %
Typ 3	Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz	766	157	923	280	84	72–77 %
Typ 4	Institutsambulanz	5	0	5	34	14	9–13 %
Typ 5	Ambulant Betreutes Wohnen	47	46	93	231	64	24–29 %
Typ 6	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	3	11	14	58	15	16–19 %
Typ 7	Krankenhaus/-abteilung	5	2	7	99	49	5–7 %
Typ 8	Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	13	11	24	45	9	31–35 %
Typ 9	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	115	2	117	107	29	46–52 %
Typ 10	Adaptionseinrichtung	30	11	41	45	9	43–48 %
Typ 11	Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)	7	2	9	49	14	13–16 %
Typ 12	Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	20	15	35	202	68	12–15 %
Typ 13	Pflegeheim	0	0	0	12	5	0 %
Typ 14	Maßregelvollzug	0	0	0	37	1	0 %
Typ 15	Interner Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug	0	1	1	2	0	*
Typ 16	Externer Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug	11	11	22	25	12	37–47 %
Typen 3 und 4	Ambulant	771	157	928	314	98	69–75 %
Typen 8,9 und 10	Stationär	158	24	182	197	47	43–48 %
Alle Typen	Gesamt	1054	313	1367	1322	402	44–51 %

Bemerkungen: * Aufgrund der geringen Anzahl an Einträgen werden die Erreichungsquote für diese Typen nicht angegeben.

projekte (Typ 6) mit 16–19 % auf. Etwas höher ist die Erreichungsquote beim ambulant betreuten Wohnen (Typ 5) mit 24–29 %. Aufgrund der geringen Fallzahlen zu vernachlässigen sind ärztliche- und psychotherapeutische Praxen (Typ 1) sowie interne Beratung in der JVA (Typ 15).

Auffallend ist, dass niedrigschwellige Einrichtungen häufiger als „verdeckte“ Teilnehmer in die DSHS eingehen als in Form eigener Datensätze (43 versus 31). Beim betreuten Wohnen halten sich „verdeckte“ und eigenständige Teilnehmer nahezu die Waage (46 versus 47). Ein vergleichbares Verhältnis gilt für die externe Beratung in der JVA (11 versus 11) und die teilstationären Rehabilitationseinrichtungen (11 versus 13). Von den 11 „verdeckt“ aggregierenden Adaptionseinrichtungen gehen entsprechend der Aufschlüsselung in Abbildung 3 insgesamt neun in Typ 9-Datensätzen auf.

Diskussion

Das vorgestellte Verfahren liefert erstmalig transparente und methodisch nachvollziehbare Ergebnisse zur Berechnung der Erreichungsquote der DSHS. Auffallend hoch ist die Beteiligung im Bereich der Beratungs- und/oder Behandlungsstellen/Fachambulanzen. Allerdings gehen in ca. 13 % aller Typ-3-Datensätze zusätzlich Daten anderer Einrichtungstypen ein, die der Logik des KDS folgend einen eigenen Datensatz zur Verfügung stellen müssten (nicht erwartungskonforme „verdeckte“ Teilnehmer). Dies ist insofern problematisch, als dass die Daten möglicherweise unterschiedlicher Patientengruppen untrennbar miteinander vermischt werden. Andererseits spiegelt sich hier die Realität vieler Suchthilfeeinrichtungen wider, die unter einem gemeinsamen Dach unterschiedliche Angebote (die im Sinne des KDS als unterschiedliche „Typen“ definiert werden) vereinen, ohne dass in jedem Fall eine getrennte Dokumentation erfolgt (und z.T. seitens der Einrichtungen auch nicht als notwendig erachtet wird).

Ein wesentlicher Grund für die hohe Beteiligung bestimmter Einrichtungstypen liegt sicherlich in der Koppe-

lung zwischen finanzieller Förderung (z. B. durch das Land) und der expliziten Verpflichtung zur Berichterstattung im Rahmen der DSHS. Nach Auskunft einiger Einrichtungen wird meist das Typ-3-Angebot aggregiert, während andere Einrichtungstypen (z. B. niedrigschwellige Angebote) mangels expliziter Verpflichtung zur Berichterstattung im Rahmen der DSHS nicht aggregiert werden oder nicht erwartungskonform in einen Typ-3-Datensatz einfließen.

Weitere wichtige Gründe für die Bildung von Mischdatensätzen zwischen Beratungs- und/oder Behandlungsstellen/Fachambulanzen (Typ 3) und anderen Einrichtungstypen dürften Kostengesichtspunkte (pro aggregiertem Einrichtungstyp ist bei einigen Softwareherstellern eine kostenpflichtige Teilstelle erforderlich) sowie strukturelle Aspekte (in mehreren Einrichtungen werden Klienten nicht getrennt nach Einrichtungstypen dokumentiert) sein. Hinzu kommen Wissenslücken in Hinblick auf Änderungen in den KDS-Vorgaben. So scheint sich die Neudefinition des Einrichtungsbegriffs auf Typ-Ebene zwar insgesamt durchaus erfolgreich, aber mit nach wie vor bestehendem Verbesserungsspielraum durchzusetzen.

Für bestimmte Einrichtungstypen bedeutet dies vermutlich, dass die tatsächliche Beteiligung an der DSHS unterschätzt wird. Dies betrifft vor allem niedrigschwellige Angebote (Typ 2), bei denen bereits zum jetzigen Zeitpunkt insgesamt mehr Einrichtungen als „verdeckte“ Teilnehmer in die DSHS eingehen denn als eigene Datensätze. Dies trifft auch auf Angebote des ambulant betreuten Wohnens oder externe Beratung im Strafvollzug (Typen 5 und 16) zu, wo sich das Verhältnis von eigenständig und „verdeckt“ aggregierenden Einrichtungen die Waage hält. Im stationären Bereich sind dies vor allem Daten aus Adaptionseinrichtungen (Typ 10), die gemeinsam mit Einrichtungen der stationären Rehabilitation dokumentiert werden (Typ 9).

Bemerkenswert ist der relativ hohe Prozentsatz an Einrichtungen, die davon ausgehen, sich als eigener Datensatz an der DSHS zu beteiligen, während faktisch keine Beteiligung erfolgt. Der Hauptgrund scheint in einer Verwechslung zwischen verschiedenen Dokumentationsebenen (Dokumentation auf Landes-, regionaler-, oder Verbandsebene, DSHS) zu liegen, an denen sich die Einrichtungen beteiligen, ohne diese im Einzelnen voneinander differenzieren zu können. Aus Perspektive der jeweiligen Einrichtung ist die Berichterstattung unterschiedlicher Daten an verschiedene Institutionen teilweise nur schwer nachvollziehbar und die Unterschiede der jeweiligen Datennutzung werden nicht immer deutlich. Im Rahmen der telefonischen Nacherhebungen stellte sich heraus, dass Einrichtungen davon ausgehen, dass die verschiedenen Dokumentationsebenen systematisch untereinander vernetzt sind und Datensätze, die an das Land, den Bezirk oder den Verband übermittelt werden, automatisch auch von diesen an die DSHS weitergeleitet werden. Dies ist jedoch nicht der Fall.

In Einzelfällen wurden Datensätze an die DSHS übermittelt, kamen dort jedoch aufgrund unterschiedlicher (teils technischer) Übertragungsprobleme nicht an. Das

Ausbleiben einer Eingangsbestätigung wurde aber nicht als Hinweis auf das Vorliegen möglicher Schwierigkeiten erachtet. In anderen Fällen scheinen Kommunikationslücken innerhalb der Einrichtungen eine Rolle zu spielen. So war in mehreren Fällen unklar, wer in der jeweiligen Einrichtung die Daten welcher einzelnen Angebote zusammenstellt, aggregiert und an die DSHS übermittelt.

Sowohl die bestehenden Irritationen über verschiedene Dokumentationsebenen (die sich voneinander unterscheiden) als auch das Vorhandensein unzutreffender Erwartungen sprechen für einen nach wie vor bestehenden Aufklärungsbedarf in Hinblick auf Zuständigkeiten im Bereich der Suchthilfestatistik und deren wechselseitige Vernetzung.

Perspektiven

Die wichtigste Zielsetzung für die Zukunft besteht darin, den Aufwand für die Pflege des Registers für alle Beteiligten weiter zu reduzieren, die Benutzerfreundlichkeit zu erhöhen, sowie die Vernetzung mit anderen Informationen zu optimieren.

Technische Modifikationen, die perspektivisch angestrebt werden, sind die Überführung des Registers in eine webbasierte Datenbank und eine online-Datenaktualisierung durch die Einrichtungen bzw. durch sie beauftragte vertrauenswürdige Dritte. Als wünschenswert erscheint eine Onlinefunktion, in der Einrichtungen auch zeitnah einsehen können, ob ihr Datensatz bei der DSHS eingegangen ist.

Eine erste unmittelbare Veränderung im Dienste der Benutzerfreundlichkeit wird bereits 2011 mit einer Vereinfachung des bisher 10-stelligen Einrichtungscodes realisiert. Auch im Jahr 2011 wird das Register primär zur Berechnung von Erreichungsquoten der DSHS sowie für die Generierung von Auszügen für Länder und Verbände genutzt.

Danksagung

Aufbau und Pflege des Einrichtungsregisters wurden finanziell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt.

Wir möchten an dieser Stelle ausdrücklich allen beteiligten Institutionen und Einrichtungen für die bisherige gute Zusammenarbeit danken!

Deklaration möglicher Interessenkonflikte

Es bestehen keinerlei Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Literatur

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2010). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe*. Version vom 05.10.2010. Verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de [letzter Zugriff am 19.10.2011].
- Süss, B. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2009). Das DBDD-Einrichtungsregister: Hintergrund, Zielsetzung und aktueller Stand. *SUCHT*, 55, 54–55.

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstr. 25
DE-80804 München
Tel.: +49 (0)89 36 08 04 40
Fax: +49 (0)89 36 08 04 49
E-Mail: pfeiffer-gerschel@ift.de