



Deutsche Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe

KDS 3.0

Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch

Stand: 01.01.2025

Herausgeber

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.

Westenwall 4, D-59065 Hamm

Erarbeitet von den Mitgliedern des Fachausschusses Statistik der DHS und externen Experten. Beteiligt waren folgende Personen:

Frühere Mitglieder Fachausschuss Statistik

Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach	BAG Psychiatrie, München
Ulrich Flasche	AWO Münsterland-Recklinghausen, Dülmen
Dr. Raphael Gaßmann	DHS e. V., Hamm (Vorsitz)
Prof. Dr. Andreas Koch	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V., Kassel(Vorsitz bis Juni 2018)
Oliver Kreh	Median Klinik Tönisstein, Bad Neuenahr
Karl Lesehr	Paritätischer LV Baden-Württemberg, Stuttgart
Peter Missel	Fachverband Sucht e. V., Bonn
Friederike Neugebauer	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V., Berlin (Vorsitz 09.2018 bis 05.2022)
Evelyn Popp	AWO TRIALOG Weser Ems GmbH - Anonyme Drogenberatung, Delmenhorst
Dr. Daniela Ruf	Deutscher Caritasverband e. V., Freiburg
Richard Sickinger	Jugendberatung und Jugendhilfe e. V., Frankfurt

Ständige Gäste

Barbara Braun	IFT Institut für Therapieforschung, München
Jens Kalke	Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg
Gaby Kirschbaum	Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel	IFT Institut für Therapieforschung, München
Michal Strobl	GSDA, München
Hans Wolfgang Linster	Psychologisches Institut der Universität Freiburg, Freiburg

Gäste

Heinz-Josef Janßen	Kreuzbund e. V. - Bundesgeschäftsstelle, Hamm
Jens Köhler	Kreis Gütersloh, Abt. Gesundheit (für den Deutschen Landkreistag)
Wolfgang Rosengarten	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration,

Wiesbaden

Martina Tranel

Theresien-Haus Glandorf (für den buss) / (für die
Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der
Suchthilfe und Suchtprävention)

Aktuelle Mitglieder Fachausschuss Statistik

Vorsitz

Dr. Peter Raiser DHS e. V., Hamm

Mitglieder

Rudolf Bachmeier (Gast)	Fachverband Sucht e.V., Bonn
Tim Berthold	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
Eva Egartner	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V
Prof. Dr. Rita Hansjürgens	Alice-Salomon-Hochschule, Berlin (für die DG für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V.)
Dietrich Hellge-Antoni (Gast)	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Abt. Drogen und Sucht, Hamburg (für die AOLG der Sucht)
Julia Karran (Gast)	Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
Jürgen Klapper (Gast)	IFT Institut für Therapieforschung, München
Nikolaus Lange	AGJ Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e.V. (für die DG Suchtpsychologie)
Erica Metzner	Diakonie Deutschland
NN (Gast)	Bundesministerium für Gesundheit
Iris Otto	Bundesverband Suchthilfe e.V. Kassel
David Schneider	CaSu Bundesarbeitsgemeinschaft e.V.
Dr. Artur Schoers	DG SAS e.V.
PD Dr. Larissa Schwarzkopf(Gast)	IFT Institut für Therapieforschung, München
Dr. Uwe Verthein (Gast)	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg
Miriam Walter	Deutscher Caritas Verband e.V.
Detlef Weiler	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.

Redaktionelle Mitarbeit

Team Therapie- und Versorgung IFT Institut für Therapieforschung München

Anke Brodd / Birgit Lehner DHS e. V., Hamm

Inhalt

0	Zu diesem Manual	1
1	Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E).....	5
1a)	Einleitung	5
1b)	Items zum Kerndatensatz Einrichtung	6
1c)	Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Einrichtung.....	12
2	Kerndatensatz Fall (KDS – F).....	23
2 a)	Einleitung	23
2 b)	Items zum Kerndatensatz Fall	25
2 c)	Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Fall.....	62
3	Kerntabellensatz Fall.....	108
3 a)	Einleitung	108
4	Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat)	110
4 a)	Einleitung	120
4 b)	Grundlagen	121
4 c)	Leitfaden zur Implementierung und Durchführung.....	134
4 d)	Auswertung	142
4 e)	Datenschutzaspekte.....	148
4 f)	Katamnesefragebogen	148
5	Datenschutz.....	162
5 a)	Einleitung	162
5 b)	Allgemeiner Teil.....	163
5 c)	Spezieller Teil.....	165
5 d)	Rechte der betroffenen Person.....	167
5 e)	Pflichten des Verantwortlichen	170
5 f)	Zusammenfassung (Resumee) und Ausblick	174
6	Literatur.....	177

Überblick über aktuelle inhaltliche Ergänzungen

Seit Veröffentlichung des KDS 3.0 Anfang 2017 sind zahlreiche Rückmeldungen und Fragestellungen eingegangen, die den Fachausschuss Statistik der DHS veranlasst haben, einige Ergänzungen insbesondere der Erläuterungen zur Itemliste vorzunehmen.

Eine Liste der entsprechenden Abschnitte finden Sie nachfolgend, eine ausführliche Auflistung der Änderungen ist unter www.suchthilfestatistik.de zu erhalten:

Änderungen mit Veröffentlichung zum 01.01.2018

Veröffentlichung von Abschnitt 3 Kerntabellensatz Fall sowie

Veröffentlichung von Abschnitt 4 Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat)

Allgemein / durchgängig

1.7.7.4, 2.2.3.7.4, 2.5.1.7.4, 2.5.2, 2.5.2.1, 2.6.6.7.4 (Titeländerung „SUB – Ambulante Opioidsubstitution“)

→ Abschnitt 0

→ Abschnitt 2a

Abschnitt 1c: Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Einrichtung

Umfangreiche Ergänzungen in Item 1.7 Art der Dienste / Angebote

Abschnitt 2b: Items zum Kerndatensatzes Fall

Abschnittsüberschriften zu 2.2., 2.3, 2.5 und 2.6

2.2.3.11 SH – Selbsthilfe

2.3.7 Erwerbssituation (redaktionell: Kategorientausch Nr. 5 und Nr. 6)

Abschnitt 2c: Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Fall

2.1 Basisdaten

2.1.4 Betreuungs-/Behandlungsgrund

2.2 Verwaltungs-/Zugangsdaten

2.2.3.11 SH – Selbsthilfe

2.2.5 Vermittelnde Instanz (analog für 2.5.3.7 Kooperation)

2.3.2.4 Minderjährige Kinder im Haushalt (der/s Klientin/en / Patientin/en) insgesamt

2.3.5 Höchster Ausbildungsabschluss

2.3.7 Erwerbssituation

2.4 Konsummuster und Diagnosen

2.4.1.X.3 Betreuungs-/Behandlungsende: Veränderung Dosis / Menge gegenüber Betreuungs-/Behandlungsbeginn

2.4.6.4 unter Konsum von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen

2.6.1.1 Datum des Betreuungs-/Behandlungsendes

2.6.2 Kontaktzahl

2.6.6 Weitervermittlung

2.6.7 Problematik am Tag des Betreuungs-/Behandlungsendes

Änderungen mit Veröffentlichung zum 01.01.2019

Abschnitt 1c: Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Einrichtung

- 1.7.7.11 und 1.7.7.12 Schreibfehler bei Entwöhnung korrigiert
- Abschnitt 2b: Items zum Kerndatensatzes Fall
- Abschnittsüberschriften zu 2.2., 2.3, 2.4, 2.5 und 2.6
- 2.4.1 Konsum von psychotropen Substanzen
- 2.4.16 Weitere Diagnosen aus dem Bereich Psychische und Verhaltensstörungen

Abschnitt 2c: Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Fall

- 2.1.4 Personen im sozialen Umfeld
- 2.1.5 Wenn eine eigene Problematik vorliegt (nur wenn 2.1.4 = 1), welche Bereiche sind betroffen?
- 2.2.3.3.1 NIH – Niederschwellige Hilfen
- 2.2.4 Wiederaufnahme in dieser Einrichtung
- 2.2.6 Kosten-/Leistungsträger der aktuellen Betreuung / Behandlung
- 2.3.1.1. Lebenssituation – Partnerschaft
- 2.3.2.4. Minderjährige Kinder im Haushalt (der/s Klientin/en) insgesamt
- 2.3.2.5 Minderjährige eigene Kinder im Haushalt (der/s Klientin/en) insgesamt
- 2.4. Konsummuster und suchtbezogene Problembereiche
- 2.4.4.1 Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungs-/ Behandlungsbeginn bei der Hauptsubstanz
- 2.4.5. Vorliegende ICD-10 Diagnosen nach Substanzklassen (F10 – F19)
- 2.4.14 Essstörungen (F50)
- 2.4.16 Weitere Diagnosen aus dem Bereich Psychische und Verhaltensstörungen
- 2.6.7 Problematik am Tag des Betreuungs-/Behandlungsendes

Abschnitt 3 Kerntabellensatz

Tabelle 4.27

Abschnitt 4f: Katamnesefragebogen

Items Abstinenzdauer KDS Kat: 6.2.1, 6.2.2., 7.2.1., 7.2.2, 8.2.1, 8.2.2

Änderungen mit Veröffentlichung zum 01.01.2020

Abschnitt 2b: Items zum Kerndatensatzes Fall

- 2.4.1 Konsum von psychotropen Substanzen
- 2.4.6. Konsum von nicht-abhängigkeitserzeugenden Substanzen
- 2.4.8. Glückspielverhalten

Abschnitt 2c: Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Fall

- 2.4.1 Konsum von psychotropen Substanzen
- 2.4.4 Welches ist die Hauptsubstanz
- 2.4.6. Konsum von nicht-abhängigkeitserzeugenden Substanzen

- 2.4.8. Glückspielverhalten
- 2.4.9 Hauptspielform
- 2.6.5. Art der Beendigung

Änderungen mit Veröffentlichung zum 01.01.2021

0 Zu diesem Manual: Hinweis zu neuem Kapitel 5 Datenschutz

Abschnitt 1c: Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Einrichtung

- 1.4.5. Art der Einrichtung: Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
- 1.7.8.2. Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen

Abschnitt 2b: Items zum Kerndatensatz Fall

- 2.2. Verwaltungs-/Zugangsdaten
- 2.4.4. Welche ist die Haupts substanz
- 2.5. Maßnahmen und Interventionen (muss nur dokumentiert werden, wenn 2.1.4 = 1 eigene Problematik)

Abschnitt 2c: Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Fall

- 2.1. Basisdaten
 - 2.1.3. Geschlecht
- 2.2. Verwaltungs-/Zugangsdaten
 - 2.2.3. Vorbetreuungen/-behandlungen
 - 2.2.5. Vermittelnde Instanz
- 2.4.1. Konsum von psychotropen Substanzen
- 2.4.4. Welche ist die Haupts substanz
- 2.4.15. Hauptdiagnose aus 2.4.5, 2.4.7, 2.4.10, 2.4.13, 2.4.14 (4-stelliger ICD-10-Code)
- 2.6.2. Kontaktzahl (nur ambulanter Bereich; ausgenommen tagesstrukturierende/-begleitende Angebote und ABW)

Abschnitt 4 Katamneseprotokoll

Verlagerung der Datenschutzaspekte in ein neues getrenntes Kapitel (siehe Abschnitt 5)

Abschnitt 5: Datenschutz

- 5.a. Einleitung
- 5.b. Allgemeiner Teil
- 5.c. Spezieller Teil
- 5.d. Rechte der betroffenen Person
- 5.e. Pflichten des Verantwortlichen
- 5.f. Zusammenfassung (Resumee) und Ausblick

Änderungen mit Veröffentlichung zum 01.01.2022

Abschnitt 2b: Items zum Kerndatensatz Fall

- 2.4.4 Welche ist die Hauptsubstanz
- 2.4.9 Hauptspielform (aus [2.4.8.]1 bis [2.4.8.]15)
- 2.4.12 Haupttätigkeit (aus [2.4.11.]1 bis [2.4.11.]4)
- 2.5 Maßnahmen und Interventionen

Abschnitt 2c: Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Fall

- 2.4 Konsummuster und suchtbezogene Problembereiche
- 2.4.4. Welche ist die Hauptsubstanz (Nummer von 1 bis 27 aus Item 2.4.1)
- 2.4.9 Hauptspielform (aus [2.4.8.]1 bis [2.4.8.]15)
- 2.4.12 Haupttätigkeit (aus [2.4.11.]1 bis [2.4.11.]4)

Änderungen mit Veröffentlichung zum 01.01.2023

Allgemeine redaktionelle Änderung

Änderung der Schreibweise „Katamneseerhebung“ in „Katamnese-Erhebung“ im gesamten Manual

Abschnitt 1c: Items zum Kerndatensatz Einrichtung

- 1.7.7.10 NAS – Reha-Nachsorge

Abschnitt 2b: Items zum Kerndatensatz Fall

- 2.3.6.2.2 Wohnverhältnis: Bei anderen Personen (instabil)
- 2.3.7.1.8 und 2.3.7.2.8 Erwerbssituation: Bezug von Bürgergeld

Abschnitt 2c: Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Fall

- 2.3.3.2.3 Migrationshintergrund: Als Kind von Migranten/innen geboren
- 2.3.3.2.4 Migrationshintergrund: Migration liegt ausschließlich in dritter Generation vor
- 2.3.5 Höchster Ausbildungsabschluss
- 2.3.7.1.8 und 2.3.7.2.8 Erwerbssituation: Bezug von Bürgergeld

Abschnitt 4.c.8 Katamneseprotokoll

Ergänzende Erläuterung am Beginn des Abschnitts (was beinhaltet eine vollständige Katamnese-Erhebung)

Abschnitt 4.f.1 Zur Auswahl der Items und zur Konstruktion des Katamnesefragebogens

Ergänzende Erläuterung am Beginn des Abschnitts (was beinhaltet eine vollständige Katamnese-Erhebung) sowie zum modularen Aufbau des Katamnesefragebogens

Abschnitt 4.f.3 Beispiel-Fragebogen Katamnese

Ergänzende Erläuterung zum modularen Aufbau des Katamnesefragebogens und neuer Beispiel-Fragebogen Katamnese

Änderungen mit Veröffentlichung zum 01.01.2024

Allgemeine redaktionelle Änderung

- Ersatz des Begriffs „Suchtkrankenhilfe“ im gesamten Manual durch „Suchthilfe“
- Vereinheitlichung der parallel genutzten Begriffe „Niederschwellige Hilfen“ und „Niedrigschwellige Hilfen“ im gesamten Manual zu „Niedrigschwellige Hilfen“
- Vereinheitlichung von „Stimulantien“ und „Stimulanzen“ zu „Stimulanzen“

Abschnitt 2.b: Items zum Kerndatensatz Fall

2.4.5. Konsum psychotroper Substanzen: Ergänzung um Substanzklassen

Abschnitt 2c: Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Fall

2.3.7.13 Sonstige Nichterwerbspersonen (ohne Bezug von Leistungen nach SGB XII): Personen, die Leistungen nach dem AsylbLG beziehen.

2.4.5.X.1 Aktuelle Diagnose(n): Ergänzung zur Diagnosestellung zu Dokumentationszwecken durch nicht-ärztliche/therapeutische Berufsgruppen

Abschnitt 4.c.8 Katamneseprotokoll

4.f.2 Items des Kerndatensatzes Katamnese: 3 Überwiegende Erwerbssituation in den letzten 12 Monaten: Bezug von Bürgergeld

Änderungen mit Veröffentlichung zum 01.01.2025

Allgemeine redaktionelle Änderung

- Überarbeitung Gendergerechtes Wording im gesamten Manual
- „Betreuungs-/Behandlungsbeginn“ wurde in „Beginn der aktuellen Betreuung/Behandlung“ geändert, um zu betonen, dass es sich bei den Zugangsdaten um den Beginn der aktuellen Episode handelt

→ Abschnitt 1c: Items zum Kerndatensatz Einrichtung

1.4.5 „Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“ wird zu „Einrichtung der Sozialen Teilhabe“

1.7.8.1 „ABW - Ambulant Betreutes Wohnen“ wird zu „AWS - Assistenzleistung im eigenen

Wohn- und Sozialraum“

Abschnitt 2.b: Items zum Kerndatensatz Fall

2.3.4 „Höchster bisher erreichter allgemeinbildender Schulabschluss“ wird zu „Schulischer Bildungsweg“

Abschnitt 2c: Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Fall

Zu Item 2.3.4 Schulischer Bildungsweg: hier wurde der folgende Zusatz ergänzt: „mit welchem Schulabschluss die Schule verlassen wurde. Falls im Nachgang weitere (höhere) Abschlüsse erworben wurden (z. B. Abitur über Abendschule) ist der entsprechende höherwertige Abschluss zu dokumentieren.“

0 Zu diesem Manual

Das vorliegende Manual beschreibt den Deutschen Kerndatensatz (KDS) in der aktuellen Version, die ab Januar 2017 bundesweit eingesetzt wird.

Der KDS stellt die Grundlage für die einheitliche Dokumentation in ambulanten und stationären Einrichtungen dar, in denen Personen mit substanzbezogenen Störungen sowie stoffungebundenen Suchtformen in Deutschland beraten, betreut und behandelt werden. Es handelt sich dabei um einen im fachlichen Konsens mit allen Interessengruppen vereinbarten Mindeststandard, an dem sich alle Dokumentationssysteme im Kern orientieren sollten. Bei Bedarf kann in der einrichtungsbezogenen oder fallspezifischen Dokumentation über den KDS hinausgegangen werden, d.h. es können in den jeweiligen Dokumentationssystemen fachlich notwendige Items (bspw. für spezifische regionale, trägerspezifische, verbandspolitische oder wissenschaftliche Auswertungszwecke) ergänzt werden.

Mit dem KDS soll eine möglichst einheitliche Erfassung wesentlicher Informationen über die in der Suchthilfe geleistete Arbeit sowie eine Zusammenführung der entsprechenden Daten in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) realisiert werden. Die DSHS ist im bundesweiten wie internationalen Vergleich eine der umfangreichsten und differenziertesten Statistiken über einen Versorgungsbereich im Gesundheits- und Sozialwesen. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen, dass der KDS in Teilen der Versorgungslandschaft eine nahezu vollständige Umsetzung gefunden hat (vor allem in Beratung und Rehabilitation) und als allgemeiner Dokumentationsstandard akzeptiert ist. In anderen Versorgungsbereichen besteht noch Informations- und Handlungsbedarf. Daher wurden die Anforderungen aller relevanten Leistungserbringer/innen bei der aktuellen Anpassung berücksichtigt.

Darüber hinaus möchte der KDS mit der Auswahl und Struktur der Items in der personen- bzw. fallbezogenen Dokumentation auch eine Hilfestellung für das anamnestische Gespräch mit Klient/innen und Patient/innen geben. Es geht dabei um einen Leitfaden für die Erhebung von Informationen, die für die weitere Beratung, Betreuung und Behandlung relevant sein könnten. Es geht ausdrücklich nicht um einen verbindlichen Fragebogen, der den betroffenen Personen zum Ausfüllen vorgelegt wird (außer bei der Durchführung einer schriftlichen Katamnese).

Der Kerndatensatz entstand 1998 auf der Basis einer in der Zeitschrift Sucht (Heft 5/1993) veröffentlichten Arbeitsgrundlage als ein gemeinsamer Mindestdatensatz im Rahmen eines Konsensprozesses zwischen vielen beteiligten Institutionen und Personen, der im Fachausschuss Statistik (früher Statistik-AG) der DHS stattfand (veröffentlicht 1998 und 1999). Er wurde nach den Erfahrungen der ersten Jahre im praktischen Einsatz in einem mehrjährigen Prozess überarbeitet und in einer neuen Version seit 2007 eingesetzt (herausgegeben von der DHS, zuletzt 2010), wodurch eine Verbesserung sowohl der Anwenderfreundlichkeit als auch der Erfassungsgenauigkeit erreicht werden konnte.

Seither hat sich das Einsatzfeld des KDS weiter verändert, sowohl auf der Ebene der beratenden, betreuenden und behandelnden Einrichtungen, als auch auf Ebene der relevanten Informationen über die Klient/innen und Patient/innen. Daher erfolgte seit dem

Frühjahr 2013 eine weitere grundlegende Überarbeitung im Rahmen des Fachausschusses Statistik der DHS, in die vor allem eine große Zahl von Hinweisen aus der Praxis der Suchthilfedokumentation eingegangen sind. Insgesamt gingen nach mehreren Aufrufen, vor allem im DHS-Newsletter, mehr als 100 teils sehr detaillierte und umfangreiche Überarbeitungshinweise ein, die ausnahmslos diskutiert und in vielen Fällen umgesetzt wurden. Zudem wurden aktuelle Forschungsergebnisse sowie suchtpolitische Aspekte bei der Anpassung von Struktur und Inhalten der Items berücksichtigt. Auch die Notwendigkeit der Berichterstattung an die Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) sowie der Bedarf nach Vergleichbarkeit und Abstimmung zwischen den Bundesländern, verschiedenen Regionen und Trägern, wurden bei der Anpassung berücksichtigt.

Insbesondere wurde der aktuelle Itemsatz mit dem europäischen Kerndatensatz abgeglichen. Er enthält die Items des Europäischen Standards der EUDA, des Treatment Demand Indicator Datensatzes (TDI) in der Version 3.0, der nach der Vorgängerversion 2.0 (aus dem Jahr 2000) im Jahr 2012 durch die vormalige Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) formal verabschiedet wurde. Dieser Kerndatensatz soll als Standard dazu beitragen, Daten über Klient/innen und Patient/innen von Einrichtungen der Suchthilfe in verschiedenen europäischen Ländern besser vergleichbar und für internationale und transnationale Studien nutzbar zu machen.

Die folgenden Bausteine des KDS bilden die Grundlage für eine einheitliche und vergleichbare Dokumentation:

→ **Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)**

Die Einrichtung, in der die Beratung oder Behandlung durchgeführt wird, ist Gegenstand des Kerndatensatzes Einrichtung (KDS-E). Die Einrichtung kann dabei in mehrere Teile gegliedert sein, die ab einer gewissen Mindestgröße zur besseren Übersicht getrennt dokumentieren sollten. Gegenüber der Version von 2007 wurde nun vor allem eine Trennung zwischen Einrichtungstyp und Leistungsangebot vorgenommen, um so der zunehmenden Komplexität der Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote im Suchthilfesystem Rechnung tragen zu können. Einrichtungen müssen sich nun zunächst über ihre grundsätzliche Typisierung identifizieren und können dann Angaben zu ihrem Leistungsspektrum machen. Insgesamt soll sich der KDS-E nun nur noch auf wesentliche Einrichtungsmerkmale fokussieren.

→ **Kerndatensatz Fall (KDS-F)**

Die Beschreibung einer individuellen Beratung, Betreuung oder Behandlung ist Gegenstand des Kerndatensatzes Fall (KDS-F). Mit der Veränderung der Bezeichnung gegenüber der Vorversion („Kerndatensatz Klient“), soll zum einen verdeutlicht werden, dass sich die personenbezogene Dokumentation immer nur auf eine aktuelle Beratungs-, Betreuungs- oder Behandlungs-Episode bezieht, d.h. für eine Person können in einem Erfassungszeitraum auch 'mehrere „Fälle“ (nicht parallel) in der Dokumentation angelegt werden. Zum anderen werden mit dem allgemeinen Begriff ‚Fall‘ leistungsspezifische Bezeichnungen wie bspw. Klient/in, Patient/in oder Rehabilitand/in umfasst. Wesentliche Änderungen gegenüber der

Version von 2007 beziehen sich vor allem auf die Trennung von Konsumverhalten (für Substanzen wie auch für stoffungebundene Suchtformen) und Diagnosen, die Anpassung der durchgeführten Maßnahmen an die neue Struktur der Leistungsangebote aus dem KDS-E sowie die verbesserte Erfassung von Items, die in den letzten Jahren in den Mittelpunkt der Fachdiskussion gerückt sind (bspw. Migration und Kinder). Neu aufgenommen wurden auch Items, die über die Suchtproblematik hinaus auch eine erste psychosoziale Diagnostik ermöglichen.

→ **Kerntabellensatz Fall**

Die einheitliche Zusammenführung von Informationen aus verschiedenen Dokumentationssystemen erfolgt sinnvollerweise über die Vereinbarung von Tabellenformaten für die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse. Die verwendeten Tabellen wurden im Fachausschuss Statistik der DHS abgestimmt und von der DHS verabschiedet. Sie dienen als Grundlage für die Erstellung der Auswertungen im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik.

→ **Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat)**

Die Beschreibung des Status der/s Klientin/en oder Patientin/en zu einem bestimmten Zeitpunkt nach Ende der Beratung, Betreuung oder Behandlung bietet die Grundlage für eine Bewertung des Therapieerfolges. In der katamnestischen Erhebung werden neben dem Suchtmittelkonsum die wichtigsten Lebensbereiche der/s Klientin/en oder Patientin/en erfragt und unter Nutzung der Items des Kerndatensatzes-Fall in Beziehung zu seiner/ihrer Situation am Anfang und Ende der Beratung, Betreuung oder Behandlung gestellt. Eine gemeinsame Auswertung von Ergebnissen mehrerer Einrichtungen setzt auch hier ein standardisiertes Format für den Datenaustausch voraus. Wie beim Kerntabellensatz Fall können auch die katamnestischen Daten der Einrichtungen in aggregierter, tabellarischer Form weitergegeben und ausgewertet werden.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen dankt allen an der Überarbeitung des KDS beteiligten Personen und Institutionen und wünscht dem Kerndatensatz in seiner neuen Version ebenso großen Erfolg bei Datenerhebung und -interpretation wie in der Vergangenheit.

Der KDS ermöglicht eine einheitliche Dokumentation der fachlichen Tätigkeit in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe. Voraussetzung dafür ist die möglichst einheitliche Erfassung wesentlicher Informationen über die in der Suchthilfe geleistete Arbeit, wozu vor allem auch personenbezogene Daten gehören. Der Datenschutz spielt eine entscheidende Rolle, denn personenbezogene Daten stehen im Fokus der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO): „Vorrangiges Ziel des Datenschutzes ist es, eine Gefährdung des Persönlichkeitsrechtes des Einzelnen von vornherein durch das Aufstellen von Verarbeitungsregeln für personenbezogene Daten und über die Gestaltung und den Einsatz von Informationstechnik zu verhindern“ (Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), 2019, S. 9). Um die Verarbeitung personenbezogener Daten zu schützen, werden alle damit zusammenhängenden Vorgehensweisen

datenschutzrechtlich thematisiert und reguliert.

Aus Sicht der Autorinnen und Autoren des KDS ist es sinnvoll (und notwendig) im Manual über relevante datenschutzrechtliche Bestimmungen der DS-GVO zu informieren. Das Manual erhält daher in der aktualisierten Version ein neues Kapitel zum Datenschutz: Kapitel 5. Dieses Kapitel versteht sich als eine Orientierungshilfe für Einrichtungen. Einrichtungen sind durch die DS-GVO selbst verpflichtet, den Vorschriften des Datenschutzes zu entsprechen. Die entsprechenden Hinweise im Manual stellen keine zusätzliche Verpflichtung dar, sondern bieten einen Überblick zum Nachlesen.

Im neuen Kapitel 5 werden nach einer kurzen Darstellung allgemeiner Vorgaben ausgewählte Bestimmungen der DSGVO kurz referiert und kommentiert, die insbesondere im Umgang mit unmittelbar personenbezogenen Informationen relevant sind. Es handelt sich vor allem um Bestimmungen, die einer besonders strengen Vorschrift unterliegen, denn ihre Einhaltung muss nachgewiesen werden („Rechenschaftspflicht“). Damit der Nachweis gelingt, ist es erforderlich, das Vorgehen zu dokumentieren, wofür entsprechende Dokumentationsinstrumente entwickelt bzw. eingesetzt werden müssen. Insofern besitzen diese Bestimmungen eine hohe Relevanz für die praktische fachliche Tätigkeit. Das Kapitel enthält Anregungen für die praktische Umsetzung.

Im Rahmen der Fallarbeit, die im KDS auf Einrichtungsebene dokumentiert wird, werden „besondere Kategorien personenbezogener Daten“, insbesondere Gesundheitsdaten (s. Kapitel 9 DS-GVO), verarbeitet. Als pseudonymisierte Daten sind sie personenbezogene Daten und unterliegen datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Für die konkrete Fallarbeit mit dem Klienten/der Klientin muss z.B. der Nachweis erbracht werden, dass die „Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten“ eingehalten wurden. Es stellt sich die Frage, wie dieser Nachweis erbracht werden kann. Sofern die Verarbeitung der personenbezogenen Daten auf einer Einwilligung beruht, muss nachgewiesen werden, dass die betroffene Person eingewilligt hat. Auch hier stellt sich die Frage, wie nachgewiesen werden kann, dass die Kriterien für die Freiwilligkeit erfüllt wurden. Voraussetzung für die Einwilligung ist, dass die betroffene Person „in informierter Weise“ eingewilligt (informed consent), also die dafür vorgesehenen Informationen erhalten hat. Die Aufsichtsbehörden empfehlen daher, die Erfüllung der Informationspflichten schriftlich zu dokumentieren, um sich vor Auseinandersetzungen zu schützen. Somit ist es dringend empfehlenswert, ein entsprechendes Dokumentationsinstrument zu entwickeln und einzusetzen.

1 Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

1a) Einleitung

Bei der aktuellen Überarbeitung des Kerndatensatzes Einrichtung (KDS-E) wurden die bisherigen Items unter folgenden Perspektiven überarbeitet:

Bei der aktuellen Überarbeitung des Kerndatensatzes Einrichtung (KDS-E) wurden die bisherigen Items unter folgenden Perspektiven überarbeitet:

- Zum einen soll dieser Kerndatensatz eine Beschreibung des differenzierten Leistungsspektrums und des Qualifikationsstandards in der Versorgungslandschaft für Menschen mit Abhängigkeitsstörungen ermöglichen.
- Zum anderen soll eine sinnvolle Gliederung und damit eine Vergleichbarkeit, der den einzelnen Einrichtungen zugeordneten fallbezogenen Datensätze ermöglicht werden.
- Auf andere bislang im Einrichtungsdatensatz enthaltene Items, wie z.B. die Frage nach der Finanzierung der einzelnen Einrichtungen, wurde angesichts der hohen Unterschiedlichkeit der Einrichtungsstrukturen verzichtet.

Eine Gesamteinrichtung kann aus einem Einrichtungstyp bestehen, zum Beispiel aus einem Heim. Sie kann aber auch mehrere Einrichtungen beinhalten. Ein Krankenhaus kann etwa neben dem Standardangebot eine ambulante Einrichtung für Motivationsarbeit, Vorbereitung und Nachsorge und zusätzlich ein Arbeits- und Beschäftigungsprojekt umfassen. Falls diese jeweils mit mindestens einer Vollzeitstelle an Personal ausgestattet sind, wären insgesamt drei Einrichtungen zu beschreiben, für jede also ein eigener Einrichtungsbogen auszufüllen. Einige Beispiele für dieses Konzept sind etwa:

- Eine Beratungsstelle, die auch Beratung und Behandlung im Strafvollzug anbietet.
- Eine Rehabilitationseinrichtung mit angegliederter Übergangseinrichtung.

Es ist bei der Dokumentation darauf zu achten, dass **als eigene Einrichtungen nur die Einheiten berücksichtigt werden, die in der Summe jeweils mindestens eine Vollzeitstelle aufweisen, und dass sich die Angaben pro Einrichtung jeweils nur auf diese beschriebene Einheit beziehen**. So sind im obigen zweiten Beispiel für die Übergangseinrichtung nicht die Mitarbeiter/innen der gesamten Rehabilitationseinrichtung anzugeben, sondern nur die Personalstellen, die diesem Teil der Arbeiten zugeordnet sind.

Für eine differenzierende Darstellung der mit dem Einrichtungsdatensatz verknüpften fallbezogenen Datensätze wird zunächst nach der Art der Einrichtung bzw. dem Einrichtungstyp gefragt. Für diese Einrichtung werden die personelle Besetzung und die behandlungsbezogene Qualifikation der Mitarbeiter/innen erhoben. In einem nächsten Schritt werden dann für die dokumentierende Einrichtung **alle Dienste und Angebote dokumentiert, die im Berichtsjahr tatsächlich genutzt wurden**. Abschließend werden in vereinfachter Form Qualitätsstandards und die formalisierte Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen bzw. Angeboten dokumentiert.

1b) Items zum Kerndatensatz Einrichtung

1.1 Anschrift

Item-Nr.	Item-Bezeichnung	Eingabe (freies Textfeld)
1.1.1	Name der Einrichtung	
1.1.2	Straße	
1.1.3	Postleitzahl	
1.1.4	Stadt/Gemeinde	
1.1.5	Postfach	
1.1.6	Telefon	
1.1.7	Fax	
1.1.8	E-Mail-Adresse	
1.1.9	Web-Adresse	
1.1.10	Einrichtungscode	

1.2 Bundesland

Item-Nr.	Item-Kategorie	Wert
1.2	Baden-Württemberg	1
	Bayern	2
	Berlin	3
	Brandenburg	4
	Bremen	5
	Hamburg	6
	Hessen	7
	Mecklenburg-Vorpommern	8
	Niedersachsen	9
	Nordrhein-Westfalen	10
	Rheinland-Pfalz	11
	Saarland	12
	Sachsen	13
	Sachsen-Anhalt	14
	Schleswig-Holstein	15
	Thüringen	16

1.3 Trägerschaft

Item-Nr.	Item-Kategorie	Wert
1.3	Öffentlich-rechtlicher Träger	1
	Freie Wohlfahrtspflege / gemeinnütziger Träger	2
	Privatwirtschaftlicher Träger	3
	Sonstiger Träger	4

1.4 Art der Einrichtung / Einrichtungstyp

Item-Nr.	Item Kategorie (Einrichtungstyp)	Wert
1.4	Ambulante Einrichtung	1
	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	2
	Krankenhaus/-abteilung	3
	Ärztliche / psychotherapeutische Praxis	4
	Einrichtung der Sozialen Teilhabe	5
	Einrichtung im Strafvollzug	6
	Andere (z.B. Pflegeheim, Maßregelvollzug)	7

1.5 Personelle Besetzung (im Suchtbereich; Stichtag: 30.11.)

Item-Nr.	Item Kategorie (Berufsgruppen)	Mitarbeitende mit Festanstellung Anzahl	Mitarbeitende mit Festanstellung Std/Woche gesamt	Honorarmitarbeitende mit Festanstellung Anzahl	Honorarmitarbeitende mit Festanstellung Std/Woche gesamt
1.5.1	Ärztinnen und Ärzte				
1.5.2	Psychologinnen und Psychologen*				
1.5.3	Pädagogik, Sozialwissenschaften, Soziologie*				
1.5.4	Sozialarbeit, Sozialpädagogik				
1.5.5	Erziehung, Fachkräfte für Soziale Arbeit				
1.5.6	Pflegefach- und -hilfskräfte				
1.5.7	Ergo-, Arbeits-, Beschäftigungstherapie				
1.5.8	Kreativtherapie (Kunst, Musik, Theater)				
1.5.9	Sport- und Bewegungstherapie				
1.5.10	Physiotherapie				
1.5.11	Sonstige in Beratung und Therapie tätige Personen				
1.5.12	Wirtschaftswissenschaften (akademischer Abschluss)				
1.5.13	Büro-, Verwaltungspersonal				
1.5.14	Technisches Personal, Wirtschaftsbereich				
1.5.15	Praktikum, Ausbildung				
1.5.16	Freiwilligendienstleistende				

* mit (Fach-)Hochschulabschluss

1.6 Aktueller Stand der beratungs-/ behandlungsrelevanten (abgeschlossenen) Qualifikation der Mitarbeitenden

(nur Festangestellte, Honorarmitarbeitende)

Item-Nr.	Item Kategorie (Berufsgruppen)	Anzahl Mitarbeitende
1.6.1	Fachärztliche Aus- oder Weiterbildung für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik oder Psychoanalyse	
1.6.2	Approbation nach PsychThG im Bereich psychologische Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	
1.6.3	Von der Deutschen Rentenversicherung anerkannte suchtspezifische Zusatzausbildung	
1.6.4	Andere suchtspezifische Zusatzausbildung	

1.7 Art der Dienste / Angebote

Item-Nr.	Item Kategorie (Dienst / Angebot)	Wert
1.7.1	PF – Prävention und Frühintervention	ja/nein
1.7.2	Akutbehandlung	ja/nein
1.7.2.1	ASA – Ambulante somatische Akutbehandlung inkl. Frühintervention	ja/nein
1.7.2.2	APB – Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung	ja/nein
1.7.2.3	AKH – Stationäre somatische Akutbehandlung	ja/nein
1.7.2.4	PIA – Ambulante psychiatrische Akutbehandlung	ja/nein
1.7.2.5	PKH – Stationäre psychiatrische Akutbehandlung	ja/nein
1.7.2.6	PSA – Stationäre psychotherapeutische/-somatische Akutbehandlung	ja/nein
1.7.3	Beratung und Betreuung	ja/nein
1.7.3.1	NIH – Niederschwellige Hilfen	ja/nein
1.7.3.2	SBS – Sucht- und Drogenberatung	ja/nein
1.7.3.3	PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	ja/nein
1.7.3.4	SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	ja/nein
1.7.4	JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII)	ja/nein
1.7.5	BS – Suchtberatung im Betrieb	ja/nein
1.7.6	Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	ja/nein
1.7.6.1	AOB – Arbeitsmarktorientierte Beratung	ja/nein
1.7.6.2	ABP – Beschäftigung	ja/nein
1.7.6.3	QUA – Qualifizierung	ja/nein
1.7.6.4	AFD – Arbeitsförderung	ja/nein
1.7.6.5	BRH – Berufliche Rehabilitation	ja/nein
1.7.6.6	BBM – Beschäftigung für Menschen mit Behinderung	ja/nein
1.7.7	Suchtbehandlung	ja/nein
1.7.7.1	ENT – Entgiftung	ja/nein
1.7.7.2	QET – Qualifizierter Entzug	ja/nein
1.7.7.3	MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe	ja/nein
1.7.7.4	SUB – Ambulante Opiatsubstitution	ja/nein

Item-Nr.	Item Kategorie (Dienst / Angebot)	Wert
1.7.7.5	ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation	ja/nein
1.7.7.5.1	– Falls ja, auch unter Substitution?	ja/nein
1.7.7.6	TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	ja/nein
1.7.7.6.1	– Falls ja, auch unter Substitution?	ja/nein
1.7.7.7	STR – Stationäre medizinische Rehabilitation	ja/nein
1.7.7.7.1	– Falls ja, auch unter Substitution?	ja/nein
1.7.7.8	ADA – Adaption	ja/nein
1.7.7.8.1	– Falls ja, auch unter Substitution?	ja/nein
1.7.7.9	KOM – Kombinationsbehandlung	ja/nein
1.7.7.9.1	– Falls ja, auch unter Substitution?	ja/nein
1.7.7.10	NAS – (Reha-)Nachsorge	ja/nein
1.7.7.11	AEF – Ambulante Entlassform	ja/nein
1.7.7.12	GEF – Ganztägig ambulante Entlassform	ja/nein
1.7.7.13	WAB – Wechsel in die Ambulante Behandlungsform	ja/nein
1.7.8	Eingliederungshilfe	ja/nein
1.7.8.1	AWS- Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum	ja/nein
1.7.8.2	SOZ – Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen	ja/nein
1.7.8.3	ÜEW – Übergangswohnen	ja/nein
1.7.8.4	TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen	ja/nein
1.7.9	Justiz	ja/nein
1.7.9.1	MVJ – Medizinische Versorgung im Justizvollzug	ja/nein
1.7.9.2	SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug	ja/nein
1.7.9.3	SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)	ja/nein
1.7.9.4	ENH – Eingliederung nach Haft	ja/nein
1.7.10	Altenhilfe und Pflege	ja/nein
1.7.10.1	ALT – Ambulante und stationäre Altenhilfe	ja/nein
1.7.10.2	HPF – Hilfen für Pflegebedürftige	ja/nein
1.7.11	SH- Selbsthilfe	ja/nein

1.8 Anzahl nicht dokumentierter Betreuer

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Anzahl Betreute
1.8	Nicht dokumentierte Betreute (nur ambulante)	

1.9 Qualitätskriterien

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
1.9.1	Existiert ein (schriftliches) Einrichtungskonzept?	ja/nein
1.9.2	Wurde in der Einrichtung ein QM-System implementiert?	ja/nein
1.9.3	Wurde die Einrichtung zertifiziert?	ja/nein
1.9.4	Wenn ja, in welchem Jahr (zuletzt)?	
1.9.5	Nimmt die Einrichtung an einer externen Qualitätssicherung teil?	ja/nein

1.10 Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen / Angeboten

Item-Nr.	Item Kategorie (Dienst / Angebot)	Kooperationsregelung
1.10.1	PF – Prävention und Frühintervention	1 (schriftlicher) Vertrag
		2 gemeinsames Konzept
		3 sonstige Vereinbarung
		4 keine Vereinbarung
1.10.2	Akutbehandlung	1 (schriftlicher) Vertrag
		2 gemeinsames Konzept
		3 sonstige Vereinbarung
		4 keine Vereinbarung
1.10.3	Beratung und Betreuung	1 (schriftlicher) Vertrag
		2 gemeinsames Konzept
		3 sonstige Vereinbarung
		4 keine Vereinbarung
1.10.4	JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)	1 (schriftlicher) Vertrag
		2 gemeinsames Konzept
		3 sonstige Vereinbarung
		4 keine Vereinbarung
1.10.5	BS – Suchtberatung im Betrieb	1 (schriftlicher) Vertrag
		2 gemeinsames Konzept
		3 sonstige Vereinbarung
		4 keine Vereinbarung
1.10.6	Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	1 (schriftlicher) Vertrag
		2 gemeinsames Konzept
		3 sonstige Vereinbarung
		4 keine Vereinbarung
1.10.7	Suchtbehandlung	1 (schriftlicher) Vertrag
		2 gemeinsames Konzept
		3 sonstige Vereinbarung
		4 keine Vereinbarung
1.10.8	Eingliederungshilfe	1 (schriftlicher) Vertrag
		2 gemeinsames Konzept
		3 sonstige Vereinbarung
		4 keine Vereinbarung
1.10.9	Justiz	1 (schriftlicher) Vertrag
		2 gemeinsames Konzept
		3 sonstige Vereinbarung
		4 keine Vereinbarung
1.10.10	Altenhilfe und Pflege	1 (schriftlicher) Vertrag
		2 gemeinsames Konzept
		3 sonstige Vereinbarung

Item-Nr.	Item Kategorie (Dienst / Angebot)	Kooperationsregelung
		4 keine Vereinbarung
1.10.11	SH – Selbsthilfe	1 (schriftlicher) Vertrag
		2 gemeinsames Konzept
		3 sonstige Vereinbarung
		4 keine Vereinbarung
1.10.12	Wohnungslosenhilfe	1 (schriftlicher) Vertrag
		2 gemeinsames Konzept
		3 sonstige Vereinbarung
		4 keine Vereinbarung

1c) Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Einrichtung

In den Erläuterungen zu den Items des KDS-E sind übergeordnete Items fett, zum Beispiel: **1.7 Art der Dienste / Angebote**, die innerhalb dieser Erhebungsbereiche jeweils übergeordneten Items sind fett, z.B. **1.7.3 Beratung und Betreuung**, Unteroptionen bzw. -items sind kursiv, z.B. *1.7.3.1 NIH – Niedrigschwellige Hilfen*.

Zu Item 1.1 Anschrift

Es ist die Postanschrift der Einrichtung anzugeben. Die E-Mail-Adresse sollte sich im Zweifelsfall auf die Person beziehen, die weitere Informationen zu den vorliegenden Fragen geben kann. Der Einrichtungscode ist eine bundesweit eindeutige und zentral vergebene Identifikationsnummer für jede Einrichtung.

Zu Item 1.2 Bundesland

Hier ist das Bundesland, in dem sich die Einrichtung befindet, mit der zutreffenden Ziffer von 1-16 zu kodieren.

Zu Item 1.3 Trägerschaft

1 Öffentlich-rechtlicher Träger

Bund, Länder, Kommunen, Körperschaften öffentlichen Rechts (u.a. Deutsche Rentenversicherung)

2 Freie Wohlfahrtspflege / gemeinnütziger Träger

Kirchliche Trägerschaft (u.a. Diakonie, Caritas sowie Mitgliedsverbände), freie Wohlfahrtspflege (u.a. Deutsches Rotes Kreuz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrt), andere frei-gemeinnützige Träger

4 Sonstiger Träger

Die Trägerschaft lässt sich nicht den Kategorien 1-3 zuordnen (z.B. Stiftung).

Zu Item 1.4 Art der Einrichtung / Einrichtungstyp

Die Einrichtung ist – unabhängig von ihrer Rechtsform oder Trägerstruktur – einer der Kategorien zuzuordnen. Falls mehrere Kategorien zutreffen, so ist die im Kontext der Suchthilfestatistik spezifischere bzw. eher zutreffende zu wählen. So wäre eine Arztpraxis, die Beratung und Behandlung im Strafvollzug mit mehr als einer Mitarbeitendenstelle anbietet, „Beratung und Behandlung im Strafvollzug“ als der spezifischeren Einrichtungsform zuzuordnen.

1 Ambulante Einrichtung

entspricht den bisherigen Einrichtungstypen 2 (niedrigschwellige Einrichtung, z.B. Notschlafstelle, Konsumraum etc.), 3 (Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz) und 4 (Institutsambulanz)

2 Stationäre Rehabilitationseinrichtung

entspricht den bisherigen Einrichtungstypen 8 (teilstationäre, d.h. ganztägig ambulante

Rehabilitationseinrichtung), 9 (stationäre Rehabilitationseinrichtung) und 10 (Adaptionseinrichtung) Maßgebend für die Kodierung als Rehabilitationseinrichtung sind die Kriterien des SGB V § 107.2 sowie SGB VI § 9 u. § 15.

3 *Krankenhaus/-abteilung*

entspricht dem bisherigen Einrichtungstyp 7 (Krankenhaus/-abteilung). In diese Kategorie fallen alle Einrichtungen, die den Kriterien des SGB V § 107.1 entsprechen.

4 *Ärztliche / psychotherapeutische Praxis*

entspricht dem bisherigen Einrichtungstyp 1 (ärztliche oder psychotherapeutische Praxis)

5 *Einrichtung der Sozialen Teilhabe*

entspricht den bisherigen Einrichtungstypen 5 (ambulant betreutes Wohnen), 6 (Arbeits- und Beschäftigungsprojekt), 11 (teilstationäre, d.h. ganz-tätig ambulante Einrichtung der Sozialtherapie) und 12 (stationäre Einrichtung der Sozialtherapie). Darunter fallen unter anderem Tagesstätten nach SGB XII § 53ff/§ 67ff, ganztätig ambulant betreutes Wohnen sowie Wohnheime oder Übergangswohnheime nach den Kriterien des SGB XII § 53ff. oder §§ 67ff. sowie des KJHG § 35a. Die Aufzählung ist nicht als abschließend zu verstehen.

6 *Einrichtung im Strafvollzug*

entspricht den bisherigen Einrichtungstypen 15 (Interner Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug) und 16 (Externer Dienst zur Beratung / Behandlung im Strafvollzug)

7 *Andere*

entspricht z.B. den bisherigen Einrichtungstypen 13 (Pflegeheim) und 14 (Maßregelvollzug).

Zu Item 1.5 Personelle Besetzung (Stichtag 30.11)

Hier ist für die festangestellten und Honorarkräfte der Einrichtung (laut 1.3) aus jeder der unter 1.5.1-1.5.16 angeführten Berufsgruppen jeweils die **Anzahl der Mitarbeitenden** (unabhängig vom Umfang der jeweiligen Stelle bzw. der Stundenzahl) und die **Gesamtstundenzahl** aller in dieser Berufsgruppe vertretenen Mitarbeitenden pro Woche (unabhängig von der Anzahl der Mitarbeitenden) anzugeben. Gibt es etwa 3 Teilzeitbeschäftigte aus dem Bereich Sozialarbeit mit Honorarvertrag, die jeweils 10 Stunden in der Woche arbeiten, wird unter Gesamtzahl „3“ eingetragen, und unter der Gesamtstundenzahl pro Woche wird der Gesamtwert von $3 \times 10 = 30$ Stunden angegeben. Da es im Laufe eines Jahres personelle Schwankungen geben kann, ist der Stichtag für die Kodierung dieser Frage der 30. November.

Zu Item 1.6 Aktueller Stand der behandlungsrelevanten Qualifikation der Mitarbeitenden

Diese Angaben sind nur für Festangestellte und Honorarmitarbeitende zu machen. Es ist jeweils die Anzahl der Mitarbeitenden anzugeben, die über die jeweilige

Qualifikation aus den Kategorien 1.6.1-1.6.4 verfügen. Einzelne Mitarbeitende, die über mehrere dieser Qualifikationen verfügen werden entsprechend auch mehrfach gezählt.

1.6.1 *Fachärztliche Aus- oder Weiterbildung für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik oder Psychoanalyse*

1.6.2 *Mitarbeitende mit einer Approbation nach PsychThG im Bereich psychologische Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*

Hier sind Psychologische Psychotherapeut: innen bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut: innen mit einer Approbation gemäß dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) zu kodieren.

1.6.3 *Mitarbeitende mit einer abgeschlossenen von der Deutschen Rentenversicherung anerkannten suchtspezifischen Zusatzausbildung*

Hier sind suchtspezifische Zusatzausbildungen zu kodieren, welche von der Deutschen Rentenversicherung anerkannt sind.

1.6.4 *Mitarbeitende mit einer anderen suchtspezifischen Zusatzausbildung*

Zu Item 1.7 Art der Dienste / Angebote

Es sollen hier **alle Angebote** aufgeführt werden, die durch die Einrichtung vorgehalten **und** im Berichtsjahr von mindestens einer hilfesuchenden Person in Anspruch genommen wurden. Nur geplante oder im Berichtsjahr auch nicht genutzte Angebote sind hier nicht zu dokumentieren!

Die Art der Dienste / Angebote ist nach Leistungsbereichen gegliedert. Abgesehen von den Items 1.7.1., 1.7.4., 1.7.5 und 1.7.11. ist eine Kodierung der anderen Leistungsbereiche mit „ja“ nur möglich, wenn ergänzend jeweils auch mindestens ein spezifizierendes Angebot kodiert worden ist.

Zu Item 1.7.1 PF – Prävention und Frühintervention

Unter „PF – Prävention und Frühintervention“ sind die Aktivitäten und Maßnahmen zu zählen, die sich an eine definierte Zielgruppe richteten und denen ein Curriculum zu Grunde lag. Hierzu zählen Veranstaltungen wie Jugendfilmtage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder Schulprojektstage. Auch Projekte wie HaLT oder Programme wie FreD und SKOLL sind zu erfassen. Nicht zu zählen sind adhoc Veranstaltungen wie z. B. Diskussionsrunden in Jugendzentren und Schulelternabenden oder unspezifische Maßnahmen wie z. B. massenmediale Kampagnen.

Zu Item 1.7.2 Akutbehandlung

Wenn ja, bitte alle Angebote differenziert angeben, mindestens jedoch ein Angebot:

1.7.2.1 *ASA – Ambulante somatische Akutbehandlung inkl. suchtbbezogener Frühintervention*

Ambulante Behandlung zu Lasten der Krankenkassen (PKV und GKV) in hausärztlichen Praxen, fachärztlichen Praxen und Ambulanzen. In diesem Rahmen können auch suchtbetonte Frühinterventionen stattfinden. Akutbehandlungen sind (in Abgrenzung zu rehabilitativen Maßnahmen) Interventionen, die einen kurativen Ansatz verfolgen. In diesem Sinne ist eine Akutbehandlung nicht als (psycho- oder sozialtherapeutische) Notfall- oder Krisenintervention zu verstehen.

1.7.2.2 APB – Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung

Ambulante Behandlung zu Lasten der Krankenkassen (PKV und GKV) in Praxen niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut: innen. Akutbehandlungen sind (in Abgrenzung zu rehabilitativen Maßnahmen) Interventionen, die einen kurativen Ansatz verfolgen. In diesem Sinne ist eine Akutbehandlung nicht als (psycho- oder sozialtherapeutische) Notfall- oder Krisenintervention zu verstehen.

1.7.2.3 AKH – Stationäre somatische Akutbehandlung

Stationäre somatische Behandlung zu Lasten der Krankenkassen (PKV und GKV) in Allgemein- und Fachkrankenhäusern (nicht suchtspezifisch). Akutbehandlungen sind (in Abgrenzung zu rehabilitativen Maßnahmen) Interventionen, die einen kurativen Ansatz verfolgen. In diesem Sinne ist eine Akutbehandlung nicht als (psycho- oder sozialtherapeutische) Notfall- oder Krisenintervention zu verstehen.

1.7.2.4 PIA – Ambulante psychiatrische Akutbehandlung

Ambulante Behandlung zu Lasten der Krankenkassen (PKV und GKV) in psychiatrischen Institutsambulanzen i.d.R. an psychiatrischen Krankenhäusern (nicht suchtspezifisch). Akutbehandlungen sind (in Abgrenzung zu rehabilitativen Maßnahmen) Interventionen, die einen kurativen Ansatz verfolgen. In diesem Sinne ist eine Akutbehandlung nicht als (psycho- oder sozialtherapeutische) Notfall- oder Krisenintervention zu verstehen. Hierunter fallen auch tagesklinische Maßnahmen, auch solche, die einen Suchtbezug aufweisen.

1.7.2.5 PKH – Stationäre psychiatrische Akutbehandlung

Stationäre psychiatrische Behandlung zu Lasten der Krankenkassen (PKV und GKV) in psychiatrischen Krankenhäusern (nicht suchtspezifisch). Akutbehandlungen sind (in Abgrenzung zu rehabilitativen Maßnahmen) Interventionen, die einen kurativen Ansatz verfolgen. In diesem Sinne ist eine Akutbehandlung nicht als (psycho- oder sozialtherapeutische) Notfall- oder Krisenintervention zu verstehen.

1.7.2.6 PSA – Stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Akutbehandlung

Stationäre psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung zu Lasten der Krankenkassen (PKV und GKV) in Allgemein- und Fachkrankenhäusern (nicht suchtspezifisch). Akutbehandlungen sind (in Abgrenzung zu rehabilitativen Maßnahmen) Interventionen, die einen kurativen Ansatz verfolgen. In diesem Sinne ist eine Akutbehandlung nicht als (psycho- oder sozialtherapeutische) Notfall- oder Krisenintervention zu verstehen.

Zu Item 1.7.3 Beratung und Betreuung

Wenn ja, bitte alle Angebote differenziert angeben, mindestens jedoch ein Angebot:

1.7.3.1 NIH - Niedrigschwellige Hilfen

Existenzsichernde und gesundheitliche Grundversorgung, Tagesstruktur, Spritzentausch etc.

1.7.3.2 SBS – Sucht- und Drogenberatung

In Suchtberatungsstellen mit/ohne Spezialisierung auf bestimmte Zielgruppen oder Hilfebereiche

1.7.3.3 PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter

durch verschiedene Anbieter, insbesondere Suchtberatungsstellen

1.7.3.4 SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung

durch Gesundheitsämter und sozialpsychiatrische Dienste als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens oder in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände

Zu Item 1.7.4 JH – Kinder und Jugendhilfe (SGBVIII)

Ambulante und stationäre Angebote mit Spezialisierung auf Suchtproblematik

Zu Item 1.7.5 BS – Suchtberatung im Betrieb

durch interne betriebliche Suchtberatungen oder externe Dienste

Zu Item 1.7.6 Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung

Wenn ja, bitte alle Angebote differenziert angeben, mindestens jedoch ein Angebot:

1.7.6.1 AOB – Arbeitsmarktorientierte Beratung

Unterstützende Suchtberatung zur Eingliederung in Arbeit (i.w. nach §16a SGB II)

1.7.6.2 ABP – Beschäftigung

Spezifische Angebote bzw. Projekte zur (niedrigschwelligen) Beschäftigung von Menschen mit Suchtproblematik, z.B.:

- Arbeitsgelegenheiten (AGH) § 16d SGB II
- Betreute Arbeit §§ 53/54 SGB XII
- Therapeutisch betreute Tagesstätte (Individueller Anspruch gem. §§ 53 ff SGB XII)
- Zuverdienst (nach SGB XII)

1.7.6.3 QUA – Qualifizierung

Spezifische Angebote bzw. Projekte zur Qualifizierung und Arbeitsförderung für Menschen mit Suchtproblematik, z.B. Förderung der beruflichen Weiterbildung nach §§ 81 ff. SGB III i. V. m. § 16 Abs. 1 SGB II

1.7.6.4 AFD – Arbeitsförderung

Maßnahmen von / mit Arbeitsagentur und Jobcentern speziell für Menschen mit

Suchtproblematik, z.B. Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 SGB III - (evtl. in Verbindung mit § 16 Abs. 1 SGB II)

1.7.6.5 *BRH – Berufliche Rehabilitation*

Angebote von / mit Berufsförderungswerken (BFW), Berufsbildungswerken (BBW) und Beruflichen Trainingszentren (BTZ)

1.7.6.6 *BBM – Beschäftigung für Menschen mit Behinderung*

In anerkannten Werkstätten für Menschen mit Behinderung

Zu Item 1.7.7 Suchtbehandlung

Wenn ja, bitte alle Angebote differenziert angeben, mindestens jedoch ein Angebot:

1.7.7.1 *ENT – Entgiftung*

In internistischen und psychiatrischen Krankenhäusern, die eine ‚einfache‘ Entzugsbehandlung anbieten. Es handelt sich hierbei um eine Krankenhausbehandlung nach SGB V, die anders als die medizinische Rehabilitation eine rein kurative Zielsetzung verfolgt. Sie kann auch als Notfall- oder Krisenintervention erfolgen, ist aber eindeutig von einer psychotherapeutischen oder sozialtherapeutischen ‚akuten‘ Krisenintervention abzugrenzen

1.7.7.2 *QET – Qualifizierter Entzug*

In internistischen und psychiatrischen Krankenhäusern, die qualifizierte Entzugsbehandlung anbieten. Der Qualifizierte Entzug unterscheidet sich von der ‚einfachen‘ Entgiftung durch eine spezifische Konzeption, die ergänzende therapeutische Elemente zur Stabilisierung, Klärung und Motivierung für eine mögliche Weiterbehandlung oder Weiterbetreuung umfasst, und für eine längere Behandlungsdauer (gem. S3-Leitlinie Alkohol mindesten 21 Tage) vorgesehen ist.

1.7.7.3 *MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe*

Medikamentenvergabe (z.B. Acamprosat (Campral®), Naltrexon (z.B. Nemexin®), Nalmefen (Selincro®)) in Praxis, Ambulanz oder Krankenhaus.

1.7.7.4 *SUB – Ambulante Opioidsubstitution*

Durch zugelassene substituierende Ärzt: innen (in Praxis, Ambulanz, ambulanter Fachstelle, Krankenhaus oder in Haft)

1.7.7.5 *ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation*

In von den Leistungsträgern (DRV/GKV) anerkannten Einrichtungen (insbesondere Beratungsstellen, Fachambulanzen). Diese Behandlungsform erfolgt berufsbegleitend mit einzelnen Behandlungseinheiten pro Woche (in Abgrenzung zur ganztägig ambulanten Rehabilitation TAR).

Unter 1.7.7.5.1 ist anzugeben, ob ARS auch unter Substitution angeboten wird.

1.7.7.6 *TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation*

Ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung in von den Leistungsträgern

(DRV/GKV) anerkannten Einrichtungen oder Abteilungen (synonyme Begriffe: teilstationäre Reha oder Tagesreha).

Unter 1.7.7.6.1 ist anzugeben, ob TAR auch unter Substitution angeboten wird.

1.7.7.7 STR – Stationäre medizinische Rehabilitation

Stationäre Entwöhnungsbehandlung in Fachkliniken, Therapieeinrichtungen oder Stationen/Abteilungen von Krankenhäusern, von den Leistungsträgern (DRV/GKV) anerkannt.

Unter 1.7.7.7.1 ist anzugeben, ob STR auch unter Substitution angeboten wird.

1.7.7.8 ADA – Adaption

Zweite/letzte Phase der stationären medizinischen Rehabilitation (i.d.R. im Anschluss an eine stationäre Entwöhnung), in von den Leistungsträgern (DRV/GKV) anerkannten Einrichtungen.

Unter 1.7.7.8.1 ist anzugeben, ob ADA auch unter Substitution angeboten wird.

1.7.7.9 KOM – Kombibehandlung

Kombinationsbehandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gem. Rahmenkonzept DRV/GKV (Kombination von mindestens zwei Modulen, bspw. ambulant und stationär).

Diese Kategorie ist nur anzugeben, wenn einzelne angebotene Leistungen prinzipiell als Teil einer Kombibehandlung angeboten werden (können).

Unter 1.7.7.9.1 ist anzugeben, ob KOM auch unter Substitution angeboten wird.

1.7.7.10 NAS – Reha-Nachsorge

Ambulante Nachsorge nach Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gem. Rahmenkonzept DRV/GKV. Es handelt sich hierbei nur um die Nachsorge, die im leistungsrechtlichen Rahmen der medizinischen Rehabilitation durchgeführt wird. Andere Maßnahmen außerhalb der medizinischen Reha, die ebenfalls gelegentlich als ‚Nachsorge‘ bezeichnet werden, sind bei dem jeweiligen Leistungstyp zu kodieren (bspw. die Leistungstypen im Bereich der Eingliederungshilfe 1.7.8ff).

1.7.7.11 AEF – Ambulante Entlassform

Ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit Verkürzung der vorherigen stationären oder ganztägig ambulanten Phase.

1.7.7.12 GEF – Ganztägig ambulante Entlassform

Ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit Verkürzung der vorherigen stationären oder ganztägig ambulanten Phase.

1.7.7.13 WAB – Wechsel in die Ambulante Behandlungsform

Ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung, als zweite Phase nach der stationären oder ganztägig ambulanten Reha. Im Gegensatz zur ambulanten oder ganztägig ambulanten Entlassform erfolgt bei dieser Option keine Verkürzung der ersten Phase.

Die Maßnahme „Wechsel in die Ambulante Behandlungsform“ wurde zwischenzeitlich von der DRV in „Ambulante Fortführung ohne Verkürzung der stationären Phase“ umbenannt. Die Maßnahmenbezeichnung sowie das Kürzel bleiben im KDS unverändert.

Zu Item 1.7.8 Soziale Teilhabe

Wenn ja, bitte alle Angebote differenziert angeben, mindestens jedoch ein Angebot:

1.7.8.1 AWS – Assistenzleistung im eigenen Wohn- und Sozialraum

Suchtspezifische Betreuung von Patient: innen in eigenem oder bereitgestellten Wohnraum

1.7.8.2 SOZ – Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen

In Einrichtungen mit unterschiedlichen Konzepten und Behandlungsdauern für spezielle Zielgruppen (bspw. für CMA-Patient: innen = Menschen mit chronisch mehrfach beeinträchtigenden Abhängigkeitserkrankungen). **Hier sind auch explizit Angebote gemeint, die seit 2020 unter dem Begriff „Besondere Wohnformen“ laufen (siehe Bundesteilhabegesetz).**

1.7.8.3 ÜEW – Übergangswohnen

Zeitlich befristete stationäre Krisenintervention und Vorbereitung auf weiterführende Hilfen mit dem Ziel, die Abstinenz zu stabilisieren, Motivation zur Veränderung zu entwickeln oder Sicherheit für einen Orientierungs- und Beratungsprozess herzustellen

1.7.8.4 TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen

In (teil-)stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Zu Item 1.7.9 Justiz

Wenn ja, bitte alle Angebote differenziert angeben, mindestens jedoch ein Angebot:

1.7.9.1 MVJ – Medizinische Versorgung im Justizvollzug

Medizinische Versorgung der Gefangenen (unterliegen der Gesundheitsfürsorge) in ambulanter Form, in größeren Justizvollzugsanstalten auch in stationärer Form

1.7.9.2 SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug

Externe Dienste zur Betreuung/Behandlung im Strafvollzug

1.7.9.3 SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)

In Entziehungsanstalten mit entsprechender Zulassung (durch das jeweilige Bundesland)

1.7.9.4 ENH – Eingliederung nach Haft

Suchtbezogene Unterstützung der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung nach Haft durch hauptamtliche Bewährungshelfer: innen oder teilweise durch Fachkräfte, der Suchthilfe oder anderer Dienste.

Zu Item 1.7.10 Altenhilfe und Pflege

Wenn ja, bitte alle Angebote differenziert angeben, mindestens jedoch ein Angebot:

1.7.10.1 ALT – Ambulante und stationäre Altenhilfe

Hilfen für ältere Menschen in entsprechenden Einrichtungen der Eingliederungshilfe

1.7.10.2 HPF – Hilfen für Pflegebedürftige

Hilfen für ältere Menschen in entsprechenden Einrichtungen der Pflege (SGB XI)

Zu Item 1.7.11 SH – Selbsthilfe

„Semiprofessionelle“ Hilfeangebote und klassische angeleitete Gesprächsangebote der Selbsthilfe-Verbände und freier Selbsthilfegruppen (inkl. Bereitstellung von Räumlichkeiten)

Zu Item 1.8 Anzahl nicht dokumentierter Klienten: innen

Diese Angabe ist nur von ambulanten Einrichtungen zu machen. Es ist die Anzahl der Neuzugänge mit einem oder mehreren Kontakten anzugeben, die aus Gründen des Datenschutzes oder anderen Gründen nicht als Datensatz im Dokumentationssystem erfasst, aber dennoch als Klient:innen betreut werden.

Zu Item 1.9 Qualitätskriterien

Für jede der unter 1.9.1-1.9.5 aufgeführten Maßnahmen des Qualitätsmanagements ist anzugeben, ob sie in der Einrichtung eingesetzt werden.

1.9.1 Existiert ein (schriftliches) Einrichtungskonzept?

Die Einrichtung verfügt über schriftlich ausgearbeitete indikationsspezifische Betreuungs-/Behandlungskonzepte, die mit Blick auf externe, fachlich anerkannte Standards oder Behandlungsleitlinien und mit Bezug auf die einrichtungsspezifischen Anforderungen (z.B. Ziel- und Patient: innengruppen) und Ressourcen entwickelt wurden. Im Bereich der Suchtbehandlung (insbesondere medizinische Rehabilitation) werden diese von den entsprechenden Kosten- und Leistungsträgern geprüft und anerkannt. Behandlungs- und Therapiekonzepte werden i.d.R. der Öffentlichkeit, insbesondere den potenziell Betreuten/Behandelten zugänglich gemacht. Häufig wird das Einrichtungskonzept durch ein Leitbild ergänzt.

1.9.2 Wurde in der Einrichtung ein QM-System implementiert?

Eine Einrichtung verfügt über ein umfassendes internes Qualitätsmanagement-System, wenn die Leitung der Einrichtung ihre Gesamtverantwortung für die Qualität der Leistungserbringung verantwortlich wahrnimmt und mindestens die folgenden genannten Bedingungen erfüllt sind.

- a) Die schriftliche Darlegung des QM-Systems ist die Grundlage für den Nachweis, dass tatsächlich Qualitätsmanagement in der Einrichtung umgesetzt wird. Ein Qualitätsmanagement- oder Organisations-Handbuch (z.B. nach den Vorgaben der DIN EN ISO 9001) beschreibt die wesentlichen

organisatorischen Aspekte der Einrichtung, u.a. Kundenstruktur, Führungskonzept, Kommunikationsstruktur, Aufbau- und Ablauforganisation, personelle und sachliche Ausstattung, Fehler- und Beschwerdemanagement. Alternativ dazu beschreibt ein Selbstbewertungsbericht die Ist-Situation in allen qualitätsrelevanten Bereichen der Einrichtung anhand eines vorgegebenen Fragenkatalogs (z.B. EFQM oder KTQ). Ein Qualitätsbericht umfasst die öffentliche Darstellung wesentlicher Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Einrichtung (in gedruckter Form oder im Internet).

- b) Ein:e Qualitäts-Beauftragte:r (QB) oder Qualitätsmanagement-Beauftragte:r (QMB) wird von der Leitung der Einrichtung in beratender Funktion zur Koordination aller Aktivitäten im QM eingesetzt, die Verantwortung für die Qualität kann jedoch nicht von der Leitung delegiert werden. Die QB-Stelle QB ist im Organigramm der Einrichtung (i.d.R. als Stabsstelle bei der Leitung) einzuordnen und durch eine Stellenbeschreibung (oder ein ähnliches Instrument) zu definieren. Es ist sicherzustellen, dass QB über ausreichende zeitliche Ressourcen sowie eine angemessene Qualifikation und Erfahrung für die QM-Aufgaben verfügt.
- c) Die regelmäßige Überprüfung des QM-Systems auf Aktualität und Funktionsfähigkeit ist ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements. Die Überprüfung kann in unterschiedlicher Form erfolgen: Als kollegialer Dialog zwischen Mitarbeitenden der Einrichtung („Nicht-Beteiligte“ befragen die für einen Bereich verantwortlichen Personen) z.B. als internes Audit oder gemeinsame Bewertung eines Bereiches durch die beteiligten Personen, z.B. als Self-Assessment. Obligatorisch ist dabei die Dokumentation der Ergebnisse der Überprüfung. Ein weiteres Instrument zur regelmäßigen Überprüfung der Qualität und Leistungsfähigkeit der Organisation ist eine regelmäßige Management-Bewertung, in deren Rahmen insbesondere Qualitätsziele formuliert und deren Erreichung überprüft wird. Außerdem ist es sinnvoll, die Qualität der Leistungserbringung anhand von Kennzahlen und Indikatoren zu überprüfen. Im Mittelpunkt steht dabei vor allem die Kundenzufriedenheit (Behandelte, Betreute, Kosten- und Leistungsträger).

1.9.3 *Wurde die Einrichtung zertifiziert?*

Die Zertifizierung eines QM-Systems erfolgt durch externe, unabhängige und für das jeweilige Verfahren akkreditierte Institutionen. Dabei wird durch Befragung der Beteiligten und Begehung der Einrichtung überprüft, ob das QM-System die formulierten Anforderungen (Norm, Handbuch, Manual, gesetzliche Vorgaben etc.) erfüllt und durch die Ausstellung eines Zertifikates bestätigt. Gängige Verfahren sind derzeit u.a. die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 (sowie die darauf aufbauenden Zertifizierungsverfahren mit zusätzlichen fachspezifischen Anforderungen), nach KTQ oder der Nachweis eines „Level of Excellence“ nach EFQM. In der stationären medizinischen Rehabilitation wird ein Zertifikat gesetzlich gefordert, das den Vorgaben der BAR (Bundearbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) genügt.

1.9.4 *Wenn ja, in welchem Jahr (zuletzt)?*

Hier ist das Jahr der (letzten) Zertifizierung anzugeben.

1.9.5 Nimmt die Einrichtung an einer externen Qualitätssicherung teil?

Unter externer Qualitätssicherung (QS) sind Verfahren zu verstehen, bei denen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren aus Einrichtungen an eine unabhängige Stelle zur vergleichenden Auswertung geliefert werden. Die Einrichtung erhält aus dieser Auswertung eigene und ggf. Daten aus einer Vergleichsgruppe, um auf dieser Grundlage die eigene Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bewerten zu können. Diese Erkenntnisse werden in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess im Rahmen des internen Qualitätsmanagements einbezogen. Grundsätzlich ist jede Einrichtung in der medizinischen Rehabilitation zur Teilnahme an einem QS-Verfahren der Leistungsträger verpflichtet (z.B. QS-Programm der Deutschen Rentenversicherung oder QS-Reha Verfahren der GKV). Auch in anderen Leistungsbereichen werden auf freiwilliger oder verpflichtender Basis einrichtungsübergreifende Daten gesammelt und ausgewertet.

Zu Item 1.10 Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen/Diensten

Bitte geben Sie für jede der folgenden Einrichtungstypen/Angebote an, ob und in welcher Form Ihre Einrichtung zumindest in einem Fall Kooperationsregelungen getroffen hat:

- 1 (schriftlicher) Vertrag
- 2 gemeinsames Konzept
- 3 sonstige Vereinbarung
- 4 keine Vereinbarung

Hier ist für jede der unter 1.10.1-1.10.12 aufgeführten Einrichtungstypen bzw. Angebote anzugeben, ob Ihre Einrichtung mit mindestens einer solchen Einrichtung einen 1 (schriftlichen) Vertrag abgeschlossen hat, über ein 2 gemeinsames Konzept verfügt, eine 3 sonstige Vereinbarung getroffen hat oder 4 keine Vereinbarung mit einer solchen Einrichtung vorliegt.

2 Kerndatensatz Fall (KDS – F)

2 a) Einleitung

Es erfolgte eine Umbenennung des früheren Kerndatensatzes Klient in Kerndatensatz Fall (KDS-F) und die bisherigen Items wurden insbesondere unter folgenden Perspektiven überarbeitet:

- Trennung von Konsumverhalten (für Substanzen wie auch für Verhaltenssüchte) und Diagnosen.
- Anpassung der durchgeführten Maßnahmen an die neue Struktur der Leistungsangebote aus dem KDS-E.
- Verbesserte Erfassung von Items, die in den letzten Jahren in den Mittelpunkt der Fachdiskussion gerückt sind (bspw. Migration und Kinder)
- Ansatzweise Implementierung einer psychosozialen Diagnostik.

Der Fachausschuss Statistik der DHS empfiehlt den für Dokumentationssysteme verantwortlichen Herausgeber: innen, dass die nachstehend dokumentierten Items in jedem Dokumentationssystem enthalten sind. Der KDS stellt damit eine gemeinsame Basis der gesamten Dokumentation im Sucht-bereich dar und kann von den einzelnen Dokumentationssystemen entsprechend den jeweils spezifischen Erfordernissen und Zielsetzungen ergänzt werden.

Die Auswahl der Items für den Kerndatensatz Fall berücksichtigt die Angaben, die für die Bereiche Epidemiologie, Prävention, Beratung, Betreuung, Behandlung sowie Verbesserung sozialer und beruflicher Teilhabe von besonderer Bedeutung sind. Es wurden die Fragen ausgewählt, die nach der Einschätzung und Erfahrung der beteiligten Expert: innen mit hinreichender Genauigkeit und Objektivität routinemäßig zu erheben sind. Mit der Auswahl und Struktur der Items soll auch eine Hilfestellung für das anamnestische Gespräch mit Betreuten und Behandelten gegeben werden, im Sinne eines Leitfadens für die Erhebung von Informationen, die für die weitere Beratung, Betreuung oder Behandlung relevant sein könnten.

Die fallbezogenen Kerndaten sind in folgende sechs Bereiche unterteilt:

- **2.1 Basisdaten**
(u.a. Personenbezug, Informationen zur Kontaktaufnahme und zum Anlass)
- **2.2 Verwaltungs- und Zugangsdaten**
(u.a. Vorbetreuung/-behandlung, Vermittlungswege, Kostenträger, mögliche Auflagen)
- **2.3 Soziodemografische Angaben**
(u.a. Lebenssituation, Kinder, Migration, Schule/Ausbildung, Erwerbssituation, Wohnsituation)
- **2.4 Suchtbezogene Problembereiche**
(u.a. Substanzen und Verhaltenssüchte, Konsumformen, Diagnosen, weitere medizinische Informationen)
- **2.5 Maßnahmen und Interventionen**
(u.a. durchgeführte Maßnahmen aus dem Leistungsspektrum, Kooperationen)
- **2.6 Abschlussdaten**
(u.a. Dauer und Kontakthäufigkeit, Art der Beendigung, Erfolgseinschätzung, Weitervermitt-

lung, Kontakt zur Selbsthilfe)

Um differenzierte Datenauswertungen nach den einzelnen Leistungsbereichen, Interventionsformen und Maßnahmentearten zu ermöglichen, sollen in der Regel für alle leistungsrechtlich eigenständigen Maßnahmen gesonderte fallbezogene Datensätze angelegt werden (aber: kein paralleles Anlegen von Fällen innerhalb einer Einrichtung).

Das Kriterium der leistungsrechtlichen Eigenständigkeit ergibt sich zum einen durch getrennte Leistungsbewilligungen / Kostenzusagen des jeweiligen Leistungsträgers und zum anderen durch den Wechsel aus einer pauschal / zugewendungsfinanzierten Betreuungsform in eine auch in der eigenen Einrichtung erbrachte leistungsfinanzierte Maßnahme (z.B. Übergang in eine ambulante Suchtrehamaßnahme, Wechsel in eine Maßnahme der Eingliederungshilfe o.ä.). Insbesondere für die Darstellung und Auswertung der Leistungen der ambulanten Suchthilfe wird eine dadurch ermöglichte differenziertere Dokumentation wachsende Bedeutung bekommen.

Wenn (externe) Maßnahmen eine Betreuung unterbrechen und eine Weiterführung der Betreuung geplant ist (z.B. Entgiftung), soll keine neue Betreuungsepisode angelegt werden. Generell sei an dieser Stelle auf die Regelung hingewiesen, dass (im ambulanten Bereich) erst ab dem zweiten Kontakt die Daten ab Abschnitt 2.2 dokumentiert werden müssen.

Im KDS 3.0 wurde im Gegensatz zum vorherigen Kerndatensatz eine deutlich differenzierte Erfassung der Maßnahmen für einen Betreuungs-/Behandlungsfall implementiert, um über die die Betreuten / Behandelten sowie den Verlauf der jeweiligen Maßnahmen genauere Aussagen treffen zu können. Diese Maßnahmen beinhalten häufig eine bestimmte Fallkonzeption, die allerdings – so wie die Betreuten/Behandelten auch – sehr individuell sein können. Daher ergeben sich in der Frage des Abschlusses einer Betreuungsepisode und dem „Neuanlegen“ eines zweiten Falles möglicherweise Unschärfen. Dies ist im Rahmen eines Erhebungsinstruments, das im Spannungsfeld zwischen möglichst genauen und nachvollziehbaren Dokumentationshinweisen einerseits und dem Anspruch der Abbildung der vielfältig gestalteten Realität andererseits steht, nicht zu vermeiden.

2 b) Items zum Kerndatensatz Fall

(ehemals Kerndatensatz Klient bzw. KDS-K)

2.1 Basisdaten

(alle Items bis 2.1.6 sind auch für Einmalkontakte anzugeben)

2.1.1 Datum des Beginns der aktuellen Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Eingabe: TT.MM.JJJJ
2.1.1	Datum des Beginns der aktuellen Betreuung/Behandlung	

2.1.2 Datum

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Eingabe: Jahre
2.1.2	Alter bei Beginn der aktuellen Betreuung/Behandlung (in Jahren)	

2.1.3 Geschlecht

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.1.3	männlich	1
	weiblich	2
	ohne Angabe	3

2.1.4 Betreuungs/Behandlungsgrund

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.1.4	Eigene Problematik	1
	Problematik von Personen im Sozialen Umfeld	2

2.1.5 Wenn eine eigene Problematik vorliegt (nur wenn 2.1.4 = 1), welche Bereiche sind betroffen?

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.1.5.1	Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten	ja/nein
2.1.5.2	Körperliche/s Gesundheit / Befinden	ja/nein
2.1.5.3	Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	ja/nein
2.1.5.4	Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder)	ja/nein
2.1.5.5	Weiteres soziales Umfeld	ja/nein
2.1.5.6	Schul- / Ausbildungs- / Arbeits- / Beschäftigungssituation	ja/nein
2.1.5.7	Freizeit(bereich)	ja/nein
2.1.5.8	Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur	ja/nein

2.1.5.9	Finanzielle Situation	ja/nein
2.1.5.10	Wohnsituation	ja/nein
2.1.5.11	Rechtliche Situation	ja/nein
2.1.5.12	Fahreignung	ja/nein
2.1.5.13	Sexuelle Gewalterfahrungen	ja/nein
2.1.5.14	Andere Gewalterfahrungen	ja/nein
2.1.5.15	Gewaltausübung	ja/nein

2.1.6 Wenn Person im sozialen Umfeld (nur wenn 2.1.4.= 2)

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.1.6.1	Partner/in	1
	Kind	2
	Geschwister	3
	Eltern(-teil)	4
	Andere	5

2.1.6.2 Problem(e) aus Sicht dieser Person

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.1.6.1	Konsum von Alkohol	ja/nein
2.1.6.2	Konsum von Opioiden	ja/nein
2.1.6.3	Konsum von Cannabinoiden	ja/nein
2.1.6.4	Konsum von Hypnotika / Sedativa	ja/nein
2.1.6.5	Konsum von Kokain	ja/nein
2.1.6.6	Konsum von Amphetaminen / Stimulanzen	ja/nein
2.1.6.7	Konsum von Halluzinogenen	ja/nein
2.1.6.8	Konsum von Tabak	ja/nein
2.1.6.9	Konsum von Inhalantien / flüchtigen Lösungsmitteln	ja/nein
2.1.6.10	Konsum von sonstigen Substanzen / multipler Substanzkonsum	ja/nein
2.1.6.11	Glücksspielen	ja/nein
2.1.6.12	Mediennutzung	ja/nein
2.1.6.13	Essverhalten	ja/nein
2.1.6.14	Sonstiges	ja/nein

2.2 Verwaltungs-/Zugangsdaten

(Muss nur dokumentiert werden, wenn 2.1.4 = 1 eigene Problematik vorliegt, und es sich um einen Mehrfachkontakt handelt)

2.2.1 Im Jahr des Betreuungs-/Behandlungsbeginns bereits in einer Suchthilfeeinrichtung vorstellig geworden

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.2.1	Im Jahr des Betreuungs-/Behandlungsbeginns bereits in einer Suchthilfeeinrichtung vorstellig geworden	ja/nein

2.2.2 Jemals zuvor suchtbezogene Hilfe beansprucht

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.2.2	Jemals zuvor suchtbezogene Hilfe beansprucht	ja/nein

2.2.3 Wenn eine eigene Problematik vorliegt (nur wenn 2.1.4 = 1), welche Bereiche sind betroffen?

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Anzahl Vorbehandlungen
2.2.3.1	PF – Prävention und Frühintervention	
2.2.3.2	Akutbehandlung	
2.2.3.2.1	ASA – Ambulante somatische Akutbehandlung inkl. Frühintervention	
2.2.3.2.2	APB – Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung	
2.2.3.2.3	AKH – Stationäre somatische Akutbehandlung	
2.2.3.2.4	PIA – Ambulante psychiatrische Akutbehandlung	
2.2.3.2.5	PKH – Stationäre psychiatrische Akutbehandlung	
2.2.3.2.6	PSA – Stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Akutbehandlung	
2.2.3.3	Beratung und Betreuung	
2.2.3.3.1	NIH – Niedrigschwellige Hilfen	
2.2.3.3.2	SBS – Sucht- und Drogenberatung	
2.2.3.3.3	PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	
2.2.3.3.4	SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	
2.2.3.4	JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII)	
2.2.3.5	BS – Suchtberatung im Betrieb	

2.2.3.6	Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	
2.2.3.6.1	AOB – Arbeitsmarktorientierte Beratung	
2.2.3.6.2	ABP – Beschäftigung	
2.2.3.6.3	QUA – Qualifizierung	
2.2.3.6.4	AFD – Arbeitsförderung	
2.2.3.6.5	BRH – Berufliche Rehabilitation	
2.2.3.6.6	BBM – Beschäftigung für behinderte Menschen	
2.2.3.7	Suchtbehandlung	
2.2.3.7.1	ENT – Entgiftung	
2.2.3.7.2	QET – Qualifizierter Entzug	
2.2.3.7.3	MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe	
2.2.3.7.4	SUB – Ambulante Opioidsubstitution	
2.2.3.7.5	ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation	
2.2.3.7.6	TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	
2.2.3.7.7	STR – Stationäre medizinische Rehabilitation	
2.2.3.7.8	ADA – Adaption	
2.2.3.7.9	KOM – Kombibehandlung (abgeschlossen)	
2.2.3.7.10	NAS – (Reha-)Nachsorge	
2.2.3.7.11	AEF – Ambulante Entlassform	
2.2.3.7.12	GEF – Ganztägig ambulante Entlassform	
2.2.3.7.13	WAB – Wechsel in die Ambulante Behandlungsform	
2.2.3.8	Soziale Teilhabe	
2.2.3.8.1	ABW – Ambulant betreutes Wohnen	
2.2.3.8.2	SOZ – Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen	
2.2.3.8.3	ÜEW – Übergangswohnen	
2.2.3.8.4	TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen	
2.2.3.9	Justiz	
2.2.3.9.1	MVJ – Medizinische Versorgung im Justizvollzug	
2.2.3.9.2	SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug	
2.2.3.9.3	SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)	
2.2.3.9.4	ENH – Eingliederung nach Haft	

2.2.3.10	Altenhilfe und Pflege	
2.2.3.10.1	ALT – Ambulante und stationäre Altenhilfe	
2.2.3.10.2	HPF – Hilfen für Pflegebedürftige	
2.2.3.11	SH - Selbsthilfe (Besuch in Jahren)	

2.2.4 Wiederaufnahme in dieser Einrichtung

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.2.4	Wiederaufnahme in dieser Einrichtung	ja/nein

2.2.5 Vermittelnde Instanz

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.2.5	Selbstmeldung / Keine Vermittlung	1
	Soziales Umfeld	2
	Selbsthilfe	3
	Arbeitsstelle, Betrieb, Schule	4
	Ärztliche Praxis	5
	Psychotherapeutische Praxis	6
	Allgemeines Krankenhaus	7
	Einrichtung der Akutbehandlung	8
	Psychiatrisches Krankenhaus	9
	Ambulante Suchthilfeeinrichtung	10
	Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	11
	Soziotherapeutische Einrichtung	12
	Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, sozialpsychiatrischer Dienst)	13
	Schuldnerberatung	14
	Einrichtung der Jugendhilfe	15
	Jugendamt	16
	Einrichtung der Altenhilfe	17
	Wohnungslosenhilfe	18
	Agentur für Arbeit / Jobcenter	19
	Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	20

	Einrichtung im Präventionssektor	21
	Kosten-/Leistungsträger	22
	Sonstige Einrichtung / Institution	23

2.2.6 Kosten-/Leistungsträger der aktuellen Betreuung / Behandlung

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.2.6.1	Pauschale/institutionelle Einrichtungsfinanzierung (z.B. ÖGD)	ja/nein
2.2.6.2	Eigenfinanzierung	ja/nein
2.2.6.3	Rentenversicherung	ja/nein
2.2.6.4	Krankenversicherung	ja/nein
2.2.6.5	Sozialhilfe	ja/nein
2.2.6.6	Jugendhilfe	ja/nein
2.2.6.7	Agentur für Arbeit, Jobcenter	ja/nein
2.2.6.8	Pflegeversicherung	ja/nein
2.2.6.9	Sonstiges	ja/nein

2.2.7 Auflagen

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.2.7.1	Wenn ja, welche Auflage/n besteh/t/en	ja/nein
2.2.7.1.1	Auflagen nach § 35 BtMG	ja/nein
2.2.7.1.2	Andere strafrechtliche Grundlage außer nach § 35 BtMG	ja/nein
2.2.7.1.3	Nach Psych-KG / Landesunterbringungsgesetz	ja/nein
2.2.7.1.4	Durch Renten-/Krankenversicherung	ja/nein
2.2.7.1.5	Durch Agentur für Arbeit / Jobcenter	ja/nein
2.2.7.1.6	Durch Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle	ja/nein
2.2.7.1.7	Durch Arbeitsstelle	ja/nein
2.2.7.1.8	Durch sonstige Institutionen	ja/nein

2.2.8 Besteht eine gesetzliche Betreuung

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.2.8	Besteht eine gesetzliche Betreuung	ja/nein

2.3 Soziodemographische Angaben

2.3.1 Lebenssituation

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.3.1.1	Partnerschaft	ja/nein
2.3.1.2	Alleinlebend	ja/nein
2.3.1.3	Wenn nicht alleinlebend, lebt zusammen mit:	
	Partner:in	ja/nein
	Kind	ja/nein
	Elternteil	ja/nein
	sonstige Bezugsperson	ja/nein
	sonstige Person	ja/nein

2.3.2 Kinder

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.3.2.1	Schwangerschaft in der aktuellen Betreuung/Behandlung	ja/nein
Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Anzahl Kinder
2.3.2.2	Eigene Kinder insgesamt	
2.3.2.3	Eigene minderjährige Kinder	
2.3.2.4	Minderjährige Kinder im Haushalt (des/der Klient: in) insgesamt	
2.3.2.5	Minderjährige eigene Kinder im Haushalt (des/der Klient: in) insgesamt	
2.3.2.6	Nicht im Haushalt des/der Klient: in lebende minderjährige eigene Kinder (Aufenthaltort)	
Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Anzahl Kinder
2.3.2.6.1	davon bei anderem Elternteil	
2.3.2.6.2	davon bei Großeltern	
2.3.2.6.3	davon in Pflegefamilie	
2.3.2.6.4	davon in öffentlicher Erziehungseinrichtung	
2.3.2.6.5	davon im eigenen Haushalt (des Kindes)	
2.3.2.6.6	davon an sonstigen Aufenthaltsorten	

2.3.3 Staatsangehörigkeit / Migration

2.3.3.1 Aktuelle Staatsangehörigkeit

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Internationaler Code (siehe Anhang)
2.3.3.1	Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) Betreute:r / Behandelte:r (bei doppelter Staatsangehörigkeit bitte beide angeben)	

2.3.3.2 Migrationshintergrund

Item-Nr.	Bezeichnung	Wert
2.3.3.2	nein	1
	selbst migriert	2
	als Kind von Migranten geboren	3
	Migration liegt ausschließlich in dritter Generation vor	4

2.3.3.3 Auf welches Herkunftsland / welche Herkunftsländer bezieht sich der Migrationshintergrund?

Item-Nr.	Bezeichnung	Internationaler Code (siehe Anhang)
2.3.3.3	Auf welches Herkunftsland / welche Herkunftsländer bezieht sich der Migrationshintergrund?	

2.3.3.4 Ist eine Betreuung/Behandlung in deutscher Sprache möglich?

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.3.3.4	Ist eine Betreuung/Behandlung in deutscher Sprache möglich?	ja/nein

2.3.4 Schulischer Bildungsweg

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.3.4	Derzeit in Schulausbildung	1
	Ohne Schulabschluss abgegangen	2
	Hauptschul-/Volksschulabschluss	3
	Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	4
	(Fach-)Hochschulreife / Abitur	5
	Anderer Schulabschluss	6

2.3.5 Höchster Ausbildungsabschluss

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.3.5	Keine berufliche oder akademische Ausbildung begonnen	1
	Derzeit in beruflicher oder akademischer Ausbildung	2
	Keine berufliche oder akademische Ausbildung abgeschlossen	3
	Betriebliche Berufsausbildung	4
	Meister- / Technikerabschluss bzw. an Berufs- oder Fachakademie	5
	Akademischer Abschluss	6
	Anderer Ausbildungsabschluss	7

2.3.6 Wohnverhältnis

2.3.6.1 Am Tag vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung

2.3.6.2 Am Tag nach dem Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.3.6.1/ 2.3.6.2	Selbstständiges Wohnen (eigene(s) / gemietete(s) Zimmer / Wohnung / Haus)	1
	Bei anderen Personen (instabil)	2
	Ambulant Betreutes Wohnen	3
	(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	4
	Wohnheim / Übergangswohnheim	5
	JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	6
	Notunterkunft, Übernachtungsstelle	7
	Ohne Wohnung	8
	Sonstiges	9

2.3.7 Erwerbsstatus

2.3.7.1 Am Tag vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung

2.3.7.2 Am Tag nach dem Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.3.7.1/ 2.3.7.2	In Ausbildung	1
	Angestellt / verbeamtet	2
	Selbstständig / Freiberuflich	3
	Sonstige Erwerbsperson	4

	In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	5
	In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand	6
	Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	7
	Arbeitslos nach SGB II (Bezug von Bürgergeld)	8
	In der Schule / im Studium	9
	Hausfrau / Hausmann	10
	In Rente / Pension	11
	Sonstige Nichterwerbsperson mit Bezug von SGB XII-Leistungen	12
	Sonstige Nichterwerbsperson ohne Bezug von SGB XII-Leistungen	13

2.3.8 Problematische Schulden

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.3.8	Keine	1
	bis 10.000 Euro	2
	bis 25.000 Euro	3
	bis 50.000 Euro	4
	Mehr	5

2.4 Konsummuster und suchtbezogene Problembereiche

2.4.1 Konsum von psychotropen Substanzen

(Bitte maximal 15 Substanzen der untenstehenden 27 Substanzen auswählen, die jemals im Leben problematisch konsumiert wurden. Ausschließlich für diese sind die Fragen 2.4.1.X.1 bis 2.4.1.X.5 zu beantworten.)

2.4.1	Konsum von psychotropen Substanzen		2.4.1.X.1 Beginn 2.4.1.X.2 Ende Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils	2.4.1.X.3 Ende: Veränderung Dosis / Menge gegenüber dem Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung <i>1 deutlich verringert 2 leicht verringert 3 gleich geblieben 4 leicht gesteigert 5 deutlich gesteigert</i>	2.4.1.X.4 Konsum und Dosis aus- schließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung	2.4.1.X.5 Alter bei Erst- konsum
Nummer	Substanz (bitte maximal 15 auswählen)	Substanzklassen	Datum	Wert	Wert	Alter in Jahren
1	Alkohol	Alkohol	-		ja / nein	
2	Heroin	Opioide	-		ja / nein	
3	Methadon	Opioide	-		ja / nein	
4	Buprenorphin	Opioide	-		ja / nein	
5	Fentanyl	Opioide	-		ja / nein	
6	Andere opiathaltige Mittel / Opioide	Opioide	-		ja / nein	
7	Cannabis	Cannabinoide	-		ja / nein	

8	Andere / synthetische Cannabinoide	Cannabinoide	-		ja / nein	
9	Barbiturate	Sedativa/Hypnotika	-		ja / nein	
10	Benzodiazepine	Sedativa/Hypnotika	-		ja / nein	
11	GHB / GBL	Sedativa/Hypnotika	-		ja / nein	
12	Andere Sedativa / Hypnotika	Sedativa/Hypnotika	-		ja / nein	
13	Kokain	Kokain	-		ja / nein	
14	Crack	Kokain	-		ja / nein	
15	Amphetamine	Stimulanzien	-		ja / nein	
16	Methamphetamine (Crystal)	Stimulanzien	-		ja / nein	
17	MDMA und andere verwandte Substanzen (Ecstasy)	Stimulanzien	-		ja / nein	
18	Synthetische Cathinone	Stimulanzien	-		ja / nein	
19	Andere Stimulanzien	Stimulanzien	-		ja / nein	
20	LSD	Halluzinogene	-		ja / nein	
21	Mescaline	Halluzinogene	-		ja / nein	
22	Ketamin	Halluzinogene	-		ja / nein	
23	Andere Halluzinogene	Halluzinogene	-		ja / nein	
24	Tabak	Tabak	-		ja / nein	
25	Flüchtige Lösungsmittel	Flüchtige Lösungsmittel	-		ja / nein	

26	NPS (andere als oben angeführt)	NPS	-		ja / nein	
27	Andere psychotrope Substanzen	Andere psychotrope Substanzen	-		ja / nein	

2.4.2 I.V.-Konsum (Bitte geben Sie an, ob irgendeine der unter 2.4.1 genannten Substanzen jemals intravenös konsumiert wurde)

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.4.2	Nein, nie	1
	Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn	2
	Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	3
	Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	4

2.4.2.1 Falls jemals I.V.-Konsum (wenn 2.4.2 ungleich 1): In welchem Alter das erste Mal?

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Alter in Jahren
2.4.2.1	Falls jemals I.V.-Konsum (wenn 2.4.2 ungleich 1): In welchem Alter das erste Mal?	

2.4.3 Gemeinsame Spritzenbenutzung (Needle Sharing) (wenn 2.4.2 ungleich 1)

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.4.3	Nein, nie	1
	Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	2
	Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	3
	Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	4

2.4.4 Hauptsubstanz

(Nummer von [2.4.1.]1 bis [2.4.1.]27 auswählen) Falls keine Hauptsubstanz identifiziert werden kann, weil ein polyvalentes Konsummuster vorliegt, bitte 99 kodieren. Falls der Betreuungs-/Behandlungsanlass keine substanzbezogene Problematik ist, bitte 0 kodieren.

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.4.4	Hauptsubstanz	

**2.4.4.1 Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungs-/
Behandlungsbeginn bei der Hauptsubstanz**

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.4.4.1	Injektion	1
	Rauchen / Inhalieren / Schnüffeln	2
	Essen / Trinken	3
	Schnupfen / Schniefen	4
	Andere Arten	5

2.4.5 Vorliegende ICD-10 nach Substanzklassen

(Bitte geben Sie, falls zutreffend, die Diagnose je Substanzklasse an)

2.4.5.	Vorliegende Diagnosen ICD-10 nach Substanzklassen	2.4.5.X.1 Aktuelle Diagnose(n)	2.4.5.X.2 Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose	2.4.5.X.3 Alter bei Störungsbeginn
Item-Nr.	Substanzklasse	ICD-Diagnose	ICD-Diagnose	Alter in Jahren
2.4.5.1	Störungen durch Alkohol	F10.	F10.	
2.4.5.2	Störungen durch Opioide	F11.	F11.	
2.4.5.3	Störungen durch Cannabinoide	F12.	F12.	
2.4.5.4	Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13.	F13.	
2.4.5.5	Störungen durch Kokain	F14.	F14.	
2.4.5.6	Störungen durch andere Stimulanzien	F15.	F15.	
2.4.5.7	Störungen durch Halluzinogene	F16.	F16.	
2.4.5.8	Störungen durch Tabak	F17.	F17.	
2.4.5.9	Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18.	F18.	
2.4.5.10	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen	F19.	F19.	

2.4.6 Konsum von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen

(Falls die Substanz jemals im Leben problematisch konsumiert wurde, bitte für diese die Fragen 2.4.6.X.1 bis 2.4.6.X.4 beantworten.)

2.4.6	Konsum von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen	2.4.6.X.1 Beginn 2.4.6.X.2 Ende Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils	2.4.6.X.3 Ende: Veränderung Dosis / Menge gegenüber dem Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung <i>1 deutlich verringert</i> <i>2 leicht verringert</i> <i>3 gleich geblieben</i> <i>4 leicht gesteigert</i> <i>5 deutlich gesteigert</i>	2.4.6.X.4 Konsum und Dosis ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung
Item-Nr.	Substanz	Datum	Wert	Wert
2.4.6.1	Antidepressiva	-		ja / nein
2.4.6.2	Laxantien	-		ja / nein
2.4.6.3	Analgetika	-		ja / nein
2.4.6.4	Andere Substanzen und Stoffe	-		ja / nein

2.4.7 Vorliegende Diagnosen nach ICD-10 bei nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen

(Bitte geben Sie, falls zutreffend, die Diagnose je Substanzklasse an)

2.4.7	Vorliegende Diagnosen ICD-10 nach Substanzklassen	2.4.5.X.1 Aktuelle Diagnose(n)	2.4.5.X.2 Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose	2.4.5.X.3 Alter bei Störungsbeginn
Item-Nr.	ICD-Diagnose	Wert	Wert	Alter in Jahren
2.4.7.1	Antidepressiva (F55.0)	ja / nein	ja / nein	
2.4.7.2	Laxantien (F55.1)	ja / nein	ja / nein	
2.4.7.3	Analgetika (F55.2)	ja / nein	ja / nein	
2.4.7.4	Andere nichtabhängigkeitserzeugende Substanz (F55.3 bis F55.9)	ja / nein	ja / nein	

2.4.8 Glücksspielverhalten

(Falls die Glücksspielform jemals im Leben problematisch praktiziert wurde, bitte für diese die Fragen 2.4.8.X.1 bis 2.4.8.X.3 und 2.4.8.X.5 beantworten.)

2.4.8	Glücksspielverhalten	2.4.8.X.1 Beginn 2.4.8.X.2 Ende Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen jeweils	2.4.8.X.3 Ende: Veränderung Spieldauer gegen- über Betreuungs- /Behandlungs- beginn <i>1 deutlich verringert 2 leicht verringert 3 gleich geblieben 4 leicht gesteigert 5 deutlich gesteigert</i>	2.4.8.X.5 Alter bei erstem Spielen um Geld
Item-Nr.	Glücksspielform (Terrestrisch)	Datum eintragen	Wert	Alter in Jahren
2.4.8.1	Geldspielautomaten in Spielhallen	-		
2.4.8.2	Geldspielautomaten in der Gastronomie	-		
2.4.8.3	Kleines Spiel in der Spielbank	-		
2.4.8.4	Großes Spiel in der Spielbank	-		
2.4.8.5	Sportwetten	-		
2.4.8.6	Pferdewetten	-		
2.4.8.7	Lotterien	-		
2.4.8.8	Andere	-		

Item-Nr.	Glücksspielform (Online / über das Internet)	Datum eintragen	Wert	Alter in Jahren
2.4.8.10	Casinospiel (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)	-		
2.4.8.11	Poker	-		
2.4.8.12	Sportwetten	-		
2.4.8.13	Pferdewetten	-		
2.4.8.14	Lotterien	-		
2.4.8.15	Andere	-		

2.4.9 Hauptspielform (Glücksspiel)

Falls keine Hauptspielform identifiziert werden kann, weil mehrere Spielformen als gleich bedeutsam beurteilt werden, bitte 99 kodieren. Falls der Betreuungs-/Behandlungsanlass keine Glücksspiel-problematik ist, bitte 0 kodieren.

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.4.9	Hauptspielform	

2.4.10 Vorliegende Diagnose nach ICD-10 für pathologisches Glücksspielen (F63.0)

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.4.10.1	Aktuelle Diagnose	ja / nein
2.4.10.2	Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose	ja / nein
Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Alter in Jahren
2.4.10.3	Alter bei Störungsbeginn	

2.4.11 Exzessive Mediennutzung

Falls die Tätigkeit bzw. Nutzungsform **jemals im Leben exzessiv praktiziert** wurde, bitte für diese die Fragen 2.4.11.X.1, 2.4.11.X.2 und 2.4.11.X.4 beantworten.

2.4.11	Exzessive Mediennutzung	2.4.11.X.1 Beginn 2.4.11.X.2 Ende Anzahl der Nutzungstage in den letzten 30 Tagen jeweils	2.4.11.X.3 Ende Veränderung Nutzungsdauer gegenüber dem Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung <i>1 deutlich verringert 2 leicht verringert 3 gleich geblieben 4 leicht gesteigert 5 deutlich gesteigert</i>	2.4.11.X.5 Alter bei erster Nutzung
Item-Nr.	Tätigkeit	Datum eintragen	Wert	Alter in Jahren
2.4.11.1	Gamen			
2.4.11.2	Chatten			
2.4.11.3	Surfen			
2.4.11.4	Sonstiges			

2.4.12 Hauptspielform (Exzessive Mediennutzung)

Falls keine Haupttätigkeit identifiziert werden kann, weil mehrere Tätigkeiten als gleich relevant beurteilt werden, bitte 99 kodieren. Falls der Betreuungs-/Behandlungsanlass nicht exzessive Medien-nutzung ist, bitte 0 kodieren.

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.4.12	Hauptspielform	

2.4.13 Vorliegende Diagnose nach ICD-10 in Bezug auf die Exzessive Mediennutzung.

(Wenn ja, bitte ICD-Kodierung angeben)

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	ICD-Diagnose
2.4.13.1	Aktuelle Diagnose	F6 .
2.4.13.2	Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose	F6 .
Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Alter in Jahren
2.4.13.3	Alter bei Störungsbeginn	

2.4.14 Essstörungen (F50)

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	ICD-Diagnose
2.4.14.1	Aktuelle Diagnose	F50.
2.4.14.2	Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose	F50.
Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Alter in Jahren
2.4.14.3	Alter bei Störungsbeginn	

2.4.15 Hauptdiagnose aus 2.4.5, 2.4.7, 2.4.10, 2.4.13 oder 2.4.14

(3-stelliger ICD-10-Code aus Kapitel F)

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.4.15	Hauptdiagnose	

2.4.15.1 Grund, warum keine Haupt-/Diagnose(n) nach 2.4.15 gestellt wurde

Item-Nr.	Item-Ausprägungen	Wert
2.4.15.1	Weder aktuell noch früher die Kriterien für eine ICD-10 Diagnose erfüllt	1
	Aktuell nicht die Kriterien für eine ICD-10 Diagnose erfüllt, aber frühere Diagnose	2
	Der aktuelle Betreuungs-/Behandlungsanlass liegt unterhalb der Diagnoseschwelle und es liegt eine suchtbezogene Zusatzdiagnose vor	3
	Keine ausreichenden Informationen für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden	4
	Keine ausreichende Qualifikation für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden	5
	Andere Gründe	6

2.4.16 Weitere Diagnosen aus dem Bereich Psychische und Verhaltensstörungen

(keine Diagnosen aus 2.4.5, 2.4.7, 2.4.10, 2.4.13, 2.4.14; es sei denn es liegen mehrere Diagnosen aus 2.4.5 derselben Substanzklasse vor)

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	ICD-Diagnose
2.4.16.1	1. Psychische ICD-10-Diagnose	F .
2.4.16.2	2. Psychische ICD-10-Diagnose	F .
2.4.16.3	3. Psychische ICD-10-Diagnose	F .
2.4.16.4	4. Psychische ICD-10-Diagnose	F .
2.4.16.5	5. Psychische ICD-10-Diagnose	F .
2.4.16.6	6. Psychische ICD-10-Diagnose	F .

2.4.17 Andere wichtige Diagnosen, z.B. somatische oder neurologische Diagnosen

(keine Fxx.xx-Diagnosen; mindestens 3-stellig)

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	ICD-Diagnose
2.4.17.1	1. Andere ICD-10-Diagnose	
2.4.17.2	2. Andere ICD-10-Diagnose	
2.4.17.3	3. Andere ICD-10-Diagnose	
2.4.17.4	4. Andere ICD-10-Diagnose	
2.4.17.5	5. Andere ICD-10-Diagnose	
2.4.17.6	6. Andere ICD-10-Diagnose	

2.4.18 HIV-Status**2.4.18.1 HIV-Teststatus**

Item-Nr.	Item-Ausprägungen	Wert
2.4.18.1	Noch nie getestet	1
	Getestet vor mehr als 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	2
	Getestet in den letzten 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	3

2.4.18.2 HIV- Wenn getestet, Testergebnis

Item-Nr.	Item-Ausprägungen	Wert
2.4.18.2	Negativ	1
	Positiv	2
	Unbekannt	3

2.4.19 Hepatitis B – Status**2.4.19.1 Hepatitis B - Teststatus**

Item-Nr.	Item-Ausprägungen	Wert
2.4.19.1	Noch nie getestet	1
	Getestet vor mehr als 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	2
	Getestet in den letzten 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	3

2.4.19.2 Hepatitis B - Wenn getestet, Testergebnis

Item-Nr.	Item-Ausprägungen	Wert
2.4.19.2	Nicht aktiv, Antikörper negativ	1
	Nicht aktiv, Antikörper positiv, Virusnachweis negativ	2
	Aktiv, Virusnachweis positiv	3
	Unbekannt	4

2.4.20 Hepatitis C – Status**2.4.20.1 Hepatitis C - Teststatus**

Item-Nr.	Item-Ausprägungen	Wert
2.4.20.1	Noch nie getestet	1
	Getestet vor mehr als 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	2
	Getestet in den letzten 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung	3

2.4.20.2 Hepatitis C - Wenn getestet, Testergebnis

Item-Nr.	Item-Ausprägungen	Wert
2.4.20.2	Nicht aktiv, Antikörper negativ	1
	Nicht aktiv, Antikörper positiv, Virusnachweis negativ	2
	Aktiv, Virusnachweis positiv	3
	Unbekannt	4

2.5 Maßnahmen und Interventionen

(muss nur dokumentiert werden, wenn 2.1.4 = 1 eigene Problematik)

2.5.1 Art der Betreuung / Behandlung in der eigenen Einrichtung.

Bitte alle Maßnahmen angeben und bei mehreren Maßnahmen eine Hauptmaßnahme wählen (max. zweistellig)

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.5.1.1	PF – Prävention und Frühintervention	ja / nein
2.5.1.2	Akutbehandlung	ja / nein
2.5.1.2.1	ASA – Ambulante somatische Akutbehandlung inkl. Frühintervention	ja / nein
2.5.1.2.2	APB – Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung	ja / nein
2.5.1.2.3	AKH – Stationäre somatische Akutbehandlung	ja / nein
2.5.1.2.4	PIA – Ambulante psychiatrische Akutbehandlung	ja / nein
2.5.1.2.5	PKH – Stationäre psychiatrische Akutbehandlung	ja / nein
2.5.1.2.6	PSA – Stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Akutbehandlung	ja / nein
2.5.1.3	Beratung und Betreuung	ja / nein
2.5.1.3.1	NIH – Niedrigschwellige Hilfen	ja / nein
2.5.1.3.2	SBS – Sucht- und Drogenberatung	ja / nein
2.5.1.3.3	PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	ja / nein
2.5.1.3.4	SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	ja / nein
2.5.1.4	JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGBVIII)	ja / nein
2.5.1.5	BS – Suchtberatung im Betrieb	ja / nein
2.5.1.6	Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	ja / nein
2.5.1.6.1	AOB – Arbeitsmarktorientierte Beratung	ja / nein
2.5.1.6.2	ABP – Beschäftigung	ja / nein

2.5.1.6.3	QUA – Qualifizierung	ja / nein
2.5.1.6.4	AFD – Arbeitsförderung	ja / nein
2.5.1.6.5	BRH – Berufliche Rehabilitation	ja / nein
2.5.1.6.6	BBM – Beschäftigung für behinderte Menschen	ja / nein
2.5.1.7	Suchtbehandlung	ja / nein
2.5.1.7.1	ENT – Entgiftung	ja / nein
2.5.1.7.2	QET – Qualifizierter Entzug	ja / nein
2.5.1.7.3	MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe	ja / nein
2.5.1.7.4	SUB – Ambulante Opioidsubstitution	ja / nein
2.5.1.7.5	ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation	ja / nein
2.5.1.7.5.1	<i>Falls ja, unter Substitution?</i>	<i>ja / nein</i>
2.5.1.7.5.2	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	<i>ja / nein</i>
2.5.1.7.6	TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	ja / nein
2.5.1.7.6.1	<i>Falls ja, unter Substitution?</i>	<i>ja / nein</i>
2.5.1.7.6.2	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	<i>ja / nein</i>
2.5.1.7.7	STR – Stationäre medizinische Rehabilitation	ja / nein
2.5.1.7.7.1	<i>Falls ja, unter Substitution?</i>	<i>ja / nein</i>
2.5.1.7.7.2	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	<i>ja / nein</i>
2.5.1.7.8	ADA – Adaption	ja / nein
2.5.1.7.8.1	<i>Falls ja, unter Substitution?</i>	<i>ja / nein</i>
2.5.1.7.8.2	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	<i>ja / nein</i>
2.5.1.7.9	KOM – Kombibehandlung	ja / nein
2.5.1.7.9.1	<i>Falls ja, unter Substitution?</i>	<i>ja / nein</i>
2.5.1.7.10	NAS – (Reha-)Nachsorge	ja / nein
2.5.1.7.11	AEF – Ambulante Entlassform	ja / nein
2.5.1.7.12	GEF – Ganztägig ambulante Entlassform	ja / nein
2.5.1.7.13	WAB – Wechsel in die Ambulante Behandlungsform	ja / nein
2.5.1.8	Eingliederungshilfe	ja / nein
2.5.1.8.1	ABW – Ambulant betreutes Wohnen	ja / nein
2.5.1.8.2	SOZ – Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen	ja / nein
2.5.1.8.3	ÜEW – Übergangswohnen	ja / nein

2.5.1.8.4	TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen	ja / nein
2.5.1.9	Justiz	ja / nein
2.5.1.9.1	MVJ – Medizinische Versorgung im Justizvollzug	ja / nein
2.5.1.9.2	SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug	ja / nein
2.5.1.9.3	SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)	ja / nein
2.5.1.9.4	ENH – Eingliederung nach Haft	ja / nein
2.5.1.10	Altenhilfe und Pflege	ja / nein
2.5.1.10.1	ALT – Ambulante und stationäre Altenhilfe	ja / nein
2.5.1.10.2	HPF – Hilfen für Pflegebedürftige	ja / nein
2.5.1.11	SH - Selbsthilfe	ja / nein

2.5.2 Wenn Opioidsubstitution: Welches Mittel (Wirkstoff)?

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.5.2	Methadon z.B. Eptadone®, Methaddict®	1
	Levomethadonhydrochlorid (z.B. L-Polamidon®)	2
	Buprenorphin (z.B. Subutex®, Suboxone®)	3
	Diamorphin (Diaphin®)	4
	Morphin (Substitol®)	5
	Anderes	6

2.5.2.1 Alter bei erster Opioidsubstitution

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Alter in Jahren
2.5.2.1	Alter bei erster Opioidsubstitution	

2.5.3 Kooperation während der Betreuung / Behandlung

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.5.3	Kooperation während der Betreuung / Behandlung	ja / nein

2.5.3.1 Wenn ja, Kooperation während der Betreuung / Behandlung mit

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.5.3.1	Sozialem Umfeld	ja / nein
2.5.3.2	Selbsthilfe	ja /

		nein
2.5.3.3	Arbeitsstelle, Betrieb, Schule	ja / nein
2.5.3.4	Ärztliche Praxis	ja / nein
2.5.3.5	Psychotherapeutische Praxis	ja / nein
2.5.3.6	Allgemeines Krankenhaus	ja / nein
2.5.3.7	Einrichtung der Akutbehandlung	ja / nein
2.5.3.8	Psychiatrisches Krankenhaus	ja / nein
2.5.3.9	Ambulante Suchthilfeeinrichtung	ja / nein
2.5.3.10	Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	ja / nein
2.5.3.11	Soziotherapeutische Einrichtung	ja / nein
2.5.3.12	Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, sozialpsychiatrischer Dienst)	ja / nein
2.5.3.13	Schuldnerberatung	ja / nein
2.5.3.14	Einrichtung der Jugendhilfe	ja / nein
2.5.3.15	Jugendamt	ja / nein
2.5.3.16	Einrichtung der Altenhilfe	ja / nein
2.5.3.17	Wohnungslosenhilfe	ja / nein
2.5.3.18	Agentur für Arbeit / Jobcenter	ja / nein
2.5.3.19	Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	ja / nein
2.5.3.20	Einrichtung im Präventionssektor	ja /

		nein
2.5.3.21	Kosten-/Leistungsträger	ja / nein
2.5.3.22	Sonstige Einrichtung / Institution	ja / nein

2.6 Abschlussdaten

(Muss nur dokumentiert werden, wenn 2.1.4 = 1 eigene Problematik; mit Ausnahme 2.6.1: auszufüllen für alle Betreuungen)

2.6.1 Dauer der Betreuung / Behandlung

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Eingabe Datum (TT.MM.JJJJ)
2.6.1.1	Datum des Betreuungs-/Betreuungsendes	
2.6.1.2	Betreuungs-/Behandlungsdauer in Tagen	(wird von der Software automatisch berechnet)

2.6.2 Kontaktzahl

(nur ambulanter Bereich, ausgenommen tagesstrukturierende/-begleitende Angebote)

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Eingabe Anzahl Kontakte
2.6.2	Kontaktzahl	

2.6.3 Kontakt zur Selbsthilfegruppe

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.6.3	Wurde im Laufe der Betreuung / Behandlung ein verbindlicher Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hergestellt?	ja / nein

2.6.4 Besuch einer Selbsthilfegruppe

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.6.4	Hat der/die Betreute / Behandelte im Laufe der Betreuung / Behandlung eine Selbsthilfegruppe besucht?	ja / nein

2.6.5 Art der Beendigung

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.6.5	Regulär nach Betreuungs-/Behandlungsplan	1
	Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	2
	Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	3
	Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch die betreute / behandelte Person	4
	Disziplinarisch	5
	Außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	6
	Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/Behandlungsform	7
	Verstorben	8

2.6.6 Weitervermittlung bei Beendigung

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.6.6	Beendigung der Betreuung / Behandlung mit einer Weitervermittlung	ja / nein

2.6.6 Wenn ja, wohin

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert
2.6.6.1	PF – Prävention und Frühintervention	ja / nein
2.6.6.2	Akutbehandlung	ja / nein

2.6.6.2.1	ASA – Ambulante somatische Akutbehandlung inkl. Frühintervention	ja / nein
2.6.6.2.2	APB – Ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung	ja / nein
2.6.6.2.3	AKH – Stationäre somatische Akutbehandlung	ja / nein
2.6.6.2.4	PIA – Ambulante psychiatrische Akutbehandlung	ja / nein
2.6.6.2.5	PKH – Stationäre psychiatrische Akutbehandlung	ja / nein
2.6.6.2.6	PSA – Stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Akutbehandlung	ja / nein
2.6.6.3	Beratung und Betreuung	ja / nein
2.6.6.3.1	NIH – Niedrigschwellige Hilfen	ja / nein
2.6.6.3.2	SBS – Sucht- und Drogenberatung	ja / nein
2.6.6.3.3	PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	ja / nein
2.6.6.3.4	SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	ja / nein
2.6.6.4	JH – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)	ja / nein
2.6.6.5	BS – Suchtberatung im Betrieb	ja / nein
2.6.6.6	Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	ja / nein
2.6.6.6.1	AOB – Arbeitsmarktorientierte Beratung	ja / nein
2.6.6.6.2	ABP – Beschäftigung	ja / nein
2.6.6.6.3	QUA – Qualifizierung	ja / nein
2.6.6.6.4	AFD – Arbeitsförderung	ja / nein
2.6.6.6.5	BRH – Berufliche Rehabilitation	ja / nein
2.6.6.6.6	BBM – Beschäftigung für behinderte Menschen	ja / nein
2.6.6.7	Suchtbehandlung	ja / nein
2.6.6.7.1	ENT – Entgiftung	ja / nein
2.6.6.7.2	QET – qualifizierter Entzug	ja / nein
2.6.6.7.3	MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe	ja / nein
2.6.6.7.4	SUB – Ambulante Opioidsubstitution	ja / nein
2.6.6.7.5	ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation	ja / nein
2.6.6.7.5.1	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	<i>ja / nein</i>
2.6.6.7.6	TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	ja / nein
2.6.6.7.6.1	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	<i>ja / nein</i>

2.6.6.7.7	STR – Stationäre medizinische Rehabilitation	ja / nein
2.6.6.7.7.1	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	<i>ja / nein</i>
2.6.6.7.8	ADA – Adaption	ja / nein
2.6.6.7.8.1	<i>Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?</i>	<i>ja / nein</i>
2.6.6.7.9	KOM – Kombibehandlung	ja / nein
2.6.6.7.10	NAS – (Reha-)Nachsorge	ja / nein
2.6.6.7.11	AEF – Ambulante Entlassform	ja / nein
2.6.6.7.12	GEF – Ganztägig ambulante Entlassform	ja / nein
2.6.6.7.13	WAB – Wechsel in die Ambulante Behandlungsform	ja / nein
2.6.6.8	Eingliederungshilfe	ja / nein
2.6.6.8.1	ABW – Ambulant betreutes Wohnen	ja / nein
2.6.6.8.2	SOZ – Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen	ja / nein
2.6.6.8.3	ÜEW – Übergangswohnen	ja / nein
2.6.6.8.4	TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen	ja / nein
2.6.6.9	Justiz	ja / nein
2.6.6.9.1	MVJ – Medizinische Versorgung im Justizvollzug	ja / nein
2.6.6.9.2	SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug	ja / nein
2.6.6.9.3	SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)	ja / nein
2.6.6.9.4	ENH – Eingliederung nach Haft	ja / nein
2.6.6.10	Altenhilfe und Pflege	ja / nein
2.6.6.10.1	ALT – Ambulante und stationäre Altenhilfe	ja / nein
2.6.6.10.2	HPF – Hilfen für Pflegebedürftige	ja / nein

2.6.7 Problematik am Tag des Betreuungs-/ Behandlungsendes

(Bitte für alle Bereiche angeben, wie sich die Belastung im Vergleich zum Betreuungs-/Behandlungsbeginn darstellt)

Item-Nr.	Item Kategorie Bezeichnung	Wert <i>1 gebessert 2 gleich geblieben 3 verschlechtert 4 neu aufgetreten</i>
2.6.7.1	Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten	
2.6.7.2	Körperliche/s Gesundheit / Befinden	
2.6.7.3	Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	
2.6.7.4	Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder)	
2.6.7.5	Weiteres soziales Umfeld	
2.6.7.6	Schul- / Ausbildungs- / Arbeits- / Beschäftigungssituation	
2.6.7.7	Freizeit(bereich)	
2.6.7.8	Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur	
2.6.7.9	Finanzielle Situation	
2.6.7.10	Wohnsituation	
2.6.7.11	Rechtliche Situation	
2.6.7.12	Fahreignung	
2.6.7.13	Sexuelle Gewalterfahrungen	
2.6.7.14	Andere Gewalterfahrungen	
2.6.7.15	Gewaltausübung	

Codeliste Nationalität (Sortierung nach Staat)

Staat	Code	Staat	Code	Staat	Code
AEGYPTEN	EGY	INDONESIEN	IDN	PAKISTAN	PAK
AEQUATORIAL GUINEA	GNQ	IRAK	IRQ	PANAMA	PAN
AETHIOPIEN	ETH	IRAN	IRN	PARAGUAY	PRY
AFGHANISTAN	AFG	IRLAND	IRL	PERU	PER
ALBANIEN	ALB	ISLAND	ISL	PHILIPPINEN	PHL
ALGERIEN	DZA	ISRAEL	ISR	POLEN	POL
ANGOLA	AGO	ITALIEN	ITA	PORTUGAL	PRT
ARGENTINIEN	ARG	JAMAICA	JAM	PUERTO RICO	PRI
ARMENIEN	ARM	JAPAN	JPN	QATAR	QAT
ASERBEIDSCHAN	AZE	JEMEN	YEM	REPUBLIK KONGO	COD
AUSTRALIEN	AUS	JORDANIEN	JOR	RUANDA	RWA
BAHRAIN	BHR	KAMBODSCHA	KHM	RUMAENIEN	ROM
BANGLADESCH	BGD	KAMERUN	CMR	RUSSISCHE FOEDERATION	RUS
BELGIEN	BEL	KASACHSTAN	KAZ	SAMBIA	ZMB
BELIZE	BLZ	KENIA	KEN	SAUDI ARABIEN	SAU
BENIN	BEN	KIRGISISTAN	KGZ	SCHWEDEN	SWE
BERMUDAS	BMU	KOLUMBIEN	COL	SCHWEIZ	CHE
BHUTAN	BTN	KONGO	COG	SENEGAL	SEN
BOLIVIEN	BOL	KOSOVO	KOS	SERBIEN	SRB
BOSNIEN- HERZEGOWINA	BIH	KROATIEN	HRV	SIERRA LEONE	SLE
BOTSWANA	BWA	KUWAIT	KWT	SINGAPUR	SGP
BRASILIEN	BRA	LAOS	LAO	SLOWAKEI	SVK
BULGARIEN	BGR	LESOTHO	LSO	SLOWENIEN	SVN
BURKINA FASO	BFA	LETTLAND	LVA	SOMALIA	SOM
BURUNDI	BDI	LIBANON	LBN	SPANIEN	ESP
CANADA	CAN	LIBERIA	LBR	SRI LANKA	LKA

CHILE	CHL	LIBYEN	LBY	SÜDAFRIKA	ZAF
CHINA	CHN	LIECHTENSTEIN	LIE	SUDAN	SDN
ELFENBEINKÜSTE (Cote d'Ivoire)	CIV	LITAUEN	LTU	SÜDKOREA	KOR
COSTA RICA	CRI	LUXEMBOURG	LUX	SURINAM	SUR
CUBA	CUB	MADAGASKAR	MDG	SYRIEN	SYR
DEUTSCHLAND	DEU	MALAWI	MWI	TADSCHIKISTAN	TJK
DÄNEMARK	DNK	MALAYSIA	MYS	TAIWAN	TWN
DJIBOUTI	DJI	MALI	MLI	TANSANIA	TZA
DOMINIKANISCHE REPUBLIK	DOM	MALTA	MLT	THAILAND	THA
ECUADOR	ECU	MAROKKO	MAR	TOGO	TGO
EL SALVADOR	SLV	MAURETANIEN	MRT	TSCHAD	TCO
ERITREA	ERI	MAZEDONIEN	MKD	TSCHECHIEN	CZE
ESTLAND	EST	MEXICO	MEX	TUERKEI	TUR
FINNLAND	FIN	MOLDAVIEN	MDA	TUNESIEN	TUN
FRANKREICH	FRA	MONGOLEI	MNG	TURKMENISTAN	TKM
GABUN	GAB	MONTENEGRO	MNE	UGANDA	UGA
GAMBIA	GMB	MOZAMBIQUE	MOZ	UKRAINE	UKR
GEORGIEN	GEO	NAMIBIA	NAM	UNGARN	HUN
GHANA	GHA	NEUSEELAND	NZL	URUGUAY	URY
GRIECHENLAND	GRC	NEPAL	NPL	USBEKISTAN	UZB
GROENLAND	GRL	NICARAGUA	NIC	VENEZUELA	VEN
GROSSBRITANNIEN	GBR	NIEDERLANDE	NLD	VER. ARABISCHE EMIRATE	ARE
GUADELOUPE	GLP	NIGER	NER	VEREINIGTE STAATEN	USA
GUATEMALA	GTM	NIGERIA	NGA	VIETNAM	VNM
GUINEA	GIN	NORDKOREA	PRK	WEISSRUSSLAND	BLR
GUYANA	GUY	NORWEGEN	NOR	ZENTRALAFRIK. REPUBLIK	CAF
HAITI	HTI	OESTERREICH	AUT	ZIMBABWE	ZWE

HONDURAS	HND		OMAN	OMN		ZYPERN	CYP
INDIEN	IND		OSTTIMOR	TMP		andere Staaten	XXX
staatenlos							YYY

2 c) Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Fall

In den Erläuterungen zu den Items des KDS-F sind die übergeordneten Erhebungsbereiche fett, z.B. **2.1 Basisdaten**, die innerhalb dieser Erhebungsbereiche jeweils übergeordneten Items sind fett, z.B. **2.1.3 Geschlecht**, Unteroptionen bzw. -items sind kursiv, z.B. *1 männlich* oder *2.2.4.1 Pauschale / institutionelle Einrichtungsfinanzierung (z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst)*.

Zu Item 2.1 Basisdaten

Die unter Ziffer 2.1.1.- 2.1.6 aufgelisteten Basisdaten dienen der Bestimmung der Fallzahl und sind grundsätzlich für alle Betreuungen / Behandlungen, im ambulanten Bereich also auch für Einmalkontakte zu dokumentieren.

Für einen dokumentationsrelevanten Kontakt (Anlage eines Falls) im ambulanten Bereich gelten dabei folgende Vorgaben: Eine Mindestgesprächsdauer von 10 Minuten mit substantiell beratendem oder behandelndem Charakter (persönlich, telefonisch, per Brief/E-Mail, digital). Bitte berücksichtigen Sie zur Bestimmung der Kontaktzahl in einem angelegten Fall die ergänzenden Vorgaben unter 2.6.2.

Grundlegende Überlegungen zur Falldefinition findet sich am Ende des Abschnitts 2.a.

Zu Item 2.1.1 Datum des Beginns der aktuellen Betreuung/Behandlung

Hier ist das Datum des Beginns der aktuellen Betreuung/Behandlung einzutragen.

Zu Item 2.1.2 Alter bei Beginn der aktuellen Betreuung/Behandlung

Alter bei Beginn der aktuellen Betreuung/Behandlung in Jahren.

Zu Item 2.1.3 Geschlecht

- 1 *männlich*
- 2 *weiblich*
- 3 *ohne Angabe*

Kategorie 3 ohne Angabe ist zu wählen bei Personen, die ihre Geschlechtszugehörigkeit als weder männlich noch weiblich angeben (können/wollen). Die Begrifflichkeit „ohne Angabe“ ist in Anlehnung an die Formulierung in §22 Absatz 3 Personenstandsgesetz (PStG) sowie der Verwendung im Meldewesen gewählt. Auch Personen, die sich der Bezeichnung „divers“ zugehörig fühlen, sind unter Kategorie 3 zu kodieren. Die gesonderte Kategorie „divers“ ist für den KDS 4 vorgemerkt (bis dahin müssen diese Fälle als „ohne Angabe“ dokumentiert werden).

Zu Item 2.1.4 Betreuungs-/Behandlungsgrund

- 1 *eigene Problematik*

Diese Kategorie wird kodiert, wenn der/die Betreute /Behandelte aufgrund eigener Probleme kommt. Entscheidend ist hier nicht, ob die erwartete Hilfe präventiv, beratend oder behandelnd ist und auch nicht, ob eine eigene Problemeinsicht erkennbar ist, sondern allein

die Tatsache, dass der-/diejenige ein auf die eigene Person bezogenes Problem als Anlass zur Kontaktaufnahme benennt.

Wenn eine eigene Problematik kodiert wird, müssen ergänzend in Item 2.1.5 differenzierende Angaben gemacht werden. Item 2.1.6 bleibt in diesem Fall unbeantwortet.

2 *Problematik von Personen im sozialen Umfeld*

Diese Kategorie sollte im stationären Bereich nicht von Relevanz sein. Im ambulanten Bereich wird mit Kategorie 2 kodiert, wenn die hilfeschende Person nicht selbst von einer eigenen suchtbezogenen Problematik betroffen ist, sondern die geschilderte Problematik eine andere Person in der Familie bzw. im sozialen Umfeld betrifft (z.B. Vater einer Drogenabhängigen, Partnerin eines Inhaftierten).

Wenn sich im Verlauf zeigt, dass bei einer zunächst mit 2 kodierten Person eine eigene Betroffenheit vorliegt und diese hauptsächlich Gegenstand der Betreuung / Behandlung ist, so muss nachträglich die Kodierung auf 1 geändert werden (als Beispiel sei der bereits oben genannte Vater einer drogenabhängigen Tochter genannt, der mit diesem Anliegen in die Einrichtung kommt, im Verlauf der Betreuung / Behandlung aber beispielsweise seine eigene Glücksspielproblematik Hauptgegenstand der Betreuung / Behandlung wird).

Wenn angehörige Personen erst im Verlauf einer Betreuung / Behandlung für eine Person mit eigener Problematik in Kontakt mit der Einrichtung treten, ergibt sich folgende Regelung: Bei einer eigenständigen Betreuung / Behandlung für die angehörige Person wird regelhaft ein eigener Datensatz angelegt. Wenn die Kontakte mit der Bezugsperson dagegen vorwiegend mit dem Ziel einer Betreuungs-/Behandlungsunterstützung für eine betroffene Person (in der Regel als gemeinsame Termine) zustande kommen, dann wird kein eigener Datensatz angelegt, sondern die Kontakte werden nur als Kontakte im Datensatz der/des Betreuten/Behandelten gezählt.

Falls es sich um Personen im sozialen Umfeld handelt, muss Item 2.1.6 ausgefüllt werden. Item 2.1.5. wird in diesem Fall übersprungen. Für Personen im sozialen Umfeld müssen nur die Basisdaten im Abschnitt 2.1 sowie das Datum bei Betreuungsende (Item 2.6.1) angegeben werden (wenn für die Einrichtung notwendig, kann selbstverständlich darüber hinaus dokumentiert werden).

Zu Item 2.1.5 Wenn eine eigene Problematik vorliegt, welche Bereiche sind betroffen?

Die Fragen unter 2.1.5 werden nur für Personen mit eigener Problematik beantwortet (d.h. Frage 2.1.4 mit „1 eigene Problematik“ beantwortet). Gefragt wird danach, ob bei dem/der Betreuten/Behandelten relevante Probleme in den verschiedenen Lebensbereichen 2.1.5.1 bis 2.1.5.15 aus Sicht/ Kenntnis der betreuenden/behandelnden Person vorliegen. Die Problembereiche können, müssen aber nicht in Zusammenhang mit einer Suchtproblematik (ursächlich und/oder als Folge) stehen.

Das Item 2.1.5.1 Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten schließt alle Problembereiche wie unter 2.4 beschrieben ein. Das Item 2.1.5.15 bezieht sich auf eine Gewaltausübung durch die betreute/behandelte Person, inklusive sexueller Gewalt.

Zu Item 2.1.6 Wenn Person im sozialen Umfeld

Die Fragen unter 2.1.6 werden nur für Personen im sozialen Umfeld, nicht für Betreute mit eigener Problematik, beantwortet (d.h. Frage 2.1.4 wurde mit „2 Problematik von Personen im sozialen Umfeld“ beantwortet). Gefragt wird nach dem Beziehungsverhältnis (2.1.6.1) und nach dem/n vorliegenden Problem/en aus Sicht des Angehörigen (2.1.6.2).

Zu Item 2.2 Verwaltungs-/ Zugangsdaten

Ab hier **müssen** im ambulanten Bereich nur noch Betreute **mit eigener Problematik** und **mindestens 2 Kontakten** kodiert werden (es können aber bei eigener Problematik auch bei Einmalkontakten weitere Daten erfasst werden, sollten diese bekannt und für die Einrichtung von Relevanz sein).

Die Erfassung von „Kontakten“ wird für den stationären Bereich nicht als sinnvoll erachtet; es gibt daher dort auch keine Trennung zwischen Einmal- und Mehrfachkontakten. Für stationäre Behandlungen sind vom ersten Tag an alle Fragebereiche zu kodieren.

Grundlegende Überlegungen zur Falldefinition findet sich am Ende des Abschnitts 2.a.

Zu Item 2.2.1 Im Jahr des Betreuungs-/Behandlungsbeginns bereits in einer Suchthilfeeinrichtung vorstellig geworden

Handelt es sich bei der aktuell dokumentierten Betreuung / Behandlung nicht um die erste Vorstellung in einer Suchthilfeeinrichtung im Kalenderjahr des Betreuungs-/Behandlungsbeginns, so ist hier „Ja“ anzugeben. Dabei ist es unerheblich, ob die erste Vorstellung in der eigenen oder in einer anderen Betreuungs-/ Behandlungseinrichtung stattgefunden hat.

Zu Item 2.2.2 Jemals zuvor suchtbezogene Hilfe beansprucht

Bei dieser Frage ist zu dokumentieren, ob sich die betreute/behandelte Person bereits früher (Lebenszeitprävalenz) wegen einer Suchtproblematik in irgendeiner Betreuung / Behandlung befunden hat. Dabei ist es unerheblich, ob dies in der aktuellen oder einer anderen Einrichtung stattgefunden hat. Es sind nur abgeschlossene Maßnahmen zu kodieren unabhängig von der Art der Beendigung.

Zu Item 2.2.3 Vorbetreuungen/-behandlungen

Wenn Item 2.2.1 und/oder 2.2.2. mit „ja“ beantwortet worden sind, soll in diesem Item 2.2.3 nun für die Lebenszeitprävalenz für jedes aufgeführte Betreuungs-/Behandlungsangebot die jeweilige Anzahl der Vorbetreuungen/ -behandlungen differenziert erfasst werden (unabhängig von der Art der Beendigung dieser Vorbetreuungen/-behandlungen). Der Wert in den Oberkategorien entspricht jeweils der Summe der Werte in den zugehörigen Unterkategorien. In der Suchthilfepraxis ist die Zahl bisheriger Vorbetreuungen/-behandlungen in zahlreichen Fällen nur bedingt glaubwürdig zu ermitteln; in diesen Fällen muss geschätzt werden. Zur Beschreibung der Art der Angebote siehe Frage 1.7 im KDS-E.

Anmerkungen:

Das Item 2.2.3.7.9 *KOM – Kombibehandlung* (abgeschlossen):

Darf nur angegeben werden, wenn mindestens zwei Module einer Kombibehandlung (Suchtrehamaßnahme) vor der aktuellen Betreuung / Behandlung stattgefunden haben. Wenn bisher nur ein Modul einer als Kombibehandlung geplanten Suchtrehamaßnahme genutzt worden ist, ist die entsprechende Behandlungsform (2.2.3.7.5 – 2.2.3.7.8) zu dokumentieren (und zu spezifizieren, dass es sich dabei um einen Teil der Kombibehandlung handelt).

Zum Item 2.2.3.3.1 *NIH – Niedrigschwellige Hilfen*:

Zu zählen sind die Betreuungsepisoden. Kennzeichnend für eine Episode ist die Anbindung an die Einrichtung. Aufgrund der besonderen Hilfeart sind die Besuche oftmals unregelmäßig, dennoch ist von einer Anbindung auszugehen, wenn die Einrichtung wiederholt kontaktiert, und die Hilfeart in Anspruch genommen wird. Eine Betreuungsepisode endet, wenn seit dem letzten Kontakt eine für die betroffene Person untypische Zeitspanne vergangen ist. Bei Personen, die die Einrichtung täglich aufsuchen ist eine Unterbrechung von mehr als 10 Tagen in der Regel als untypische Zeitspanne zu werten. Bei Personen, die nur einmal im Monat die Einrichtung aufsuchen, wäre ein Fernbleiben von mehr als drei Monaten eine untypische Zeitspanne.

Zu Item 2.2.3.11 *Selbsthilfegruppen*

hier ist der Besuch von Selbsthilfegruppen in Jahren anzugeben.

Zu zählen sind bei allen ambulanten Vorbetreuungen die einzelnen (aus mehreren Kontakten bestehenden) Betreuungsepisoden und nicht die Anzahl der Kontakte. Kennzeichnend für eine Episode ist die Anbindung an die Einrichtung. Alle Kontakte, die eine bestimmte Person innerhalb einer Betreuungsepisode im Rahmen einer leistungsrechtlichen eigenständigen Maßnahme mit ein und derselben Suchthilfeeinrichtung hatte, werden somit gebündelt und als eine einzige Vorbetreuung erfasst.

Zu Item 2.2.4 Wiederaufnahme in der Einrichtung

Diese Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn sich die betreute/behandelte Person bereits zu einem früheren Zeitpunkt in derselben Einrichtung zu irgendeiner Art von Betreuung / Behandlung befunden hat und für die Person in dieser Einrichtung bereits ein Kerndatensatz angelegt worden ist. Entsprechend hat eine Vorbehandlung stattgefunden und Item 2.2.1 und/oder 2.2.2. sind mit „ja“ beantwortet worden

Zu Item 2.2.5 Vermittelnde Instanz

Hier ist anzugeben, ob und wenn ja, von welchen Personen oder Institutionen die Person zur aktuellen Betreuung / Behandlung in die eigene Einrichtung verwiesen worden ist (formale Vermittlung). Es ist nur eine Antwort möglich. Die meisten dieser Kategorien sind selbsterklärend.

Zur externen Suchtberatung von Inhaftierten in der JVA: wenn die Einrichtung eine regelmäßige Suchtberatung in der JVA anbietet, zu der die betreuten Personen auf Wunsch kommen können, wird in der Regel die Kategorie „Selbstmelder“ zutreffen. Nur dann, wenn tatsächlich der Sozialdienst der JVA beim Anbietender der Suchtberatung explizit eine Betreuung einer bestimmten Person initiiert, ist die entsprechende Kodierung unter Kategorie 20 zu wählen.

1 *Keine / Selbstmelder: in*

Dies ist der Fall, wenn die betreute/behandelte Person sich selbst direkt bei der aktuellen Einrichtung um die Aufnahme einer Betreuung / Behandlung bemüht hat, also nicht durch Angehörige, sonstige Personen oder Institutionen formal vermittelt wurde.

2 *Soziales Umfeld*

Diese Kategorie ist zu kodieren, wenn z.B. Partner:in, Eltern, Geschwister, Kinder, weitere Verwandte und/oder Freund: innen selber konkret den Kontakt zur aktuell betreuenden Einrichtung hergestellt haben.

3 *Selbsthilfe*

4 *Arbeitsstelle, Betrieb, Schule*

Dies trifft zu, wenn die betreute/behandelte Person von der Schule oder den entsprechenden Diensten der Arbeit/ des Betriebs (mit oder ohne Auflagen) vermittelt wurde.

5 *Ärztliche Praxis*

Hierunter fallen keine ärztlichen Psychotherapeut: innen, diese werden unter Kategorie 6 kodiert.

6 *Psychotherapeutische Praxis*

Hiermit ist Vermittlung sowohl durch ärztliche als auch psychologische Psychotherapeut:innen gemeint.

7 *Allgemeines Krankenhaus*

8 *Einrichtung der Akutbehandlung*

Hierunter fallen weitere Einrichtungen der Akutbehandlung, die durch die anderen Kategorien (ärztliche oder psychotherapeutische Praxis, allgemeines oder psychiatrisches Krankenhaus) nicht abgedeckt werden.

9 *Psychiatrisches Krankenhaus*

10 *Ambulante Suchthilfeeinrichtung*

Hierunter fallen z.B. niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Street-Work etc.), Suchtberatungs-/behandlungsstelle, Fachambulanz, Institutsambulanz.

11 *Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)*

Hierunter fallen auch teilstationäre („ganztägig ambulante“) Rehabilitationseinrichtungen.

12 *Soziotherapeutische Einrichtung*

Hierunter fallen ambulantes betreutes Wohnen, teilstationäre (d.h. ganztägig ambulante) Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.) und stationäre Einrichtung der Sozialtherapie.

13 *Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, , sozialpsychiatrischer Dienst)*

14 *Schuldnerberatung*

- 15 *Einrichtung der Jugendhilfe*
- 16 *Jugendamt*
- 17 *Einrichtung der Altenhilfe*
- 18 *Wohnungslosenhilfe*
- 19 *Agentur für Arbeit / Jobcenter*
- 20 *Polizei / Justiz / Bewährungshilfe*

Diese Kategorie ist zu wählen, wenn der/die Betreute / Behandelte aus einer Justizvollzugsanstalt in die Einrichtung vermittelt wurden (vormals Sozialdienst JVA/Maßregelvollzug) oder bei Betreuten / Behandelten, deren Strafvollstreckung per Gerichtsurteil ausgesetzt oder bei denen von der Verfolgung der Strafe abgesehen wurde (§§35, 36, 37, 38 BtMG) oder die seitens der Jugendgerichtshilfe oder der Bewährungshilfe vermittelt wurden (vormals Justizbehörden / Bewährungshilfe). Auch Straßenverkehrsbehörden oder Führerscheinstellen fallen darunter.

- 21 *Einrichtung im Präventionssektor*
- 22 *Kosten-/Leistungsträger (Rentenversicherung, Krankenversicherung, örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger)*
- 23 *Sonstige Einrichtung / Institution*

Hierunter fallen alle Einrichtung oder Institutionen, die nicht in eine der zuvor genannten Kategorien fallen (z.B. Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt, gesetzliche:r Betreuer:in).

Zu Item 2.2.6 Kosten-/Leistungsträger der aktuellen Betreuung / Behandlung

Hier sind alle Kategorien anzugeben, über die die aktuelle Betreuung / Behandlung vollständig oder anteilig finanziert wird. Unberücksichtigt bleiben Wohnkosten, Hotelkostenpauschalen und Miet- oder Wohnbeihilfen.

2.2.6.1 Pauschale / institutionelle Einrichtungsfinanzierung (z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst)

Diese Kategorie ist immer dann zu wählen, wenn die Finanzierung der aktuellen Betreuung / Behandlung nicht personenbezogen bei einem bestimmten Kostenträger beantragt und / oder bewilligt werden muss und es sich auch nicht um eine:r Selbstzahler:in bei einer ansonsten sozialleistungsfinanzierten Maßnahme handelt. Diese pauschale einrichtungsbezogene Finanzierungsform trifft im ambulanten Bereich auf die meisten Betreuungen zu, auch wenn diese öffentliche Finanzierung der Einrichtung oft nicht die einzige Finanzierungsquelle für die Einrichtung ist.

2.2.6.2 Selbstzahlend

Ist anzugeben, wenn sich der/die Betreute / Behandelte in einem relevanten Ausmaß an den Kosten der ansonsten im Regelfall sozialleistungsfinanzierten Betreuung / Behandlung beteiligt. Eigenbeteiligungen der Versicherten, die von einzelnen Kostenträgern erhoben werden, werden hier nicht kodiert.

Eigenbeiträge von Behandelten/Betreuten, die trotz einer Pauschalfinanzierung der Einrichtung für einzelne spezifische Leistungsangebote erhoben werden, werden hier nur dann kodiert, wenn die aktuelle Betreuung / Behandlung im Wesentlichen nur aus dieser spezifischen eigenbeitragspflichtigen Betreuung / Behandlung besteht (z.B. Führerscheingruppen).

2.2.6.3 *Rentenversicherung*

2.2.6.4 *Krankenversicherung*

2.2.6.5 *Sozialhilfe*

2.2.6.6 *Jugendhilfe*

2.2.6.7 *Arbeitsagenturen, Jobcenter*

2.2.6.8 *Pflegeversicherung*

2.2.6.9 *Sonstiges*

In diese Kategorie fallen sonstige unmittelbar für die Betreuungs-/Behandlungsmaßnahme genutzte Projektförderungen oder auch Ko-Finanzierungen durch den Europäischen Sozialfonds.

Zu Item 2.2.7 Auflagen

Mit Auflagen sind hier Vorgaben durch Dritte gemeint, die in aller Regel schriftlich formuliert sind, die Nutzung einer suchtbezogenen Betreuung / Behandlung thematisieren und bei Nichtbeachtung / Nichtbefolgung erhebliche negative Folgen für den/die Betreute / Behandelte im Handlungsbereich des Auflagengebers zur Folge haben.

Es wird zunächst angegeben, ob eine Auflage besteht. Falls ja, können die Auflagen als Mehrfachantworten genannt werden.

1 *Auflagen durch § 35 BtMG*

2 *Andere strafrechtliche Grundlage außer dem § 35 BtMG*

Neben dem § 35 BtMG können noch andere Paragraphen des BtMG sowie Strafverfahren z.B. bei Gewalttaten im Zusammenhang mit Alkohol oder Drogen eine Rolle spielen. Sie sind an dieser Stelle zu kodieren.

Es sind auch Fälle zu kodieren, in denen die gerichtliche Auflage allgemein die Behebung der Probleme, die mit dem Delikt in Zusammenhang stehen, fordert und auf Anraten des/der Bewährungshelfer: in eine suchtspezifische Betreuung / Behandlung begonnen wird (ohne dass diese explizite Auflage ist).

3 *Psych-KG / Landesunterbringungsgesetz*

4 *durch Rentenversicherung, Krankenversicherung*

5 *durch Arbeitsagentur / Job-Center*

6 *durch Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle*

Zum Beispiel die „Empfehlung“ von Seiten der Führerscheinstelle zur Teilnahme an einer suchtbezogenen Betreuung / Behandlung, von der die Wiedererlangung der Fahrerlaubnis

abhängt.

7 *durch Arbeitgeber: in*

8 *durch sonstige Institutionen*

Anmerkung: Die Vorgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, die Behandelten, die ein Opioidsubstitut (z.B. Methadon) erhalten wollen, dazu verpflichtet, auch eine psychosoziale Begleitbetreuung in Anspruch zu nehmen, wird als Behandlungsstandard und nicht als Auflage betrachtet. Es erfolgt keine Kodierung unter 2.2.7.

Zu Item 2.2.8 Besteht eine gesetzliche Betreuung?

Diese Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der/die Betreute/ Behandelte aktuell gesetzlich betreut wird. Eine Differenzierung nach vorläufiger oder endgültiger Betreuung oder nach Umfang der gesetzlichen Betreuung ist nicht vorgesehen.

Zu Item 2.3 Soziodemographische Angaben

Im Regelfall beziehen sich die Fragen nach den soziodemografischen Daten auf den in der Betreuung / Behandlung bekannten Status am Tag vor Beginn der aktuellen Betreuung / behandlung bzw. am Tag nach Betreuungs-/Behandlungsende (erwartbarer Status).

Zu Item 2.3.1 Lebenssituation

Für die Beantwortung der Frage nach der Partnerschaft ist der rechtliche Status des Familienstandes ohne Bedeutung; es geht nur darum, ob der/die Betreute / Behandelte sich als in einer Partnerschaft lebend angibt.

In gleicher Weise ist auch für die Kodierung der Wohnsituation nicht der vertragliche / rechtliche Rahmen (z.B. einer Bedarfsgemeinschaft nach dem SGB II) von Bedeutung, sondern nur die von der Person geschilderte Lebensrealität.

Wurde der/die Betreute / Behandelte innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung in Haft genommen, ist hier seine Situation in den sechs Monaten vor Haftantritt relevant. Befindet sich die Person schon länger als sechs Monate vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn in Haft oder in einer stationären Behandlung, ist die Frage 2.3.1.2 mit ja, der/die Betreute / Behandelte somit als alleinlebend, zu kodieren.

2.3.1.1 *Partnerschaft*

Diese Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der/die Betreute / Behandelte angibt, dass eine Partnerschaft besteht. Dies gilt unabhängig davon, ob sich der/die Betreute / Behandelte beispielsweise in Haft befindet.

2.3.1.2 *Alleinlebend*

Hier ist zunächst anzugeben, ob der/die Betreute / Behandelte alleine lebt.

1 *nein*

2 *ja*

2.3.1.3 *Wenn nicht alleinlebend, lebt zusammen mit*

Partner: in

Kind

Bei den Kindern muss es sich nicht um leibliche Kinder handeln. Es zählen alle Kinder unter 18 Jahren. Lebt der/die Betreute/Behandelte mit einem Geschwisterkind unter 18 Jahren, für das er/sie das Sorgerecht hat, ist ebenfalls diese Kategorie zu wählen. Ansonsten werden Geschwister unter „Sonstige Bezugspersonen“ kodiert.

Elternteil

Hier sind die eigenen Eltern des/der Betreuten / Behandelten gemeint. Dies können auch Pflegeeltern / Adoptiveltern sein.

Sonstige Bezugsperson

Hier sind weitere Bezugspersonen außer Lebenspartner:in, Kindern oder Eltern gemeint. Dies können etwa andere Verwandte (Geschwister, Kinder über 18 Jahren, Großeltern) oder Freunde sein.

Sonstige Person

Hier sind alle übrigen möglichen Personen gemeint, die vorher nicht explizit aufgeführt wurden. Dies können z.B. Menschen sein, die gemeinsam mit anderen in einer Notunterkunft oder in einer Wohngemeinschaft leben. Wenn zu langjährigen WG-Mitbewohnern ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht, kann eine Kodierung auch als „sonstige Bezugsperson“ erfolgen.

Zu Item 2.3.2 Kinder

2.3.2.1 *Schwangerschaft in der aktuellen Betreuung / Behandlung*

Eine im Laufe der Betreuung/Behandlung auftretende Schwangerschaft soll im Verlauf (nach)kodiert werden.

2.3.2.2 *Eigene Kinder insgesamt*

Hier ist die Anzahl aller eigenen Kinder (leiblicher und rechtskräftig adoptierter) des/der Betreuten / Behandelten anzugeben.

2.3.2.3 *Eigene minderjährige Kinder*

Hier ist die Anzahl der eigenen Kinder unter 18 Jahren des/der Betreuten / Behandelten anzugeben

2.3.2.4 *Minderjährige Kinder im Haushalt (des/der Betreuten / Behandelten) insgesamt*

Hier ist die Anzahl aller Kinder unter 18 Jahren anzugeben, die mit dem/der Betreuten / Behandelten im Haushalt leben. Dabei werden sowohl eigene als auch andere Kinder berücksichtigt, zu denen der/die Betreute / Behandelte möglicherweise gar kein Verwandtschaftsverhältnis hat.

Es sollen jedoch nur die Minderjährigen gezählt werden, für die von Seiten des/der Betreuten / Behandelten eine Fürsorgepflicht besteht. Beispiel: Minderjähriger Klient wohnt

zusammen mit seinem minderjährigen Geschwister, für das keine Fürsorgepflicht besteht. Dieses Geschwister ist nicht anzugeben. Bei Betreuten / Behandelten in Haft sind Kinder als „im eigenen Haushalt lebend“ anzugeben, sofern sie im Haushalt (vor Haftantritt) leben.

2.3.2.5 *Minderjährige eigene Kinder im Haushalt (des/der Betreuten / Behandelten) insgesamt*

Hier ist die Anzahl der eigenen Kinder unter 18 Jahren anzugeben, die mit dem / der Betreuten / Behandelten im Haushalt leben. In Abgrenzung zu 2.3.2.4 werden dabei ausschließlich leibliche oder rechtskräftig adoptierte Kinder gezählt. Bei Betreuten / Behandelten in Haft sind Kinder als „im eigenen Haushalt lebend“ anzugeben, sofern sie im Haushalt (vor Haftantritt) leben.

2.3.2.6 *Nicht im Haushalt (des/der Betreuten / Behandelten) lebende minderjährige eigene Kinder*

Falls eigene minderjährige Kinder nicht im Haushalt des/der Betreuten / Behandelten leben, soll unter 2.3.2.6.1 bis 2.3.2.6.6 angegeben werden, wie viele der eigenen Kinder unter 18 Jahren an anderen Aufenthaltsorten leben (z.B. beim anderen Elternteil, in Pflegefamilien oder in Heimunterbringung).

Zu Item 2.3.3 Staatsangehörigkeit / Migration

Diese Frage soll zum einen die Staatsbürgerschaft erfassen und darüber hinaus Aufschluss geben, welchen für die Betreuung / Behandlung relevanten kulturellen Hintergrund ein Mensch aufweist.

2.3.3.1 *Aktuelle Staatsangehörigkeit der/des Betreuten / Behandelten*

Die aktuelle(n) Staatsangehörigkeit(en) sollen soweit im Einzelfall ermittelbar erhoben werden. Die internationalen Codes zur Bestimmung der Staatsangehörigkeit finden Sie in Anhang A dieses Manuals. Als staatenlos sind Betreute / Behandelte zu kodieren, die über keinerlei Staatsangehörigkeit verfügen (dies kann z.B. dann eintreten, wenn aufgrund eines Krieges, Putsches o.ä. die formale Organisation eines Staates zerfällt).

2.3.3.2 *Migrationshintergrund*

1 *Nein*

2 *Selbst migriert*

Wurde der/die Betreute / Behandelte außerhalb Deutschlands geboren und ist mit oder ohne Eltern nach Deutschland migriert, so ist die Kategorie „selbst migriert“ zu wählen.

3 *Als Kind von Migrant: innen geboren*

Der/ die Betreute / Behandelte wurde in Deutschland geboren und hat mindestens ein Elternteil mit Migrationshintergrund.

4 *Migration liegt ausschließlich in dritter Generation vor*

Mindestens eine Person aus der Großelterngeneration des/der Betreuten / Behandelten ist selbst nach Deutschland migriert.

2.3.3.4 *Auf welches Herkunftsland / welche Herkunftsländer bezieht sich der*

Migrationshintergrund?

Hier sollen maximal zwei internationale Codes der Herkunftsländer angegeben werden; für den Fall, dass der/die Betreute / Behandelte nicht selbst migriert ist und mehrere Herkunftsländer in Frage kommen, sollen die zwei aus Sicht des/der Betreuten / Behandelten wichtigsten Länder genannt werden.

2.3.3.5 *Ist eine Betreuung / Behandlung mit der /dem Betreuten / Behandelten in deutscher Sprache möglich?*

Hier soll „ja“ angegeben werden, wenn eine Betreuung / Behandlung aus Sicht der behandelnden / betreuenden Person grundsätzlich auch ohne Dolmetscher: in hinreichend qualifiziert möglich ist. Dass eine spezifische Kulturkompetenz in vielen Fällen eine Betreuungs-/Behandlungsqualität verbessern kann, bleibt bei dieser Frage ohne Betracht.

Zu Item 2.3.4 Schulischer Bildungsweg

Hier ist zu dokumentieren mit welchem Schulabschluss die Schule verlassen wurde. Falls im Nachgang weitere (höhere) Abschlüsse erworben wurden (z. B. Abitur über Abendschule) ist der entsprechende höherwertige Abschluss zu dokumentieren.

1 *Derzeit in Schulausbildung*

Diese Kategorie ist zu kodieren, wenn der/die Behandelte/ Betreute bei Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung eine Schule besucht.

2 *Ohne Schulabschluss abgegangen*

Wird kodiert, wenn kein Schulabschluss erworben wurde und keine Schule mehr besucht wird.

3 *Hauptschul-/Volksschulabschluss*

Wenn die Hauptschule bzw. ein äquivalenter Bildungsweg (z.B. Mittelschule in Bayern) ordnungsgemäß abgeschlossen wurde. In dieser Kategorie wird auch ein sog. qualifizierter Hauptschulabschluss gefasst.

4 *Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule*

Nach erfolgreicher Beendigung der 10. Klasse Realschule bzw. Gymnasium bzw. eines äquivalenten Bildungswegs. Die Polytechnische Oberschule gilt mit der 10. Klasse in den neuen Bundesländern als abgeschlossen, ein Abschluss vor 1965 war mit der 8. Klasse erreicht.

5 *(Fach-)Hochschulreife / Abitur*

Mit erfolgreichem Abschluss der 12. Klasse eines Gymnasiums oder Fachoberschule ist die Fachhochschulreife verbunden. Das Abitur wird erreicht nach Abschluss eines Gymnasiums oder durch entsprechende Sonderprüfungen.

6 *Anderer Schulabschluss*

Wenn es sich um einen Abschluss handelt, der hier nicht aufgeführt wurde. Dies kann z.B. ein im Ausland erlangter Schulabschluss sein, der mit keinem der oben aufgeführten Abschlüsse vergleichbar ist. Hier ist auch der Abschluss einer Förderschule zu kodieren.

Zu item 2.3.5 Höchster Ausbildungsabschluss

Diese Frage bezieht sich auf den Abschluss einer berufsqualifizierenden Ausbildung.

Bei Beamt: innen erfolgt die Kodierung nach der beamtenrechtlichen Eingruppierung, d.h. der mittlere Dienst entspricht der Kategorie 4 Betriebliche Berufsausbildung, der gehobene und höhere Dienst entspricht der Kategorie 6 Akademischer Abschluss.

1 *Keine berufliche oder akademische Ausbildung begonnen*

Diese Kodierung kann nur vergeben werden, wenn der/die Betreute / Behandelte noch über keinerlei Hochschul- oder Berufsabschluss verfügt und bisher auch noch nie eine entsprechende Ausbildung begonnen hat.

2 *Derzeit in beruflicher oder akademischer Ausbildung*

Diese Kodierung kann nur vergeben werden, wenn der/die Betreute / Behandelte noch über keinerlei Hochschul- oder Berufsabschluss verfügt, aber derzeit sich in einer entsprechenden Ausbildung befindet. Liegt bereits ein berufsqualifizierender Abschluss vor und der/die Betreute / Behandelte befindet sich nun in einem weiteren Studium bzw. einer Berufsausbildung, so ist entsprechend des bereits erworbenen Abschlusses zu kodieren.

3 *Keine berufliche oder akademische Bildung abgeschlossen*

Diese Kodierung kann nur vergeben werden, wenn der/die Betreute / Behandelte schon einmal eine Ausbildung begonnen und nicht abgeschlossen hat, noch über keinerlei Hochschul- oder Berufsabschluss verfügt und sich derzeit auch nicht in einer entsprechenden Ausbildung befindet.

4 *Betriebliche Berufsausbildung*

Wird angegeben, wenn mindestens eine betriebliche Berufsausbildung abgeschlossen wurde. Dies gilt auch, wenn sich der/die Betreute / Behandelte zu dieser Zeit in einer weiteren Berufsausbildung oder Umschulung (nach einer bereits abgeschlossenen betrieblichen Ausbildung) befindet oder in einem anderen Beruf arbeitet, für den er/sie (noch) keine Ausbildung absolviert hat.

5 *Abschluss als Meister: in / Techniker: in bzw. an Berufs- oder Fachakademie*

Wird angegeben, wenn nach einer abgeschlossenen beruflichen Ausbildung eine entsprechende weiterqualifizierende Ausbildung erfolgreich abgeschlossen (z.B. Meisterschule) wurde oder eine (berufs-)schulische Ausbildung absolviert wurde, die direkt zu dieser Qualifikation führt.

6 *Akademischer Abschluss*

Bachelor, Master, Diplom oder Magister etc. nach einem abgeschlossenen Studium an einer (Fach-)Hochschule.

7 *Anderer Ausbildungsabschluss*

Wenn es sich um einen Ausbildungsabschluss handelt, der keiner der Kategorien 1-6 zuzuordnen ist. Dies kann z.B. ein im Ausland erlangter Abschluss sein, der mit keinem der oben aufgeführten Abschlüsse vergleichbar ist; außerdem bestimmte Ausbildungen, die keine Lehrberufe sind und auf die auch keine der anderen Kategorien zutrifft.

Zu Item 2.3.6 Wohnverhältnis

Das Wohnverhältnis wird sowohl am Tag vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung als auch am Tag nach dem Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung nach den untenstehenden Kategorien dokumentiert.

2.3.6.1 *Am Tag vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

2.3.6.2 *Am Tag nach Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung*

Auch wenn das tatsächliche Wohnverhältnis am Tag nach dem Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung nicht nachprüfbar ist, soll hier angegeben werden, welches Wohnverhältnis aller Wahrscheinlichkeit nach vorliegen wird (z.B. aufgrund von Aussagen / Planung des/der Betreuten / Behandelten).

1 *Selbständiges Wohnen (eigene(s) / gemietete(s) Zimmer / Wohnung / Haus)*

Die Person wohnt zur (Unter-)Miete in einer/m Zimmer / Wohnung / Haus, bzw. in eigenem/r Haus / Eigentumswohnung. Die Wohnsituation von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die im Elternhaus wohnen, ist ebenfalls mit 1 zu kodieren. Für Volljährige, die bei den Eltern wohnen und einen eigenen Mietvertrag bzw. den Mietvertrag mit unterschrieben haben, gilt ebenfalls Kategorie 1 Selbständiges Wohnen. Volljährige, die bei den Eltern oder anderen Bezugspersonen wohnen und nicht durch einen Mietvertrag rechtlich gesichert sind, werden ebenfalls unter Kategorie 1 kodiert, wenn das Wohn- bzw. Beziehungsverhältnis stabil ist. Lebt der/die Betreute / Behandelte bei einem Ehe- oder Lebenspartner: in (eheähnliche Lebensgemeinschaft), gilt auch dann Kategorie 1, wenn der/die Betreute / Behandelte nicht im Mietvertrag steht, da durch die Form des Familienstands eine rechtliche Absicherung gewährleistet ist.

2 *Bei anderen Personen (instabil)*

Wenn der/die Betreute / Behandelte bei jemand anderem in der Wohnung oder im Haus wohnt, z.B. beim Partner oder bei Freunden der Behandelten etc., und das Wohnverhältnis nicht stabil ist und sich jederzeit verändern kann, wird Kategorie 2 angegeben. Die rechtliche Absicherung im Sinne eines Mietvertrages bzw. durch entsprechende Eigentumsverhältnisse kann eine Rolle spielen, ist aber nicht das ausschlaggebende Kriterium.

3 *Ambulant betreutes Wohnen*

Dies kann z.B. eine sozialpädagogisch betreute Wohngemeinschaft oder betreutes Einzelwohnen sein.

4 *(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung*

5 *Wohnheim / Übergangswohnheim*

Auch der Aufenthalt in einem Frauenhaus ist hier zu kodieren.

6 *JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung*

War der/die Betreute / Behandelte im letzten halben Jahr vor der aktuellen Betreuung / Behandlung überwiegend im (Untersuchungs-)Gefängnis, so ist unter a) diese Kategorie anzugeben.

7 *Notunterkunft, Übernachtungsstelle*

Wohnt der/die Betreute / Behandelte z.B. in einem Hotel o.ä., das vom Sozialamt als Notunterkunft ausgewiesen ist und bezahlt wird, so ist dies die anzugebende Kategorie.

8 *Ohne Wohnung*

Wenn der/die Betreute / Behandelte wohnungslos ist und / oder keinen festen Wohnsitz hat. Es ist immer die spezifischere Antwort zu kodieren. Wenn also z.B. eine Notunterkunft vorhanden ist, ist diese Antwort zu kodieren.

9 *Sonstiges*

Wenn keine der bisherigen Kategorien zutrifft wird 9 „Sonstiges“ gewählt.

Zu Item 2.3.7 Erwerbsstatus

Der Erwerbsstatus wird sowohl am Tag vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung als auch am Tag nach Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung nach den unten stehenden Kategorien dokumentiert. Auch wenn die tatsächliche Erwerbssituation am Tag nach Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung nicht nachprüfbar ist, soll hier angegeben werden, welche Erwerbssituation aller Wahrscheinlichkeit nach vorliegen wird (z.B. aufgrund von Aussagen / Planung des/der Betreuten / Behandelten).

Bei Freigängern/innen, die außerhalb der Haftanstalt einer Arbeit nachgehen, ist die jeweils zutreffende Kategorie anzugeben.

2.3.7.1 *Am Tag vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

2.3.7.2 *Am Tag nach Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung*

1 *In Ausbildung (in anerkannten Ausbildungsberufen)*

Personen, die in der praktischen Berufsausbildung stehen, einschließlich Praktikant: innen, Umschüler: innen und Volontär: innen.

2 *Angestellt / verbeamtet*

Alle Lohn- und Gehaltsempfänger: innen, unabhängig von der Lohnzahlungs- und Lohnabrechnungsperiode sowie ihrem dienst- und arbeitsrechtlichen Status, soweit sie nicht in die Kategorie 4 fallen.

3 *Selbstständig / Freiberuflich*

Personen, die einen Betrieb oder eine Arbeitsstätte gewerblicher oder landwirtschaftlicher Art wirtschaftlich und organisatorisch als Eigentümer: in oder Pächter: in leiten oder in einem freien Beruf (Ärzte: innen, Psychotherapeuten: innen, Rechtsanwälte: innen etc.) arbeiten.

4 *Sonstige Erwerbspersonen (mithelfende Familienangehörige, Personen in besonderen Dienstverhältnissen)*

Hier werden z.B. mithelfende Familienangehörige (Familienangehörige, die in einem Betrieb, der von einem Familienmitglied als Selbständige:r geleitet wird, mithelfen, ohne hierfür Lohn oder Gehalt zu erhalten) kodiert. Ebenso werden hier Personen in besonderen Dienstverhältnissen wie Wehrdienst oder Bundesfreiwilligendienst sowie Abgeordnete oder

Richter: innen kodiert. Hier sind auch Inhaftierte zu kodieren, die innerhalb der JVA geringfügige Einkünfte durch eine Arbeitstätigkeit haben.

5 *In beruflicher Rehabilitation*

Personen, die ihren Lohn oder ihr Gehalt als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation oder in Arbeitsprojekten beziehen.

6 *In Elternzeit, im (längerfristigen) Krankenstand*

Ein längerfristiger Krankenstand ist gegeben, wenn ein Arbeitsplatz vorhanden ist, aber eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vorliegt, die über den (in der Regel) 6-wöchigen Zeitraum der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall hinausgeht und (in der Regel) mit dem Bezug von Krankengeld verbunden ist.

7 *Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)*

Hier werden Personen kodiert, die gemäß SGB III Arbeitslosengeld I beziehen.

8 *Bezug von Bürgergeld*

Hier werden Personen kodiert, die gemäß SGB II Bürgergeld beziehen. Diese Kategorie trifft z.B. auch für Personen mit Leistungen nach § 16.3 SGB II zu („Ein-Euro-Jobs“), und für Personen, die Grundsicherung durch Jobcenter beziehen (Achtung: Grundsicherung vom Sozialamt fällt in Kategorie 12). Diese Kategorie darf nicht gewählt werden, wenn es sich lediglich um die Aufstockung des Lohns / Gehalts durch SGB-II-Leistungen bei Niedrigverdiener: innen handelt.

9 *In der Schule / im Studium*

In diese Gruppe gehören alle Betreuten / Behandelten, die eine (Vollzeit-)Schule besuchen oder ein Studium absolvieren.

10 *Hausfrau / Hausmann*

In diese Gruppe gehören Personen, die mit der Haushaltsführung und evtl. mit der Kindererziehung beschäftigt sind und sich nicht (mehr) in Elternzeit befinden.

11 *In Rente / Pension*

12 *Sonstige Nichterwerbspersonen (mit Bezug von Leistungen nach SGB XII)*

Aktuell nach den Regelungen des SGB II nicht arbeitsfähige Betreute / Behandelte, die Sozialhilfe bzw. Grundsicherung vom Sozialamt erhalten, fallen in diese Kategorie

13 *Sonstige Nichterwerbspersonen (ohne Bezug von Leistungen nach SGB XII)*

Personen, die nicht erwerbstätig sind, und keinen Anspruch auf Leistungen nach SGB XII haben (z.B. Privatiers) bzw. diese nicht erhalten oder nicht beantragt haben. Personen, die Leistungen nach dem AsylbLG beziehen

Zu Item 2.3.8 Problematische Schulden

Nicht die absolute Höhe der Schulden steht hier im Blickpunkt, sondern die Frage, ob diese Schulden in Anbetracht der wirtschaftlichen Gesamtsituation der/des Betreuten / Behandelten (Vermögenswerte, Hausbesitz, Einkommenssituation) für sie/ihn ein

besonderes Problem darstellen. Die Höhe wird kategorisiert in:

- 1 *keine*
- 2 *bis 10.000 Euro*
- 3 *bis 25.000 Euro*
- 4 *bis 50.000 Euro*
- 5 *mehr*

Zu Item 2.4 Konsummuster und suchtbezogene Problembereiche

Bei der Beschreibung der suchtbezogenen Problembereiche wird künftig einerseits nach konsumierten Substanzen / Konsummustern bzw. nach Suchtverhalten und andererseits nach Diagnosen differenziert. Damit sind künftig wesentlich differenziertere Datenauswertungen möglich als über die bislang ganz überwiegend genutzten Hauptdiagnosen.

Zum Zeitpunkt der Einführung des Kerndatensatzes im Jahr 2017 wurde eine Liste aus insgesamt 27 Substanz(gruppe)n festgelegt. Aus dieser Liste können pro Fall maximal 15 verschiedene Substanz(gruppe)n ausgewählt werden. Sollte die Zahl der konsumierten Substanzen im Einzelfall darüber liegen, sollen die 15 wichtigsten bzw. am häufigsten konsumierten Substanzen angegeben werden.

Zukünftig kann im Verlauf der Gültigkeit des Kerndatensatzes bei Bedarf die Liste der Substanz(gruppe)n flexibel erweitert werden, ohne dass sich deshalb die Struktur des Datensatzes selbst ändern muss.

Zunächst soll jede Substanz, die irgendwann im Leben problematisch konsumiert wurde, genannt werden.

Im nächsten Schritt soll für jede dieser Substanzen nach der aktuellen Bedeutung dieser Substanzen gefragt werden, indem die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen erfasst wird.

Des Weiteren wird erhoben, ob diese Substanzen hinsichtlich der aktuellen Einnahmefrequenz und Dosis ausschließlich im Rahmen einer ärztlichen Verordnung konsumiert wurden.

Schließlich wird noch nach dem Alter beim Erstkonsum gefragt.

Für die angegebenen Substanzen wird zudem gefragt, ob irgendeine jemals intravenös konsumiert wurde und falls ja, ob Spritzen geteilt wurden.

Im letzten Schritt der Erfassung des Konsummusters wird nach der aus Sicht der betreuenden / behandelnden Fachkraft am meisten problematischen Substanz gefragt. Für den Fall, dass sich keine Hauptsubstanz identifizieren lässt, kann stattdessen ein polyvalenter Konsum kodiert werden. Falls der Betreuungs-/Behandlungsanlass keine substanzbezogene Problematik ist, bitte 0 kodieren.

Nach dieser Erfassung des Konsummusters erfolgt die Dokumentation ggf. aktuell vorliegender oder früher gestellter Diagnosen nach ICD-10 und des Alters bei

Störungsbeginn.

Analog zu den psychotropen Substanzen werden in Bezug auf nichtabhängigkeitserzeugende Substanzen, Glücksspielen sowie exzessive Mediennutzung ebenfalls die entsprechenden Konsum-, Verhaltens- bzw. Tätigkeitsmuster sowie ggf. vorliegende Diagnosen erfasst. Für den Bereich der Essstörungen wird lediglich erfragt, ob eine entsprechende Diagnose gestellt wurde.

Der gesamte Item-Bereich 2.4 muss nur Betreute / Behandelte mit eigener Problematik und nicht für Angehörige kodiert werden (siehe Erläuterung zu 2.1.4).

Zu Item 2.4.1 Konsum psychotroper Substanzen

Bitte maximal 15 Substanzen auswählen, die jeweils jemals problematisch im Leben konsumiert wurden, und für diese die Fragen 2.4.1.X.1 bis 2.4.1.X.5 beantworten.

Für die ausgewählten maximal 15 Substanzen sind die Fragen 2.4.1.X.1 bis 2.4.1.X.5 zu beantworten

2.4.1.X.1 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung

Es ist die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme der aktuellen Betreuung / Behandlung anzugeben.

Auch bei Inhaftierten sind die letzten 30 (ggf. bereits in Haft verbrachten) Tage vor Aufnahme einer Suchtberatung zu berücksichtigen. Ausschließlich bei einer unmittelbar vorhergehenden stationären Entgiftung (nicht bei einer anderen stationären Behandlungsmaßnahme), deren Ende max. 30 Tage zurückliegt, sind die 30 Tage vor dem Beginn der Entgiftung heranzuziehen.

2.4.1.X.2 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung

Analog ist hier bei Ende der aktuellen Behandlung / Betreuung die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor dem letzten Tag der Betreuung / Behandlung anzugeben. Falls diese kürzer als 30 Tage dauert, ist die Anzahl der tatsächlich konsumierten Konsumtage hochzurechnen (Beispiel: 2 Konsumtage in einer 10-tägigen Betreuung / Behandlung ergeben hochgerechnet 6 Konsumtage in den letzten 30 Tagen der Betreuung / Behandlung). Werden hier 0 Tage eingegeben, ist dies gleichbedeutend mit Abstinenz in den letzten 30 Tagen. (Im KDS-Katamnese gliedert sich die Abstinenzdefinition auf in durchgängige Abstinenz und nicht durchgängige Abstinenz mit Spezifizierung, ob Abstinenz in den letzten 30 Tagen).

2.4.1.X.3 Betreuungs-/Behandlungsende: Veränderung Dosis / Menge gegenüber dem Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung

Hier soll zu Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung erfasst werden, inwieweit sich der Konsum hinsichtlich Dosis / Menge der jeweiligen Substanz gegenüber den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung verändert hat (analog zu 2.4.1.X.1, detaillierte Informationen siehe dort).

Es geht hier als Ergänzung zur Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor

Betreuungs-/Behandlungsende (Item 2.4.1.X.2) darum, auch bezüglich der Konsummenge zu dokumentieren, ob diese sich wie folgt verändert hat:

- 1 *deutlich verringert*
- 2 *leicht verringert*
- 3 *gleich geblieben*
- 4 *leicht gesteigert*
- 5 *deutlich gesteigert*

Dieses Item dient beispielsweise dazu, den Fall abzubilden, dass eine betreute/behandelte Person bei Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung zwar weiterhin Konsumtage aufweist, allerdings die Konsummenge leicht/deutlich verringert hat.

Falls sowohl zu Beginn als auch zu Ende die Anzahl der Konsumtage 0 war, ist hier „3 *gleich geblieben*“ anzugeben.

2.4.1.X.4 *Konsum und Dosis ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung*

Hier ist – für die Substanzen, deren Gebrauch medizinisch indiziert sein kann – anzugeben, ob das Konsummuster in den letzten 30 Tagen ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung, d.h. in Menge und Frequenz gemäß dieser Verordnung, stattfand oder ob auch oder ausschließlich ein missbräuchlicher Konsum vorlag. In letzterem Fall ist diese Frage mit „nein“ zu beantworten.

2.4.1.X.5 *Alter bei Erstkonsum*

Hier ist das Alter anzugeben, in dem der/die Betreute / Behandelte die jeweilige Substanz in einer relevanten Dosis das erste Mal im Leben konsumiert hat (ein Schluck Bier oder ein Zug von einer Zigarette als (kleines) Kind, von den Eltern angeboten/erbeten, würde nicht hierunter fallen).

Folgende Substanzen können in ihrem Konsummuster erfasst werden:

Substanzklasse	Substanz	Zugehörige Nummer
Alkohol	Alkohol	1
Opioide	Heroin	2
	Methadon	3
	Buprenorphin	4
	Fentanyl	5
	Andere opiathaltige Mittel / Opioide (z.B. Tilidin / Tramadol)	6
Cannabis	Cannabis	7
	Andere / synthetische Cannabinoide (z.B. „Spice“)	8
Sedativa / Hypnotika	Barbiturate	9
	Benzodiazepine	10
	GHB / GBL	11
	Andere Sedativa / Hypnotika	12
Kokain	Kokain	13
	Crack	14
Stimulanzien	Amphetamine	15

	Methamphetamine (Crystal)	16
	MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy)	17
	Synthetische Cathinone („Badesalz“)	18
	Andere Stimulanzien	19
Halluzinogene	LSD	20
	Mescaline	21
	Ketamin	22
	Andere Halluzinogene	23
Tabak	Tabak	24
Flüchtige Lösungsmittel	Flüchtige Lösungsmittel	25
NPS (andere als oben angeführt)	NPS (andere als oben angeführt): Hier sollen „Neue psychoaktive Substanzen“ oder „Legal Highs“ erfasst werden, die in keine der anderen Kategorien einzuordnen sind.	26
Andere psychotrope Substanzen	Andere psychotrope Substanzen: Hierunter sind auch Mischsubstanzen zu kodieren (z.B. Analgetika und Coffein).	27

Zu Item 2.4.2 I.v. – Konsum

Es ist hier anzugeben, ob irgendeine dieser psychotropen Substanz (zumindest einmal im Lebensverlauf) intravenös konsumiert wurde. Dabei ist die aktuelle Hauptdiagnose nicht von Relevanz. Injektionen aus medizinischer Indikation (z.B. bei Diabetes) sollen hier nicht einbezogen werden.

1 *nein, nie*

Ist zu kodieren, wenn außer medizinisch indizierter intravenöser Verabreichung von Substanzen nie i.v.-Konsum stattgefunden hat.

2 *Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

3 *Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

4 *Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

Zu Item 2.3.4 Gemeinsame Spritzenbenutzung (Needle Sharing)

Auszufüllen, falls 2.4.2 mit Kategorie 2, 3 oder 4 beantwortet wurde.

Es ist hier anzugeben, ob bei intravenösem Konsum (zumindest einmal im Lebensverlauf) die Spritze / Nadel getauscht bzw. geteilt wurde.

1 *nein, nie*

2 *Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

3 *Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

4 *Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

Zu Item 2.4.4 Welche ist die Hauptsubstanz (Nummer von 1 bis 27 aus Item 2.4.1)

Bei dieser Frage wird nach derjenigen Substanz gefragt, die aus allen konsumierten Substanzen die Hauptsubstanz darstellt, d.h. die Substanz, die momentan am meisten Probleme (körperlich, psychisch oder sozial) verursacht und damit den Betreuungs-/Behandlungsanlass darstellt.

In der Praxis, insbesondere der ambulanten Suchthilfe, gibt es immer wieder Fälle, in denen keine eindeutige Hauptsubstanz benannt werden kann, weil zwei oder mehr Substanzen gleichermaßen problemrelevant sind. In diesen Fällen soll mit der Ziffer 99 ein polyvalentes Konsummuster kodiert werden. Falls der Betreuungs-/Behandlungsanlass keine substanzbezogene Problematik ist, soll nicht 99 sondern 0 kodiert werden.

Zu Item 2.4.4.1 Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung bei der Hauptsubstanz

Hier ist die überwiegend praktizierte Art und Weise des Konsums der vorrangigen Problemsubstanz der / des Betreuten / Behandelten bezogen auf die letzten 30 Tage vor Aufnahme der aktuellen Betreuung / Behandlung anzugeben.

Auch bei Inhaftierten sind die letzten 30 (ggf. bereits in Haft verbrachten) Tage vor Aufnahme einer Suchtberatung zu berücksichtigen. Ausschließlich bei einer unmittelbar vorhergehenden stationären Entgiftung sind die 30 Tage vor dem Beginn der Entgiftung heranzuziehen, wenn das Ende dieser Maßnahme max. 30 Tage zurückliegt.

1 *Injektion*

Hauptsächlich bei Opiaten.

2 *Rauchen / Inhalieren / Schnüffeln*

Üblicherweise bei Cannabis und Tabak sowie „Schnüffelstoffen“ (Klebstoff, Benzin, etc.). Hinweis, falls Rauchen / Inhalieren von Kokain angegeben wird: Mit Inhalieren ist nicht Schnupfen / Schniefen gemeint. Vor allem bei Kokainpulver würde das Rauchen nicht zur benötigten Temperatur führen, die für die psychotrope Wirkung erforderlich ist, von Crack hingegen schon. (siehe 4 Schnupfen / Schniefen).

3 *Essen / Trinken*

Üblicherweise bei Alkohol sowie allen Arten von Pillen und Tabletten (Ecstasy, MDMA und andere Amphetamine, Sedativa / Hypnotika)

4 *Schnupfen / Schniefen*

Üblicherweise bei Kokain. Insbesondere Kokainpulver kann beim Rauchen nicht die benötigte Temperatur erreichen, um zu signifikanten psychotropen Wirkungen zu führen, weshalb „Schnupfen/Schniefen“ hier in den allermeisten Fällen die Konsumart ist.

5 *Andere Arten*

Diese Kategorie ist zu vergeben, wenn keine der Kategorien 1-4 zutrifft.

Zu Item 2.4.5 Vorliegende ICD-10 Diagnosen nach Substanzklassen (F10 – F19)

Erläuterungen zur Diagnosestellung: Die Erfassung sowohl der substanzbezogenen als

auch anderer Diagnosen im KDS-F erfolgt nach den Richtlinien des ICD-10 und bezieht sich auf die Situation bei Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung. Auch wenn nicht sofort bei Aufnahme eine endgültige Diagnose gestellt werden kann, sollten die Einträge immer den Stand zu Beginn der Betreuung / Behandlung widerspiegeln.

Eine Diagnose für eine Substanzklasse setzt notwendigerweise voraus, dass diese jemals im Leben konsumiert wurde (Item 2.4.1).

2.4.5.X.1 Aktuelle Diagnose(n)

Für jede Substanzklasse wird eine aktuelle ICD-10-Diagnose vergeben (Kodier-/Diagnosehinweise siehe unten). Eine Diagnosestellung zu Dokumentationszwecken, d.h. nicht behandlungsleitend, durch nicht-ärztliche/therapeutische Berufsgruppen ist ausdrücklich möglich. Die diagnostischen Leitlinien für eine korrekte Diagnosestellung sind dabei konsequent zu beachten.

2.4.5.X.2 Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose

Auch wenn aktuell nach Kenntnis der Einrichtung keine ICD-10-Diagnose vergeben werden kann (dies wird hauptsächlich aufgrund der Nicht-Erfüllung des Zeitkriteriums von 1 Jahr der Fall sein), könnten aus früheren Betreuungen / Behandlungen der betreuten / behandelten Person entsprechende Diagnosen bekannt sein, die hier anzugeben sind.

2.4.5.X.3 Alter bei Störungsbeginn

Hier ist das Alter anzugeben, das die betreute / behandelte Person als Beginn seiner / ihrer Problementwicklung angibt. Dies wird häufig dann der Fall sein, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Konsums vorliegt, was die Entwicklung einer Problemdynamik nach sich zieht.

Hinweise zur Vergabe der ICD-10-Diagnose (Stelle 4 + Stelle 5) aus dem Kapitel F1:

Unter 2.4.5.X.1 und 2.4.5.X.2 werden gemäß der jeweils aktuellen Version des ICD - während der aktuellen Überarbeitung des KDS war die ICD-10 (Dilling et al., 2005) verbindlich - „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10-F19) erfasst. Die Stellen 1 bis 3 sind vorgegeben, z.B. F10 für eine Alkoholstörung, es sind die Stellen 4 und 5 bei den zutreffenden Substanzen zu kodieren. Sie kennzeichnen das klinische Erscheinungsbild der jeweiligen Störung.

Die Stellen 1 bis 3 sind folgendermaßen zu kodieren:

F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide

F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide

F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika

F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain

F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein

F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene

F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel

F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Die wichtigsten Kodierungen der Stelle 4 sind x.1=schädlicher Gebrauch und x.2=Abhängigkeitssyndrom. Weitere Kodierungen der Stelle 4 sind der aktuellen Version des ICD-10 zu entnehmen (Dilling et al., 2005). Im Rahmen der DSHS werden für die 4. Stelle im KDS-F jedoch nur die beiden Kodierungen 1 und 2 für schädlichen Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom erhoben.

F1x.1 Schädlicher Gebrauch (gemäß ICD-10, Dilling et al., 2005)

Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

Die Begriffe „Schädlicher Gebrauch“ und „Missbrauch psychotroper Substanzen“ werden synonym verwendet.

Da in der ICD-10 für die Diagnose „schädlicher Gebrauch“ kein Zeitbezug vorgegeben ist, wird für die Kodierung folgender Zeitrahmen zugrunde gelegt: Das Gebrauchsmuster besteht bereits seit mindestens vier Wochen oder trat in den letzten 12 Monaten wiederholt auf.

Diagnostische Leitlinien schädlicher Gebrauch

Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des/der Konsument: in. Schädliches Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat auch häufig unterschiedliche negative soziale Folgen. Die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft ist kein Beweis für den schädlichen Gebrauch, ebenso wenig wie etwaige negative soziale Folgen, z.B. Inhaftierung oder Eheprobleme.

Eine akute Intoxikation (...) oder ein „Kater“ (Hangover) beweisen allein noch nicht den „Gesundheitsschaden“, der für die Diagnose schädlicher Gebrauch erforderlich ist. Schädlicher Gebrauch ist bei einem Abhängigkeitssyndrom (F1x.2), einer psychotischen Störung (F1x.5) oder bei anderen spezifischen alkohol- oder substanzbedingten Störungen nicht zu diagnostizieren.

Ausschluss: schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55).

F1x.2 Abhängigkeitssyndrom

Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine

Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

Diagnostische Leitlinien Abhängigkeit

Die sichere Diagnose Abhängigkeit sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

- 1 Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- 2 Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- 3 Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F1x.3 und F1x.4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahen verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- 4 Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkohol- und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten/innen ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
- 5 Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- 6 Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der/die Konsument: in sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Diagnostische Merkmale für F1X.2:

Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der/ die Konsument: in sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Ein eingeeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit psychotropen Substanzen wurde ebenfalls als charakteristisches Merkmal beschrieben (z.B. die Tendenz, alkoholische Getränke werktags in gleicher Weise zu konsumieren wie an Wochenenden, ungeachtet des gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens).

Als wesentliches Charakteristikum des Abhängigkeitssyndroms gilt ein aktueller Konsum oder ein starker Wunsch nach der psychotropen Substanz. Der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren.

Diese diagnostische Forderung schließt beispielsweise chirurgische Patient: innen aus, die Opiate zur Schmerzlinderung erhalten haben und die ein Opiatentzugssyndrom entwickeln, wenn diese Mittel abgesetzt werden, die aber selbst kein Verlangen nach weiterer Opiateinnahme haben.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (beispielsweise Tabak oder Diazepam), auf eine Gruppe von Substanzen (wie z.B. Opiate), oder auch auf ein weiteres Spektrum unterschiedlicher Substanzen (wie z.B. bei jenen Personen, die eine Art Zwang erleben, regelmäßig jedes nur erreichbare Mittel zu sich zu nehmen und die qualvollen Gefühle, Unruhe und/oder körperliche Entzugserscheinungen bei Abstinenz entwickeln).

Die Kategorie „F19.X Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen“ ist beim Konsum von zwei oder mehr psychotropen Substanzen zu verwenden, wenn nicht entschieden werden kann, welche Substanz die Störung ausgelöst hat. Diese Kategorie ist außerdem zu verwenden, wenn eine oder mehrere der konsumierten Substanzen nicht sicher zu identifizieren oder unbekannt sind, da viele Konsumenten oft selbst nicht genau wissen, was sie einnehmen.

Die folgenden 5. Stellen dienen der weiteren Unterteilung des Abhängigkeitssyndroms:

- 0 gegenwärtig abstinent
- 1 gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung
- 2 gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit)
- 1 gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten (z.B. Naloxon/Disulfiram). Hierunter fallen auch Behandlungen mit Anti-Craving-Substanzen wie z.B. Campral.
- 4 gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit)
- 5 ständiger Substanzgebrauch
- 6 episodischer Substanzgebrauch (z.B. Dipsomanie)

Da im ICD-10 kein konkreter Zeitbezug für die Kodierung der 5. Stelle vorgegeben wird, lehnt man sich an den Kriterien des DSM-IV für eine Teilremission an. Dementsprechend wird der Zeitraum der letzten 4 Wochen vor Diagnosestellung als Bezugszeitraum gewählt.

Zu Item 2.4.6 Konsum von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen

Folgende nicht abhängigkeitserzeugende Substanzen werden erfasst:

- 2.4.6.1 *Antidepressiva*
- 2.4.6.2 *Laxantien*
- 2.4.6.3 *Analgetika*
- 2.4.6.4 *Andere Substanzen und Stoffe*

Dies beinhaltet ausschließlich Antazida, Vitamine, Steroide und Hormone, Pflanzen oder

Naturheilmittel.

Analog zum Konsum psychotroper Substanzen sowie entsprechenden Diagnosen sind für nicht abhängigkeiterzeugende Substanzen die folgenden Angaben zu machen, falls die Substanz jemals im Leben problematisch konsumiert wurde:

2.4.6.X.1 *Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

2.4.6.X.2 *Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

2.4.6.X.3 *Betreuungs-/Behandlungsende: Veränderung Dosis / Menge gegenüber dem Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

2.4.6.X.4 *Konsum und Dosis ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung*

Zu Item 2.4.7 Vorliegende Diagnosen nach ICD-10 bei nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen

2.4.7.X.1 *Aktuelle Diagnose(n)*

Für jede nachfolgend aufgelistete nicht abhängigkeiterzeugende Substanz wird, soweit die Voraussetzungen dafür aus Sicht der behandelnden/betreuenden Person eindeutig gegeben sind, eine aktuelle ICD-10-Diagnose vergeben. Die diagnostischen Leitlinien für eine korrekte Diagnosestellung sind dabei konsequent zu beachten.

2.4.7.X.2 *Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose*

Wenn keine aktuelle Diagnose nach ICD-10 vergeben werden kann, die Kriterien für eine Diagnose aber früher erfüllt waren, soll je nichtabhängigkeitserzeugender Substanz die frühere entsprechende ICD-10 Diagnose angegeben werden.

2.4.7.X.3 *Alter bei Störungsbeginn*

Hier ist das Alter anzugeben, das der/die Betreute / Behandelte als Beginn seiner / ihrer Problementwicklung angibt. Dies wird häufig dann der Fall sein, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Konsums vorliegt, was die Entwicklung einer Problemdynamik nach sich zieht.

Hinweise zur Vergabe der ICD-10 Diagnose aus dem Kapitel F55 „Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“:

Eine große Zahl von Arzneimitteln und Naturheilmitteln können missbraucht werden. Die wichtigsten Gruppen sind: 1. Antidepressiva, 2. Laxantien, 3. Analgetika, die ohne ärztliche Verordnung erworben werden können, z.B. Aspirin und Paracetamol. Der anhaltende Gebrauch dieser Substanzen ist oft mit unnötigen Kontakten mit medizinischen und anderen Hilfseinrichtungen verbunden und manchmal von schädlichen körperlichen Auswirkungen der Substanzen begleitet.

Der Versuch, dem Gebrauch der Substanz entgegenzusteuern oder ihn zu verbieten, stößt oft auf Widerstand. Bei Laxantien und Analgetika führt der Missbrauch trotz Warnungen vor (oder sogar trotz der Entwicklung derselben) zu körperlichen Schäden, wie Nierenfunktions- oder Elektrolytstörungen. Obwohl die betreffende Person ein starkes Verlangen nach der

Substanz hat, entwickeln sich keine Abhängigkeit bzw. Entzugssymptome wie bei den unter klassifizierten psychotropen Substanzen.

Die Diagnosekürzel sind F55.0 bei Antidepressiva, F55.1 bei Laxantien, F55.2 bei Analgetika.

Liegt ein betreuungs- oder behandlungsrelevanter Missbrauch einer anderen nicht abhängigkeiterzeugenden Substanz (Antazida, Vitamine, Steroide und Hormone, Pflanzen oder Naturheilmittel, Sonstige oder nicht näher bezeichnete Substanzen) vor, soll bei 2.4.7.4 „Andere“ ein „ja“ angegeben werden.

Zu Item 2.4.8 Glücksspielverhalten

Folgende Glücksspielformen werden erfasst:

Terrestrisch

Terrestrische Glücksspiele heißt, dass diese an einem öffentlich zugänglichen Ort, d.h. nicht im Internet gespielt werden. Videolotterie-Terminals oder auch über Terminals laufende, aber in einem Wettbüro platzierte Sportwetten fallen unter terrestrisches Glücksspiel.

2.4.8.1 Geldspielautomaten in Spielhallen

Hierbei handelt es sich um sogenannte „Spielautomaten mit Gewinnmöglichkeit“ (rechtlich zu unterscheiden von Glücksspielautomaten in Spielbanken, allerdings vom Spielablauf her faktisch ein Glücksspiel).

Die Spezifizierung „in Spielhallen“ dient der Abgrenzung zur nächsten Kategorie „in der Gastronomie“. Spielhalle/Spielothek/Spielcasino meint konzessionierte Einrichtungen, in denen volljährigen Personen Unterhaltungsspiele angeboten werden.

2.4.8.2 Geldspielautomaten in der Gastronomie

Hierbei handelt es sich um sogenannte „Spielautomaten mit Gewinnmöglichkeit“ (rechtlich zu unterscheiden von Glücksspielautomaten in Spielbanken, allerdings vom Spielablauf her faktisch ein Glücksspiel).

In der Gastronomie besteht dieses Spielangebot neben dem gastronomischen Angebot, nach aktuellem rechtlichem Stand (6. Novellierung der SpielV) mit maximal 3 (ab 11/2019 maximal 2) Geldspielgeräten.

2.4.8.3 Kleines Spiel in der Spielbank

Das kleine Spiel der Spielbanken besteht im Spielen an Spielautomaten in Automatenhallen. Die Spielautomaten unterscheiden sich von den in Spielhallen und Gaststätten üblichen „Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit“ unter anderem durch höhere Einsätze und kürzere Dauer des einzelnen Spiels, so dass in kürzerer Zeit deutlich höhere Gewinne bzw. Verluste möglich sind. Daher handelt es sich bei dieser Spielform nach derzeitiger Rechtslage um Glücksspiel.

2.4.8.4 Großes Spiel in der Spielbank

Das große Spiel der Spielbanken umfasst alle eigentlichen Casinospiele (Roulette, Black Jack etc.). Die Einsätze sind deutlich höher als beim kleinen Spiel.

2.4.8.5 *Sportwetten*

Hierunter fallen alle Arten von Sportwetten (OddSet etc.), ausgenommen Pferdewetten.

2.4.8.6 *Pferdewetten*

In diese Kategorie fallen Wetten auf Pferderennen.

2.4.8.7 *Lotterien*

Hierunter fallen alle Lotterien (6 aus 49, Fernsehlotterie etc.).

2.4.8.8 *Andere*

Glücksspielformen, die keiner der zuvor aufgeführten Kategorien entsprechen, werden hier kodiert, z.B. mit Wetteinsätzen verbundene Hunderennen oder Hundekämpfe)

Online / über das Internet

Online-Glücksspiele heißt, dass an den Glücksspielen über von Online-Anbietern bereitgestellten Websites teilgenommen wird.

Viele der Glücksspielformen unterscheiden sich inhaltlich nicht wesentlich von terrestrischen Spielformen, so dass größtenteils auf eine erneute Beschreibung verzichtet wird. Die unterschiedliche Kategorisierung im Gegensatz zu den terrestrischen Spielformen trägt einem teilweise unterschiedlichen Angebotsschwerpunkt Rechnung.

2.4.8.9 *Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten)*

Im Online-Bereich kann nicht zwischen Geld- und Glücksspielautomaten unterschieden werden, so dass diese Spielformen hier zu einer Kategorie zusammengefasst sind.

2.4.8.10 *Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)*

Hierunter fallen Spielformen, die terrestrisch dem großen Spiel in Spielbanken zuzuordnen sind, mit Ausnahme von Poker, das gesondert erfasst wird. Andere Kartenspiele (z.B. Black Jack) ist hier zu erfassen.

2.4.8.11 *Poker*

2.4.8.12 *Sportwetten*

2.4.8.13 *Pferdewetten*

2.4.8.14 *Lotterien*

2.4.8.15 *Andere*

Analog zum Konsum psychotroper Substanzen sowie entsprechenden Diagnosen sind für Glücksspiele, die jemals im Leben problematisch praktiziert wurden, die folgenden Angaben zu machen:

2.4.8.X.1 *Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

2.4.8.X.2 *Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung*

2.4.8.X.3 *Betreuungs-/Behandlungsende: Veränderung Spieldauer gegenüber dem*

*Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*2.4.8.X.5 *Alter beim ersten Spielen um Geld*2.4.8.9 *Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten)*

Im Online-Bereich kann nicht zwischen Geld- und Glücksspielautomaten unterschieden werden, so dass diese Spielformen hier zu einer Kategorie zusammengefasst sind.

2.4.8.10 *Casinospiele (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker)*

Hierunter fallen Spielformen, die terrestrisch dem großen Spiel in Spielbanken zuzuordnen sind, mit Ausnahme von Poker, das gesondert erfasst wird. Andere Kartenspiele (z.B. Black Jack) ist hier zu erfassen.

2.4.8.11 *Poker*2.4.8.12 *Sportwetten*2.4.8.13 *Pferdewetten*2.4.8.14 *Lotterien*2.4.8.15 *Andere*

Analog zum Konsum psychotroper Substanzen sowie entsprechenden Diagnosen sind für Glücksspiele, die jemals im Leben problematisch praktiziert wurden, die folgenden Angaben zu machen:

2.4.8.X.1 *Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*2.4.8.X.2 *Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung*2.4.8.X.3 *Betreuungs-/Behandlungsende: Veränderung Spieldauer gegenüber dem Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*2.4.8.X.5 *Alter beim ersten Spielen um Geld***Zu Item 2.4.9 Hauptspielform (aus [2.4.8.]1 bis [2.4.8.]15)**

Da bei der Diagnose des pathologischen Glücksspielens nicht zwischen verschiedenen Spielformen unterschieden wird, soll an dieser Stelle angegeben werden, welche Glücksspielform die Hauptspielform darstellt. Dies meint diejenige Spielform, die laut der betreuten / behandelten Person momentan am meisten Probleme (körperlich, psychisch, oder sozial) verursacht, und damit den Betreuung-/Behandlungsanlass darstellt. Sind aus Sicht des / der Betreuten / Behandelten mehrere Spielformen gleich bedeutsam, kann für die Dokumentation der/die Suchtberater: in entscheiden, welche Spielform problematischer ist (z.B. anhand der Höhe der Geldverluste, Spielzeit, rechtlicher Probleme etc.).

Falls aber keine Hauptspielform identifiziert werden kann (weil z.B. auch aus Sicht der betreuenden Fachkraft zwei oder mehrere Spielformen gleich relevant sind), ist hier 99 zu kodieren. Falls der Betreuung-/Behandlungsanlass keine Glücksspielproblematik ist, bitte 0 kodieren.

Zu Item 2.4.10 Vorliegende Diagnose nach ICD-10 für pathologisches Glücksspielen (F63.0)

Diagnostische Hinweise siehe unten.

2.4.10.1 Aktuelle Diagnose

Hier ist mit „ja“ zu antworten, wenn die Diagnosekriterien nach ICD-10 für pathologisches Glücksspielen (F63.0) erfüllt sind.

2.4.10.2 Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose

Wenn keine aktuelle Diagnose für pathologisches Glücksspielen nach ICD-10 vorliegt, die Kriterien für eine Diagnose aber früher erfüllt waren, soll hier „ja“ angegeben werden. Dies wird hauptsächlich aufgrund der Nicht-Erfüllung des Zeitkriteriums (1 Jahr) der Fall sein.

2.4.10.3 Alter bei Störungsbeginn

Hier ist das Alter anzugeben, das der/die Betreute / Behandelte als Beginn seiner / ihrer Problementwicklung angibt. Dies wird häufig dann der Fall sein, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit dieses Glücksspielens vorliegt, was die Entwicklung einer Problemdynamik nach sich zieht.

Hinweise zur Vergabe der ICD-10 Diagnose „Pathologisches Spielen“ (F63.0):

Die folgende detailliertere Darstellung ist der aktuellen Version des ICD-10 entnommen (Dilling et al., 2005):

Die Störung besteht in häufig wiederholtem episodenhaftem Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Betroffenen setzen ihren Beruf und ihre Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder um die Bezahlung von Schulden zu umgehen. Sie beschreiben einen intensiven, kaum kontrollierbaren Drang zum Glücksspiel, der verbunden ist mit einer gedanklichen und bildlichen Beschäftigung mit dem Glücksspiel und seinen Begleitumständen. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen.

Diagnostische Leitlinien F63.0 Pathologisches Glücksspielen:

Das Hauptmerkmal dieser Störung ist beharrliches, wiederholtes Glücksspiel, das anhält und sich oft noch trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse, steigert.

Differentialdiagnose:

Das pathologische Spielen ist abzugrenzen von:

- a. Gewohnheitsmäßigem Spielen und Wetten: Häufiges Spielen wegen der aufregenden Spannung oder um damit Geld zu verdienen; bei schweren Verlusten oder anderen negativen Auswirkungen schränken diese Personen ihre Gewohnheit zumeist ein.
- b. Exzessivem Spielen manischer Patient: innen.
- c. Spielen bei Personen mit soziopathischer bzw. dissozialer Persönlichkeit: Diese Menschen weisen eine weitreichende und dauernde Störung des Sozialverhaltens auf, die

sich in aggressiven Handlungen oder einem fehlenden Gefühl für das Wohlergehen und die Gefühle anderer Menschen äußert.

Zu Item 2.4.11 (Exzessive) Mediennutzung

Auch wenn bisher „Internetsucht“, „pathologisches Gaming“ oder „Computersucht“ nach ICD-10 nicht als eigenständige Störungen diagnostiziert werden, sollen aus praktischen Erwägungen an dieser Stelle diese exzessiven Verhaltensweisen unter dem Begriff der „exzessiven Mediennutzung“ dokumentiert werden. Ein grobes Kriterium für die Dokumentation ist, dass die Nutzung über eine gemäßigte, unproblematische Nutzung hinausgeht. Eine exzessive Mediennutzung mit Suchtcharakter geht häufig mit Symptomen wie einem dominanten Verlangen nach der Mediennutzung, depressiven Verstimmungen, sozialer Isolation und der Vernachlässigung von Ausbildung oder Beruf einher. Zudem werden auch partnerschaftliche oder familiäre Kontakte reduziert bzw. abgebrochen.

Im Suchthilfealltag wird der/die Betreute / Behandelte selbst am besten angeben und begründen können, dass und inwiefern seine/ihre Mediennutzung exzessiv ist.

Folgende Medien- bzw. Nutzungsformen werden erfasst:

2.4.11.1 Gamern

Im Vordergrund des Verhaltens steht die exzessive Beschäftigung mit Computerspielen, zumeist internetbasierte Spiele, seltener auch Spiele, die offline über Konsolen genutzt werden. Eine auffallende Häufung von Fällen ist hinsichtlich der Nutzung von Online-Rollenspielen zu verzeichnen. Eine neuere Entwicklung betrifft die exzessive Nutzung von Spielen, die einen optionalen Bezahlmodul beinhalten (sog. Free-to-Play bzw. Pay-to-Win Modus) und z.B. durch den Zukauf von virtuellen Gütern zusätzlich zu erheblichen finanziellen Belastungen führen kann. Beachte: Das Verhalten kann sich auch in Internetanwendungen mit indirektem Bezug zu Spielen manifestieren (z.B. Ansehen von sog. Let's Play-Videos; Konsum von spielbezogenen Foren).

2.4.11.2 Chatten

Das Problemverhalten äußert sich in der zeitlich ausufernden aktiven oder passiven Nutzung von sozialen Netzwerkseiten (exzessive Beschäftigung mit dem eigenen Profil in sozialen Netzwerken bzw. Ergänzung desselben, permanentes Antworten auf sog. „Posts“ bzw. fortdauernde Verfolgung von Veränderungen auf den Profilsseiten anderer, auch völlig fremder Nutzer: innen); auch: ausuferndes Verfassen und Lesen von Forenbeiträgen. Hierzu kann auch die unkontrollierte und durch negative Konsequenzen begleitete Nutzung von Dating-Portalen und erotischen Chaträumen zählen – ohne jeglichen direkten Kontakt zu den Interaktionspartnern.

2.4.11.3 Surfen

Das Verhalten kennzeichnet sich im Allgemeinen durch ein zielloses, unkontrolliertes und zeitlich ausuferndes Nutzungsmuster in Bezug auf unterschiedlichste Internetinhalte. Es steht weniger eine konkrete Aktivität im Vordergrund als vielmehr ein undifferenziertes Nutzungsmuster (z.B. Lesen von Newsforen, Recherche von irrelevanten Informationen bzw. Download großer Datenmengen ohne eine Weiterverwendung der Daten).

2.4.11.4 Sonstiges

In dieser Kategorie kann jede weitere Form unkontrollierter und exzessiver Internetnutzung aufgeführt werden. Hierzu kann etwa der Konsum onlinepornographischen Materials zählen, die exzessive Nutzung von Einkaufsportalen (ziellose Preis- und Produktvergleiche oder tatsächlich unkontrollierter Erwerb nicht benötigter Güter) oder der unkontrollierte Konsum von Angeboten auf Streamingportalen (Serien, Filme).

Analog zum Konsum psychotroper Substanzen sowie entsprechenden Diagnosen sind für diese Tätigkeiten die folgenden Angaben zu machen, sofern eine Tätigkeit irgendwann im Leben exzessiv ausgeführt wurde:

2.4.11.X.1 Anzahl der Nutzungstage in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung

2.4.11.X.2 Anzahl der Nutzungstage in den letzten 30 Tagen vor Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung

2.4.11.X.3 Betreuungs-/Behandlungsende: Veränderung Nutzungsdauer gegenüber zum Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung

2.4.11.X.5 Alter bei erster Nutzung

Zu Item 2.4.12 Haupttätigkeit (aus [2.4.11.]1 bis [2.4.11.]4)

Als Haupttätigkeit gilt dabei diejenige Tätigkeit, die laut der betreuten / behandelten Person momentan am meisten Probleme (körperlich, psychisch oder sozial) verursacht und damit den Betreuungs-/Behandlungsanlass darstellt. Falls keine Haupttätigkeit identifiziert werden kann, d.h. falls zwei oder mehrere Tätigkeiten gleich relevant sind, ist hier 99 zu kodieren. Falls der Betreuungs-/Behandlungsanlass nicht exzessive Mediennutzung ist, bitte 0 kodieren.

Zu Item 2.4.13 Vorliegende Diagnose nach ICD-10 in Bezug auf die exzessive Mediennutzung

Wenn ja, bitte ICD-Kodierung angeben.

Hier soll ein vierstelliger ICD-10-Kode (FXX.X) angegeben werden. Für "Exzessive Mediennutzung" gibt der KDS zurzeit keinen festen ICD-10-Diagnoseschlüssel an.

Die WHO-Arbeitsgruppe zu Zwangs- und verwandten Störungen empfiehlt pathologische Computerspiel- oder Internetnutzung nicht als neue Diagnose in die ICD-11 aufzunehmen. Sie führt an, dass es sich um ein heterogenes Störungsbild handle. Dass kein Äquivalent zur Forschungsdiagnose Internet Gaming Disorder des DSM-5 aufgenommen werden soll, begründet die Arbeitsgruppe damit, dass der Stand der Literatur diesen Schritt derzeit nicht erlaube.

Im Eckpunktepapier der DGPPN zu „Verhaltenssüchten und ihren Folgen – Prävention, Diagnostik und Therapie“ aus 2013 wird ausgeführt, dass zu empfehlen sei, pathologisches Glücksspielen und exzessiven Computer- und Internetgebrauch (insbesondere das Internet-Gaming) als „Süchte“ zu behandeln.

Andererseits wird zurzeit durch Leistungsträger und andere Autor: innen der „Pathologische

PC /Internetgebrauch“ als eine Beziehungs- und Verhaltensstörung im Indikationsbereich „Psychosomatik“ verstanden. Es wird, da im gängigen klinischen Glossar ICD-10 die Störung noch nicht als eigenständige Erkrankung erfasst wird, diese am ehesten in die Diagnoseklasse ICD-10 F68.8 als „Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“ eingeordnet. Andere Autoren/innen diagnostizieren die Störung gemäß ICD-10-Code als „andere abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“ (F63.8).

Deshalb kann für „exzessive Mediennutzung“ z.B. sowohl ICD-10: F63.8 als auch ICD-10: F68.8 verwendet werden.

2.4.13.1 Aktuelle Diagnose

Falls eine aktuelle Diagnose vorliegt, bitte ICD-Kodierung angeben.

2.4.13.2 Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose

Wenn aktuell diagnostische Hinweise / Kriterien für exzessive Mediennutzung nicht erfüllt sind, diese aber früher erfüllt waren, soll hier der entsprechende ICD-10 Code angegeben werden.

2.4.13.3 Alter bei Störungsbeginn

Hier ist das Alter anzugeben, das der/die Betreute / Behandelte als Alter der Problementwicklung angibt. Dies wird häufig der Fall sein, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Konsums vorliegt, was die Entwicklung einer Problemdynamik nach sich zieht.

Zu Item 2.4.14 Essstörungen (F50)

2.4.14.1 Aktuelle ICD-10-Diagnose

Hier ist gegebenenfalls eine ICD-Diagnose für eine vorliegende Essstörung zu vergeben. Die Kodierung der ersten vier Stellen der Diagnose ist an dieser Stelle ausreichend. Die Diagnosestellung richtet sich nach den Leitlinien der ICD-10.

F50.0 Anorexia nervosa

F50.1 Atypische Anorexia nervosa

F50.2 Bulimia nervosa

F50.3 atypische Bulimia nervosa

F50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen

F50.5 Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen

F50.8 sonstige Essstörungen oder nicht näher bezeichnete Essstörung (F50.9); die Trennung dieser beiden Diagnosen ist im KDS aus technischen Gründen nicht vollzogen, auch wenn dies nicht der Logik der ICD-10 entspricht.

Die wichtigsten dieser Essstörungen sind F50.0 Anorexia nervosa und F50.2 Bulimia nervosa. Diagnostische Hinweise siehe unten.

2.4.14.2 Falls aktuell keine Diagnose, ggf. frühere Diagnose

Wenn keine aktuelle Diagnose einer Essstörung nach ICD-10 vorliegt, die Kriterien für eine

Diagnose aber zu einem früheren Zeitpunkt nach Kenntnis des/ der Betreuten / Behandelten und / oder der Fachkraft erfüllt waren, soll hier der entsprechende ICD-10 Code angegeben werden.

2.4.14.3 *Alter bei Störungsbeginn*

Hier ist das Lebensalter bei Beginn der (ggf. am frühesten aufgetretenen) Essstörung anzugeben.

Hinweise zur Vergabe der ICD-10 Diagnosen F50.0 Anorexia nervosa und F50.2 Bulimia nervosa:

F50.0 Anorexia nervosa

Die Anorexia nervosa ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer sind wie Kinder vor der Pubertät und ältere Frauen vor der Menopause wesentlich seltener betroffen. Die Anorexia nervosa stellt ein eigenständiges Syndrom dar (...).

Diagnostische Leitlinien

1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Quetelets-Index von 17,5 oder weniger. Bei Patientinnen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.

2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:

- a. selbst induziertes Erbrechen
- b. selbst induziertes Abführen
- c. übertriebene körperliche Aktivitäten
- d. Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika

3. Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.

4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido-Potenzverlust. (Eine Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung zur Kontrazeption). Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.

5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstop, fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe beim Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt

aber verspätet ein.

Quetelets-Index (Bodymass-Index) = Körpergröße in m².

F 50.2 Bulimia nervosa

Die Bulimia nervosa (Bulimie) ist durch wiederholte Anfälle von Heißhunger (Essattacken) und einer übertriebenen Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert. Dies veranlasst den/die Patient: in, mit extremen Maßnahmen den dickmachenden Effekt der zugeführten Nahrung zu mildern. Der Terminus bezieht sich auf die Form der Störung, die psychopathologisch mit der Anorexia nervosa vergleichbar ist. Die Alters- und Geschlechtsverteilung ähnelt der Anorexia nervosa, das Alter bei Beginn liegt geringfügig höher. Die Störung kann nach einer Anorexia auftreten und umgekehrt. Ein: e vormals anorektische: r Patient: in erscheint nach einer Gewichtszunahme oder durch Wiederauftreten der Menstruation zunächst gebessert, dann aber stellt sich ein gefährliches Verhaltensmuster von Heißhunger (Essattacken) und Erbrechen ein. Wiederholtes Erbrechen kann zu Elektrolytstörungen und körperlichen Komplikationen führen (Tetanie, epileptische Anfälle, kardiale Arrhythmien, Muskelschwäche) sowie weiterem starken Gewichtsverlust.

Diagnostische Leitlinien

1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; der/die Patient: in erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
2. Der/die Patient: in versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
3. Eine der wesentlichen psychopathologischen Auffälligkeiten besteht in der krankhaften Furcht davor, dick zu werden; der/die Patient: in setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt /der Ärztin als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.

Zu Item 2.4.15 Hauptdiagnose aus 2.4.5, 2.4.7, 2.4.10, 2.4.13, 2.4.14 (4-stelliger ICD-10-Code)

Aus den bisher kodierten Diagnosen bei den einzelnen suchtbezogenen Problembereichen soll hier eine behandlungsleitende ICD-10-Diagnose = Hauptdiagnose kodiert werden. Vorliegende Diagnosen sollten übernommen werden, auch wenn innerhalb der eigenen Einrichtung keine eigene, neuerliche Diagnosestellung erfolgt.

2.4.15.1 Grund, warum keine Hauptdiagnose nach 2.4.15 gestellt wurde

Wenn im Rahmen der aktuellen Betreuung / Behandlung keine Hauptdiagnose für die

betreute / behandelte Person gestellt wurde, ist der Grund entsprechend den Kategorien 1-6 zu kodieren:

1 Weder aktuell noch früher die Kriterien für eine ICD-10 Diagnose erfüllt

Es sind aktuell nicht die Kriterien für eine Diagnosevergabe erfüllt, und dies war auch früher nicht der Fall.

2 Aktuell nicht die Kriterien für eine ICD-10 Diagnose erfüllt, aber frühere Diagnose

Es sind aktuell nicht die Kriterien für eine Diagnosevergabe erfüllt, aber dies war früher der Fall. Diese Kategorie wird beispielsweise relevant sein, wenn der/die Betreute / Behandelte innerhalb der letzten 12 Monate abstinent war.

3 Der aktuelle Betreuungs-/Behandlungsanlass liegt unterhalb der Diagnoseschwelle und es liegt eine suchtbezogene Zusatzdiagnose vor

Die den Betreuungs-/Behandlungsanlass darstellende Problematik rechtfertigt aktuell nicht die Vergabe einer ICD-10 Diagnose. Gleichzeitig liegt eine andere suchtbezogene Diagnose vor.

Durch diese Kategorie kann beispielsweise folgende Situation abgebildet werden: Der Betreuungs-/Behandlungsanlass ist der Konsum einer Substanz, für die keine Diagnose gestellt werden kann (wäre unter 2.4.1 Konsum sowie 2.4.2 Hauptsubstanz zu erfassen), es liegt aber eine andere Diagnose vor, die jedoch nicht den Betreuungs-/Behandlungsanlass darstellt (z.B. Cannabiskonsum ohne schädlichen Gebrauch oder Abhängigkeit als Betreuungs-/Behandlungsanlass, aber Tabakabhängigkeit liegt vor ohne behandlungsleitende Diagnose zu sein). In diesem Fall wird keine Hauptdiagnose vergeben und als Grund diese Kategorie angegeben.

4 Keine ausreichenden Informationen für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden

Es liegen nicht genügend Informationen vor, um eine Diagnose gemäß ICD-10 stellen zu können. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn der/die Betreute / Behandelte nur sehr wenige Kontakte mit der Einrichtung hatte.

5 Keine ausreichende Qualifikation für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden

Der/die betreuende Mitarbeiter: in kann im betreffenden Fall keine Diagnose vergeben, da ihm das erforderliche Fachwissen oder die notwendige Erfahrung fehlt.

6 Andere Gründe

Ist zu kodieren, wenn keiner der Gründe 1-5 zutrifft. Dies ist etwa bei Betreuten / Behandelten der Fall, deren Hauptdiagnose Kleptomanie (F63.2) oder eine sonstige abnorme Gewohnheit oder Störung der Impulskontrolle (F63.8) ist. Die Diagnose F63.8 trifft z.B. auf Betreute / Behandelte zu, deren im Vordergrund stehende Problematik „Sexsucht“ oder „Kaufsucht“ ist.

Zu Item 2.4.16 Weitere Diagnosen aus dem Bereich Psychische und Verhaltensstörungen (mindestens 3-stellig)

Weitere Diagnosen aus dem Bereich Psychische und Verhaltensstörungen (mindestens 3-stellig)

An dieser Stelle können zusätzliche ICD-Diagnosen aus diesem Bereich (Kapitel F) kodiert werden.

Hier können bis zu sechs weitere psychische Diagnosen kodiert werden, die zusätzlich zu den unter 2.4.5, 2.4.7, 2.4.10, 2.4.13, 2.4.14 kodierten vorliegen. Bei Betreuten / Behandelten mit einer Problematik „Sexsucht“ oder „Kaufsucht“ ist hier F63.8 „sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ zu kodieren. Da diese Diagnose aufgrund ihrer Seltenheit im Rahmen des vorliegenden Kerndatensatzes nicht als Hauptdiagnose vergeben werden kann, ist für den Fall, dass es sich dabei tatsächlich um die Hauptproblematik handelt, bei 2.4.11.5 die Kategorie „6 andere Gründe“ zu kodieren.

Hier sind auch Diagnosen aus 2.4.5 zu kodieren, wenn mehr als eine Diagnose aus derselben Substanzklasse vorliegt. Dabei soll die behandlungsleitende Diagnose (zumeist F1x.1 oder F1x.2) weiterhin nur unter 2.4.5 kodiert werden. Weitere Diagnosen können unter 2.4.16 angegeben werden. Ein Beispiel für diesen Sachverhalt wäre folgender Fall: Bei einer Person liegen zwei Diagnosen in Bezug auf die gleiche Substanz vor: eine Cannabis-Abhängigkeitsdiagnose (F12.2) und eine psychotische Episode im Zusammenhang mit Cannabis (F12.5). Die Abhängigkeitsdiagnose F12.2 wäre dann unter 2.4.5 zu kodieren, die psychotische Episode F12.5 hingegen unter 2.4.16.

Folgende Diagnosen können hier dokumentiert werden: F1x.0 Akute Intoxikation, F1X.3: Entzugssyndrom, F1X.4: Entzugssyndrom mit Delir, F1X.5: Psychotische Störung, F1X.6: Amnestisches Syndrom, F1X.7: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung.

Zu Item 2.4.17 Weitere ICD-Diagnosen aus dem Bereich somatischer oder neurologischer Diagnosen

Hier können bis zu sechs weitere ICD-Diagnosen kodiert werden, die nicht aus dem Spektrum der psychischen (Fxx.xx) Diagnosen stammen.

Zu Item 2.4.18 HIV – Status

2.4.18.1 Teststatus

An dieser Stelle wird angegeben, ob der/die Betreute / Behandelte auf HIV getestet wurde, unabhängig vom Ergebnis

- 1 *Noch nie getestet*
- 2 *Getestet vor mehr als 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / /Behandlung*
- 3 *Getestet in den letzten 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / /Behandlung*

2.4.18.2 Wenn getestet, Testergebnis:

An dieser Stelle wird das Ergebnis des HIV-Tests angegeben, so ein solcher stattgefunden hat.

- 1 *Negativ*
- 2 *Positiv*

3 *Unbekannt*

Testergebnis unbekannt wird ausschließlich dann angegeben, wenn das Ergebnis eines aktuell durchgeführten Tests noch nicht bekannt ist.

Falls der/die Betreute / Behandelte es ablehnt, ein Testergebnis mitzuteilen, ist für Item 2.4.18.2 keine Angabe zu machen.

Zu Item 2.4.19 Hepatitis B – Status

2.4.19.1 *Teststatus*

An dieser Stelle wird angegeben, ob der/die Betreute / Behandelte auf Hepatitis B getestet wurde, unabhängig vom Ergebnis

1 *Noch nie getestet*

2 *Getestet vor mehr als 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

3 *Getestet in den letzten 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

2.4.19.2 *Wenn getestet, Testergebnis:*

An dieser Stelle wird das Ergebnis des Hepatitis B-Tests angegeben, so ein solcher stattgefunden hat.

1 *Nicht aktiv, Antikörper negativ*

2 *Nicht aktiv, Antikörper positiv, Virusnachweis negativ*

3 *Aktiv, Virusnachweis positiv*

4 *Unbekannt*

Testergebnis unbekannt wird ausschließlich dann angegeben, wenn das Ergebnis eines aktuell durchgeführten Tests noch nicht bekannt ist.

Falls der/die Betreute / Behandelte es ablehnt, ein Testergebnis mitzuteilen, ist für Item 2.4.19.2 keine Angabe zu machen.

Zu Item 2.4.20 Hepatitis C – Status

2.4.20.1 *Teststatus*

An dieser Stelle wird angegeben, ob der/die Betreute / Behandelte auf Hepatitis C getestet wurde, unabhängig vom Ergebnis

1 *Noch nie getestet*

2 *Getestet vor mehr als 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

3 *Getestet in den letzten 12 Monaten vor vor Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung*

2.4.20.2 *Wenn getestet, Testergebnis:*

An dieser Stelle wird das Ergebnis des Hepatitis C-Tests angegeben, so ein solcher stattgefunden hat.

- 1 *Nicht aktiv, Antikörper negativ*
- 2 *Nicht aktiv, Antikörper positiv, Virusnachweis negativ*
- 3 *Aktiv, Virusnachweis positiv*
- 4 *Unbekannt*

Testergebnis unbekannt wird ausschließlich dann angegeben, wenn das Ergebnis eines aktuell durchgeführten Tests noch nicht bekannt ist.

Falls der/die Betreute / Behandelte es ablehnt, ein Testergebnis mitzuteilen, ist für Item 2.4.20.2 keine Angabe zu machen.

Zu Item 2.5 Maßnahmen und Interventionen

In diesem Abschnitt wird zum einen für die aktuelle Betreuung / Behandlung die Art der Maßnahmen in der eigenen Einrichtung erfasst. Dafür steht die umfassende Liste der Betreuungs- und Behandlungsangebote zur Verfügung, die bereits beim Item 1.7 (Art der Dienste / Angebote) im KDS-E genutzt wurde.

Zum anderen wird hier erfasst, ob und wenn ja welche Kooperationen mit anderen Einrichtungen und Diensten während der aktuellen Betreuung / Behandlung erforderlich geworden sind. Hier wird also nach unmittelbar fallbezogenen Kooperationsaktivitäten gefragt, während das Item 1.10 im KDS-E nach formalen Kooperationsregelungen der eigenen Einrichtung fragt.

Bitte beachten Sie bei der Dokumentierung von Maßnahmen in der eigenen Einrichtung unbedingt, dass im Interesse einer differenzierten Datenauswertung **für leistungsrechtlich eigenständige Maßnahmen grundsätzlich gesonderte fallbezogene Datensätze anzulegen sind.**

Zu Item 2.5.1 Art der Betreuung / Behandlung in der eigenen Einrichtung

Hier sollen alle Maßnahmen / Angebote angegeben werden, die während der Betreuung / Behandlung der betreuten / behandelten Person innerhalb der eigenen Einrichtung zum Einsatz gekommen sind und für die die eigene Einrichtung auch verantwortlich ist / war.

Weiterhin soll aus allen durchgeführten Maßnahmen eine Hauptmaßnahme ausgewählt und angegeben werden (maximal zweistelliger Maßnahmencode).

Zur Beschreibung der Art der Angebote siehe Frage 1.7 im KDS-E.

Anmerkung:

Bei den Kategorien

2.5.1.7.5 ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation

2.5.1.7.6 TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation

2.5.1.7.7 STR – Stationäre medizinische Rehabilitation

2.5.1.7.8 ADA – Adaption

soll in den Fällen, in denen nur eine dieser Rehaformen in der eigenen Einrichtung in Anspruch genommen wurde, zusätzlich angegeben werden, ob es sich dabei jeweils um ein Modul einer Kombibehandlung handelt.

Das Item 2.5.1.7.9 KOM – Kombibehandlung ist nur dann zu kodieren, wenn in der eigenen Einrichtung mindestens zwei Rehaformen als Teil einer Kombibehandlung genutzt worden sind.

Zudem ist bei den Kategorien

2.5.1.7.5 ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation

2.5.1.7.6 TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation

2.5.1.7.7 STR – Stationäre medizinische Rehabilitation

2.5.1.7.8 ADA – Adaption

2.5.1.7.9 KOM - Kombibehandlung

zu spezifizieren, ob die Maßnahme unter Substitution / substitutionsgestützt durchgeführt wird.

Zu Item 2.5.2 Wenn Opioidsubstitution, welches Mittel (Wirkstoff)?

Befindet sich eine betreute / behandelte Person in Opioidsubstitution (intern oder extern), ist hier zu kodieren, welches Mittel als Substitut eingenommen wird.

- 1 *Methadon (z.B. Eptadone®, Methaddict®)*
- 2 *Levomethadonhydrochlorid (z.B. L-Polamidon®)*
- 3 *Buprenorphin (z.B. Subutex®, Suboxone®)*
- 4 *Diamorphin (Diaphin ®)*
- 5 *Morphin (Substitol®)*
- 6 *anderes*

2.5.2.1 *Alter bei erster Opioidsubstitution*

Zu Item 2.5.3 Kooperation während der Betreuung / Behandlung

Bei der hier erfragten Kooperation mit Beratungs-/Behandlungseinrichtungen oder anderen Personen / Institutionen geht es um die konkrete Einbeziehung Dritter in die aktuelle Betreuung / Behandlung. Bitte kodieren Sie solche Kooperationen mit Dritten deshalb nur dann, wenn Sie von den entsprechenden Einrichtungen eine verlässliche Rückmeldung erhalten haben darüber, dass der/die Betreute / Behandelte von der mit Ihnen kooperierenden Institution oder Person tatsächlich (mit-)betreut/-behandelt wird oder wenn Inhalte / Ergebnisse Ihrer Betreuung-/Behandlungstätigkeit mit Einverständnis der betreuten / behandelten Person an diese Kooperationspartner weitergegeben werden. Solche Kooperationskontakte können persönlich, schriftlich oder auch telefonisch erfolgen.

Zunächst wird erfragt, ob eine Kooperation während der Betreuung / Behandlung stattgefunden hat. Falls ja, sollen alle Kooperationspartner angegeben werden.

Wenn ein Kontakt mit den Dritten ausschließlich zur Weitervermittlung am Betreuungs-/Behandlungsende dient, dann ist diese Maßnahme unter Item 2.6.6 Weitervermittlung zu kodieren.

Wenn ja, Kooperation während der Betreuung / Behandlung mit

Hier sind alle Institutionen, mit denen betreuungs-/behandlungsbezogen eine Kooperation wie oben definiert stattgefunden hat, anzugeben.

Erläuterungen zu den einzelnen Institutionen siehe Item 2.2.5 „Vermittlung durch“.

- 2.5.3.1 *Soziales Umfeld*
- 2.5.3.2 *Selbsthilfe*
- 2.5.3.3 *Arbeitgeber, Betrieb, Schule*
- 2.5.3.4 *Ärztliche Praxis*
- 2.5.3.5 *Psychotherapeutische Praxis*
- 2.5.3.6 *Allgemeines Krankenhaus*
- 2.5.3.7 *Einrichtung der Akutbehandlung*
- 2.5.3.8 *Psychiatrisches Krankenhaus*
- 2.5.3.9 *Ambulante Suchthilfeeinrichtung*
- 2.5.3.10 *Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)*
- 2.5.3.11 *Soziotherapeutische Einrichtung*
- 2.5.3.12 *Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, sozialpsychiatrischer Dienst)*
- 2.5.3.13 *Schuldnerberatung*
- 2.5.3.14 *Einrichtung der Jugendhilfe*
- 2.5.3.15 *Jugendamt*
- 2.5.3.16 *Einrichtung der Altenhilfe*
- 2.5.3.17 *Wohnungslosenhilfe*
- 2.5.3.18 *Agentur für Arbeit / Jobcenter*
- 2.5.3.19 *Polizei / Justiz / Bewährungshilfe*
- 2.5.3.20 *Einrichtung im Präventionssektor*
- 2.5.3.21 *Kosten- / Leistungsträger*
- 2.5.3.22 *Sonstige Einrichtung / Institution*

Zu Item 2.6 Abschlussdaten

Zu Item 2.6.1 Dauer der Betreuung / Behandlung

- 2.6.1.1 *Datum des Betreuungs-/Behandlungsendes*

Ein Kerndatenbogen gilt bis zum Ende der aktuellen Betreuung / Behandlung in der eigenen Einrichtung, d.h. gegebenenfalls auch über einen kalendarischen Jahreswechsel hinaus. Die Betreuung / Behandlung endet in der stationären Variante mit dem letzten Tag des Aufenthalts und in der ambulanten Variante mit dem Datum des letzten Kontakts in der eigenen Einrichtung.

Die aktuelle Betreuung / Behandlung ist aber auch dann zu beenden, wenn der/die Betreute / Behandelte in eine (sozialleistungsrechtlich) neue Maßnahme überwechselt, auch wenn er dabei äußerlich in der gleichen Einrichtung bleibt. Dies ist z.B. der Fall bei Betreuten in der Suchtberatung, die in derselben Einrichtung eine Maßnahme der ambulanten Suchtrehabilitation antreten. Für die Praxis hilft hier der Verweis auf Item 2.2.6 Kosten-/

Leistungssträger der aktuellen Betreuung / Behandlung: Jeder Wechsel der überwiegenden Finanzierungsform ist auch mit einer Beendigung der bisherigen Betreuung / Behandlung verbunden. Grundlegende Überlegungen zur Falldefinition findet sich am Ende des Abschnitts 2.a.

Das Ende einer Betreuung / Behandlung kann entweder planmäßig oder - aus unterschiedlichen Gründen - vorzeitig erfolgen.

Im ambulanten Bereich gilt als verbindliche Regel, dass eine Betreuung / Behandlung dann zu beenden ist, wenn ein/e Betreute nach seinem/ihrem letzten Kontakt innerhalb von 60 Tagen keinen neuen Kontakt wahrnimmt. Eine Abweichung von dieser 60-Tage-Regel ist nur dann möglich, wenn nach dem letzten Kontakt ein längeres Zeitintervall für einen nächsten Kontakt mit dem/der Betreuten vereinbart und dieser Kontakt dann auch tatsächlich wahrgenommen wurde.

Eine konsequente Anwendung dieser 60-Tage-Regel in der Dokumentation wird insbesondere bei der Betreuung / Behandlung schwer chronifizierter Suchtkranker zu einer höheren Anzahl von Einmalkontakten führen. Im Interesse einer Qualitätsentwicklung ist jedoch gerade auch für diesen Arbeitsbereich eine entsprechende Datenklarheit unverzichtbar.

Nach Ablauf der 60-Tage-Frist nach einem letzten Betreuungs-/Behandlungskontakt ist eine Betreuung regelhaft mit „4 vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch die betreute / behandelte Person“ zu kodieren.

Als Datum des Betreuungs-/Behandlungsendes zählt hier der letzte Termin, der tatsächlich stattgefundenen hat.

Liegt der letzte stattgefundene Kontakt im alten Kalenderjahr und wird (durch die 60-Tagefrist) erst im neuen Kalenderjahr durch die Einrichtung das Ende der Betreuung / Behandlung festgestellt, so muss in diesem Fall das Betreuungs-/Behandlungsende auf den 01. Januar des neuen Kalenderjahres festgelegt werden, da andernfalls diese Betreuung / Behandlung niemals in der Statistik der *Beender* auftauchen könnte.

Zu Item 2.6.2 Kontaktzahl (nur ambulanter Bereich; ausgenommen tagesstrukturierende/-begleitende Angebote und AWS)

Diese Angabe ist nur von ambulanten Einrichtungen zu machen, da eine stationäre Behandlungsepisode grundsätzlich nur in „einem“ Kontakt besteht. Es sind alle

klient:innenbezogenen Kontakte, also auch solche mit Behörden und sonstigen Bezugspersonen zu berücksichtigen (ggf. auch ohne Anwesenheit des/ der Betreuten selbst).

Analog zu den Erläuterungen zu einem dokumentationsrelevanten Kontakt (siehe Erläuterung zu 2.1) gelten dabei folgende Vorgaben: Eine Mindestgesprächsdauer von 10 Minuten mit substantiell beratendem oder behandelndem oder informationsaustauschendem Charakter (persönlich, telefonisch, per Brief/E-Mail, digital).

Es findet keine Unterscheidung von Einzelkontakten und Gruppenkontakten statt und auch der Ort des Kontakts wird hier nicht differenziert. Es ist die Gesamtzahl der Kontakte innerhalb einer Betreuungs-/Behandlungsepisode anzugeben, d.h. die Frage kann erst kodiert werden, wenn die Betreuung / Behandlung abgeschlossen ist. Wird ein/e Betreute im selben Jahr wieder in der Einrichtung aufgenommen, so ist am Ende dieser neuen Betreuung / Behandlung entsprechend die Gesamtzahl der Kontakte nur für diese zweite Episode anzugeben.

Zu Item 2.6.3 Wurde im Laufe der Betreuung / Behandlung ein verbindlicher Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hergestellt?

Dieses Item bezieht sich nicht auf eine Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe, wie dies in Item 2.5.3 erfragt wurde und bei der es um einen wechselseitigen Informationsaustausch zur Betreuung / Behandlung ging. Bei dem vorliegenden Item ist „ja“ zu kodieren, wenn ein Kontakt zwischen betreuer/behandelter Person und Selbsthilfegruppe erfolgreich gefördert bzw. vermittelt wurde. Eine bloße Empfehlung des Besuchs einer Selbsthilfegruppe ist hier nicht zu kodieren.

Zu Item 2.6.4 Hat der/die Betreute / Behandelte im Laufe der Betreuung / Behandlung eine Selbsthilfegruppe besucht?

Dieses Item soll mit „ja“ kodiert werden, wenn nach glaubwürdiger Kenntnis der betreuenden Einrichtung mehr als ein nur einmaliges „Ausprobieren“, sondern eine wiederholte oder regelmäßige Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe erfolgt ist

Zu Item 2.6.5 Art der Beendigung

Die folgenden Entlassformen stellen eine suchtspezifische Präzisierung der im Leitfaden Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung definierten Entlassformen dar.

1 Regulär nach Betreuungs-/Behandlungsplan

Als regulär abgeschlossen gilt eine Betreuung / Behandlung, wenn diese (v.a. im stationären Bereich) einschließlich einer evtl. erforderlichen Verlängerung ausgeschöpft wurde oder wenn der Betreuungs-/ Behandlungszeitraum nicht vollständig benötigt wurde, weil das Betreuungs-/

Behandlungsziel früher erreicht werden konnte. Als regulär abgeschlossen gilt die Betreuung / Behandlung auch dann, wenn die Betreuung / Behandlung in gegenseitigem Einvernehmen beendet wird, weil die zu Betreuungs-/Behandlungsbeginn bestandenen Probleme soweit angegangen oder gelöst sind, dass zurzeit keine weitere Betreuung /

Behandlung in dieser Einrichtung notwendig ist.

Im Bereich der ambulanten Suchthilfe ist eine Betreuung aber auch dann als regulär beendet zu kodieren, wenn die Betreuung noch zu keiner konkreten Betreuungsvereinbarung / Behandlungsplanung geführt hat und der/die Betreute die Betreuung beendet.

Als regulär beendet sind auch Fälle zu kodieren, in denen eine Suchtberatung im Strafvollzug endet, weil der Inhaftierte wegen guter Führung vorzeitig aus der Haft entlassen wurde.

2 *vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung*

Die Betreuung / Behandlung wird durch die Einrichtung beendet, auch wenn die Ziele des Behandlungsplanes nicht vollständig erreicht wurden. Vorzeitig auf ärztlich/therapeutische Veranlassung wird der/die Betreute / Behandelte entlassen, wenn eine Belastbarkeit für die Betreuung / Behandlung nicht oder nicht mehr besteht, weitere spezielle Diagnostik oder Betreuung / Behandlung erforderlich oder eine Fortsetzung der Betreuung / Behandlung nicht Erfolg versprechend ist.

3 *vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis*

Die Betreuung / Behandlung wird auf Initiative bzw. auf Wunsch der/s Klientin/en / Patientin/en aus dringenden persönlichen Gründen beendet, aber mit Einverständnis der Einrichtung. Die zu Betreuungs-/Behandlungsbeginn bestehenden Probleme sind nicht vollständig gelöst oder die Ziele des Behandlungsplanes wurden nicht vollständig erreicht.

4 *vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch die betreute / behandelte Person*

Die Betreuung / Behandlung wird auf Initiative der betreuten / behandelten Person beendet, ohne dass das Einverständnis der Einrichtung bzw. der behandelnden Person (aufgrund des erteilten Behandlungsauftrags oder der vereinbarten Betreuungsplanung) vorliegt. Dieses Item ist auch dann zu kodieren, wenn die Inanspruchnahme der Betreuung / Behandlung nach Kenntnis der Fachkraft auf der Basis einer Auflage (Item 2.2.7) erfolgt ist und somit nur bedingt freiwillig war. Die Beendigung wurde entweder durch den/ die Betreute / Behandelte angekündigt oder die Betreuung / Behandlung wird ohne Ankündigung abgebrochen.

5 *disziplinarisch*

Aus disziplinarischen Gründen wird ein/e Betreute / Behandelte i.d.R. entlassen bei Missachtung der geltenden Regeln des Behandlungsvertrages. Disziplinarisch ist ein/e Betreute / Behandelte zu entlassen, wenn sein/ihr Verhalten einen ordnungsgemäßen Betreuungs-/Behandlungsverlauf nachhaltig in Frage stellt oder wenn er/sie während der Betreuung / Behandlung berechnete Interessen oder Rechte Dritter erheblich beeinträchtigt (z.B. körperliche Gewalt bzw. deren Androhung, Mitnahme von Drogen in die Einrichtung). Fehlende Therapiemotivation oder (wiederholte) Rückfälle oder Verstöße gegen Therapievereinbarungen sind kein disziplinarischer Entlassungsgrund, sondern können lediglich zu einer vorzeitigen Entlassung aufgrund ärztlicher / therapeutischer Veranlassung führen.

In Bezug auf die Disziplinarische Beendigung ist zu berücksichtigen, dass die Definition der Rentenversicherungsträger leicht abweicht. Dies kann zu abweichenden Beendigungsgründen für DRV bzw. DSHS führen.

6 *Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung*

Es erfolgt abweichend von der geplanten Betreuungs-/Behandlungsdauer, also nicht planmäßig, ein Wechsel in ein anderes Betreuungs-/ Behandlungsangebot oder eine Verlegung in ein Krankenhaus, ohne dass die Indexbetreuung/-behandlung fortgesetzt werden kann. Dies betrifft z.B. die Akutverlegung in ein Krankenhaus, die Verlegung in eine psychiatrische Einrichtung wegen einer akuten psychotischen Erkrankung oder den Wechsel in eine andere Betreuungs-/Behandlungsform aus sonstigen aktuellen, nicht geplanten Gründen. Hier sind auch Fälle zu kodieren, in denen eine Suchtberatung in einer Suchthilfeeinrichtung durch eine Inhaftierung beendet wird sowie Fälle, in denen eine Suchtberatung im Strafvollzug aufgrund einer Verlegung in eine andere Haftanstalt endet.

7 *Planmäßiger Wechsel in andere Betreuungs-/Behandlungsform*

Die Betreuung / Behandlung wird planmäßig abgeschlossen, aber in einer anderen Betreuungs-/Behandlungsform fortgesetzt. Beispielsweise wird eine begonnene stationäre Rehabilitation anderenorts teilstationär (d.h. ganztägig ambulant) oder ambulant fortgesetzt oder nach Abschluss einer stationären Entwöhnungsbehandlung schließt sich eine Adaptionsbehandlung an oder eine ambulante Betreuung wird planmäßig abgeschlossen und es schließt sich eine Vermittlung in eine stationäre Rehabilitation an.

8 *Verstorben*

Für verstorbene betreute / behandelte Personen sind alle weiteren Fragen nicht zu mehr zu beantworten.

Zu Item 2.6.6 Weitervermittlung

Bitte kodieren Sie eine Weitervermittlung an die nachfolgend genannten Angebote / Maßnahmen nur dann, wenn eine feste Vereinbarung über die Weiterbetreuung/-behandlung des/der Betreuten / Behandelten in dieser Institution besteht. Dies setzt voraus, dass im Verlauf der aktuellen Betreuung / Behandlung zumindest ein persönlicher, telefonischer oder schriftlicher Kontakt mit der entsprechenden Institution in Bezug auf die Weiterbetreuung/-behandlung stattgefunden hat. Ob der/die Betreute / Behandelte die vermittelte Betreuung / Behandlung tatsächlich aufnimmt, spielt für die Kodierung keine Rolle.

Wurde jedoch lediglich eine unverbindliche Empfehlung ausgesprochen, sich an eine der nachfolgenden Institutionen zu wenden, so darf dies nicht als Vermittlung kodiert werden. Wenn parallel zur externen Mitbetreuung/-behandlung die eigene Betreuung / Behandlung fortgesetzt wird, so ist dies ebenfalls nicht als Vermittlung, sondern als Kooperation unter 2.5.3 zu kodieren.

Beendigung der Betreuung / Behandlung mit einer Weitervermittlung

Diese Frage ist unabhängig von der Frage nach der Art der Beendigung immer auszufüllen (ausgenommen für Verstorbene).

Wenn eine Weitervermittlung stattfindet, wohin

Bei den Items Weitervermittlung und wenn ja, wohin, steht die Vermittlung in Maßnahmen auf institutioneller Ebene im Vordergrund, daher ist die Kategorie „in Selbsthilfe“ hier nicht aufgeführt. Eine Vermittlung in den Selbsthilfesektor wird differenzierter und valider durch die Items 2.6.3 und 2.6.4 abgebildet.

Erläuterungen zu den einzelnen Angeboten siehe KDS-E 1.7 (Art der Dienste / Angebote).

Anmerkung:

Bei einer Weitervermittlung in eine der Kategorien

2.6.6.7.5 ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation

2.6.6.7.6 TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation

2.6.6.7.7 STR – Stationäre medizinische Rehabilitation

2.6.6.7.8 ADA – Adaption

soll zusätzlich angegeben werden, ob es sich dabei um ein Modul einer Kombibehandlung handelt.

Das Item 2.6.6.7.9 KOM – Kombibehandlung soll angegeben werden, wenn eine Bewilligung für eine Kombibehandlung vorliegt, aber noch nicht klar ist, welches das erste Modul sein wird.

Zu Item 2.6.7 Problematik am Tag des Betreuungs-/Behandlungsendes

Der/die Berater: in oder Therapeut: in schätzt am Ende der Betreuung / Behandlung die Situation des/ der Betreuten / Behandelten in Bezug auf die anfangs als belastend / problematisch eingeschätzten Bereiche (2.1.5.1 - 2.1.5.15) ein. D.h. für Bereiche ohne Belastung zu Beginn der Betreuung/Behandlung muss keine Einschätzung abgegeben werden (keine Angaben), es sei denn, man möchte dies einrichtungsintern differenzieren über die Angabe „unverändert“.

Es soll für jeden Bereich angegeben werden, inwieweit sich die Situation im Vergleich zu Betreuungs-/Behandlungsbeginn verändert hat. Für die Feststellung einer Veränderung ist es unerheblich, ob diese Veränderung durch die Betreuung / Behandlung ausgelöst / bewirkt wurde (keine Wirkungsfeststellung!).

Zur Beurteilung der Bereiche bzw. die Belastungen, die in diesen Bereichen bestehen, stehen die folgenden Kategorien zur Verfügung:

1 *gebessert*

Die Belastung in diesem Bereich hat sich im Vergleich zum Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung gebessert oder ist behoben

2 *gleich geblieben (= unverändert)*

Für diesen Bereich ist im Vergleich zum Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung weder eine Besserung noch eine Verschlechterung festzustellen

3 *verschlechtert*

Die Belastung in Bezug auf diesen Bereich hat sich im Vergleich zum Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung verschlechtert.

4 *neu aufgetreten*

Zu Beginn der Betreuung / Behandlung war für diesen Bereich kein Problem bzw. keine Belastung festzustellen; zu Betreuungs-/Behandlungsende ist eine Problematik entstanden bzw. sichtbar geworden.

3 Kerntabellensatz Fall

3 a) Einleitung

Der Kerntabellensatz baut auf dem fallbezogenen Kerndatensatz auf. Während die Daten über die Einrichtung (KDS-E) direkt für die Auswertung verwendet werden, werden die Falldaten (KDS-F) in zusammengefasster Form für eine Auswertung eingesetzt. Damit stellen sich die datenschutzrechtlichen Anforderungen für personenbezogene Daten bei der Zusammenführung der Informationen aus verschiedenen Systemen bzw. Einrichtungen nicht.

Der Kerntabellensatz berücksichtigt Daten von Personen, die in einem bestimmten Zeitraum ihre Betreuung in einer der beteiligten Einrichtungen aufgenommen haben (Zugänge). Eine zweite Gruppe der Informationen bezieht sich auf diejenigen, die in dem Zeitraum ihre Betreuung beendet haben (Beender). Die erste Gruppe beschreibt die Situation der Personen, die in den Einrichtungen um Behandlung und Betreuung nachsuchen, während sich anhand des zweiten Verlaufs und Situation am Betreuungsende beschreiben lässt.

Die erstmalig Betreuten sind diejenigen unter den Zugängen, die noch nie zuvor in suchtspezifischer Behandlung waren. Sie werden teilweise gesondert ausgewertet, um neue Entwicklungen in der Bevölkerung möglichst schnell erfassen zu können (Sonderläufe). Veränderungen im Konsumverhalten – insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen – spiegeln sich in dieser Gruppe sehr viel schneller wider als in der Gesamtheit der Behandelten. Hilfsweise lassen sich die Fallzugänge für die einzelnen Substanzen auch als ein Indikator der Inzidenz neuer Fälle heranziehen.

In der folgenden Übersicht sind alle Tabellen des Kerntabellensatzes enthalten. Es wurde gekennzeichnet, für welche der genannten Gruppen die jeweilige Tabelle zu erstellen ist. Grundsätzlich werden alle Tabellen für Frauen und für Männer getrennt benötigt.

Die Datenweitergabe geschieht durch eine Auszählung der Fallzahlen in den jeweiligen Einrichtungen bzw. Dokumentationssystemen entsprechend der hier gemachten Vorgaben. Die Daten werden als Absolutzahlen weitergegeben und können aus verschiedenen Quellen zusammengeführt, zellenweise aufaddiert und danach prozentuiert werden. In welcher Form diese Daten in Zukunft im Rahmen einer „Deutschen Suchthilfestatistik“ publiziert werden sollen, wird derzeit auf verschiedenen Ebenen diskutiert.

Für die technische Erstellung der Tabellen wird von allen Beteiligten das Aggregierungsmodul, das den Softwareanbietern zur Verfügung gestellt wird, eingesetzt. Dies ist insofern eine ökonomische Lösung, als der Datentransfer nur auf der Ebene der Falldatensätze bzw. der Einrichtungsdatensätze erfolgen muss. Daraus erstellt das Aggregierungsprogramm zweidimensionale Häufigkeitstabellen. Die Tabellen enthalten die erfassten Falldaten jeweils differenziert nach Substanzen / Hauptsubstanzen und Diagnosen / Hauptdiagnosen.

Die Diagnose, die aus Sicht des Therapeuten für eine Person die wichtigste oder Therapie leitende ist, wird als Hauptdiagnose erfasst. Zudem wird eine Hauptsubstanz definiert. Auch wenn dies eine Vereinfachung darstellt, erlaubt diese Gruppenbildung doch die Bildung ge-

wisser Falltypen. Die Kerntabellen werden nach Hauptsubstanz und Hauptdiagnose differenziert. Bei der Hauptsubstanz werden alle erfassten Substanzen aufgeführt, bei der Hauptdiagnose werden die Stoffklassen nach ICD-10 differenziert. Die Tabellen werden untenstehend in einer Übersichtsliste dargestellt.

Deutsche Suchthilfestatistik – Kerntabellensatz 3.0
Stand 01.01.2018

Deutscher Kerntabellensatz 1)

A	Einrichtungsdaten		M/F	Z	B	E
	E1	Bundesland				
E2	Trägerschaft					
E3	Personelle Besetzung					
E4	Qualifikation der Mitarbeiter/innen					
E5	Art und Anzahl der Dienste / Angebote					
E6	Qualitätskriterien					
E7	Kooperation und Vernetzung					
B	Basisdaten		M/F	Z	B	E
	1.01	Übersicht Klient/innen und Betreuungen/Behandlungen	x	x	x	
	1.02	Eigene Symptomatik + Problembereiche	x	x		
	1.03	Bezugspersonen + Beziehungsverhältnis	x	x		
	1.04	Bezugspersonen + Problem(e) aus Sicht dieser Person		x		
C	Zugangsdaten		M/F	Z	B	E
	2.01	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problembereiche	x	x		
	2.02	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Vorbehandlung + Erst-	x	x		

	/Wiederaufnahme				
2.03	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art und Häufigkeit der Vorbehandlungen	x	x		
2.04	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art und Häufigkeit Vorbehandlung Akutbehandlung	x	x		
2.05	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art und Häufigkeit Vorbehandlung Beratung und Betreuung	x	x		
2.06	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art und Häufigkeit Vorbehandlung Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	x	x		
2.07	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art und Häufigkeit Vorbehandlung Suchtbehandlung	x	x		
2.08	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art und Häufigkeit Vorbehandlung Eingliederungshilfe	x	x		
2.09	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art und Häufigkeit Vorbehandlung Justiz	x	x		
2.1	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art und Häufigkeit Vorbehandlung Altenhilfe	x	x		
2.11	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Vermittlung	x	x		
2.12	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Kostenträger	x	x		
2.13	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Auflagen	x	x		
2.14	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + gesetzliche Betreuung	x	x		

D	Soziodemographische Daten		M/F	Z	B	E
	3.01	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Geschlecht		x		
3.02	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Alter bei Betreuungsbeginn	x	x			
3.03	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Partnerschaft	x	x			
3.04	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Lebenssituation	x	x			
3.05	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Schwangerschaft	x	x			
3.06	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + eigene Kinder	x	x			
3.07	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + eigene minderjährige Kinder	x	x			
3.08	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + minderjährige Kinder im Haushalt	x	x			
3.09	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + minderjährige eigene Kinder im Haushalt	x	x			
3.1	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + nicht im Haushalt lebende minderjährige eigene Kinder	x	x			
3.11	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Staatsangehörigkeit	x	x			
3.12	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Migrationshintergrund	x	x			
3.13	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Herkunftsland Migrationshintergrund	x	x			
3.14	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Beratungssprache	x	x			
3.15	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + höchster Schulabschluss	x	x			
3.16	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + höchster Ausbildungsabschluss	x	x			

	3.17	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn	x	x		
	3.18	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Erwerbsituation am Tag vor Betreuungsbeginn	x	x		
	3.19	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematische Schulden	x	x		
E	Konsummuster und Diagnosen					
E1	Konsummuster		M/F	Z	B	E
	4.01	Substanzen/Verhalten + Anzahl der Konsumtage im letzten Monat vor Betreuungsbeginn	x	x		
	4.02	Hauptsubstanz/-verhalten + Anzahl der Konsumtage im letzten Monat vor Betreuungsbeginn	x	x		
	4.03	Substanzen + Konsum im Rahmen ärztlicher Verordnung	x	x		
	4.04	Substanzen/Verhalten + Alter bei Erstkonsum	x	x		
	4.05	Hauptsubstanz/-verhalten + Alter bei Erstkonsum	x	x		
	4.06	Hauptsubstanz + Konsumart	x	x		
	4.07	Hauptsubstanz + i. v.-Konsum	x	x		
	4.08	Hauptsubstanz + Alter beim ersten i.v.-Konsum	x	x		
	4.09	Hauptsubstanz + gemeinsame Spritzennutzung	x	x		
	4.1	Hauptsubstanz/-tätigkeit + Hauptspielform	x	x		

E2	Diagnosen		M/F	Z	B	E
	4.11	Substanzen/Verhalten + entsprechende ICD-10-Diagnose (aktuell/früher)	x	x		
	4.12	Hauptsubstanz/-verhalten + entsprechende ICD-10-Diagnose (aktuell/früher)	x	x		
	4.13	Substanzen/Verhalten + Hauptdiagnose (F10-F19 / F50 / F55 / F63.0 / F63.8+F68)	x	x		
	4.14	Hauptdiagnose + weitere Suchtdiagnosen (F10-F19 / F50 / F55 / F63.0 / F63.8+F68)	x	x		
	4.15	Einzeldiagnose (F10-F19 / F50 / F55 / F63.0 / F63.8+F68) + aktueller Status (Stelle 4 und 5 ICD-10)	x	x		
	4.16	Hauptsubstanz/-verhalten + Grund, warum keine Hauptdiagnose gestellt wurde	x	x		
	4.17	Einzeldiagnose (F10-F19 / F50 / F55 / F63.0 / F63.8+F68) + Alter bei Betreuungsbeginn	x	x		
	4.18	Einzeldiagnose (F10-F19 / F50 / F55 / F63.0 / F63.8+F68) + Alter bei Störungsbeginn	x	x		
	4.19	Einzeldiagnose (F10-F19 / F50 / F55 / F63.0 / F63.8+F68) + Dauer der Störung	x	x		
4.2	Hauptsubstanz + Dauer der Störung	x	x			
4.21	Hauptsubstanz/-verhalten + Dauer Erstkonsum bis aktueller Betreuungsbeginn	x	x			

	4.22	Hauptdiagnose + psychische und sonstige Diagnosen	x	x		
	4.23	Einzeldiagnose + psychische und sonstige Diagnosen	x	x		
	4.24	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + HIV-Status	x	x		
	4.25	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Hepatitis B-Status	x	x		
	4.26	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Hepatitis C-Status	x	x		
	4.27	Haupt- und Zusatzdiagnose	x	x		
F	Verlaufsdaten		M/F	Z	B	E
	5.01	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Hauptmaßnahme in eigener Einrichtung	x		x	x
	5.02	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Anzahl der Maßnahmen in eigener Einrichtung	x		x	x
	5.03	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art der Maßnahmen(gruppen)	x		x	
	5.04	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art der Maßnahme Akutbehandlung	x		x	
	5.05	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art der Maßnahme Beratung und Betreuung	x		x	
	5.06	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art der Maßnahme Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	x		x	
	5.07	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art der Maßnahme Suchtbehandlung	x		x	
	5.08	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art der Maßnahme	x		x	

		Eingliederungshilfe				
	5.09	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art der Maßnahme Justiz	x		x	
	5.1	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art der Maßnahme Altenhilfe	x		x	
	5.11	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Maßnahme Kombibehandlung	x		x	
	5.12	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Maßnahme unter Substitution				
	5.13	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Substitutionsmittel	x		x	
	5.14	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Alter bei erster Substitution	x		x	
	5.15	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Jahre seit erster Substitution	x		x	
	5.16	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Kooperation (Spaltenprozent)	x		x	x
G	Abschlussdaten		M/F	Z	B	E
	6.01	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Dauer der Betreuung	x		x	x
	6.02	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Anzahl der Kontakte	x		x	x
	6.03	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Selbsthilfe (Kontakt / Besuch)	x		x	
	6.04	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Art der Beendigung	x		x	
	6.05	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Weitervermittlung / Verlegung	x		x	
	6.06	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Weitervermittlung Akutbehandlung	x		x	
	6.07	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Weitervermittlung Beratung und Betreuung	x		x	
	6.08	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Weitervermittlung Beschäftigung,	x		x	

		Qualifizierung, Arbeitsförderung				
	6.09	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Weitervermittlung Suchtbehandlung	x		x	
	6.1	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Weitervermittlung Eingliederungshilfe	x		x	
	6.11	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Weitervermittlung Justiz	x		x	
	6.12	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Weitervermittlung Altenhilfe	x		x	
	6.13	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Weitervermittlung Kombibehandlung	x		x	
H		Beschreibung der Situation bei Betreuungsende	M/F	Z	B	E
	7.01	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten bei Betreuungsende	x		x	x
	7.02	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Körperliche/s Gesundheit / Befinden bei Betreuungsende	x		x	
	7.03	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand bei Betreuungsende	x		x	
	7.04	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder) bei Betreuungsende	x		x	
	7.05	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Weiteres soziales Umfeld bei Betreuungsende	x		x	
	7.06	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Schul- / Ausbildungs- / Arbeits- / Beschäftigungssituation bei Betreuungsende	x		x	

	7.07	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Freizeit(bereich) bei Betreuungsende	x		x	
	7.08	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur bei Betreuungsende	x		x	
	7.09	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Finanzielle Situation bei Betreuungsende	x		x	
	7.1	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Wohnsituation bei Betreuungsende	x		x	
	7.11	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Rechtliche Situation bei Betreuungsende	x		x	
	7.12	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Fahreignung bei Betreuungsende	x		x	
	7.13	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Sexuelle Gewalterfahrungen bei Betreuungsende	x		x	
	7.14	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Andere Gewalterfahrungen bei Betreuungsende	x		x	
	7.15	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Problematik Gewaltausübung bei Betreuungsende	x		x	
	7.16	Substanzen/Verhalten + Anzahl der Konsumtage im letzten Monat vor Betreuungsende	x		x	x
	7.17	Hauptsubstanz/-verhalten + Anzahl der Konsumtage im letzten Monat vor Betreuungsende (TDI)	x		x	x

	7.18	Substanzen/Verhalten + Veränderung der Konsummenge	x		x	x
	7.19	Hauptsubstanz/-verhalten + Veränderung der Konsummenge	x		x	x
	7.2	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende	x		x	
	7.21	Hauptsubstanz/-verhalten/-diagnose + Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende	x		x	
	7.22	Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn + am Tag nach Betreuungsende	x		x	
	7.23	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn + am Tag nach Betreuungsende	x		x	

1) nach Standards des Statistikausschusses der DHS für den deutschen Kerndatensatz Sucht

M/F: Männer/Frauen; Z: Zugänge ; B: Beender ; E: nach planmäßiger und unplanmäßiger Art der Beendigung

4 Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat)

4 a) Einleitung

Der Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat) stellt eine Ergänzung zum „Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS)“ dar. Er ist zwar als separates Modul entwickelt worden, die Ausarbeitung erfolgte jedoch mit Bezug auf die Systematik und Zielsetzung, die bereits für die Entwicklung des KDS maßgeblich waren. Der KDS-Kat entstand im Rahmen eines Konsensprozesses zwischen den beteiligten Institutionen und Personen, welche im Fachausschuss Statistik der DHS vertreten sind. Der Fachausschuss setzte sich das Ziel, Minimalstandards für die Durchführung von Katamnesen zu erarbeiten und im vorliegenden Katamnese Modul vorzustellen. Er greift damit einen Vorschlag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung auf, gemeinsame Katamnese Standards zu entwickeln (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Aktionsplan Drogen und Sucht 2003, S. 32). Das Vorhaben, Standardkatamnesen systematisch in der Suchthilfe zu implementieren, stellt eine Art Programm dar. Die erste Fassung des Kerndatensatzes Katamnese wurde 2004 in die überarbeitete Fassung des „Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS)“ aufgenommen.

Das Kapitel Kerndatensatz Katamnese gliedert sich wie folgt: in der Einführung (Abschnitt 0) werden Grundlagen und Grundbegriffe vorgestellt, welche für die Entwicklung des KDS-Katamnese verwendet wurden. Dazu zählt u.a. die Unterscheidung zwischen Standard und Minimalstandard, zwischen prospektiven und retrospektiven Katamnesen sowie Ausführungen zum Erhebungsmodus. Katamnese Studien stellen eine spezielle Art von Befragungen dar, sie weisen gegenüber den sonst üblichen epidemiologischen Umfragen Besonderheiten auf, die es insbesondere bei ihrer Durchführung zu beachten gilt (Abschnitt 0). Die Verbesserung der Teilnahme und des Rücklaufs stellt eine wichtige Aufgabe dar, dafür entwickelte Strategien werden kurz vorgestellt. Für Katamnese Studien besteht nicht nur die Chance, bereits während der Betreuungs- und Behandlungsphase von den Klient/innen bzw. Patient/innen die dafür erforderliche Einwilligungserklärung (s. Datenschutz) einzuholen, sondern sie auch ausführlich über die Bedeutung der Katamnese und über die Durchführungsmodalitäten zu informieren (Abschnitt 0).

Der folgende Abschnitt 0 enthält eine ausführliche Darstellung des Leitfadens zur Implementierung und Durchführung einer Katamnese. Dabei unterstützt der/die Dokumentationsbeauftragte (Abschnitt 0) die Einrichtung bei der Umsetzung und Anwendung der Minimalstandards. Die Minimalstandards sollen dafür sorgen, dass aussagekräftige und vergleichbare Ergebnisse erzielt werden. Zu diesen zählen u.a. die geforderte Vollerhebung (Abschnitt 0) der Fälle eines Entlassjahrganges, die genaue Definition der für die Katamnese vorgesehenen Fälle (Abschnitt 0) sowie das Katamneseprotokoll (Abschnitt 0), in welchem für jede Klient/in / Patient/in der Prozess der Nachbefragung genau dokumentiert wird. Der Fachausschuss Statistik der DHS sieht das Katamneseprotokoll als verbindliche Vorgabe für Katamnese-Erhebungen vor.

Im Abschnitt „Auswertung“ (0) werden wichtige Aufgaben behandelt, die für eine stringente und transparente Auswertung der Katamnese sorgen. Für die Datenauswertung sind die

Berechnungsformen der DGSS vorgesehen (0). Zur Beurteilung der Ergebnisse werden die Berechnung der Ausschöpfungsquote und der Vergleich Responder-Nonresponder-Stichprobe vorgeschlagen (0).

Die Einhaltung des Datenschutzes spielt auch für die Durchführung von Katamnesen eine wichtige Rolle. Daher ist bei der Durchführung von Katamnese-Erhebungen sowie bei der Dokumentation, Speicherung und Auswertung von Katamnese-Daten die Einhaltung der in Kapitel 5 (Datenschutz) ausführlich beschriebenen Vorgaben von zentraler Bedeutung. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit Kapitel 5 ist daher im Vorfeld einer Anwendung des KDS-KAT unbedingt erforderlich.

Die Einhaltung des Datenschutzes spielt auch für die Durchführung von Katamnesen eine wichtige Rolle; insofern werden relevante Aspekte kurz erläutert (Abschnitt 0).

Im letzten Abschnitt (0) werden die Items des Kerndatensatzes Katamnese vorgestellt und erläutert sowie beispielhaft ein kompletter Katamnesefragebogen zur Verfügung gestellt. Die Formulierung und Darstellung der Items, ihre Abfolge und insbesondere auch die optische Gestaltung des Fragebogens sind so gewählt, dass eine hohe Verständlichkeit der Fragen und Klarheit bezüglich der Anforderung beim Ausfüllen durch die Klient/innen / Patient/innen gewährleistet ist.

4 b) Grundlagen

4.b.1 Wofür überhaupt Katamnesen?

Die Behandlungs- und Betreuungsangebote der Sucht- und Drogenhilfe haben sich kontinuierlich weiterentwickelt und erweitert. Parallel zur Differenzierung der Angebote ist es für die Leistungsträger und für die Leistungserbringer zunehmend wichtig geworden, die Effektivität (anwendungsorientierte Wirksamkeit) und die Effizienz (als Kosten-Nutzen-Verhältnis von Intervention bzw. Maßnahme und erzielten Effekten) der Interventionsangebote nachzuweisen. Evaluationsstudien untersuchen in erster Linie die bei Beendigung einer Intervention erzielten Effekte und die dafür eingesetzten Prozesse; sie dienen darüber hinaus der Gewährleistung und Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und kostengünstigen Versorgung und sind zugleich ein Beitrag zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. In diesem Sinne liefern Evaluationsstudien Antworten auf einrichtungsbezogene und auf einrichtungsübergreifende Fragestellungen.

Die Evaluationsforschung hat seit langem nicht nur die bei Beendigung einer Intervention erzielten Effekte erfasst und bewertet („Ergebnisevaluation“), sondern auch mittel- und langfristige Effekte im Rahmen von „Follow-up Studien“. Sie zählen zum Standard von Wirksamkeitsuntersuchungen. Follow-up Studien oder Nachuntersuchungen werden nach einem definierten Zeitraum an „behandelten“ Klient/innen / Patient/innen durchgeführt und sollen den Nachweis erbringen, inwieweit die bei Abschluss der Intervention erzielten bzw. vorliegenden Erfolge ("Gewinne") auch anhaltende (stabile) Effekte sind (Rüger & Senf,

1994; Kendall et al., 2004, Caspar, 2014). In der deutschen Fachliteratur wird für Follow-up Studie zumeist der Begriff Katamnese verwendet.

In der Suchthilfe von Abhängigkeitskranken stellen Nachbefragungen (Katamnesen) von Klient/innen / Patient/innen eine bewährte Möglichkeit dar, den mittel- und langfristigen Erfolg der Behandlung bzw. Betreuung zu überprüfen (z.B. Zobel, Missel et al 2004). Die Erweiterung des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation der stationären, teilstationären (d.h. ganztägig ambulanten) und der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe um ein Katamnese-Modul zielt auf eine Dokumentation des Behandlungserfolges im Sinne einer einheitlichen Nachbefragung. Sie ermöglicht sowohl die standardisierte Überprüfung der Stabilität und Nachhaltigkeit des bei der Behandlungsbeendigung erzielten Erfolges der eigenen Einrichtung als auch den Vergleich mit anderen Einrichtungen und somit eine Einordnung der Erfolgsquoten der eigenen Einrichtung in die Erfolgsquoten vergleichbarer Einrichtungen. Ein nicht zu unterschätzender Beitrag von standardisierten Katamnese-Studien liegt darin, dass sie auch Daten für einrichtungsübergreifende Fragestellungen liefern, etwa zur Überprüfung der Qualität der regionalen und der überregionalen Versorgung im Bereich der Suchthilfe.

Zentrale Kriterien für den Erfolg sind unter anderem die Abstinenz sowie die Bewältigung eventuell aufgetretener Rückfälle. Im Rahmen der Katamnese interessiert nicht nur der Status der befragten Personen zum Zeitpunkt der Nachbefragung, die Stabilität des erzielten Behandlungserfolges, sondern auch, ob bzw. inwieweit diese von der vorausgegangenen Behandlung profitiert haben und die dort erworbenen Bewältigungskompetenzen in rückfallgefährdenden Situationen auch nutzen. Als weitere Bewertungskriterien werden Veränderungen in verschiedenen Lebens- und Problembereichen - u.a. Angaben über die Arbeits- und Beschäftigungssituation, die körperliche und psychische Gesundheit, die familiäre Situation - erhoben und genutzt.

Die Ergebnisse von Katamnesen belegen aber nicht nur den Erfolg von Behandlungen, sie liefern auch Hinweise für eine Verbesserung der Indikationsstellungen, der Behandlungs- und Betreuungsangebote sowie der Nachsorge. Katamnesen können nach innen als eine wichtige Rückmeldung für alle am Behandlungsprozess Beteiligten verstanden und für die Bewertung und Weiterentwicklung der diagnostischen und der therapeutischen Arbeit im Team genutzt werden. Sie können aber auch dafür verwendet werden, die Qualität des Angebots und der konkreten Arbeit nach außen sichtbar, überprüfbar und nachvollziehbar zu machen. Davon profitieren Klient/innen und Patient/innen, Leistungserbringer und Leistungsträger, aber auch die allgemeine und die politische Öffentlichkeit. Auch die Bundesländer und die Bundesregierung haben ein begründetes Interesse an qualifizierten Katamnese-Daten, denn diese liefern - neben anderen Daten - auch Angaben zur Beurteilung der Qualität der Versorgung suchtkranker Menschen.

Die vom Fachausschuss der DHS entwickelte Standardkatamnese wird seit vielen Jahren von stationären und ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe jährlich und kontinuierlich als Vollerhebung durchgeführt. Die besondere Leistung der Standardkatamnese zeigt sich sowohl in der methodischen Qualität des Erhebungsinstrumentes "Katamnese-Fragebogen" als auch in der systematischen und differenzierten Durchführung, die im Katamnese-Manual beschrieben wird. Die Standardkatamnese liefert ein differenziertes Bild bezüglich der

Effektivität der Angebote der beteiligten Einrichtungen in der Suchthilfe. Im deutschen Versorgungssystem gibt es (bisher) weder ein vergleichbares Instrumentarium noch ein vergleichbares Programm.

4.b.2 Besonderheiten von Katamneseerhebungen

Bei der Durchführung einer Katamneseerhebung treten im Unterschied zu epidemiologischen, politischen, soziologischen oder wirtschaftlichen Umfragen Besonderheiten auf. Die folgende Aufzählung enthält eine relevante Auswahl. Sie soll helfen, das Verständnis für Katamneseerhebungen zu schärfen.

- Für beide Befragungsvarianten (Umfragen vs. Katamnesen, analog auch Anamnesen) gilt, dass Datenerhebung und Datenauswertung sich unter methodischen, ethischen und rechtlichen (v.a. Datenschutz) Gesichtspunkten nicht unterscheiden. Auch bezüglich des Gegenstandes der Befragung lassen sich zumindest auf den ersten Blick keine entscheidenden Unterschiede anführen. In beiden Befragungsvarianten kann versucht werden, (sehr) persönliche Themen zu behandeln; sie bergen das Risiko, dass die Befragung als solche potentiell erschwert oder gar verhindert und z.B. Antwort- oder Teilnahmeverweigerung ausgelöst wird. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bietet den "Befragten" die Möglichkeit, eine Antwort oder die Teilnahme zu verweigern. Umfragen enthalten nicht zwingend persönliche Fragen, Katamnesen von ihrer Zielsetzung her jedoch immer.
- Personen, die in Umfragen in einer face-to-face Situation direkt oder mittels einer postalischen oder elektronischen Erhebung indirekt über unterschiedliche Themen befragt werden, werden üblicherweise für die Befragung erst rekrutiert. Es handelt sich in der Regel um eine für die Befragung gebildete Stichprobe. Je nach Strategie handelt es sich um einen offenen oder um einen eher festen (definierten) Personenkreis. Zwischen Interviewten und Interviewern bestand vorher keine Beziehung.
- Bei Katamneseerhebungen liegt ein fester Personenkreis vor: die zu befragenden Personen sind ehemalige Klient/innen bzw. Patient/innen der Einrichtung; zum Erhebungszeitpunkt der Katamnese sind sie es jedoch nicht mehr, insofern liegt kein Rechtsverhältnis vor welches die Datenerhebung legitimiert. Durch die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung, welche bereits zur Behandlungszeit erteilt wurde, wird die Befragung jedoch prospektiv legitimiert.
- Durch die Katamneseerhebung werden die Erfahrungen der Befragten als ehemalige Klient/innen bzw. Patient/innen wiederbelebt, die diese mit der Einrichtung, mit den Mitarbeiter/innen der Einrichtung und nicht zuletzt auch mit der Betreuung und Behandlung gemacht haben. Dabei kann es sich um positive aber auch um negative Erfahrungen handeln. Die Erfahrungen der „Befragten“ wird auf die "Befrager" übertragen und kann die Katamneseerhebung positiv beeinflussen oder aber auch negativ (z.B. Teilnahmeverweigerung).
- Katamnesen als Untersuchung der Stabilität der durch die Intervention erreichten positiven Veränderungen liefern einen Beleg für die "Zielerreichung" und damit für die Wirksamkeit der Intervention. Die Zielerreichung verpflichtet jedoch auch

- Klient/innen / Patient/innen. Die Katamnese will Auskunft darüber, ob die positiven Veränderungen beibehalten wurden, ob das Interventionsziel Abstinenz, kein Suchtmittelkonsum, eingehalten wurde. Interventionsziel ist auch die Förderung der Motivation, ein gesundes und eigenverantwortliches Leben zu führen, "gesundheitliche Eigenverantwortung" (z.B. Langanke et al., 2013, Trachsel & Hürlimann, 2015) zu praktizieren, "lebensstil-abhängige Erkrankungsrisiken" zu vermeiden und durch den Erwerb von Bewältigungskompetenz Rückfallrisiken zu minimieren bzw. nach Rückfällen wieder abstinent zu leben. Die Katamnese-Erhebung belegt nicht nur, dass die Suchthilfe Verantwortung für die von ihr praktizierten Interventionen übernimmt, sie nimmt auch die ehemaligen Klient/innen bzw. Patient/innen, die befragten Personen in die Verantwortung.
- Ergebnisse von Katamneseuntersuchungen lassen sich als Beleg für erfolgreiche Suchthilfe verstehen und sie rechtfertigen auch das Angebot von Suchthilfe. Katamnesen stellen (indirekt) auch die Frage, ob zwischen dem "Recht auf Selbstbestimmung" und der "Pflicht zur Gesundheit" ein auflösbares Spannungsverhältnis besteht (Höfling). Denn sie liefern auch Hinweise auf individuelle und auf Kontextfaktoren, welche für die Förderung von Eigenverantwortung genutzt werden können, so dass die (politische) Forderung nach "gesundheitlicher Eigenverantwortung" (Langanke et al.) - legitimiert u.a. durch die wachsenden Kosten des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems - nicht allein durch Sanktionen, sondern vor allem durch fachliche Interventionen (wie z.B. Prävention, Schmidt, 2013) realisiert werden kann.

4.b.3 Standards für die Durchführung von Katamnesen

Das vorliegende Modul versteht sich als Ausarbeitung von Minimalstandards für die Durchführung von Katamnesen. Der Begriff Standard wird üblicherweise verwendet, um anzugeben, dass das fachliche Handeln der praktischen Erfahrung und/oder wissenschaftlicher Erkenntnis entspricht und innerhalb der Profession akzeptiert ist (Hart, 2000). Standards gewährleisten, dass das fachliche Handeln systematisch erarbeitet und praktiziert wird. Es wird von den Fachkräften als angemessen und als charakteristisch für die Behandlung der betreffenden Aufgabe anerkannt. Standards „standardisieren“ und „normieren“ somit berufliche (fachliche) Tätigkeit.

„Um einen solchen Standard institutionell und wissenschaftlich festzulegen und in der Praxis umzusetzen, werden national und international drei Arten der Normierung unterschieden, denen zugleich ein unterschiedlicher Grad an Verbindlichkeit zukommt: Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen. Schlagwortartig kann man sagen: Richtlinien müssen, Leitlinien sollen und Empfehlungen können befolgt werden“ (Hart, 2000, S. 140). Die Anwendung von Standards wird unübersehbar vorangetrieben (s. die Entwicklung von Leitlinien).

Der Begriff „Minimalstandard“ drückt aus, dass die Katamnese-Erhebung und -auswertung zumindest in den hier ausgearbeiteten Gesichtspunkten festgelegt (standardisiert) ist, um ein angemessenes und akzeptables Maß an Fachlichkeit zu gewährleisten. Bei Einhaltung dieser Standards kann erwartet werden, dass die Qualität der gewonnenen Daten wissenschaftlichen Kriterien (wie Objektivität, Reliabilität und Validität) genügt und die Daten für die vorgesehenen Zielsetzungen auch verwendet werden können. In den folgenden

Abschnitten sind eine Reihe solcher Vorgaben enthalten; sie beziehen sich auf die Durchführung (z.B. das Katamneseprotokoll) aber auch auf die verbindliche Verwendung des Kerndatensatzes Katamnese.

Die hier vorliegenden "Minimalstandards" stellen einerseits nur Empfehlungen dar. Eine Einrichtung, die die Daten ihrer Katamnese-Erhebungen in eine einrichtungsübergreifende Auswertung einfließen lassen will, muss die vorliegenden Minimalstandards jedoch verbindlich beachten. Im Sinne des Empfehlungscharakters bleibt jedoch Spielraum für die Einrichtungen. Diese können ihre Dokumentationssysteme entsprechend ihren spezifischen Erfordernissen und Zielsetzungen ergänzen, ohne dass der Kerngehalt berührt wird.

4.b.4 Prospektive oder retrospektive Katamnese-Erhebungen

Die Datenerhebung bei Katamneseuntersuchungen kann - wie in anderen Evaluationsstudien auch - entweder nach dem retrospektiven oder nach dem prospektiven Ansatz durchgeführt werden. Bei der **retrospektiven Datenerhebung** wird erst nach Abschluss der Maßnahme die Studie geplant und durchgeführt. Für die Katamnese werden entweder bereits vorliegende (Primär-)Daten verwendet und ausgewertet oder es werden nachträglich welche aus bereits vorliegenden generiert („Sekundärdaten“). Eine retrospektive Datenerhebung bzw. Katamnese ist oftmals schnell und kostengünstig durchführbar (Schöffski & Claes, S. 54).

Bei der **prospektiven Erhebung** wird bereits vor Beginn der Maßnahme die Studie geplant und von Anfang an - vorausschauend (prospektiv) - festgelegt, welche Merkmale zu Beginn, zum Abschluss und im Rahmen der Katamnese erhoben werden sollen. Mit dem Beginn der Maßnahme beginnt daher auch bereits die Datenerhebung. Prospektive Studien haben den Vorteil, dass sie exakt auf die Problemstellung und die Zielgruppe ausgerichtet werden können; sie sind den retrospektiven Studien bezüglich „Genauigkeit, Aussagekraft und insbesondere Aktualität“ überlegen (Schöffski & Claes, S. 54).

Es wird eine prospektiv geplante und routinemäßig (kontinuierlich) durchgeführte Katamnese (Einjahres-Katamnese) als Vollerhebung empfohlen. Dies gilt für durchgeführte stationäre, ganztägig ambulante und ambulante Maßnahmen in der Suchthilfe.

Prospektive Katamnesen als Routinekatamnesen sind integraler Bestandteil der Evaluation einer Maßnahme. Sie sind daher bei jedem Behandlungsfall anzuwenden und organisatorisch bereits zu Beginn der Behandlung **einzuplanen**. Da die Standardkatamnese in die Gesamtdokumentation und Gesamtevaluation integriert ist, wird dadurch auch festgelegt, welche Daten in welcher Weise erhoben werden, um den Zustand der Klient/innen bzw. Patient/innen zu Beginn und am Ende der Betreuung/Behandlung sowie zum Katamnesezeitpunkt) zu erfassen . Damit kann erreicht werden, dass die zu verschiedenen Zeitpunkten erhobenen Daten miteinander verglichen und Veränderungen erfasst werden können. Das bedeutet auch, dass die Klient/innen bzw. Patient/innen bereits zu Beginn ihrer Behandlung/Betreuung nicht nur über die Routedokumentation, sondern

auch über die geplante Nachbefragung informiert und gebeten werden, eine datenschutzrechtliche Einverständniserklärung zu unterschreiben (siehe 0). Sie werden dadurch bereits zu Beginn der Behandlung/Betreuung Teilnehmer/innen der späteren Katamnese.

Einrichtungen der Suchthilfe haben auch die Möglichkeit, eine **retrospektiv organisierte Katamnese** durchzuführen, also eine Befragung, die erst „nachträglich“ und nach Abschluss der Maßnahme organisiert wird, ohne dass bereits zu Behandlungsbeginn die Absicht der Nachbefragung bestand. Die datenschutzrechtliche schriftliche Einverständniserklärung bezüglich der Katamnese-Erhebung kann daher auch erst nachträglich von den zu befragenden Personen eingeholt werden.

4.b.5 Katamnesezeitpunkt, Katamnesezeitraum, Erhebungszeitraum, Zeitfenster

Der **Katamnesezeitpunkt** richtet den Blick auf den Zeitpunkt für die Erhebung, der **Katamnesezeitraum** auf die Zeitspanne zwischen Beendigung und Katamnesezeitpunkt. Bei der hier vorgesehenen 1-Jahres-katamnese als Standard beträgt der Katamnesezeitraum ein Jahr, somit ist der Zeitpunkt für den Start der Katamnese-Erhebung ein Jahr nach Abschluss der Behandlung/ Betreuung. Neben diesen 1-Jahreskatamnesen werden weitere Zeiträume vorgeschlagen: 6 Monate, um auch kurzfristige Effekte sowie 2, 5 oder 10 Jahre, um langfristige Effekte ermitteln zu können.

Der Zeitraum für den Versand der Katamnesefragebogen, der **Erhebungszeitraum** ist damit ebenfalls definiert; er sollte bei standardisierten Nachbefragungen nur geringfügige Variationen aufweisen. Für 1-Jahreskatamnesen ist eine Schwankungsbreite des Erhebungszeitraums von minus einem Monat bis plus zwei Monate vorgesehen, für 6-Monats-Katamnesen beträgt sie -1 bis +1 Monate, bei 2-Jahres-Katamnesen gelten Toleranzen von -1 bis +3 Monate, bei 5-Jahres-Katamnesen -1 bis +6 Monate und bei 10-Jahres-Katamnesen von -1 Monat bis ca. +12 Monate (Dokumentationsstandards III der DGSS, 2001).

Unter dem Begriff **Zeitfenster** wird der Zeitraum verstanden, über den in der Nachbefragung Auskunft erbeten wird bzw. Aussagen gemacht werden sollen. Für die 1-Jahres-Katamnese beträgt das Zeitfenster das gesamte zurückliegende Jahr. (Beispiel: An welchen Maßnahmen haben Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit Ihrer Suchterkrankung teilgenommen?). Das Zeitfenster für 6-Monats-Katamnesen umfasst ebenfalls den gesamten Zeitraum seit Beendigung der Behandlung. Für 2-, 5- oder 10-Jahres-Katamnesen ist als Zeitfenster üblicherweise das letzte Jahr bzw. sind die letzten 12 Monate vorgesehen. Beim Fragenkomplex zum Suchtmittelkonsum werden oftmals verschiedene Zeitfenster verwendet und sowohl nach dem Konsum in den letzten 12 Monaten als auch nach kürzeren Zeitabschnitten (z.B. 30 Tage) oder nach dem Konsum während des Gesamtzeitraums gefragt.

4.b.6 Erhebungsmodus/Durchführungsart

Die Erhebung der Katamnese erfolgt als „Selbstbericht“ im Rahmen einer mündlichen oder schriftlichen Befragung der/des ehemaligen Klienten/in /Patient/in. Die hier

vorgestellte Standardkatamnese der DHS sieht eine Befragung Dritter – eine Fremdkatamnese - ausdrücklich nicht vor. Fremdauskünfte können in Bezug auf die Pflege der Adressen sowie bezüglich des eventuellen Vorliegens von Todesfällen eingeholt werden.

Die **mündliche Befragung** kann im direkten Kontakt als persönliches Interview („mündlich - vis-a-vis“) oder telefonisch erfolgen (s.a. DGSS (2001), Dokumentationsstandards III, Standard 285). Als mündliche Kommunikationsformen setzen beide die zeitliche Präsenz der Akteure zu einem zu vereinbarenden Termin voraus, das persönliche Interview als vis-a-vis Kommunikation darüber hinaus auch die „lokale Präsenz“. Für beide Varianten gilt auch, dass die befragte Person Zuhören kann!

Die **schriftliche Befragung** kann als „schriftlich-postalische“ oder als „schriftlich-internetgestützte“ / „schriftlich-computerunterstützte“ durchgeführt werden; beide setzen keine zeitliche und keine lokale Präsenz voraus, beide sind gegenüber den beiden mündlichen Befragungsvarianten was die Organisation der Erhebung anbelangt von Vorteil.

- Die Katamnese soll als **Selbstbericht** erhoben werden.
- Alle vier **Erhebungsmodi** sind einsetzbar: mündlich vis-a-vis, mündlich-telefonisch, schriftlich-postalisch und schriftlich-internetgestützt, auch die Kombination.
- Im **Katamneseprotokoll** muss angegeben werden, welcher Erhebungsmodus bei welchem Fall eingesetzt wurde (absolute und relative Häufigkeiten). Die Anzahl der Erinnerungen je Erhebungsmodus ist darzustellen.
- Grundlage bei allen Erhebungsmodi ist der **standardisierte Katamnesefragebogen**; er dient für die mündliche Befragung als verbindlicher Interviewleitfaden.

Die Katamnese-Erhebung kann beim selben Entlassjahrgang entweder nach nur einem Erhebungsmodus (z.B. nur schriftlich-postalisch) erfolgen oder es können für verschiedene Teilstichproben verschiedene Erhebungsmodi eingesetzt werden. Im Katamneseprotokoll (s. 0) ist anzugeben, welcher Erhebungsmodus bei welchen Fällen verwendet wurde. Dies gilt sowohl für die einrichtungsinterne als auch für die einrichtungsübergreifende Auswertung.

Die Katamnese-Erhebung stellt „sensible und intime Fragen“, denn sie versucht, Auskunft über problematisches Verhalten (z.B. Rückfälle) und problematische Lebensbereiche zu erhalten. Dies gilt es bei der Durchführung zu beachten.

Die einzelnen Erhebungsmodi erfordern einen spezifischen und unterschiedlich hohen organisatorischen, personellen und nicht zuletzt auch finanziellen Aufwand. Für die telefonische und die Online-Befragung liegen technische Hilfsmittel vor (z.B. Computerassisted Telefon Interview CATI, Computerassisted Personal Interview CAPI), welche die Kontaktaufnahme, die Durchführung und Protokollierung sowie die Auswertung erleichtern und verbilligen.

Die vorliegenden Studien zur Leistungsfähigkeit der verschiedenen Erhebungsmodi liefern keinen eindeutigen Vorteil eines Erhebungsmodus gegenüber einem anderen, Telefoninterviews sind z.B. nicht generell einer schriftlichen oder internetgestützten Befragung überlegen. Sowohl Merkmale der Zielgruppe, der befragenden Einrichtung, der

Befragter als auch die in der Befragung vorgesehene Thematik können eine entscheidende Rolle spielen. Denn die Erhebungsmodi enthalten jeweils spezifische **Besonderheiten**, die sowohl das Zustandekommen der Erhebung (u.a. Erreichbarkeit, Kontaktaufnahme und Teilnahmebereitschaft), die Durchführung (u.a. Gesprächseröffnung und Kooperationsverhalten, Abbruch-Risiko, das Auftreten und die Kontrolle akustischer oder technischer Verständigungsprobleme) und damit auch die erzielbare Datenqualität beeinflussen. Daher erscheint es sinnvoll, bei der Planung der Katamnese-Erhebung zu überlegen, welcher Erhebungsmodus für welche/n Klient/in / Patient/in „passend“ ist, die erforderliche Kooperation ermöglicht und das erwünschte positive Ergebnis liefern wird.

Die **direkte (persönliche) oder vis-a-vis Befragung** erfordert nicht nur zeitliche, sondern auch lokale Präsenz, denn das persönliche Interview erfolgt von Angesicht zu Angesicht. Die für die Befragung vorgesehenen Personen werden entweder im Rahmen eines „Hausbesuches“ kontaktiert (was selten der Fall sein wird) oder sie müssen in die Einrichtung (Beratungsstelle oder Fachklinik) einbestellt werden. Es handelt sich insbesondere für ehemalige Patient/innen stationärer Maßnahmen um eine organisatorisch und ökonomisch aufwendige Form:

- Das persönliche Interview als soziale Situation enthält nicht nur verbale und paraverbale Informationen, sondern auch nonverbale; das Herstellen einer vertrauensvollen kooperativen Beziehung kann dadurch erleichtert aber auch erschwert werden.
- Der Sichtkontakt erleichtert für die meisten Klient/innen / Patient/innen den Beziehungsaufbau und das Aufrechterhalten der Aufmerksamkeit.
- Die Durchführung des persönlichen Interviews kann selbst bei Vorgabe eines Interviewleitfadens relativ flexibel erfolgen und sich den Fähigkeiten und dem Kooperationstempo der interviewten Person anpassen. Der Interviewablauf kann unmittelbar kontrolliert werden, so dass auftretende Missverständnisse und Störungen sofort und unverzüglich aufgelöst werden können.
- Die Anwesenheit der zu befragenden Personen kann nicht nur einen direkten Gesprächskontakt genutzt werden, sondern würde grundsätzlich auch die Erhebung von objektiven Daten (Labordaten wie z.B. Urinproben) ermöglichen.
- Persönliche Interviews die eine Anreise in die Einrichtung erfordern, setzen jedoch eine hohe Motivation der Befragten voraus, an der Erhebung teilzunehmen und den zeitlichen und gegebenenfalls auch finanziellen Aufwand der Anreise in die Einrichtung auf sich zu nehmen, was ihren Einsatz bei Routinekatamnesen deutlich einschränken dürfte.

Die „**mündlich-telefonische**“ Erhebung setzt ebenfalls die zeitliche Präsenz der Akteure voraus, die durch das Zustandekommen eines gemeinsamen Telefonkontaktes erreicht wird. Die Erhebung ist – selbst wenn man mehrmaliges Anrufen zum Zweck der Kontaktaufnahme berücksichtigt - organisatorisch und finanziell weniger aufwändig als die persönliche vis-a-vis-Befragung. Die mündlich-telefonische Befragung beinhaltet Besonderheiten, die sich vor allem aus der Kommunikationssituation ergeben. Dazu zählen u.a.:

- Der telefonische Kontakt ist kein vis-a-vis-Kontakt, denn es besteht in der Regel kein Sichtkontakt sondern nur ein akustischer Kontakt (Ausnahmen bestehen bei Skype-

Verbindungen o.ä. mit visueller Übertragung, siehe dazu die Anmerkung unten). Die fehlende visuelle und körperliche Präsenz wird teilweise kompensiert, weil sich die interviewte Person mehr oder weniger spontan und teilweise unter Verwendung der akustisch vermittelten Information ein „Bild“ vom Interviewer macht. Insofern ist die Befragungssituation „sozial störanfällig“.

- die Kommunikation ist auf den auditiven (akustischen) Kanal reduziert und besteht damit in erster Linie aus verbaler sowie paraverbaler (u.a. Lautstärke, Klang) Kommunikation.
- Es bestehen große kulturelle Unterschiede bezüglich der Verwendung nonverbaler und paraverbaler Kommunikationsmittel; für Personen mit Migrationshintergrund kann sich dies erschwerend auswirken.
- Das Telefonat setzt voraus, dass die „Signalübermittlung“ von guter akustischer Qualität ist (Verständlichkeit, Übertragung der Modulation der Stimme, u.a.) und dass möglichst keine technische Störung auftritt.
- die kanalreduzierte auditive Kommunikation ist im Vergleich zur schriftlichen und auch zur persönlichen Befragung „langsamer“, weil ein konstruktiver Umgang mit der Situation verlangt, dass sich beide Beteiligten darum bemühen, die Verständigung sicherzustellen, was z.B. durch das Wiederholen von Fragen, durch Nachfragen und Korrigieren von (undeutlichen) Äußerungen erreicht werden soll.
- Da beim Telefon-Interview der Fragebogen als Interviewleitfaden eingesetzt werden soll, kommt es sehr darauf an, wie gut sich das „visuelle Erhebungsinstrument Fragebogen“ in ein „akustisches“ transponieren lässt. Eine visuelle Unterstützung der Befragung (Präsentation des Fragebogens) entfällt, die Fragen müssen kurz und leicht verständlich, die Antwortvorgaben dürfen nicht zu differenziert und kompliziert sein („keine siebenstellige Skalen“). Betont wird insbesondere für das Telefoninterview die Bedeutung der Einleitungsphase (s. 0), denn sie entscheidet, ob eine Person am Interview teilnimmt oder nicht (Engel et al., 2005, S. 1221)
- Die Kanalreduktion verringert die Möglichkeit, wie sonst üblich, nonverbale und (teilweise auch) paraverbale Kommunikation für die Verständnissicherung zu verwenden.
- Über den auditiven Kanal muss ein direkter mündlicher Kontakt zwischen Interviewer/in und Klient/in / Patient/in hergestellt werden, der zum Beziehungsaufbau und zur Beziehungsgestaltung genutzt werden kann. Das setzt einen Vertrauensvorschuss bei den Beteiligten voraus und eine technisch störungsfreie Kommunikation.
- Der fehlende vis-a-vis-Kontakt (die „asoziale“ Kommunikationssituation) ist anfällig für einen Abbruch durch die Klient/innen / Patient/innen; der Interviewer hat kaum Möglichkeiten, frühzeitig auf einen möglichen Abbruch zu reagieren und gegenzusteuern.
- Die Authentifizierung der Person am Telefon ist nicht sicher und setzt „ehrliches“ Einlassen auf die Interviewvereinbarung voraus. Telefonische Katamnesen können sonst leicht zu „Fremdkatamnesen“ oder „Familienkatamnesen“ werden.
- Die Kanalreduktion macht die Kommunikation nicht nur störungsanfällig, sie ist für einzelne Personen anstrengender als eine direkte vis-a-vis Kommunikation.
- Die Kanalreduktion schafft partielle Anonymität, was für manche Klient/innen / Patient/innen eher als belastend erlebt wird, was aber das Ansprechen eventuell peinlicher Themen erleichtern kann.
- Bei audio-visuell übertragener Interviewdurchführung über Skype oder vergleichbare

Internetapplikationen (über PC/Notebook, Smartphone, Tablet) gelten die obigen Anmerkungen – je nach Übertragungsqualität – nur teilweise. Auch in diesem Fall müssen Einschränkungen gegenüber dem persönlichen Kontakt berücksichtigt werden, wengleich hier nonverbale und paraverbale Kommunikationswege (begrenzt) erhalten bleiben und mehr Möglichkeiten bestehen, Erläuterungen vorzunehmen.

Die **schriftlich-postalische Erhebung** und die **schriftlich-internetgestützte** (computerunterstützte) Befragung weisen Besonderheiten auf, die sie von den mündlichen Erhebungsmodi unterscheiden und Einschränkungen ihrer Einsatz- und Leistungsmöglichkeiten erkennbar machen:

- Beide Erhebungsmodi setzen weder eine lokale noch eine zeitliche Präsenz voraus; darin kann man einerseits organisatorische Vorteile sehen, andererseits muss eine aktuelle und richtige Adresse vorliegen, um die Adressaten auch anzuschreiben. Bei der internetgestützten Befragung muss davon ausgegangen werden, dass der Adressat/die Adressatin per PC erreichbar ist und einen Zugang zu einem PC bzw. internetfähigen Smartphone/Tablet hat. Die elektronische Form der Befragung setzt das Vorhandensein eines Online-Zuganges mit „gültiger“ E-Mail-Adresse oder Mobilnummer voraus.
- Die nicht erforderliche Präsenz stellt eine quasi-assozielle Kommunikationssituation dar. Es kann angenommen werden, dass manche der befragten Personen sich jedoch eine Vorstellung von der Person oder der Einrichtung machen, die die Katamnese-Erhebung durchführt und damit die "Nicht-Präsenz" aufheben und den Fragebogen mit Bezug zu diesen beantwortet. Dies kann zu "sozial erwünschten" Antworten führen oder die antwortende Person "nutzt" den Schutz der Anonymität, um abwertende oder falsche Antworten zu geben.
- Beide Erhebungsmodi sind "schriftgestützt" und verwenden einen schriftlich (bzw. grafisch umgesetzten) vorliegenden Fragebogen. Dies setzt sprachliche Kompetenz voraus. Die Befragten müssen den Text lesen und verstehen und sie müssen "antworten" (schreiben, ankreuzen, anklicken bzw. antippen) können, was nicht für alle vorausgesetzt werden kann. Bei Personen mit Migrationshintergrund und/oder geringer Schulbildung können fehlende sprachliche Kompetenzen dazu führen, dass der Fragebogen nicht, lückenhaft oder fehlerhaft ausgefüllt wird. In EDV-gestützten Befragungen kann hier ggf. mit interaktiven Hilfetexten und verknüpften Eingabebeispielen zusätzlich erklärt und unterstützt werden.
- Beide erfolgen in Form der "Selbstadministration": die befragte Person ist aufgefordert, den Fragebogen selbst und ohne fremde Hilfe auszufüllen. Das setzt eine hohe Motivation voraus, sich auf die in den Fragen angesprochene Thematik einzulassen, sich für die Beantwortung Zeit zu nehmen, die Fähigkeit und Bereitschaft, den Fragebogen wahrheitsgemäß und sorgfältig auszufüllen und ihn termingerecht zurückzusenden. In EDV-gestützten Versionen sollte immer eine Möglichkeit zur Zwischenspeicherung der bereits erfolgten Eingaben bestehen.
- Beide Erhebungsmodi sind nicht "fälschungssicher", der Erhebungsmodus garantiert nicht, dass der vorgesehene Adressat (der/die ehemalige Klient/in bzw. Patient/in) und der Responder (die Person, die den Fragebogen ausfüllt) miteinander identisch sind. Weil schriftliche Befragungen üblicherweise bzw. von ihrer Konzeption her die

Abwesenheit der befragenden Person (der Interviewerin/des Interviewers) voraussetzen, besteht nicht nur die Möglichkeit, dass eine nicht vorgesehene Person die Rolle der oder des "Befragten" einnimmt, sondern auch dass "unerwünschte Dritte" bei der Beantwortung mitwirken, so dass die vorgesehene "Selbstadministration" zumindest partiell aufgehoben wird.

4.b.7 Strategien zur Verbesserung der Teilnahme und des Rücklaufs; die Katamnese-schulung

„Katamnese-schulung“

Katamnese-Erhebungen unterscheiden sich (s. 0) von den sonst üblichen Befragungen und Umfragen dadurch, dass die potenziellen Teilnehmer/innen bereits vor der eigentlichen Katamnese-Erhebung identifizierbar und ansprechbar sind. Daher ist es möglich, sie bereits in der Behandlungs- bzw. Betreuungsphase über die Bedeutung der Katamnese und über die Durchführungsmodalitäten zu informieren und im Hinblick auf die dabei zu leistenden Aufgaben zu instruieren und zu schulen.

Diese frühe Kontaktaufnahme mit den späteren Teilnehmer/innen an der Katamnese-Erhebung und die damit mögliche Vorabinformation korrespondiert mit dem Einholen der Einwilligungserklärung (siehe Kapitel 0). Das Einholen der Einwilligungserklärung kann aus unserer Sicht sinnvoll dadurch ergänzt werden, indem auf die vorgesehene „Katamnese-schulung“ hingewiesen wird.

Die "Katamnese-schulung" sollte aus zwei Teilen bestehen:

- **Teil 1:** im Verlauf der Betreuungs- bzw. Behandlungsphase und nach dem Einholen der Einwilligungserklärung sollten die Klient/innen bzw. Patient/innen in einer Einzel- oder Gruppenveranstaltung mit dem Katamnesefragebogen und insbesondere auch mit seiner Beantwortung sowie den Durchführungsmodalitäten vertraut gemacht werden. Der Katamnesefragebogen sollte vorgestellt und „versuchsweise“ ausgefüllt und das Ausfüllen besprochen werden. Dabei kann auch ausgelotet werden, welcher der vier möglichen Erhebungsmodi von den zu befragenden Personen präferiert wird bzw. mit welchem sie gut zurechtkommt und wie gut welcher Erhebungsmodus organisatorisch durchführbar ist.
- **Teil 2:** in der Abschlussphase der Betreuung/Behandlung sollten die Informationen und Erfahrungen von Teil 1 aufgefrischt und die Teilnahmebereitschaft erfragt bzw. gefestigt werden. Hier kann auch die Adresse aktualisiert bzw. vereinbart werden, ob seitens der Klient/innen bzw. Patient/innen die Bereitschaft besteht, eventuelle Adressänderungen der Einrichtung mitzuteilen. Sinnvoll ist auch zu prüfen, ob die erteilte Einwilligungserklärung weiterhin gilt oder widerrufen wird. Es ist selbstverständlich, dass Teil 2 der „Katamnese-schulung“ nur für Fälle, bei welchen eine planmäßige oder eine vorzeitige einverständliche Beendigung erfolgt, durchgeführt werden kann.

Strategien zur Verbesserung der Teilnahme und des Rücklaufs

Bei der Katamnese-Erhebung selbst gilt es, wie bei anderen Befragungen oder Umfragen auch, zwei wichtige Aufgaben zu meistern. Erstens das Zustandekommen der Kontaktaufnahme, so dass eine Teilnahme und Kooperation möglich wird. Zweitens dafür zu sorgen, dass die Teilnahme an der Befragung selbst - die schriftliche oder mündliche Beantwortung der Fragen - auch realisiert wird bzw. dass es nicht zu einer Verweigerung der Teilnahme kommt, z.B. durch Abbruch des Telefonates oder der Online-Beantwortung.

Die Kontaktaufnahme - das Anschreiben bzw. der Anruf - sollte so gestaltet werden, dass die angesprochene Person motiviert wird, teilzunehmen und sich auf die Befragungssituation einlässt und nicht bereits die Kontaktaufnahme abbricht. Diese Aufgabe ist bei prospektiven Katamnesen insofern vorgebahnt, weil sie üblicherweise angekündigt erfolgt (s. Katamneseerschulung). Die Information über die vorgesehene Behandlung/Betreuung sollte auch die geplante Katamnese-Erhebung mit einschließen. Die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe Kapitel 0) umfasst die Bereitschaft, an der Befragung teilzunehmen, womit sowohl die Kontaktaufnahme als auch die Beantwortung eingeschlossen sind. Andererseits sichert die Einwilligungserklärung den Klient/innen bzw. Patient/innen zu, ohne Angabe von Gründen die freiwillige Teilnahme zu widerrufen, was es zu respektieren gilt.

Von Interesse sind jedoch jene Fälle, bei welchen trotz vorliegender Einwilligungserklärung die erfolgte Kontaktaufnahme zu den zu befragenden Personen ohne Resonanz bleibt und z.B. der versandte Katamnesefragebogen nicht beantwortet wird ("kein Rücklauf") aber auch keine Information vorliegt, dass die Teilnahme widerrufen wurde. Damit stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten es gibt, zu erreichen, dass die angeschriebenen Personen doch teilnehmen (und nicht verweigern) und den Fragebogen beantworten und zurücksenden.

Die Umfrageforschung (u.a. Reuband, 2015; Reuband & Blasius, 2000; Klein & Porst, 2000) hat sich mit "Erscheinungsformen der Verweigerung" befasst. Angenommen wird, dass Personen bei ihrer Entscheidung, an einer Befragung teilzunehmen, ein rationales Entscheidungskalkül praktizieren. Der Aufwand für die Teilnahme sollte aus Sicht der befragten Person gering sein, der reale oder potentielle „Gewinn“ dagegen eher hoch. Teilnahmeverweigerung beruht jedoch nicht immer auf einer rationalen Entscheidung. Neben der „harten“ (bewußten, rationalen) Verweigerung kann auch eine „temporäre“ oder „situationsspezifische“ vorliegen. Studien belegen, dass es möglich ist, Personen, die zunächst (z.B. situationsspezifisch) verweigert bzw. nicht geantwortet haben, durch erneute Kontaktaufnahme (z.B. durch das bekannte „Erinnerungsschreiben“) doch für eine Teilnahme zu gewinnen („konvertierte, kooperationsbereite Verweigerer“).

Die Literatur zur Umfrageforschung enthält zahlreiche Vorschläge und Strategien zur Erhöhung der Teilnahme und damit der Ausschöpfungsquote. Die Vorschläge sind sowohl allgemein gehalten als auch spezifisch für einen der „klassischen“ Erhebungsmodi (z.B. Telefoninterview, postalische Befragung). Die folgende Liste (u.a. Reuband, 2014; Klein & Porst, 2000) enthält Vorschläge, die dafür sorgen, dass Kontaktaufnahme und Kooperation mit hoher Wahrscheinlichkeit gelingen.

(1) Anschreiben

- Wer verfasst das Anschreiben und wer übernimmt die offizielle Autorenschaft für die Befragung (bspw. Einrichtungsleitung oder eine aus der Behandlung bekannte Person)?
- es sollte kurz gefasst und nicht länger als eine Seite sein. Thema und Ziel der Studie sollten verständlich dargestellt werden.
- das Thema der Untersuchung und der Fragebogenaufbau sollten das Interesse der befragten Person wecken bzw. ihr entsprechen; es sollte für die befragte Person einen „Aufmerksamkeitswert“ besitzen.
- die Bedeutsamkeit der Teilnahme an der Befragung für die Einrichtung aber auch für die befragten Personen sollte erkennbar und nachvollziehbar sein
- Vertraulichkeitszusagen/Datenschutz/„Anonymität“/Bezug zur Einwilligungserklärung
- eine Erläuterung der Rücksendung und des Rücksendedatums, einen frankierten und adressierten Rückumschlag; Information über eine eventuelle Erinnerungsaktion
- ein Angebot der Kontaktaufnahme (per Telefon oder Internet)
- Dank für die Teilnahme und Unterschrift der für die Befragung verantwortlichen Person.

(2) Umfang des Fragebogens

- Kürzere Fragebogen mit „leserfreundlichem“ Layout sind günstiger; Thematik und die Art der Durchführung können das Risiko der Nonresponse bei langen Fragebogen relativieren!

(3) Art und Zeitpunkt des Versandes

- „neutraler“ Versand (Datenschutz);
- nicht in Ferienzeit, an Feiertagen (Risiko, die Adressaten nicht anzutreffen)

(4) Erinnerungsaktionen/„Nachfassaktionen“

- Wer soll die Erinnerungsaktionen durchführen?

Zwei Varianten für Erinnerungsaktionen werden diskutiert:

- das schriftliche (postalisch oder elektronisch) Erinnerungsschreiben
- die telefonische Erinnerungsaktion

Erinnerungsaktion und Anschreiben müssen nicht im gleichen Modus durchgeführt werden (z.B. beide postalisch oder beide telefonisch).

- Soll nur einmal „erinnert“ werden oder mehrmals, d.h. Versand von zwei oder drei Schreiben?
- Soll die Erinnerungsaktion nur „erinnern“, den erhaltenen Fragebogen auszufüllen und zurückzuschicken oder soll eine "erneute" Kontaktaufnahme erfolgen, um die nicht antwortende Person doch noch für eine Teilnahme / Response zu gewinnen. Dann sollte auch ein Fragebogen zum Ausfüllen zugeschickt werden.
- Erinnerungsaktionen sind bei den Klient/innen / Patient/innen, die als „passive Nonresponder“ gelten, d.h. Personen, die den Katamnesefragebogen „verlegt“ oder „verloren“ oder „vergessen“ haben, den Fragebogen zurückzusenden, eher erfolgreich als bei den „aktiven Nonrespondern“ (den „harten Verweigerern“), also

den Personen, die absichtlich und bewusst die Beantwortung und Rücksendung verweigern.

Die für die Standardkatamnese vorgesehene Erinnerungsaktion wird in 0 unter Punkt 10 beschrieben!

(5) Die Anonymisierung/Pseudonymisierung des Fragebogens; Vergabe eines Codes

(6) Teilnahmeanreize („Incentives“)

- Üblicherweise wird zwischen materiellen und nichtmateriellen Anreizen unterschieden
- Als nichtmaterieller Anreiz zählt das Gefühl des Befragten, an einer (möglicherweise auch für ihn selbst) wichtigen Befragung teilzunehmen
- Materielle Anreize sind z.B. Geldbeträge oder materielle Sachleistungen wie z.B. die Teilnahme an einer Verlosung. Sie sind nicht vorgesehen und nicht erlaubt.
- Anreize sind dann wirksam, wenn sie von Anfang gewährt werden; Anreize, die erst im Rahmen der Erinnerungsaktion gewährt werden, sind eher nicht wirksam.

Insgesamt sollte die Durchführung so geplant und organisiert werden, dass der Aufwand für die befragten Personen möglichst gering ist, die Befragung (bzw. der Fragebogen) verständlich und transparent ist, und die Beziehung zwischen den Beteiligten respektvoll und „auf Augenhöhe“ erfolgt. Das schließt das Angebot ein (s.o.), dass die befragte Person auf Wunsch Auskunft über ihr Ergebnis erhalten kann.

4 c) Leitfaden zur Implementierung und Durchführung

Der Leitfaden befasst sich mit der Art und Weise, wie Katamnesen konzipiert, implementiert und durchgeführt werden sollen. Er enthält Durchführungsstandards. Bei der Konzipierung, Implementierung und Durchführung von Katamnesen ist es notwendig und nützlich, bestimmte fachliche und organisatorische Vorgaben zu berücksichtigen, um die Chance zu optimieren, mit der Katamnese-Erhebung die vorgesehenen Ziele auch erreichen zu können. Der Leitfaden stellt dafür zentrale Elemente und Gesichtspunkte zusammen.

Die Ausführungen des Leitfadens stellen einen verbindlichen Rahmen her. Er gewährt den Einrichtungen allerdings einen Spielraum, damit sie ihre besonderen Interessen und Vorgaben auch angemessen berücksichtigen können. Es ist Aufgabe der Einrichtungen, die hier formulierten Vorgaben vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Rahmenbedingungen und in Bezug auf die spezifischen Zielsetzungen und Fragestellungen ihrer Katamnese aufzugreifen, zu übernehmen und gegebenenfalls durch eigene Fragestellungen oder Umsetzungsformen zu ergänzen oder anzupassen.

4.c.1 Aufgaben und Phasen der Katamnese-Erhebung

Die Durchführung von Katamnese-Erhebungen umfasst mehrere Arbeitsphasen, welche

spezifische Aufgaben und Vorgehensweisen beinhalten. Über diese Aufgaben und Vorgehensweisen liegen fachliche Erfahrungen sowie wissenschaftlich fundiertes Wissen vor, so dass es möglich ist, die Aufgaben und Vorgehensweisen in zentralen Aspekten zu standardisieren.

- **Phase 1:** Zunächst ist die Entscheidung zu treffen, Katamnesen durchzuführen und dazu ein **Rahmenkonzept** zu entwickeln. Im Rahmenkonzept ("**Katamnesekonzept**") werden die Zielsetzungen, Fragestellungen und Durchführungsmodalitäten (u.a. Erhebungszeitraum) festgelegt, sowie strukturelle, organisatorische und personelle Voraussetzungen für die Durchführung "eingerichtet" (Implementierung). Das Konzept sollte vor allem auch Vorschläge bezüglich der Erweiterung und Ergänzung des KDS-Kat enthalten, damit diese frühzeitig vorbereitet und eingearbeitet werden können. Das Konzept ist eine nützliche Grundlage zur Teilnehmerinformation, die für das Einholen der Einwilligungserklärung (siehe Kapitel 0) erforderlich ist. Für die praktische Umsetzung einer Katamneseuntersuchung empfiehlt sich die Einsetzung eines/einer **Dokumentationsbeauftragten** (0), für den/die auch Ressourcen für die Durchführung der Katamnese bereitgestellt werden müssen. Es ist sinnvoll, ein **Datenschutzkonzept** (siehe Kapitel 0-0) auszuarbeiten und es mit dem/der zuständigen Datenschutzbeauftragten (siehe Kapitel 0) abzustimmen.
- **Phase 2:** Die Durchführung einer Katamnese-Erhebung verlangt eine systematische, sorgfältige und kontrollierte Erhebung. Daher ist es erforderlich, einen konkreten **Durchführungsplan** (0) zu entwickeln und - so unsere Empfehlung - mit der Person des/der „Dokumentationsbeauftragten“ eine/n Verantwortliche/n zu benennen.
- **Phase 3:** Stringente Planung der **Dokumentation und Auswertung** der Katamnesen, der **Präsentation der Ergebnisse** inklusive der **Diskussion, Bewertung und Verwertung** der Ergebnisse sowie einer eventuellen **Publikation**.

4.c.2 Der / die Dokumentationsbeauftragte

Die/der Dokumentationsbeauftragte (DB) übernimmt folgende Aufgaben, die er/sie selbst ausführt oder aber auch delegieren kann:

- Anleitung der Kolleginnen und Kollegen zur Durchführung der Katamnese
- Rechtzeitige Vorbereitung der Katamnese-Erhebung: Überprüfung der Adressen und sorgfältige Adresspflege, Kodierung der Fragebögen, Organisation des Versandes (siehe Abschnitt 0).
- Durchführung der Katamnese-Erhebung (siehe Abschnitt 0)
- Führen des Katamneseprotokolls (siehe Abschnitt 0)
- Archivierung der Unterlagen
- Dateneingabe in ein spezielles Katamnese-Modul einer Klient/innenverwaltungs-Software (bzw. einer Dokumentations-Datenbank)
- Organisation der Auswertung (eigenständige Auswertung oder Delegierung an externe Stelle?)
- Weitergabe der aggregierten Daten für eine einrichtungsübergreifende Auswertung
- Datenschutzmanagement

Sofern es nicht möglich ist, Katamnesefälle per Filterfunktion aus der EDV-gestützten Dokumentation zu identifizieren, sorgt die/der Datenbeauftragte dafür, dass die Kolleg/innen regelmäßig die definierten Fälle melden. Sie/er führt darüber eine Liste. Auch für den Fall einer längeren Abwesenheit (z.B. Krankheit, Elternzeit) sorgt die/der Datenbeauftragte dafür, dass die Kolleg/innen die entsprechenden Fälle leicht zugänglich machen, um eine möglichst alle Fälle umfassende Katamnese nicht zu gefährden.

4.c.3 Durchführungsplan

Der Durchführungsplan gliedert sich in **vier Hauptbereiche**: Vorbereitung, Durchführung, Auswertung und Bewertung der Ergebnisse. Für jeden Hauptbereich werden Teilaufgaben benannt, damit eine fundierte und standardisierte Durchführung gewährleistet werden kann.

I. Vorbereitung der Datenerhebung	
1	Bildung der Ausgangsstichprobe: Identifizierung der Fälle (siehe 0)
2	Erstellen der Liste der Katamnesefälle (siehe 0)
3	<p>Vergabe des Fall-Codes (Registrierungsnummer)</p> <p>Jeder Katamnesefall erhält einen „Fall-Code“. Es handelt sich um eine einrichtungsinterne Kennziffer, die gewährleisten soll, dass der Fragebogen nicht durch Dritte identifiziert werden kann. Empfohlen wird, die in der Einrichtung übliche Aufnahme- oder die Einrichtungs-Registrierungsnummer zu verwenden. Es wird davon ausgegangen, dass der Registrierungsmodus in jeder Einrichtung in schriftlicher und verbindlicher Form vorliegt.</p> <p>Der Fall-Code soll auch sicherstellen, dass der Katamnesefragebogen den vorliegenden Fallunterlagen, speziell der Dokumentation, dem/r jeweiligen Klient/in /Patient/in zugeordnet werden kann, damit die Auswertung der Katamnesen auch die Eingangs- und Verlaufsdaten einbeziehen kann. Daher ist es erforderlich, dass die Einrichtung darauf achtet, dass die in der Einrichtung übliche Registrierung der Fälle eindeutig ist (die Registrierungsnummer wird nur einmal vergeben, so dass sie einen Fall eindeutig identifiziert).</p>
4	Erfassung der Größe der Ausgangsstichprobe als Basisinformation für die konkrete Durchführung der Katamnese-Erhebung (Anzahl der Fälle = Anzahl der Fragebogen = Anzahl der Versandumschläge usw.).
5	Bereitstellung der erforderlichen Materialien (Anzahl Fragebogen u.a.)
6	<p>Vorbereitung der Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kodierung der Katamnesefragebogen und Versandumschläge mit Fall-Code - Überprüfung der Adresse (ggf. Durchführung einer ergänzenden Adressrecherche) - Anschreiben und Versand vorbereiten, Klärung der Rücksendeadresse
7	Zeitplan für Versand und Erinnerungsschreiben justieren.
II. Durchführung der Erhebung	
8	Versand (Datenschutz beachten)
9	Kontrolle des Rücklaufs (mit Hilfe des Katamneseprotokolls bzw. der Fall-Liste) (s. 0)
10	Erinnerungsschreiben bei Nichtantwortern (6 Wochen nach Erstversendung bei 1-Jahres-Katamnesen)
11	Katamneseprotokoll ausfüllen (Vorschlag: pro Monat nach Abschluss der Erinnerungsaktion)
12	Archivieren der eingegangenen Katamnesefragebogen
III. Auswertung der erhobenen Daten	
13	Vorbereitung der Dateneingabe (Kontrolle der Unterlagen auf Vollständigkeit)
14	Bildung der Katamnese-Stichproben (s. 0)
15	Dateneingabe
16	Datenauswertung (s. 0)
17	Weiterleitung der Daten in aggregierter Form (für einrichtungsübergreifende Auswertung)
18	Datenlöschung (in der Einverständniserklärung benennen)
IV. Bewertung der Ergebnisse der Katamnese	

19	(schriftlicher) Bericht/Dokumentation (Vergleich mit Vorjahren oder mit externen Ergebnissen)
20	Einrichtungsinterne Diskussion/Verwertung
21	Evaluation der Katamnese-Erhebung im Sinne einer Überprüfung und Optimierung des Verfahrens
22	Veröffentlichungen (Jahresbericht u.a.)

4.c.4 Differenzierung des Durchführungsplanes

Je nach Rahmenbedingungen muss der Durchführungsplan variiert werden. Mögliche Differenzierungsgesichtspunkte sind:

- Setting: stationäre, ganztägig ambulante, ambulante Einrichtungen
- Klientel: Erreichbarkeit, Kooperationsbereitschaft, legale/illegale Suchtmittel
- interne oder externe Erledigung der einzelnen Aufgaben (insbesondere bei externer Auswertung der Katamnesefragebogen)
- Art der Auswertung: EDV-gestützte oder manuelle.

4.c.5 Vollerhebung

Der Fachausschuss Statistik der DHS sieht für die Katamnese-Erhebung eine Vollerhebung vor. Im Bereich der Sucht- und Drogenbehandlung wird eine auf einer Vollerhebung basierende Katamnese empfohlen, die kontinuierlich (d.h. fortlaufend, ohne Erhebungspause) als prospektive Routinekatamnese durchgeführt wird. Eine Vollerhebung umfasst alle Fälle eines Entlassjahrganges, welche die vorgesehenen Kriterien (s. 0) erfüllen.

Dieselbe Empfehlung gilt auch für den höherschwelligen Bereich der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe, im niedrigschwelligen Bereich ist eine Einjahres-Katamnese zumindest in regelmäßigen Abständen anzustreben. Vollerhebungen, die nicht kontinuierlich durchgeführt werden, erfordern, dass ein Erhebungszeitraum angegeben wird (z.B.: Abschlussjahrgänge 2010 - 2015).

4.c.6 Welche Fälle werden für die Katamnese-Erhebung vorgesehen?

Die Grundgesamtheit der Katamnese-Erhebung umfasst jeweils alle Fälle, die eine Behandlung oder Betreuung in der eigenen Einrichtung (nach KDS-Fall 2.5.1) erhalten und im Bezugskalenderjahr abgeschlossen haben (= Entlassjahrgang). Die Behandlung/Betreuung kann vollständig in der Zuständigkeit und entsprechend dem Versorgungsauftrag der eigenen Einrichtung durchgeführt worden sein oder in Kooperation mit einer (externen) Einrichtung (s. KDS-F 2.5.3).

Für eine Aufnahme in die Katamnese Stichprobe gelten darüber hinaus folgende Bedingungen:

- Die Grundgesamtheit bzw. der Entlassjahrgang muss vollständig mit einem

Dokumentationssystem, welches den Deutschen Kerndatensatz Fall (KDS-F) enthält, erfasst und dokumentiert werden, um den Bezug zwischen Behandlungs- und Katamnesedaten herstellen zu können, aber auch um Vergleiche zwischen Einrichtungen zu ermöglichen.

- über den Behandlungsbeginn und das Behandlungsende liegen tagesgenau definierte Angaben vor. Mit "Beendigung" ist nicht gemeint, dass die Behandlung planmäßig abgeschlossen sein muss, sondern dass sie formal beendet wurde (s. KDS-F 2.6.5). Die Nachbefragung umfasst somit auch unplanmäßig beendete Behandlungen.
- für jeden Behandlungs-/Betreuungsfall liegt eine eigene Diagnose nach ICD-10 (F10 - F19, F50, F55, F63.0, F63.8, F68.8) vor.
- für jeden Behandlungs-/Betreuungsfall liegt eine datenschutzrechtliche Einverständniserklärung bezüglich Dokumentation und Teilnahme an der Katamnese vor.

Für (eventuell betreute) Angehörige gelten die o.g. Bedingungen nicht, insofern werden sie nicht in die Katamnese aufgenommen.

4.c.7 Durchführungsstrategie: Phasen, Schritte und Teilstichproben

Im Sinne der vorgesehenen Vollerhebung bilden alle Fälle, für welche die oben genannten Kriterien zutreffen, die Grundgesamtheit (in der Umfrageforschung oft auch „Bruttostichprobe“ genannt). Die Bildung der Stichprobe erfolgt zwar unter der Zielsetzung, von möglichst allen Fällen Katamnesen zu erheben, es ist jedoch davon auszugehen, dass nicht alle Klient/innen / Patient/innen an der Untersuchung teilnehmen werden.

Bezüglich der „Nicht-Teilnahme“ oder „Ausfälle“ wird zwischen „stichprobenneutralen“ und „nicht-stichprobenneutralen“ oder „systematischen“ Ausfällen unterschieden. Stichprobenneutrale Ausfälle sind solche, die mit der Befragung nichts zu tun haben (z.B. dass keine gültige Adresse ermittelt werden kann), während „systematische“ Ausfälle mit der Durchführung der Untersuchung und/oder dem Untersuchungsgegenstand zusammenhängen. Da das Vorliegen der datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung ein vorgeschriebenes Kriterium bezüglich der Teilnahme darstellt, muss sie hier wie ein „stichprobenneutrales“ Kriterium bewertet werden, obwohl angenommen werden kann, dass sie durchaus mit der Untersuchung und dem Untersuchungsgegenstand zusammenhängt.

Die Durchführungsstrategie erfolgt in mehreren Schritten, in welchen zugleich zwischen Teilnahme (Responder) und Nicht-Teilnahme (Nonresponder) differenziert wird.

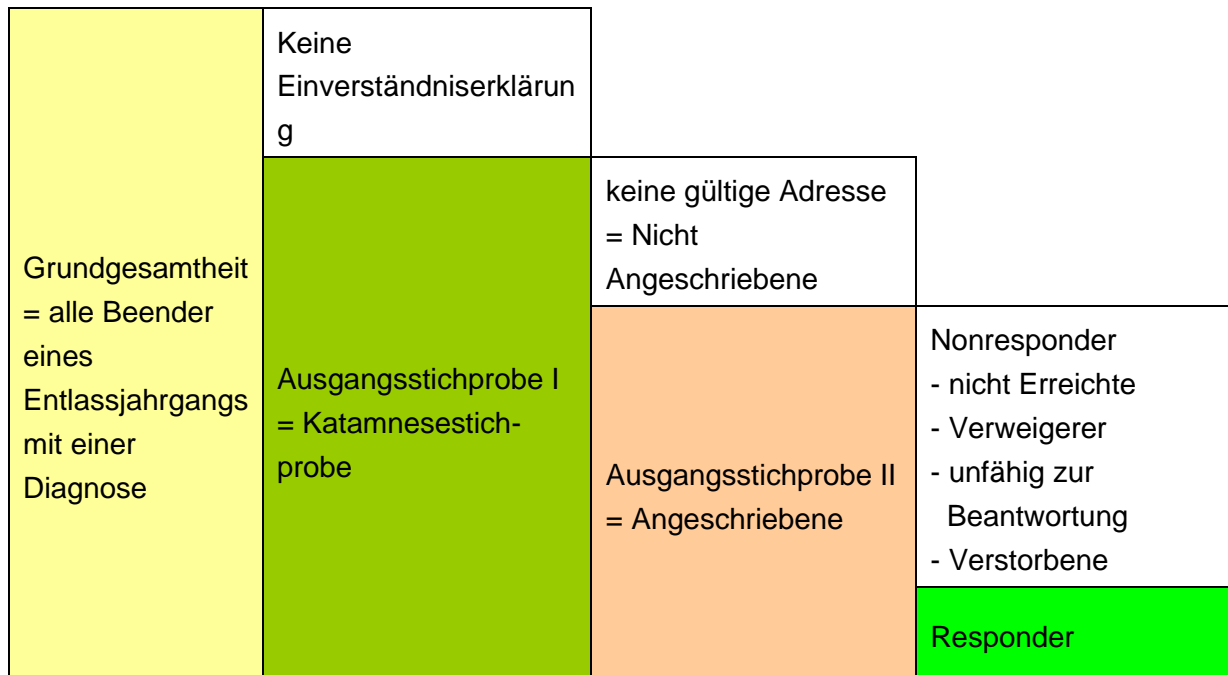


Abbildung 1: Bildung der Stichprobe und „Katamnesechwund“

Für alle Stichproben sind absolute und relative Häufigkeiten anzugeben.

(1) die Grundgesamtheit wird um die Fälle reduziert, von welchen während der Behandlung keine Einverständniserklärung vorliegt; denn diese Fälle dürfen nicht in die Katamnese-Erhebung einbezogen werden. Die so reduzierte Stichprobe ist Katamnese- oder Ausgangsstichprobe (**Ausgangsstichprobe I**).

(2) Die Ausgangsstichprobe I wird sodann um die Fälle bereinigt, von welchen keine gültige Adresse vorliegt oder keine aktuell gültige ermittelt werden konnte, so dass diese Fälle auch nicht angeschrieben werden können. Diese bereinigte Stichprobe bildet die **Ausgangsstichprobe II**, d.h. die Stichprobe der „angeschriebenen“ Fälle (s. Abbildung 1). Nicht angeschrieben werden somit alle Fälle, für die keine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Katamnese vorliegt, sowie die Fälle, für die trotz Bemühungen keine gültige Adresse vorliegt. Angeschrieben werden somit nur die Fälle mit einer aktuell gültigen Adresse.

(3) Von einem Teil dieser Stichprobe (Ausgangsstichprobe II) erhalten wir den beantworteten Fragebogen zurück; sie nimmt an der Katamnese- studie teil und bildet die Stichprobe der Responder (Antworte, Teilnehmer). In der Stichprobe der Responder sind sowohl solche, die "postwendend" geantwortet haben (Früh-Responder) als auch solche, die erst auf das Erinnerungsschreiben (s. 0 und 0) hin geantwortet haben (Spät-Responder).

(4) Von einem anderen Teil erhalten wir keine beantworteten Katamnesebogen zurück, es handelt sich um die Stichprobe der Nonresponder oder „Nicht-Teilnehmer“ („Ausfälle“). Die

Teilstichprobe der Nonresponder enthält verschiedene Unterstichproben, je nach Grund der Nichtbeantwortung bzw. Nicht-Teilnahme:

- die „nicht Erreichten“: die richtige Adresse liegt vor, die Personen waren jedoch zum Zeitpunkt der Befragung nicht an ihrem Wohnsitz (z.B. Reise, Klinikaufenthalt).
- Personen, die „unfähig zur Beantwortung“ waren (z.B. aufgrund einer schweren Erkrankung)
- verstorbene Personen.
- Verweigerer: Personen, welche die Beantwortung erst zum Zeitpunkt der Erhebung aktiv oder passiv verweigern und den Fragebogen mit oder ohne Kommentar zurückschicken oder unbeantwortet lassen bzw. die telefonische oder Online-Kontaktaufnahme abbrechen. Auch diese Personen nehmen an der Katamnese studie nicht teil.

4.c.8 Katamneseprotokoll

Eine vollständige Katamnese-Erhebung beinhaltet das Katamneseprotokoll und den Katamnesefragebogen. Das Katamneseprotokoll (s. Tabelle 1) dokumentiert die Art und das Ergebnis der Durchführung der Katamnese für jede/n Klient/in bzw. Patient/in. Das Katamneseprotokoll ist eng an die Vorschläge der „Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001) angelehnt (s. Items 274-277, S. 70-71).

Das Katamneseprotokoll enthält alle Fälle, von welchen eine Einverständniserklärung vorliegt (Ausgangsstichprobe I) also auch die Fälle, von welchen keine aktuelle Adresse vorliegt und die daher nicht angeschrieben wurden.

Tabelle 1: Katamneseprotokoll

Name Kl./Pt.	Code Kl./Pt.	Versanddatum	Datum Erinnerungsschreiben	Eingangsdatum Katamnesebogen	Grund, falls keine Rücksendung erfolgt ist
Müller, Xaver	213 / 2014	18.01.2016	28.02.2016	30.03.2016	
Endlos, Hanna	214 / 2014	18.01.2016	-	25.01.2016	
Weitweg, Fritz	215 / 2014	18.01.2016	13.02.2016	-	verstorben
Mann, Paul	216 / 2014	keine Adresse	-	-	
Maier, Peter	217 / 2014	18.01.2016	13.02.2016	-	unbekannt verzogen
Müllejäns, Eva	232 / 2014	18.01.2016	13.02.2016	30.03.2016	Beantwortung verweigert
Schiffler, Claas	246 / 2015	18.01.2016	13.02.2016	-	Annahme verweigert

4.c.9 Bildung der Katamnese stichproben

Entsprechend der Erhebungsstrategie wird die Grundgesamtheit (Entlassjahrgang) in mehrere Teilstichproben unterteilt. Tabelle 2 enthält diese Teilstichproben und ermöglicht, die jeweilige Anzahl der Fälle und den prozentualen Anteil übersichtlich darzustellen. Die Angaben dienen dazu, die Erhebungsstrategie transparent zu machen und die Ausschöpfungsquote zu berechnen. Zur Veranschaulichung enthält die Tabelle fiktive Zahlen.

Tabelle 2: Bildung der Katamnese-Stichprobe

Erhebungsstrategie	alle Fälle		planmäßige Beender	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Fälle ohne Einverständniserklärung	20	2	10	5
keine gültige Adresse / nicht angeschrieben	20	2	5	2,5
nicht erreicht / unbekannt verzogen	50	5	20	10
Verstorben	10	1	5	2,5
unfähig zur Beantwortung	20	2	10	5
Beantwortung verweigert, Fragebogen zurückgeschickt	10	1	5	2,5
kein Rücklauf	200	20	30	15
keine Daten, Sonstiges	20	2	15	7,5
Nonresponder	350	35	100	50
Fragebogen liegt vor: Früh-Responder	500	50	20	10
Fragebogen liegt vor: Spät-Responder	150	15	80	40
Grundgesamtheit (Entlassjahrgang)	1000	100	200	100

Bei den Respondern kann es aufschlussreich sein, zwischen Früh-Respondern (Antwort/Rücksendung erfolgt im vorgesehenen Zeitraum) und Spät-Respondern (Antwort/Rücksendung erfolgt erst nach Erinnerungsschreiben) zu unterscheiden. Eine weitere Differenzierung, die sich auf alle Untergruppen der Grundgesamtheit anwenden lässt, ergibt sich durch die Unterscheidung zwischen den Fällen mit planmäßiger Beendigung und den Fällen mit nicht planmäßiger Beendigung (s. auch Berechnungsformen, 0).

4 d) Auswertung

4.d.1 Bildung der Auswertungsstichprobe

Die Bildung der Auswertungsstichprobe geht von der Grundgesamtheit aus und umfasst alle Fälle eines Entlassjahrganges mit Diagnose. Die **Ausgangsstichprobe I** enthält alle Personen eines Entlassjahrganges von welchen eine Einverständniserklärung vorliegt. Diese Stichprobe wird anschließend auf die Stichprobe der Angeschriebenen reduziert, da diejenigen Fälle wegfallen, von welchen keine gültige Adresse vorliegt (**Ausgangsstichprobe II**). Eine weitere Reduktion ergibt sich daraus, dass nur ein Teil der angeschriebenen Personen den Fragebogen zurückschickt (**Responder**), ein anderer Teil trotz Erinnerungsschreiben nicht (**Nonresponder**). Die Fälle, die antworten, nehmen an der Katamnese-Erhebung teil, sie bilden die **Auswertungsstichprobe**.

Alle Fragebogen, die zurückgeschickt wurden, gehen in die Auswertung ein. Dies gilt auch für „nicht ausgefüllte“ oder nur lückenhaft ausgefüllte Fragebogen. Eine **Missing-Data-Selektion** (z.B. Fragebögen, welche mehr als 10% nicht beantwortete oder nicht auswertbare Items enthalten, werden eliminiert) wird nicht vorgenommen! Wenn Fragebogen widersprüchliche Angaben enthalten, werden die Antworten auf den „schlechten“ Fall hin interpretiert und entsprechend ausgewertet. Je nach der Anzahl der fehlenden Angaben

schwankt die Stichprobengröße bei einzelnen Items.

4.d.2 Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse: die Berechnungsformen der DGSS

Die „Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) sehen für die Auswertung von Katamnesen verschiedene Berechnungsformen vor. Der Auswertungsfokus liegt auf der Bewertung des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen. Für die Berechnung der Abstinenz- bzw. Rückfallquoten werden die Berechnungsformen 1 bis 4 (1985, S. 18) vorgesehen. Die Berechnungsformen verwenden die Anzahl abstinent Lebender (= die erfolgreich Behandelten) und setzen diese entweder in Bezug zur Anzahl erreichter Klient/innen / Patient/innen (Responder) oder zu allen Klient/innen / Patient/innen der Ausgangsstichprobe, differenziert nach Entlassform bzw. Beendigungsart.

Beendigungsart	Responder	Responder und Nonresponder
planmäßige Entlassung	Berechnungsform 1	Berechnungsform 2
planmäßige und unplanmäßige Entlassung	Berechnungsform 3	Berechnungsform 4

Abbildung 2: Berechnungsformen 1-4 (nach DGSS: Dokumentationsstandards III)

Bezugsgröße: Erfolgsquote für planmäßig entlassene Klient/innen / Patient/innen

- **Berechnungsform 1:** Anzahl abstinent Lebender bezogen auf die in der Katamneseuntersuchung erreichten Fälle (Responder) mit planmäßiger Entlassung. Todesfälle werden nicht in die Berechnung aufgenommen, ihre Anzahl wird jedoch protokolliert und mitgeteilt.
- **Berechnungsform 2:** Anzahl abstinent Lebender bezogen auf alle Fälle der Ausgangsstichprobe I mit planmäßiger Entlassung.

Bezugsgröße: Erfolgsquote für Fälle mit planmäßiger und nicht planmäßiger Entlassung (= gesamte Ausgangsstichprobe I)

- **Berechnungsform 3:** Anzahl abstinent Lebender bezogen auf die in der Katamneseuntersuchung erreichten Personen (Responder). Todesfälle werden nicht in die Berechnung aufgenommen, ihre Anzahl wird jedoch protokolliert und mitgeteilt.
- **Berechnungsform 4:** Anzahl abstinent Lebender bezogen auf alle Fälle der Ausgangsstichprobe I (= 100%)

In der Regel ergibt die Berechnungsform 1 den besten und die Berechnungsform 4 den

schlechtesten Wert. Die "wahren" Werte des Behandlungserfolges liegen dazwischen, können aber wegen der immer anzutreffenden Rate nicht zurückkommender Katamnesebogen nicht direkt berechnet werden. Je höher der Rücklauf beantworteter und aussagefähiger Katamnesefragebogen, desto geringer der „Spielraum“ zwischen der "optimistischen" und der "pessimistischen" Schätzung des Behandlungserfolges.

Bei der **Berechnung der Entlassformen** bzw. der Unterscheidung zwischen planmäßiger und nicht planmäßiger Entlassung verwendet der KDS-F (2.6.5) dieselben Kategorien wie der ärztliche Reha-Entlassungsbericht der DRV Bund. Die Entlassformen 1, 2, 3 und 7 gelten als planmäßige Entlassungen, die Entlassformen 4, 5, 6 (und 9) als nicht planmäßige (DRV Bund, 2015, S. 24):

- regulär (1)
- vorzeitig auf ärztliche Veranlassung (2)
- vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis (3)
- vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis (4)
- disziplinarisch (5)
- verlegt (6)
- Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Reha (7)
- gestorben (9)

Neben den als Standard vorgesehenen Berechnungsgrößen 1-4 der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (1985) können zusätzliche Bewertungen des katamnestischen Erfolges verwendet werden. Entsprechende Vorschläge sind in den Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen der DG-Sucht und der DHS (2001) (Katamnesestandard 293: "Bewertung des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen") zu finden.

4.d.3 Die AbstinenzEinstufung

Für die **Berechnung der Abstinenzquoten** wird die Grundgesamtheit (Entlassjahrgang) um die Anzahl der Klient/innen / Patient/innen ohne Einverständniserklärung während der Behandlung vermindert und die Katamnese-Stichprobe (Ausgangsstichprobe I) als Grundlage verwendet. Die entsprechende Anzahl der Fälle, für die keine Einwilligungserklärung vorliegt, ist auszuweisen.

In der Ausweisung der Ergebnisse sind folgende Kategorien zu unterscheiden:

- **abstinent**: im letzten Jahr bzw. im Katamnesezeitraum kein Konsum von Alkohol, Drogen oder nicht ärztlich verordneten psychoaktiven Medikamenten (Substanzen), frei von Glücksspiel- und Internetnutzung
- **abstinent nach Rückfall**: keine durchgängige Abstinenz im gesamten Katamnesezeitraum aber im letzten Monat (30 Tage) des Katamnesezeitraums kein Konsum von Alkohol, Drogen oder nicht ärztlich verordneten psychoaktiven Medikamenten, frei von Glücksspiel- und Internetnutzung
- **rückfällig**: je nach Berechnungsform „gesichert rückfällig“ bzw. „widersprüchliche

Angaben“ und „Nichtantworter“ (= definiert rückfällig).

- **verstorben**
- **unfähig zur Beantwortung**
- **Beantwortung verweigert**
- **Fragebogen zurückgeschickt**
- **keine Information.**

Bei der Erfassung der Katamnese­daten in den jeweiligen Dokumentationssystemen wird für jeden Fall das folgende Katamnese­protokoll angelegt. Dadurch wird sichergestellt, dass die Datenerfassung und Abstinenz­einstufung nach einem einheitlichen Standard erfolgt.

1.	Katamnese­nummer	□□□□□□□□
2.	Einverständnis / Verweigerung	
	0	Einverständnis liegt vor
	1	Kein Einverständnis zur Katamnese­teilnahme vor Versand
3.	Katamnese­rücklauf	
	0	Keine Antwort / unbekannt
	1	Kein Einverständnis zur Katamnese­teilnahme nach Versand / Einverständnis zurückgezogen
	2	Katamnese­antwort liegt vor
4.	Art des Rücklaufes	
	1	schriftliche Antwort
	2	Online Katamnese
	3	Telefoninterview
	4	Sonstige Information
	5	Keine Antwort des Klienten
	6	Verweigerung, leerer Bogen
	7	Unfähig zur Beantwortung
	8	Verstorben
	(die Antworten werden in der Software abhängig von 3. Katamnese­rücklauf angeboten)	
5.	Abstinenz­einstufung Beurteilung durch Katamnese­beauftragten	
	1	Abstinent
	2	Abstinent nach Rückfall (mindestens wieder 30 Tage abstinent)
	3	Rückfällig
	4	Keine Information vorhanden (definiert rückfällig)
	5	Widersprüchliche Informationen (definiert rückfällig)

Abbildung 3: Katamnese­protokoll

Aus den Quoten der „abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“ lebenden Personen wird die **katamnestiche Erfolgsquote** berechnet. Sie stellt die Summe aus beiden Teilstichproben dar.

Es wird empfohlen, auch die **katamnestiche Ausschöpfungsquote** zu berechnen, wobei die Responder nach den Kategorien „abstinent“, „abstinent nach Rückfall“, „rückfällig“, „widersprüchliche Angaben“ und „verstorben“ differenziert erfasst werden.

Für die Auswertung ist es erforderlich, die einzelnen Fälle, von welchen

Katamnesefragebogen vorliegen, bezüglich der darin enthaltenen Angaben zur Abstinenz zu bewerten. Die folgende Tabelle enthält die vorgesehenen Bewertungskategorien (abstinent, abstinent nach Rückfall, rückfällig) und ermöglicht, die Anzahl der Fälle und den jeweiligen prozentualen Anteil darzustellen.

Tabelle 3: Bildung der Analytestichprobe

AbstinenzEinstufung	Anzahl	Prozent
abstinent	350	54
abstinent nach Rückfall	50	8
rückfällig	150	23
definiert rückfällig	50	8
widersprüchliche Angaben	50	8
Gesamt (entspricht Anzahl vorliegender Fragebogen)	650	100

Bei der AbstinenzEinstufung wird Tabakkonsum nicht berücksichtigt. Als abstinent - bzw. abstinent nach Rückfall - eingestuft wird derjenige Antworter, der die Frage 6.1 „Abstinenz“ im Katamnesefragebogen entweder mit „durchgehend abstinent“ beantwortet hat oder für den Fall, dass diese Frage mit „nicht durchgehend abstinent“ beantwortet wurde in der nachfolgenden Frage 6.1.1 die Frage zur Abstinenz in den letzten 30 Tagen mit „ja“ beantwortet hat und in den weiteren Fragespalten (6.3 und 6.4) keine widersprüchlichen Angaben vorliegen.

4.d.4 Die Ausschöpfungsquote und der Vergleich Responder und Nonresponder

Die Ausschöpfungsquote und der Vergleich der Responderstichprobe mit der Stichprobe der Nonresponder stellen zwei Möglichkeiten dar, die Qualität der Katamnese-Erhebung zu beurteilen.

Die Berechnung der Ausschöpfungsquote

Das Idealziel für eine Evaluation besteht darin, möglichst alle Fälle der Grundgesamtheit einzubeziehen, d.h. von möglichst allen eine Einverständniserklärung zu erhalten, so dass die Grundgesamtheit möglichst vollständig ausgeschöpft werden kann und eine große Ausgangsstichprobe I Grundlage für die Katamnese-Erhebung wird. Da ein Teil der Klient/innen bzw. Patient/innen jedoch das Recht in Anspruch nimmt, die Einverständniserklärung zu verweigern oder nachträglich zurückzunehmen, tritt bereits hier ein gewisser Schwund auf. Die Fälle ohne Einverständniserklärung reduzieren die Grundgesamtheit und führen zur Bildung der **Ausgangstichprobe I; sie ist Bezugsgröße für die übliche Berechnung der Ausschöpfungsquote**. Da jedoch nicht von allen Fällen eine gültige Adresse vorliegt, muss die Ausgangstichprobe I um diese Fälle reduziert und die Ausgangstichprobe II, die Stichprobe der Angeschriebenen, gebildet werden. Die Stichprobe der Angeschriebenen kann als eine zweite Bezugsgröße für die Berechnung der Ausschöpfungsquote verwendet werden.

Um die Ausschöpfungsquote möglichst hoch zu halten, empfiehlt es sich, die

Klient/innen / Patient/innen der Grundgesamtheit zu motivieren, die zum Behandlungsbeginn vorgelegte Einverständniserklärung zu unterschreiben und bei Beendigung der Behandlung diese zu erneuern. Empfohlen wird auch, dafür zu sorgen, dass eine gültige Adresse vorliegt und soweit möglich zu vereinbaren, dass Klient/innen / Patient/innen eine Adressänderung der Einrichtung mitteilen. Adressänderungen treten erfahrungsgemäß häufiger bei Personen mit Migrationshintergrund sowie mit Drogenproblemen auf.

Die Qualität einer Erhebung kann mithilfe der Kriterien "**Stichprobenqualität**" und "**Datenqualität**" beurteilt werden. Der Begriff "unit-nonresponse" richtet den Blick auf die Stichprobenqualität; erfasst wird der Anteil der Nonresponder an der Ausgangsstichprobe. Der Begriff "item-non-response" erfasst, ob einzelne Items nicht beantwortet wurden oder die Antwort nicht auswertbar ist, weil sie z.B. nicht sinngemäß zur Frage passt. Die Ausschöpfungsquote ist ein globales Kriterium für die **Stichprobenqualität** und ist ein anerkanntes Kriterium für die Güte der Erhebungs- bzw. Durchführungsstrategie (s. Schnell, Hill & Esser; Reuband). Die Missing-Data-Analyse bildet eine Grundlage für die Beurteilung der **Datenqualität** und kann als Gradmesser für die Sorgfalt und Motivation der Antworter interpretiert werden. Sie ist zugleich auch ein Hinweis auf eventuelle Einschränkungen der Validität der Daten.

Vergleich Responder-Stichprobe mit der Stichprobe der Nonresponder

Von Interesse ist, der Frage nachzugehen, ob die Zusammensetzung der Katamnesestichprobe durch die Ausfälle, die durch Nonresponse entstanden sind, verzerrt wird. Die Frage lautet: repräsentiert die Responderstichprobe die Katamnesestichprobe?

Erfahrungen aus der Praxis und Ergebnisse von wissenschaftlichen Untersuchungen (z.B. Baumann et al.) belegen, dass in der Stichprobe der Nonresponder Fälle, die anhand bestimmter Merkmale identifiziert werden, überproportional vertreten sein können, so dass die Ausgangsstichprobe durch die Responder-Stichprobe nicht repräsentiert wird und von einem systematischen Verzerrungseffekt gesprochen werden muss. So sind z.B. in der Stichprobe der Nonresponder oftmals jüngere Personen stärker vertreten als in der Ausgangsstichprobe, ebenso Personen mit vorzeitiger Beendigung und Rückfällige. Daher ist es sinnvoll und aufschlussreich, die beiden Teilstichproben Responder und Nonresponder anhand vorhandener Merkmale – den Routinedaten der Basisdokumentation – miteinander zu vergleichen, um einzuschätzen, ob statistisch signifikante Unterschiede vorliegen und wenn ja, welche Merkmale dafür verantwortlich und wie die gegebenenfalls vorliegenden Ergebnisse zu interpretieren sind. Die Ergebnisse können auch Hinweise dafür liefern, inwieweit bei potentiellen Nonrespondern die Teilnahmebereitschaft im Rahmen der Betreuung/Behandlung „prospektiv“ oder "präventiv" verbessert werden kann.

4.d.5 Die einrichtungsübergreifende Auswertung

Für ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen, die den KDS-Kat verwenden, bietet sich die Möglichkeit, auch an einer einrichtungsübergreifenden Auswertung teilzunehmen. Solche Auswertungen können von einem Träger oder einem (Fach-)Verband für die eigenen Einrichtungen organisiert werden, sie können regional (z.B. für ein Bundesland) oder bundesweit ausgerichtet sein. Einrichtungen, die eine selbst konzipierte und organisierte Katamnese-Erhebung durchführen und an einer einrichtungsübergreifenden

Auswertung teilnehmen wollen, sollten daher neben den einrichtungsspezifischen Fragen auch das Kernmodul Katamnese aufnehmen, welches die Vergleichbarkeit sicherstellt.

Katamnesefragebogen, die in eine einrichtungsübergreifende standardisierte Auswertung eingehen sollen, müssen folgende Mindestanforderungen (Standards) erfüllen:

- Die (schriftliche oder mündliche) Beantwortung des Katamnesefragebogens erfolgt durch die Klient/innen / Patient/innen selbst. Dies bedeutet, dass nur Angaben, die von den Klient/innen / Patient/innen selbst stammen als Katamneseantwort erhoben und verwendet werden. Dem Bogen wird ein Rückumschlag beigelegt mit dem Vermerk „Gebühr bezahlt Empfänger“.
- Der Katamnesebogen muss im vorgesehenen Zeitraum zurückgeschickt worden sein.
- Für jeden Katamnesefall muss ein Katamneseprotokoll vorliegen.
- Die Behandlung/Betreuung wurde im Rahmen einer Basisdokumentation dokumentiert, so dass Vergleichswerte über den Ausgangszustand der Klient/innen / Patient/innen vorliegen, über den Zustand zum Zeitpunkt der Beendigung sowie Daten über die Behandlung/Betreuung. Die Einrichtung stellt auch die für die Auswertung vorgesehenen Daten aus der Basisdokumentation (KDS-F) zur Verfügung.
- Für einrichtungsübergreifende Auswertungen von Katamnesedaten (gilt analog auch für Daten des Kerndatensatzes Fall) ist im Sinne des Datenschutzes eine Daten-Aggregation vorzusehen.

4 e) Datenschutzaspekte

Da die Standardkatamnese als prospektive Katamnese durchgeführt werden soll, muss sie bereits zu Beginn der Behandlung eingeplant und organisiert werden. Es besteht die Verpflichtung, die Klient/innen / Patient/innen zu Beginn über die Behandlung /Betreuung und über den Datenschutz zu informieren.

Die ambulanten und stationären Einrichtungen haben Anleitungen und Anweisungen für ihre Mitarbeiter/innen entwickelt, welche nicht nur die Dokumentation der erhobenen Sozialdaten, sondern auch den Datenschutz und die Datensicherheit betreffen. Insofern gilt es, in diese Vorlagen auch die für die Katamnese erforderlichen Informationen einschließlich der Aufgaben zum Datenschutz (speziell Einwilligungserklärung) und zur Datensicherheit einzuarbeiten bzw. die Vorlagen zu ergänzen.

Für Suchthilfemaßnahmen, die in (enger) Kooperation mit anderen Einrichtungen erfolgen, ist auch eine „**Schweigepflichtsentbindung**“ von den Klient/innen / Patient/innen vorzusehen und zu Beginn der Maßnahme einzuholen.

Detaillierte Informationen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen und Vorgaben die bei der Durchführung von Katamnese-Erhebungen sowie bei der Dokumentation, Speicherung und Auswertung der Katamnesedaten finden sich in Kapitel 5.

4 f) Katamnesefragebogen

4.f.1 Zur Auswahl der Items und zur Konstruktion des Katamnesefragebogens

Eine vollständige Katamnese-Erhebung beinhaltet das Katamneseprotokoll und den

Katamnesefragebogen.

Die vorgesehene Katamnese-Erhebung verfolgt zwei Hauptziele:

- a) Sie erfasst zum einen die Ausprägung relevanter Merkmale der Klient/innen und Patient/innen im Zeitfenster der Katamnese wie z.B. die Lebens- und Wohnsituation, den Konsum von Substanzen oder auch die Inanspruchnahme einschlägiger Hilfe, und ist insofern Statusdiagnostik.
- b) Sie erfasst zum anderen im Sinne einer Verlaufsdiagnostik auch Veränderungen, die im Verlauf des Zeitfensters in relevanten Lebens- und Problembereichen aufgetreten sind.

Im Sinne eines modularen krankheitsbezogenen Aufbaus erhalten die Patienten/innen jeweils nur die für ihre jeweilige Störung relevanten Bestandteile des Katamnesefragebogens zusätzlich zum allgemeinen Teil (z.B. Fragebogen zu Glücksspielen nur für Personen mit Störung durch Glücksspielen).

Bei der Auswahl der Items für den Katamnesefragebogen wurde insbesondere darauf geachtet, die Strukturen und Items aufzunehmen, die im Kerndatensatz Fall (KDS-F) enthalten sind (1 = Lebenssituation, 2 = Wohnverhältnis, 3 = Erwerbssituation, 4 = erhaltene Hilfen, 8 = Veränderungen). Damit stehen die Angaben potentiell als Daten zur Verfügung, mit deren Hilfe Vorher-Nachher-Vergleiche vorgenommen werden können, um Veränderungen und insbesondere Behandlungserfolge zu erfassen.

Die ausgewählten Fragen haben sich in Routine- und/oder Forschungskatamnesen bewährt. Alle Formulierungen der Items wurden im Konsens mit den Experten des Fachausschusses Statistik der DHS festgelegt. Die ausgewählten Items gelten als „Minimalstandard“, sie sollen in jedem Fall und in der vorliegenden Form in den Katamnesefragebogen der Verbände, Träger- und Einrichtungen aufgenommen werden. Es steht jedem Verband, Träger oder Einrichtung jedoch frei, die vorliegenden Items um weitere Items zu ergänzen, damit spezifische, den Verband, Träger oder die Einrichtung interessierende Fragestellungen, untersucht werden können.

Um bei den Befragten eine möglichst hohe Akzeptanz für eine Beantwortung zu erhalten, wurde der Fragebogen so kurz und übersichtlich wie möglich gehalten. Allerdings lässt sich die komplexe Struktur der Abstinenzanalyse (Items 5 bis 7) nur bedingt vereinfachen. Grundlegend für die Abfrage ist hier die Unterscheidung von durchgehender Abstinenz, Abstinenz nach Rückfall (also in den letzten 30 Tagen wieder abstinent) und durchgehender Rückfälligkeit, die sich aus den Standards für die Berechnung von katamnestischen Erfolgsquoten ergeben. Mit Item 5.1 wird daher zunächst die durchgehende Abstinenz erfragt und mit dem ergänzenden Item 5.1.1 die mögliche Abstinenz nach Rückfall. Von Interesse ist außerdem die Frage Abstinenzphasen (Item 5.2), die „vorwärts“ ausgehend vom Behandlungsende und „rückwärts“ ausgehend vom Katamnesezeitpunkt abgefragt werden. Falls keine durchgehende Abstinenz vorliegt wird außerdem erfragt, welche Substanz konsumiert wurde (Item 5.3), allerdings mit einer gegenüber dem KDS-Fall etwas vereinfachten Substanzliste. Item 5.4 bezieht sich auf Fälle von Substanzkonsum auch in den letzten 30 Tagen vor dem Katamnesezeitpunkt und erfragt die Häufigkeit des Konsums in Tagen.

Neu im KDS 3.0 ist die Abfrage der Konsumveränderung, die in den KDS-Fall bei

Behandlungsende (Item 2.4.1.X.3) und in die KDS-Katamnese in gleicher Form integriert wurde. Es wird ganz bewusst nach einer subjektiven Einschätzung zur Veränderung gegenüber der Zeit vor der Behandlung gefragt, in einer symmetrischen 5er-Abstufung (deutlich/leicht verringert, gleich geblieben, deutlich/leicht gesteigert). Mit dieser Ergänzung eröffnen sich bei der Bewertung von Behandlungserfolgen insbesondere zwei zusätzliche Optionen:

- a) In der ambulanten Suchtberatung werden viele Angebote für Betroffene gemacht, die nicht nur die Abstinenz zum Ziel haben und deren Erfolg im Hinblick auf den Substanzkonsum (neben der Verbesserung anderer wesentlicher Teilhabeaspekte) so differenzierter erfasst werden kann.
- b) Auch in der abstinenzorientierten Behandlung kann es von Interesse sein, das Ergebnis nicht nur im Hinblick auf die „klassischen“ katamnestiche Erfolgsquoten, sondern auch im Hinblick auf die Veränderung des Substanzkonsums (falls keine Abstinenz erreicht werden konnte) zu erfassen. Damit können ggf. auch Vergleiche mit Behandlungsangeboten erfolgen, die nicht auf vollständige Abstinenz abzielen.

Eine weitere Neuerung im KDS 3.0 ist die deutlich umfassendere Erhebung von Daten und Informationen zu nicht-substanzbezogenen Suchtformen. Im KDS-Katamnese sind daher als Standard die Items 6 (Glücksspiel) und 7 (exzessive Mediennutzung) vorgesehen. Diese Items wurden analog zum KDS-Fall (Items 2.4.8 und 2.4.11) formuliert, um sie für die Betroffenen in Abgrenzung zu den Begriffen „Konsum“ und „Substanz“ verständlicher zu machen, allerdings mit einer vereinfachten Auswahl der Spiel- bzw. Nutzungsformen. Grundsätzlich soll für alle Behandelten in der Katamnese der Konsum von Substanzen (Item in Abschnitt 6) abgefragt werden, unabhängig von der Hauptindikation der Behandlung. Für Personen, die (zusätzlich oder als Hauptdiagnose) in Bezug auf pathologisches Glücksspielen oder exzessive Mediennutzung behandelt wurden, sind zudem die entsprechenden Verhaltensmuster (Items in den Abschnitten 7 und 8) zu erheben. Hintergrund ist die häufig zu beobachtende Koinzidenz von Glücksspielbezogenen Problemen und Alkoholabhängigkeit oder Substanzabhängigkeit und Mediennutzung. Dadurch wird die Abstinenzabfrage zwar komplexer, der Fachausschuss Statistik der DHS hält diese Sichtweise auf komplexe Suchtphänomene aber für relevant und zukunftsweisend.

Durch die genannten Differenzierungen wirkt die Itemliste des KDS-Katamnese auf den ersten Blick sehr komplex und ggf. für Betroffene schwer verständlich. Daher wird in Abschnitt 0 ein Vorschlag zur Darstellung der Items in einem Fragebogen gemacht. Es bleibt aber festzuhalten, dass sich das Spannungsfeld zwischen korrekter Erfassung komplexer Suchtphänomene und möglichst einfacher bzw. verständlicher Abfrage bei den Betroffenen (auch mit Blick auf die dadurch beeinflussten Rückläuferquoten) nicht vollständig auflösen lässt. Es bleibt den Verbänden, Trägern und Einrichtungen überlassen, in Abhängigkeit von der konkreten Zielsetzung der Katamnese-Erhebung weitere Optimierungen des Fragebogens vorzunehmen. Es bleibt eine wichtige Aufgabe der Einrichtungen, schon während der Behandlung auf die Bedeutung der Katamnese hinzuweisen und das Vorgehen bzw. die Befragung möglichst gut zu erklären.

4.f.2 Items des Kerndatensatzes Katamnese

1	Überwiegende Lebenssituation in den letzten 12 Monaten	
1.1	Partnerschaft	ja/nein
1.2	Alleinlebend	ja/nein
1.3	Wenn nicht alleinlebend, zusammenlebend mit	ja/nein
1.3.1	Partner/in	ja/nein
1.3.2	Kind(ern)	ja/nein
1.3.3	Eltern(-teil)	ja/nein
1.3.4	Sonstige Bezugsperson/en	ja/nein
1.3.5	Sonstige Person/en	ja/nein

2	Überwiegendes Wohnverhältnis in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/>
1	Selbständiges Wohnen (eigene/s, gemietete/s Zimmer/Wohnung/Haus)	
2	Bei anderen Personen	
3	Ambulant Betreutes Wohnen	
4	(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	
5	Wohnheim, Übergangswohnheim	
6	In Haft	
7	Notunterkunft, Übernachtungsstelle	
8	Ohne Wohnung	
9	Sonstiges	

3	Überwiegende Erwerbssituation in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01	Auszubildende/r	
02	Arbeiter/in / Angestellte/r / Beamte/er/in	
03	Selbständiger/Freiberufler	
04	Sonstige Erwerbstätige (Personen in besonderen Dienstverhältnissen wie im Freiwilligendienst, als Abgeordnete/r oder Richter/in sowie mithelfende/r Familienangehörige/r)	
05	In beruflicher Rehabilitation (LTA - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	
06	In Elternzeit	
07	Im (längerfristigen) Krankenstand	
08	Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	
09	Bezug von Bürgergeld	
10	Schüler/in / Studierende/r	
11	Hausfrau/Hausmann	
12	Rentner/in / Pensionär/in	
13	Nichterwerbsperson (mit Bezug von Leistungen der Sozialhilfe)	
14	Nichterwerbspersonen (ohne Bezug von Leistungen der Sozialhilfe)	

4	In Einrichtungen erhaltene Hilfen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung in den letzten 12 Monaten	
4.1	Selbsthilfe	nein/ja
4.2	Ambulante Einrichtung	nein/ja
4.3	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	nein/ja
4.4	Krankenhaus(-abteilung)	nein/ja
4.5	Ärztliche / psychotherapeutische Praxis	nein/ja
4.6	Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe	nein/ja
4.7	Einrichtung im Strafvollzug	nein/ja
4.8	Maßnahmen zur Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung (z.B. arbeitsmarkt-orientierte Beratung, berufliche Reha, Beschäftigung für behinderte Menschen)	nein/ja
4.9	Andere Einrichtung / Institution / Maßnahme	nein/ja

5	Veränderungen / Entwicklungen in Hinblick auf eine Belastung in verschiedenen Lebens- / Problembereichen in den letzten 12 Monaten	
	1	Belastung gebessert
	2	Belastung gleich geblieben
	3	Belastung verschlimmert
	4	Belastung neu aufgetreten
	5	Belastung zu keiner Zeit vorhanden
5.1	Suchtmittel / Substanzkonsum / Suchtverhalten	<input type="checkbox"/>
5.2	Körperliche/s Gesundheit / Befinden	<input type="checkbox"/>
5.3	Psychische Gesundheit / Seelischer Zustand	<input type="checkbox"/>
5.4	Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder)	<input type="checkbox"/>
5.5	Weiteres soziales Umfeld	<input type="checkbox"/>
5.6	Schul- / Ausbildungs- / Arbeits- / Beschäftigungssituation	<input type="checkbox"/>
5.7	Freizeitverhalten	<input type="checkbox"/>
5.8	Alltagsstrukturierung / Tagesstruktur	<input type="checkbox"/>
5.9	Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>
5.10	Wohnsituation	<input type="checkbox"/>
5.11	Straftaten / justizielle Situation	<input type="checkbox"/>
5.12	Fahreignung	<input type="checkbox"/>
5.13	Sexuelle Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>
5.14	Andere Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>
5.15	Gewaltausübung	<input type="checkbox"/>

6	Konsum von psychotropen Substanzen	
6.1	Abstinenz Seit Ende der Behandlung von Alkohol, Drogen und nicht verordneten Medikamenten ...	<input type="checkbox"/>
	1	durchgehend abstinent
	2	nicht durchgehend abstinent
Wenn Frage 6.1 = 1 (durchgehend abstinent), weiter mit Frage 6.6		
6.1.1	Wenn nicht durchgehend abstinent, in den letzten 30 Tagen abstinent?	nein/ja
6.2	Abstinenzdauer Wenn Frage 6.1 = 2 (nicht durchgehend abstinent)	
6.2.1	Dauer der Abstinenz in Wochen unmittelbar nach Ende der Behandlung <i>(Bei durchgehendem Konsum oder weniger als 1 Woche Abstinenz, bitte 00 eintragen)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.2.2	Dauer der aktuellen Abstinenz in Wochen zum Zeitpunkt der Befragung <i>(Bei durchgehendem Konsum oder weniger als 1 Woche Abstinenz, bitte 00 eintragen)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.3	Substanzkonsum seit Ende der Behandlung Wenn Frage 6.1 = 2 (durchgehend abstinent) Konsumierte Substanzen seit Ende der Behandlung	
6.3.1	Alkohol	nein/ja
6.3.2	Cannabis	nein/ja
6.3.3	Hypnotika/Sedativa (Schlaf-/ Beruhigungsmittel)	nein/ja
6.3.4	Opiate/Opioide	nein/ja
6.3.5	Kokain	nein/ja
6.3.6	Stimulanzien (Aufputschmittel)	nein/ja
6.3.7	Halluzinogene	nein/ja
6.3.8	Flüchtige Lösungsmittel	nein/ja
6.3.9	Andere Substanzen	nein/ja
6.4	Substanzkonsum in den letzten 30 Tagen Wenn Frage 6.1.1 = nein (in den letzten 30 Tagen nicht abstinent) Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen	
6.4.1	Alkohol	<input type="text"/> <input type="text"/>
6.4.2	Cannabis	<input type="text"/> <input type="text"/>
6.4.3	Hypnotika/Sedativa (Schlaf-/ Beruhigungsmittel)	<input type="text"/> <input type="text"/>
6.4.4	Opiate/Opioide	<input type="text"/> <input type="text"/>
6.4.5	Kokain	<input type="text"/> <input type="text"/>
6.4.6	Stimulanzien (Aufputschmittel)	<input type="text"/> <input type="text"/>
6.4.7	Halluzinogene	<input type="text"/> <input type="text"/>
6.4.8	Flüchtige Lösungsmittel	<input type="text"/> <input type="text"/>
6.4.9	Andere Substanzen	<input type="text"/> <input type="text"/>

6.5	Konsumveränderung Wenn Frage 6.1 = nein (nicht durchgehend abstinent) Veränderung der Dosis/Konsummenge in den letzten 30 Tagen gegenüber der Zeit vor der Behandlung	
	1	deutlich verringert
	2	leicht verringert
	3	gleich geblieben
	4	leicht gesteigert
	5	deutlich gesteigert
6.5.1	Alkohol	<input type="checkbox"/>
6.5.2	Cannabis	<input type="checkbox"/>
6.5.3	Hypnotika/Sedativa (Schlaf-/ Beruhigungsmittel)	<input type="checkbox"/>
6.5.4	Opiate/Opioide	<input type="checkbox"/>
6.5.5	Kokain	<input type="checkbox"/>
6.5.6	Stimulanzien (Aufputschmittel)	<input type="checkbox"/>
6.5.7	Halluzinogene	<input type="checkbox"/>
6.5.8	Flüchtige Lösungsmittel	<input type="checkbox"/>
6.5.9	Andere Substanzen	<input type="checkbox"/>
6.6	Tabakkonsum	
6.6.1	Konsum von Tabak seit Ende der Behandlung?	nein/ja
6.6.2	Wenn Frage 6.6.1 = ja (nicht durchgehend abstinent) Dosis/Konsummenge gegenüber der Zeit vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>
	1	deutlich verringert
	2	leicht verringert
	3	gleich geblieben
	4	leicht gesteigert
	5	deutlich gesteigert

7	Glücksspielverhalten (nicht wenn Behandlung ausschließlich wegen Alkohol, Drogen oder nicht verordneten Medikamenten)	
7.1	Abstinenz seit Ende der Behandlung ...	<input type="checkbox"/>
	1	durchgehend keine Glücksspielteilnahme („spielfrei“)
	2	nicht durchgehend spielfrei
→ Wenn Frage 7.1 = 1 (durchgehend keine Glücksspielteilnahme), weiter mit Frage 8		
7.1.1	Wenn nicht durchgehend spielfrei, in den letzten 30 Tagen spielfrei?	nein/ja
7.2	Abstinenzdauer Wenn Frage 7.1 = 1 (nicht durchgehend spielfrei),	
7.2.1	Dauer der Spielfreiheit in Wochen unmittelbar nach Ende der Behandlung (Bei durchgehendem Spielen oder weniger als 1 Woche Abstinenz, bitte 00 eintragen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7.2.2	Dauer der aktuellen Spielfreiheit in Wochen zum Zeitpunkt der Befragung (Bei durchgehendem Spielen oder weniger als 1 Woche Abstinenz, bitte 00 eintragen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

7.3	Glücksspielverhalten seit Ende der Behandlung Wenn Frage 7.1. = 2 (nicht durchgehend spielfrei) Teilnahme an Glücksspielen seit Ende der Behandlung	
7.3.1	„Offline“ / terrestrisch / nicht-internetbasiert (z.B. in Spielhallen, in Spielbanken, Lotto, Sportwetten in Wettbüros)	nein/ja
7.3.2	Online / über das Internet (z.B. Automatenenspiel, Poker, Sportwetten im Internet)	nein/ja
7.4	Glücksspielteilnahme in den letzten 30 Tagen Wenn 7.1.1 = nein (in den letzten 30 Tagen nicht spielfrei) - Anzahl der Glücksspieltage in den letzten 30 Tagen	
7.4.1	„Offline“ / terrestrisch / nicht-internetbasiert (z.B. in Spielhallen, in Spielbanken, Lotto, Sportwetten in Wettbüros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4.2	Online / über das Internet (z.B. Automatenenspiel, Poker, Sportwetten im Internet)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.5	Veränderung des Glücksspielverhalten Wenn 7.1 = 2 (nicht durchgehend spielfrei) Spieldauer in den letzten 30 Tagen gegenüber der Zeit vor der Behandlung	
	1	deutlich verringert
	2	leicht verringert
	3	gleich geblieben
	4	leicht gesteigert
	5	deutlich gesteigert
7.5.1	„Offline“ / terrestrisch / nicht-internetbasiert (z.B. in Spielhallen, in Spielbanken, Lotto, Sportwetten in Wettbüros)	<input type="checkbox"/>
7.5.2	Online / über das Internet (z.B. Automatenenspiel, Poker, Sportwetten im Internet)	<input type="checkbox"/>
8	Exzessive Mediennutzung (nicht wenn Behandlung ausschließlich wegen Alkohol, Drogen oder nicht verordneten Medikamenten)	
8.1	Nutzungsverhalten seit Ende der Behandlung ...	<input type="checkbox"/>
	1	durchgehend keine exzessive Mediennutzung („nutzungsfrei“)
	2	nicht durchgehend nutzungsfrei
8.1.1	Wenn nicht durchgehend nutzungsfrei, in den letzten 30 Tagen nutzungsfrei?	nein/ja
8.2	Abstinenzdauer Wenn Frage 8.1 = 1 (nicht durchgehend nutzungsfrei),	
8.2.1	Dauer der Nutzungsfreiheit in Wochen unmittelbar nach Ende der Behandlung <i>(Bei durchgehender exzessiv. Nutzung oder weniger als 1 Woche Abstinenz, bitte 00 eintragen)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.2.2	Dauer der aktuellen Nutzungsfreiheit in Wochen zum Zeitpunkt der Befragung <i>(Bei durchgehender exzessiv. Nutzung oder weniger als 1 Woche Abstinenz, bitte 00 eintragen)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.3	Exzessive Mediennutzung in den letzten 30 Tagen Wenn 8.1.1 = nein (in den letzten 30 Tagen nicht nutzungsfrei) Anzahl der Nutzungstage in den letzten 30 Tagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.4	Veränderung der exzessiven Mediennutzung Wenn 8.1 = 2 (nicht durchgehend nutzungsfrei) Nutzungsdauer in den letzten 30 Tagen gegenüber der Zeit vor der Behandlung	<input type="checkbox"/>
	1	deutlich verringert
	2	leicht verringert
	3	gleich geblieben
	4	leicht gesteigert
	5	deutlich gesteigert

4.f.3 Beispiel-Fragebogen Katamnese

Der Fragebogen der KDS-Katamnese ist modular aufgebaut, so dass Patienten/innen zusätzlich zum allgemeinen Teil jeweils nur die für ihre Hauptdiagnose relevanten Fragebogenmodule erhalten (z.B. erhalten Personen mit Substanzkonsumstörungen nur das Modul B „Fragen zum Konsum von Suchtmitteln“ bzw. Patienten/innen mit Störung durch Glücksspielen nur das Modul C „Fragen zum Glücksspiel“).

Ihre behandelnde Einrichtung:

ggf. Logo der Einrichtung

KATAMNESE FRAGEBOGEN

Datum: (Tag/Monat/Jahr)

Katamnesennummer:

MODUL A: ALLGEMEINE FRAGEN

1. Lebenssituation

1.1 Ich hatte in den letzten 12 Monaten überwiegend... *(Bitte nur eine Aussage ankreuzen.)*
 eine/n Partner/in keine/n Partner/in

1.2 Ich habe in den letzten 12 Monaten überwiegend... *(Bitte nur eine Aussage ankreuzen.)*
 alleine gelebt nicht alleine gelebt

2. Wohnverhältnisse

Ich habe in den letzten 12 Monaten überwiegend ... gewohnt: *(Bitte nur eine Aussage ankreuzen.)*

- selbständig (in eigenem/r oder gemietetem/r Zimmer, Wohnung oder Haus)
- bei anderen Personen
- im ambulant betreuten Wohnen (BeWo, ABW)
- in einer Fachklinik, Klinik oder stationären Reha-Einrichtung
- in einem Wohnheim oder Übergangwohnheim
- in Haft
- in einer Notunterkunft oder Übernachtungsstelle
- ich war ohne Wohnung
- Sonstiges

3. Erwerbssituation (Bildung/Beschäftigung/Tätigkeit/Arbeit)

Ich war in den letzten 12 Monaten überwiegend... *(Bitte nur eine Aussage ankreuzen.)*

- Auszubildende/r
- Arbeiter/in, Angestellte/r oder Beamte/er/in
- Selbständige/r oder Freiberufler/in
- anders erwerbstätig (in einem besonderen Dienstverhältnis wie z. B. im Freiwilligendienst, als Abgeordnete/r oder Richter/in oder ein/e mithelfende/r Familienangehörige/r)
- in beruflicher Rehabilitation (LTA – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)
- in Elternzeit
- arbeitslos (ALG I)
- arbeitslos (ALG II)
- Schüler/in oder Studierende/r
- Hausfrau oder Hausmann
- Rentner/in oder Pensionär/in
- nicht erwerbstätig (mit Erhalt von Sozialhilfeleistungen)
- nicht erwerbstätig (ohne Erhalt von Sozialhilfeleistungen)

Ihre behandelnde Einrichtung:

ggf. Logo der Einrichtung

4. Suchtbezogene Hilfen

4.1 Ich habe in den letzten 12 Monaten Hilfen (z.B. Suchtberatung, medizinische Hilfe) im Zusammenhang mit meiner Suchterkrankung in Anspruch genommen.

- ja nein

4.2 Ich habe in den letzten 12 Monaten Angebote der Selbsthilfe im Zusammenhang mit meiner Suchterkrankung in Anspruch genommen.

- ja nein

5. Lebensbereiche und Zufriedenheit

Nachfolgend sind verschiedene Lebensbereiche aufgeführt. Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie heute in diesen Bereichen sind.

	zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	unzufrieden	trifft nicht zu
5.1 Umgang mit der Sucht (Abstinenz bzw. Substanzkonsum, Glücksspiel, Internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Körperlicher Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Seelischer Zustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Familiäre und soziale Situation (Familie, Partnerschaft, Kinder, Freunde, weitere Bezugspersonen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 Schule/Ausbildungs-/Arbeits-/ Beschäftigungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 Alltags- und Tagesstruktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Freizeitverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9 Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10 Umgang/Bewältigung von Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Konsum von Tabak/ Nikotin/ E-Zigaretten

Bitte geben Sie an, ob Sie seit dem Ende der Behandlung Tabak/Nikotin/ E-Zigaretten konsumiert haben:

- ja nein

Ihre behandelnde Einrichtung:

ggf. Logo der Einrichtung

MODUL B: FRAGEN ZUM KONSUM VON SUCHTMITTELN

1. Konsum von Suchtmitteln

1.1 Bitte geben Sie an, ob Sie seit dem Ende der Behandlung in der oben genannten Einrichtung von Suchtmitteln (z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen)

durchgehend abstinent oder nicht durchgehend abstinent leben.

... Ende der Befragung

... Bitte alle folgenden Fragen beantworten

1.1.1 Ich bin in den letzten 30 Tagen wieder abstinent geworden

ja nein

1.2.1 Bitte geben Sie an, wie viele Wochen Sie unmittelbar nach dem Ende der Behandlung in der oben genannten Einrichtung abstinent waren:

Bei durchgehendem Konsum oder weniger als einer Woche Abstinenz bitte 0 eintragen

(Anzahl der Wochen)

1.2.2 Seit wie vielen Wochen (bis heute) sind Sie wieder abstinent?

Bei durchgehendem Konsum oder weniger als einer Woche Abstinenz bitte 0 eintragen

(Anzahl der Wochen)

2. Veränderung des Suchtmittelkonsums

Bitte beantworten Sie diese Fragen, wenn Sie **nach der Behandlung** in der oben genannten Einrichtung **nicht durchgehend abstinent** waren:

2.1 Welche Substanzen haben Sie seit dem Ende der Behandlung in der oben genannten Einrichtung konsumiert?
(Mehrfachnennungen möglich)

2.2 Ihre Konsummenge bzw. Ihr Konsumverhalten ist nach Behandlungsende...

	verringert	gleich geblieben	gestiegen
<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hypnotika/Sedativa (Schlaf-/Beruhigungsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opiate/Opioide (z.B. Heroin, Morphin, Methadon, Buprenorphin, Fentanyl, Codein, Oxycodon, Tilidin/Naloxon, Tramadol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stimulanzien/illegale Aufputschmittel (z.B. Amphetamin, Methamphetamin, Crystal Meth, MDMA, MDA, Ecstasy, Ephedrin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Halluzinogene (pflanzlich: z.B. Fliegenpilz, Bilsenkraut, Engelstropfen, Stechapfel, Tollkirsche oder synthetisch: z.B. LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flüchtige Lösungsmittel (z.B. Leime/Klebstoffe, Lacke/Farben, Reinigungsmittel, Alkylnitrit/Amylnitrit „Popper“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre behandelnde Einrichtung:

ggf. Logo der Einrichtung

MODUL D: FRAGEN ZU PROBLEMATISCHEM INTERNETGEBRAUCH (GAMEN, CHATTEN, SURFEN)

1. Internetgebrauch (Gamen, Chatten, Surfen)

1.1 Bitte geben Sie an, ob Sie seit dem Ende der Behandlung in der oben genannten Einrichtung problematischen Internetgebrauch hatten

nein

ja

..... Ende der Befragung

..... Bitte alle folgenden Fragen beantworten

1.1.1 Ich hatte in den letzten 30 Tagen keinen problematischen Internetgebrauch.

trifft zu

trifft nicht zu

1.2.1 Bitte geben Sie an, wie viele Wochen Sie unmittelbar nach dem Ende der Behandlung in der oben genannten Einrichtung keinen problematischen Internetgebrauch hatten:

Bei durchgängigem Gebrauch oder weniger als einer Woche Nutzungsfreiheit bitte 0 eintragen

.....
(Anzahl der Wochen)

1.2.2 Seit wie vielen Wochen (bis heute) hatten Sie keinen problematischen Internetgebrauch mehr:

Bei durchgängigem Gebrauch oder weniger als einer Woche Nutzungsfreiheit bitte 0 eintragen

.....
(Anzahl der Wochen)

2. Veränderung des Verhaltens in Bezug auf den problematischen Internetgebrauch

Bitte beantworten Sie diese Fragen, wenn Sie **nach der Behandlung** in der oben genannten Einrichtung **problematischen Internetgebrauch** hatten:

2.1 Wenn Sie problematischen Internetgebrauch hatten, in welcher Form haben Sie diesen, seit dem Ende der Behandlung in der oben genannten Einrichtung, ausgeübt?
(Mehrfachnennungen möglich)

2.2 Ihr problematischer Internetgebrauch ist nach Behandlungsende...

verringert gleich geblieben gestiegen

Gamen

Chatten

Surfen

Anderes

5 Datenschutz

5 a) Einleitung

Die europäische Datenschutz-Grundverordnung liefert seit ihrem Inkrafttreten im Jahr 2018 „einen einheitlichen Rechtsrahmen zum Schutz der Menschen in der digitalen Welt“ (BfDI, 2019, S. 6). Die DS-GVO richtet den Blick auf die grundrechtlich geschützte freie Selbstbestimmung des Einzelnen, auf das verfassungsrechtlich gesicherte Recht auf informationelle Selbstbestimmung, wonach jeder Betroffene grundsätzlich selbst entscheiden kann, wann und innerhalb welcher Grenzen persönliche Lebenssachverhalte offenbart werden dürfen“ (Hauser & Haag, 2019, S. 63). Vorrangiges Ziel des Datenschutzes ist es, „eine Gefährdung des Persönlichkeitsrechts des Einzelnen von vornherein durch das Aufstellen von Verarbeitungsregeln für personenbezogene Daten und über die Gestaltung und den Einsatz von Informationstechnik zu verhindern“ (BfDI, 2019, S. 10). Die DS-GVO und die nationalen Gesetze – Bundesdatenschutzgesetz, Landesdatenschutzgesetze - „verpflichten die Datenverarbeiter, die rechtlichen „Spielregeln“ der Datenverarbeitung zu beachten und die Betroffenen über die Verarbeitung ihrer Daten zu informieren“ (BfDI, S. 9).

„Die DS-GVO betont dabei noch mehr als das bisherige Recht die Bedeutung datenschutzfreundlicher IT-Systeme. Im Mittelpunkt steht dabei nicht nur der Grundsatz der Datenminimierung, dass also so wenige personenbezogene Daten wie möglich verarbeitet werden. Riesige Datenmengen sollen erst gar nicht entstehen. Die DS-GVO betont vielmehr auch den Grundsatz der datenschutzfreundlichen Verarbeitung, indem sie die Aspekte des Datenschutzes durch Technikgestaltung und durch datenschutzfreundliche Voreinstellungen in einen durchsetzbaren rechtlichen Rahmen gießt. Die technischen und organisatorischen Maßnahmen, die zu treffen sind, sollen die Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten sowie die Belastbarkeit und Revisionsfähigkeit der IT-Systeme sichern“ (BfDI, S. 10). Die DS-GVO gibt damit eine Antwort auf die Herausforderungen und Risiken, die durch die (zunehmende) Globalisierung, Digitalisierung und Internet-Nutzung zu beobachten sind, was sich in einer starken Zunahme des Zugriffs auf personenbezogene Daten zeigt, aber auch darin, dass solche Daten verstärkt auch von natürlichen Personen öffentlich zugänglich gemacht werden.

„Die DS-GVO stellt den Aufsichtsbehörden starke und wirksame Instrumente zur Durchsetzung des Datenschutzrechtes zur Verfügung“ (BfDI, S. 10f). Damit wird „Datenschutz-Compliance“ eingefordert, ein an den gesetzlichen Vorgaben orientiertes Verhalten (Kranig et al., 2017, S. 8). „Die Einhaltung der vielfältigen Datenschutzvorschriften, die Verzahnung des Datenschutzes in die Unternehmenskultur und ein datenschutzkonformer Umgang mit einer stark an Bedeutung zunehmenden Digitalisierung“ (Kranig et al., 2017, S. 8) setzen fundierte Kenntnisse und Sorgfalt der dafür verantwortlichen Personen voraus.

Die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt in erster Linie auf der Grundlage der DS-GVO. Das neue Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist nachrangiges Recht, die darin formulierten Regelungen sind entweder an die DS-GVO angepasst oder gelten nur dann, soweit die DS-GVO nicht unmittelbar gilt und nicht der bereichsspezifische Datenschutz (z.B. SGB). Die Landesdatenschutzgesetze (LDSG)

enthalten DS-GVO ergänzende Regelungen. Für öffentliche Stellen der Länder liegen bereichsspezifische Regelungen vor wie z.B. die Landeskrankenhausgesetze. Datenschutz ergibt sich somit aus dem „Zusammenspiel von DS-GVO, BDSG und LDSGen“ (Kühling et al., 2018, S. 99ff).

Die Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates, die DS-GVO, besteht aus zwei Teilen: Der erste Teil enthält die „Erwägungsgründe“, in welchen Ziele und Erläuterungen formuliert werden, die aufzeigen, welche Überlegungen für die Ausarbeitung der Verordnung verfolgt wurden, insofern sind sie für die Interpretation der Verordnung hilfreich. Der zweite Teil enthält die Grundverordnung; sie ist in 11 Kapitel gegliedert und umfasst insgesamt 99 Artikel.

Im Folgenden werden nach einer kurzen Darstellung allgemeiner Vorgaben ausgewählte und in erster Linie für die Fallarbeit relevante Bestimmungen der DS-GVO kurz referiert und kommentiert; es handelt sich vor allem um Bestimmungen, die einer besonders strengen Vorschrift unterliegen, denn ihre Einhaltung muss nachgewiesen werden („Rechenschaftspflicht“).

5 b) Allgemeiner Teil

Grundsätzlich verbietet die DS-GVO – wie auch das BDSG – die Verarbeitung personenbezogener Daten; sie ist nur zulässig, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage vorliegt oder der Betroffene eingewilligt hat („Verbot mit Erlaubnisvorbehalt bzw. mit Zulässigkeitstatbeständen“). Entsprechend formuliert bereits Artikel 2 („sachlicher Anwendungsbereich“): „Die Verordnung gilt für die ganz oder teilweise automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten sowie für die nicht-automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten, die in einem Dateisystem gespeichert sind oder gespeichert werden sollen“. Sie gilt u.a. nicht, wenn die Verarbeitung „durch natürliche Personen zur Ausübung ausschließlich persönlicher oder familiärer Tätigkeiten“ erfolgt.

Der **Artikel 4 DS-GVO** enthält **Begriffsbestimmungen**; hier eine Auswahl:

(1) personenbezogene Daten sind „Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person („betroffene Person“) beziehen. Identifizierbar ist eine Person dann, wenn sie direkt oder indirekt mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck des physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann“.

Exkurs: **Anonyme Daten** stellen den Gegenpol zu personenbezogenen Daten dar; denn diese beziehen sich von vornherein nicht auf eine identifizierte oder identifizierbare Person, weil Informationen dafür nicht vorliegen oder aber nachträglich entfernt wurden („Anonymisierung“). Die eingesetzten Anonymisierungsverfahren müssen jedoch dem aktuellen Stand der Technik entsprechen, also Datenschutz sicherstellen. Verfahren der Anonymisierung sind u.a. die Löschung von identifizierenden Merkmalen und die Datenaggregation. Die Grundsätze des Datenschutzrechtes gelten daher nicht für anonyme bzw. anonymisierte Daten (DS-GVO, Erwägungsgrund 26). Auf die Problematik der Anonymisierung wird in zahlreichen Arbeiten (z.B. Marnau 2016) hingewiesen. Anonyme

Daten sind gegenüber einer Re-Identifizierung vielfach nicht sicher genug, vor allem auch nicht gegenüber der großen Leistungsfähigkeit der IT-Systeme.

(2) Verarbeitung: „jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung“. Verarbeitung ist somit Oberbegriff und umfasst alle denkbaren Möglichkeiten des (fachlichen) Umganges mit personenbezogenen Daten. Um der Informationspflicht zu genügen, ist es daher notwendig, zu klären welche Verarbeitungsvariante von vornherein vorgesehen ist und die betroffene Person entsprechend zu informieren. Möglich ist auch, über Verarbeitungsvarianten zu informieren und die Einwilligung einzuholen, die „nachträglich“ eingeplant werden sollen.

(5) Pseudonymisierung; „die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden“. Das BDSG in der Fassung von 2010 beschreibt in §3 Abs. 6a das **Pseudonymisieren** als „das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.“ Die Werte von identifizierenden Merkmalen werden mit Hilfe einer Zuordnungsregel durch geänderte Werte – Pseudonyme oder Codes – ersetzt. Da die potentiell verfügbaren zusätzlichen Informationen die Zuordnung der Daten zu einer natürlichen Person ermöglichen und sie damit potentiell identifizieren, sind pseudonymisierte Daten personenbezogene Daten und unterliegen der DS-GVO.

(7) Verantwortlicher: „die natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten entscheidet“. Mit Blick auf die weite Definition von Verarbeitung kann es sich um eine hauptverantwortliche Person handeln oder die Verantwortung ist „vorgangsspezifisch“ aufgeteilt und mehreren Personen zugeordnet so kann z.B. Verantwortung für die Erhebung und Erfassung bei einer Person liegen und die Speicherung bei einer anderen Person.

(8) Auftragsverarbeiter: eine natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die personenbezogene Daten im Auftrag des Verantwortlichen verarbeitet. Auch hier gilt es zu beachten, auf welche Verarbeitungsvarianten sich der Auftrag bezieht und ob er von der jeweils zuständigen verantwortlichen Person erteilt und kontrolliert wird.

(11) Einwilligung der betroffenen Person: jede freiwillig für den bestimmten Fall, in informierter Weise und unmissverständlich abgegebene Willensbekundung in Form einer Erklärung oder einer sonstigen eindeutigen bestätigenden Handlung, mit der die betroffene Person zu verstehen gibt, dass sie mit der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten einverstanden ist.

(13-16) genetische, biometrische Daten, Gesundheitsdaten: sie unterliegen einem verstärkten Schutz; die Einwilligung muss sich ausdrücklich auf die Verarbeitung dieser Daten beziehen (vgl. Artikel 9).

Der Begriff „personenbezogene Gesundheitsdaten“ (Artikel 4, Absatz 15) wird im Erwägungsgrund 35 der DS-GVO erläutert: „Es sind alle Daten, die sich auf den Gesundheitszustand einer betroffenen Person beziehen und aus denen Informationen über den früheren, gegenwärtigen und künftigen körperlichen oder geistigen Gesundheitszustand der betroffenen Person hervorgehen. Dazu gehören auch Informationen über die natürliche Person, die im Zuge der Anmeldung für sowie der Erbringung

von Gesundheitsdienstleistungen ... für die natürliche Person erhoben werden.... Informationen etwa über Krankheiten, Behinderungen, Krankheitsrisiken, Vorerkrankungen, klinische Behandlungen oder den physiologischen oder biomedizinischen Zustand der betroffenen Person unabhängig von der Herkunft der Daten, ob sie von einem Arzt oder sonstigen Angehörigen eines Gesundheitsberufes, einem Krankenhaus ... stammen“.

5 c) Spezieller Teil

5.c.1 „Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten“ (Artikel 5 DS-GVO)

Die im Artikel behandelten Grundsätze korrespondieren mit der Informationspflicht gegenüber den Betroffenen, die in den Artikeln 12-14 DS-GVO behandelt wird.

Artikel 5, Absatz 1 zählt die folgenden Grundsätze auf:

- Rechtmäßigkeit, Verarbeitung nach Treu und Glauben, Transparenz
- Zweckbindung
- Datenminimierung (BDSG: Datensparsamkeit).
- sachlich richtig und erforderlichenfalls auf dem neuesten Stand sein (Richtigkeit)
- Speicherbegrenzung; Speicherung der Daten nur solange dies erforderlich ist
- Datensicherheit, Integrität (Echtheit, Unverfälschtheit der Daten), Vertraulichkeit.

Der Verantwortliche ist für die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Grundsätze verantwortlich und muss deren Einhaltung nachweisen können („**Rechenschaftspflicht**“) (Artikel 5, Absatz 2). insofern muss er auch dafür sorgen, dass er dies auch kann. Dies „lässt sich praktisch nur durch eine lückenlose **Dokumentation** bewerkstelligen“ (Kühling et al., S. 281). Ein Verstoß gegen die hier vorgesehene Rechenschaftspflicht ist bußgeldbewehrt (Artikel 83 DS-GVO). Allerdings wird die Rechenschaftspflicht kritisch gesehen, ihr wird teilweise eine zu geringe Konkretisierung der Grundsätze vorgehalten, die – so einzelne Autoren (z.B. Breyer, 2018) – im Verhältnis zur hohen Bußgeldbewehrung als nicht angemessen erachtet wird.

5.c.2 „Rechtmäßigkeit der Verarbeitung“ (Artikel 6 DS-GVO)

Zentrale Grundlage für die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung ist das Verbotprinzip. „Dieses besagt, dass grundsätzlich jede Verarbeitung personenbezogener Daten erst einmal verboten ist. Sie ist nur auf der Basis einer freiwilligen Entscheidung der betroffenen Person oder einer Rechtsgrundlage erlaubt“ (BfDI, S 26). Die freiwillige Entscheidung ergibt sich durch die **Einwilligung der betroffenen Person**, die Rechtsgrundlage durch „**Zulässigkeitstatbestände**“. Bei diesen ist die Verarbeitung nur dann zulässig, wenn sie im Rahmen des Zulässigkeitstatbestandes erforderlich ist („**Erforderlichkeitsprinzip**“) und „wenn es zur beabsichtigten Art und Weise der Datenverarbeitung keine sinnvolle oder zumutbare Alternative gibt, um die verfolgte Zielsetzung zu erreichen“ (Kühling et al., S. 141). Artikel 6 DS-GVO Absatz 1 listet sechs Zulässigkeitstatbestände auf.

5.c.3 „Einwilligung der betroffenen Person“ (Artikel 7 DS-GVO)

In der DS-GVO kommt der „Einwilligung eine zentrale Rolle als Zulässigkeitstatbestand für eine rechtmäßige Datenverarbeitung zu. In der DS-GVO ist sie in Artikel 6 an erster Stelle der Zulässigkeitstatbestände normiert. Sie ist genuiner Ausdruck informationeller

Selbstbestimmung, weil sie die betroffene Person in die Lage versetzt, privatautonom über das „Ob“ und „Wie“ der Verarbeitung „ihrer“ personenbezogenen Daten zu bestimmen“ (Buchner & Kühling, 2018, S. 289).

Eine Einwilligung ist nur wirksam, wenn sie freiwillig und informiert abgegeben wird. Entscheidend ist, dass es eine „unmissverständlich abgegebene Willensbekundung in Form einer Erklärung oder einer sonstigen eindeutigen bestätigenden Handlung“, „ein aktives Verhalten der betroffenen Person“ ist (BfDI, S. 28). Die Freiwilligkeit setzt voraus, dass „die betroffene Person eine echte und freie Wahl hat, also in der Lage ist, die Einwilligung zu verweigern oder zurückzuziehen, ohne Nachteile zu erleiden (Erwägungsgrund 42)“ (BfDI, S. 28). Die Einwilligung hat in informierter Weise zu erfolgen; das umfasst alle in Artikel 7 DS-GVO aufgezählten Bedingungen. Der Verantwortliche wird ausdrücklich verpflichtet, **die Erteilung der Einwilligung nachweisen** zu können (Artikel 7 Absatz 1).

Datenschutzrechtlich ist für die Erteilung einer wirksamen Einwilligung „die Geschäftsfähigkeit der betroffenen Person im Sinne bürgerlich-rechtlicher Vorschriften“ nicht erforderlich, jedoch die entsprechende **Einsichtsfähigkeit** (Buchner, Kühling, S. 305, Rn 9). Hauser & Haag (2019) gehen davon aus, „dass der Patient die natürliche Einsichtsfähigkeit in die Bedeutung und Tragweite seiner Einwilligung besitzt. Diese kann jedoch – z.B. bei Patienten in psychiatrischer Behandlung – mitunter fehlen“, so dass nur der gesetzliche Vertreter sie erteilen kann (S. 39). Eine ähnliche Situation tritt bei Kindern auf, so dass die DS-GVO diese gesondert in Artikel 8 behandelt. Die DS-GVO bleibt bei dem „Grundsatz, dass die Wirksamkeit einer Einwilligung eine entsprechende Einsichtsfähigkeit der betroffenen Person voraussetzt und diese Frage jeweils **einzelfallbezogen zu beurteilen** ist (Buchner & Kühling, 2018, S. 305, Rz 70).

Artikel 7 DSGVO nennt Bedingungen, die beim Einholen einer Einwilligung zu beachten sind. Dazu zählt dass der Verantwortliche nachweisen kann, dass die betroffene Person in die Verarbeitung eingewilligt hat, dass das Ersuchen um Einwilligung in verständlicher und leicht zugänglicher Form sowie in einer klaren und einfachen Sprache erfolgt, so dass sie gegebenenfalls von anderen Sachverhalten klar zu unterscheiden ist. Die betroffene Person hat das Recht, ihre Einwilligung zu widerrufen und die Einwilligung darf nicht von der Erfüllung eines Vertrages einschließlich der Erbringung einer Dienstleistung abhängig ist, die für die Erfüllung des Vertrags nicht erforderlich ist.

5.c.4 „Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten“ (Artikel 9 DS-GVO)

Wegen des hohen Missbrauchsrisikos dieser speziellen Kategorien personenbezogener Daten hat der Ordnungsgeber spezielle Schutzvorkehrungen und Verarbeitungsbeschränkungen insbesondere in Artikel 9 DS-GVO definiert. Zunächst gilt, dass die Verarbeitung dieser Daten untersagt ist (Artikel 9, Absatz 1); es werden jedoch Zulässigkeitsstatbestände eingeräumt (Absatz 2).

- (1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie die Verarbeitung genetischer Daten, biometrischer Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person,

Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung einer natürlichen Person sind untersagt.

- (2) Zulässigkeitstatbestände: Die betroffene Person hat in die Verarbeitung ... ausdrücklich eingewilligt (Absatz 2a) oder die Verarbeitung ist z.B. „zum Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen Person (oder einer anderen Person) erforderlich und die betroffene Person ist aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außerstande, ihre Einwilligung zu geben“ (Absatz 2c).

Von Relevanz für die Arbeit im Rahmen der Suchthilfe ist (auch) der folgende Unterpunkt 2h. Die Verarbeitung ist für Zwecke der Gesundheitsvorsorge oder der Arbeitsmedizin für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung und Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich ... oder aufgrund eines Vertrags mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs und vorbehaltlich der in Absatz 3 genannten Bedingungen und Garantien erforderlich.

- (3) Die in Absatz 1 genannten personenbezogenen Daten dürfen zu den in Absatz 2 Buchstabe h genannten Zwecken verarbeitet werden, wenn diese Daten von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet werden und dieses Fachpersonal ... dem Berufsgeheimnis unterliegt, oder wenn die Verarbeitung durch eine andere Person erfolgt, die einer Geheimhaltungspflicht unterliegt. Hier findet sich eine deutliche Verbindung von Datenschutz und Schweigepflicht (s.a. Hauser & Haag, 2019).

5 d) Rechte der betroffenen Person

Die in der DS-GVO in den Artikeln 12 – 22 vorgesehene Rechte der betroffenen Person korrespondieren mit den Aufgaben und Pflichten der Verantwortlichen und der Auftragsverarbeiter. Diese wechselseitige Ausrichtung verstärkt ihre jeweilige Bedeutung, macht aber auch darauf aufmerksam, dass ein konstruktives Zusammenspiel beider Akteure voraussetzt, dass jede der beiden ihre (teilweise) „komplementären“ Aufgaben (z.B. Informieren – Auskunft einholen) auch aktiv wahrnehmen. Die DS-GVO nimmt den Verantwortlichen stärker in die Pflicht; er muss die betroffene Person über ihre Rechte informieren und auch darüber, wie sie ihre Rechte praktisch wahrnehmen kann und er muss nicht zuletzt auch Voraussetzungen schaffen, dass die betroffene Person ihre Rechte auch wahrnimmt (insbesondere Artikel 12).

5.d.1 „Transparente Information, Kommunikation und Modalitäten für die Ausübung der Rechte der betroffenen Person“ (Artikel 12 DS-GVO)

Der Verantwortliche ist verpflichtet, „geeignete Maßnahmen zu treffen, um der betroffenen Person alle Informationen **in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form in einer klaren und einfachen Sprache zu übermitteln**. Die Information erfolgt schriftlich oder in anderer Form, gegebenenfalls auch elektronisch. Falls von der betroffenen Person verlangt, kann die Information mündlich erteilt werden, sofern die Identität der betroffenen Person in anderer Form nachgewiesen wurde“ (Absatz 1).

Der Verantwortliche erleichtert der betroffenen Person die Ausübung ihrer Rechte gemäß

Die Übermittlung der Information soll durch geeignete Maßnahmen erfolgen, die dem Genauigkeitsgebot (inhaltlich präzise) und dem Verständlichkeitsgebot (die betroffene Person muss die Informationen ohne übermäßigen kognitiven oder zeitlichen Aufwand tatsächlich nachvollziehen können). Die Anforderungen des Verständlichkeitsgebots hängen von den Aufnahme- und Verarbeitungsfähigkeiten eines Durchschnittsadressaten dieser Information ab. Ggf. muss der Verantwortliche für unterschiedliche Adressatenkreise unterschiedliche adäquate Darstellungsweisen wählen“ (Bäcker, S. 371, Rz 11). Die Übermittlung kann schriftlich, mündlich oder auch elektronisch (z.B. Datenschutzerklärung) erfolgen. Es gilt jedoch „Medienbrüche“ zu vermeiden.

Zwischen dem Genauigkeits- und dem Verständlichkeitsgebot besteht ein Zielkonflikt. „Eine Verletzung dieser Norm lässt sich erst bei grob ungenauen oder unverständlichen Informationen feststellen. Gleichwohl ermöglicht Absatz 1 eine Überprüfung der Darstellung von Datenschutzinformationen, die über die rein formale Richtigkeit und Vollständigkeit hinausgeht. Die Norm trägt so dem Umstand Rechnung, dass gerade von der Darstellungsweise maßgeblich abhängt, ob die Informationen ihre Funktionen erfüllen können“ (Bäcker, S. 371f, Rz 12). „Unmittelbare Rechtsfolge einer Verletzung von Absatz. 1 ist, dass die gebotenen Informationen nicht ordnungsgemäß bereitgestellt worden sind. Hängt die weitere Verarbeitung der personenbezogenen Daten, auf die sich die Informationspflicht bezieht, von einer ordnungsgemäßen Information ab, so folgt aus diesem Verstoß ein Verarbeitungsverbot“ (Bäcker, S. 372, Rz 13).

Der Verantwortliche muss nachweisen können, dass er die Informationen übermittelt hat, was gegen eine (nur) mündliche Form spricht, nicht aber gegen die Möglichkeit, eine schriftliche Information mündlich zu erläutern, um so zur Verständlichkeit beizutragen. Hier stellt sich auch die Frage, in welcher **Sprache** die Information erfolgen soll! Grundsätzlich gilt, dass sie in der jeweiligen Landessprache – also in deutscher Sprache – gegeben werden soll, wodurch erfahrungsgemäß Verständigungsschwierigkeiten auftreten können. Somit ist zu überlegen, ob es notwendig ist, in der Landessprache des jeweiligen Klienten zu informieren. Deutschsprachige Texte lassen sich in den Varianten „Leichte Sprache“ oder „Einfache Sprache“ abfassen, wobei „Einfache Sprache“ für Personen gedacht ist, deren Erstsprache nicht Deutsch ist. Bei Online-/Internetauftritten gilt die Forderung, die Wahl der Sprache nach der Zielgruppe auszurichten, die durch den Internetauftritt anvisiert wird (s. Kapitel 5.5.7 TMG, Datenschutzerklärung).

5.d.2 „Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten“ (Artikel 13 DS-GVO)

Die Ausführungen zur Informationspflicht und zum Recht auf Auskunft unterscheiden, ob die Erhebung der personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person (Artikel 13) oder nicht bei der betroffenen Person (Artikel 14) erhoben wurden. Die Ausführungen sind weitgehend deckungsgleich; wenn die Daten aus dritter Quelle erhoben wurden, muss die Quelle genannt werden.

5.d.3 Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person (Artikel 13 DS-GVO)

In Absatz1 wird aufgezählt, welche Informationen zum Zeitpunkt der Erhebung gegeben werden müssen: Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen, die Zwecke für die die

personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen sowie die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung.

Absatz 2 enthält Angaben bezüglich weiterer Informationen, die zur Verfügung gestellt werden müssen, weil sie notwendig sind, „um eine faire und transparente Verarbeitung zu gewährleisten“ (Absatz 2). Dazu zählen u.a. Informationen über die Dauer für die die Daten gespeichert werden, gegebenenfalls die Kriterien für die Festlegung der Dauer, über das Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten sowie über das Recht auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung, über das Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie über das Recht auf Datenübertragbarkeit. Informiert werden muss auch über das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Informiert wird außerdem über das Bestehen eines Beschwerderechts bei einer Aufsichtsbehörde.

5.d.4 „Recht auf Auskunft zu personenbezogenen Daten“ (Artikel 15 DS-GVO)

Im Artikel 15 wird der betroffenen Person ein Recht auf Auskunft eingeräumt; vorausgesetzt wird, dass sie vom Verantwortlichen die Bestätigung darüber erhält, dass sie betreffende personenbezogenen Daten verarbeitet werden. „Ist dies der Fall, so hat sie ein Recht auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten und auf folgende Informationen“ (Absatz 1). Im Absatz 1a-h wird im Detail beschrieben, worüber sie Auskunft erhalten darf. Dazu zählen Informationen über (a) die Verarbeitungszwecke, (b) über die Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden, (c) wem gegenüber personenbezogene Daten offen gelegt worden sind oder offen gelegt werden, (d) sowie die geplante Dauer der Speicherung. Außerdem erhält sie (e) Auskunft über das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung (Artikel 16 DS-GVO) oder Löschung (Artikel 17 DS-GVO). Vorgesehen ist auch ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18 DS-GVO) und ein Widerspruchsrecht gegen diese Verarbeitung (Artikel 21 DS-GVO). Sie erhält Informationen über das Bestehen eines Beschwerderechts bei einer Aufsichtsbehörde(s. Artikel 77 DS-GVO), über ihr Recht auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DS-GVO) sowie das Recht, nicht einer automatisierten Entscheidungen im Einzelfall einschließlich Profiling unterworfen zu werden (Artikel 22 DS-GVO).

5.d.5 Recht auf Löschung und auf Vergessenwerden (Artikel 17 DS-GVO)

Absatz 1 zählt Gründe auf, die zu einem unverzüglichen löschen führen: z.B. falls die Daten nicht mehr notwendig sind, unrechtmäßig verarbeitet wurden oder bei Widerruf der Einwilligung. Absatz 2 enthält Ausführungen zum neu aufgenommenen „Recht auf Vergessenwerden“ („digitales Vergessen“). „Hat der Verantwortliche die personenbezogenen Daten öffentlich gemacht und ist er gemäß Absatz 1 zu deren Löschung verpflichtet- Er trifft „angemessene Maßnahmen, auch technischer Art, um für die Datenverarbeitung Verantwortliche zu informieren, dass eine betroffene Person von ihnen die Löschung aller Links zu diesen personenbezogenen Daten oder von Kopien oder Replikationen dieser personenbezogenen Daten verlang hat“ (Absatz 2 DS-GVO). Absatz 3 zählt Gründe auf, welche einer Löschung entgegenstehen, so dass das Recht auf Löschung der betroffenen Person nicht zur Anwendung kommt.

5 e) Pflichten des Verantwortlichen

Die folgenden Artikel (24, 25, 30 und 32) thematisieren den Zusammenhang von Datenschutz und Datensicherheit für personenbezogene Daten. Dabei gilt es, zwischen Datenschutz und Datensicherheit (s.a. IT-Sicherheit) zu unterscheiden. Datenschutz schützt die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen, in der DS-GVO insbesondere die digital erfassten Daten. Datensicherheit ist demgegenüber „weiter gefasst als Datenschutz es hier nicht nur um den Schutz personenbezogener Daten, sondern um den Schutz von Daten aller Art geht. Datensicherheit sorgt durch technische und organisatorische Maßnahmen (kurz TOM) dafür, dass Daten nicht verloren gehen, nicht manipuliert und nicht gestohlen werden“ (Bühler et al., 2019, S. 80). Artikel 5 DS-GVO formuliert den Grundsatz der Vertraulichkeit und Integrität, nach der personenbezogene Daten in einer Weise verarbeitet werden müssen, die eine angemessene Sicherheit dieser Daten gewährleistet“ (Kühling et al., 2018, S. 152, Rz 352). Geeignete technische und organisatorische Maßnahmen (s.a. Bauer et al. 2018) dienen dem Schutz vor unbefugter und unrechtmäßiger Verarbeitung sowie dem Schutz vor unbeabsichtigtem Verlust, Zerstörung oder Schädigung. Gemäß Erwägungsgrund 39 DS-GVO ist insbesondere zu gewährleisten, dass Unbefugten keinen Zugang zu den Daten haben und weder die Daten noch die Geräte, mit denen diese verarbeitet werden, benutzen können (s.a. Artikel 32 DS-GVO). Sicherheitstechnologien verstärken den Datenschutz (s. Artikel 25 DS-GVO).

Die Verhinderung unbefugten Zutritts zu Datenverarbeitungsanlagen (Zutrittskontrolle) sowie unbefugter Nutzung derselben (Zugangskontrolle) werden in der DS-GVO und im neuen BDSG unter dem Oberbegriff Zugangskontrolle behandelt (s. Artikel 25, Absatz 2 und vor allem im Artikel 32 DS-GVO). Das (neue) BDSG fordert in §64, Absatz 3: „Im Fall einer automatisierten Verarbeitung haben der Verantwortliche und der Auftragsverarbeiter nach einer Risikobewertung Maßnahmen zu ergreifen, die Folgendes bezwecken: Verwehrung des Zugangs zu Verarbeitungsanlagen mit denen die Verarbeitung durchgeführt wird, für Unbefugte (Zugangskontrolle)“. Die Zugangskontrolle umfasst nunmehr beides: Zutritts- und Zugangskontrolle. Dazu zählen z.B. Alarmanlagen, Videoüberwachung, Chipkarten-Leser, Passwortschirmen, Digitale Zertifikate, Besucher-Dokumentation aber auch Schutz- und Schadsoftware, Bildschirmsperren, eine aktuelle Nutzerverwaltung.

Die relevanten Artikel (24, 25, 30 und 32) werden teilweise im Wortlaut zitiert, da sie an den Verantwortlichen hohe Anforderungen stellen und deren Einhaltung per Nachweis einfordern („Rechenschaftspflicht“).

5.e.1 „Verantwortung des für die Verarbeitung Verantwortlichen

- (1) Der Verantwortliche setzt unter Berücksichtigung der Art, des Umfang, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere der Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen **geeignete technische und organisatorische Maßnahmen** um, um **sicherzustellen** und den **Nachweis** dafür erbringen zu können, dass die Verarbeitung gemäß dieser Verordnung erfolgt. Diese Maßnahmen werden erforderlichenfalls überprüft und aktualisiert.
- (2) Sofern dies in einem angemessenen Verhältnis zu den Verarbeitungstätigkeiten steht, müssen die Maßnahmen gemäß Absatz 1 die **Anwendung geeigneter**

Datenschutzvorkehrungen durch den Verantwortlichen umfassen.

5.e.2 „Datenschutz durch Technikgestaltung und durch datenschutzfreundliche Voreinstellungen“ (Artikel 25 DS-GVO)

- (1) Unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeiten und Schwere der mit der Verarbeitung verbundenen Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen trifft der Verantwortliche sowohl zum Zeitpunkt der Festlegung der Mittel für die Verarbeitung als auch zum Zeitpunkt der eigentlichen Verarbeitung **geeignete technische und organisatorische Maßnahmen** - wie z.B. Pseudonymisierung - die dafür ausgelegt sind, die **Datenschutzgrundsätze** wie etwa Datenminimierung **wirksam umzusetzen** und die notwendigen Garantien in die Verarbeitung aufzunehmen, um den Anforderungen dieser Verordnung zu genügen und die Rechte der betroffenen Personen zu schützen.
- (2) Der Verantwortliche trifft **geeignete technische und organisatorische Maßnahmen**, die sicherstellen, dass durch Voreinstellung **grundsätzlich nur personenbezogene Daten, deren Verarbeitung für den jeweiligen bestimmten Verarbeitungszweck erforderlich ist, verarbeitet werden**. Diese Verpflichtung gilt für die Menge der erhobenen personenbezogenen Daten, den Umfang der Verarbeitung, ihre Speicherfrist und ihre Zugänglichkeit. Solche Maßnahmen müssen insbesondere sicherstellen, dass personenbezogene Daten durch Voreinstellungen nicht ohne Eingreifen der Person einer unbestimmten Zahl von natürlichen Personen zugänglich gemacht werden.

5.e.3 Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten (Artikel 30 DS-GVO)

Das „Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten“ ist für den Verantwortlichen und den Auftragsverarbeiter verpflichtend und schriftlich zu führen. Es wird als eine weitere Verpflichtung zur Dokumentation verstanden und ist zugleich Nachweis der Einhaltung der Datenschutzverordnung. Ein Verstoß gegen diese Verpflichtung ist bußgeldbewehrt. Die Pflicht zur Führung des Verzeichnisses entfällt, wenn der Verantwortliche oder der Auftragsverarbeiter weniger als 250 Mitarbeiter beschäftigt (s. Absatz 5), jedoch nicht, wenn z.B. besondere Kategorien von Daten (Artikel 9 Absatz 1 DS-GVO) verarbeitet werden, was im Rahmen der Suchhilfe üblicherweise stattfindet. Absatz 1 behandelt das vom Verantwortlichen zu führende Verzeichnis und zählt auf, welche Angaben es enthalten muss, Absatz 2 das vom Auftragsverarbeiter zu führende Verzeichnis.

- (1) Das schriftlich zu führende **Verzeichnis aller Verarbeitungstätigkeiten des Verantwortlichen** enthält sämtliche folgenden Angaben. Dazu zählen u.a. der Name und die Kontaktdaten des Verantwortlichen, die Zwecke der Verarbeitung, eine Beschreibung der Kategorien betroffener Personen und der Kategorien personenbezogener Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen die personenbezogenen Daten offengelegt worden sind oder noch offengelegt werden, wenn möglich die vorgesehenen Fristen für die Löschung der verschiedenen Datenkategorien und wenn möglich eine allgemeine Beschreibung der technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß Artikel 32 Absatz 1.
- (2) Das schriftlich zu führende Verzeichnis der Auftragsverarbeiter enthält Angaben zu allen Kategorien von im Auftrag eines Verantwortlichen durchgeführten Tätigkeiten der

Verarbeitung, d.h. u.a., die Kategorien von Verarbeitungen, die im Auftrag des Verantwortlichen durchgeführt werden, wenn möglich eine allgemeine Beschreibung der technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß Artikel 32 Absatz 1.

Die in den Absätzen 1 und 2 genannten **Pflichten gelten nicht** für Unternehmen oder Einrichtungen, die weniger als 250 Mitarbeiter beschäftigen, sofern die von ihnen vorgenommene Verarbeitung nicht ein Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffene Person birgt, die Verarbeitung nicht nur gelegentlich erfolgt oder nicht die Verarbeitung besonderer Datenkategorien gemäß Artikel 9 Absatz 1 ... einschließt.

5.e.4 Sicherheit der Verarbeitung (Artikel 32 DS-GVO)

Datensicherheit wird bereits in Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe f behandelt. Artikel 32 richtet den Blick auf das potentielle Sicherheitsrisiko, welches bei der Datenverarbeitung besteht.

- (1) Unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeiten und Schwere des Risikos für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen treffen der Verantwortliche und der Auftragsverarbeiter geeignete technische und organisatorische Maßnahmen, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten; diese Maßnahmen schließen unter anderem Folgendes ein:
 - a. die Pseudonymisierung und Verschlüsselung personenbezogener Daten;
 - b. die Fähigkeit, die Vertraulichkeit, Integrität, Verfügbarkeit und Belastbarkeit der Systeme und Dienste im Zusammenhang mit der Verarbeitung auf Dauer sicherzustellen;
 - c. die Fähigkeit, die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten und den Zugang zu ihnen bei einem physischen oder technischen Zwischenfall rasch wiederherzustellen;
 - d. ein Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung der Wirksamkeit der technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung;
- (2) Bei der Beurteilung des angemessenen Schutzniveaus sind insbesondere die Risiken zu berücksichtigen, die mit der Verarbeitung verbunden sind, insbesondere durch – ob unbeabsichtigt oder unrechtmäßig – Vernichtung, Verlust, Veränderung oder unbefugte Offenlegung von beziehungsweise unbefugten Zugang zu personen-bezogene Daten, die übermittelt, gespeichert oder auf andere Weise verarbeitet wurden.
- (3) Der Verantwortliche und der Auftragsverarbeiter unternehmen Schritte, um sicherzustellen, dass ihnen unterstellte natürliche Personen, die Zugang zu personenbezogene Daten haben, diese nur auf Anweisung des Verantwortlichen verarbeiten, es sei denn, sie sind nach dem Recht der Union oder der Mitgliedstaaten zur Verarbeitung verpflichtet.

Die Vorgaben zu Datensicherheit und Datensicherung betreffen auch internetbasierte Erhebungen (Online-Befragung, Verwendung elektronischer Medien, E-Mail). Der Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute (ADM e.V.) hat eine Richtlinie für Online-Befragungen vorgelegt (www.adm-ev.de), ebenso die Deutsche Gesellschaft für Online-Forschung (www.dgof.de). Aber auch von Seiten einzelner Forschungsinstitute – z.B. Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (www.zfg-nrw.de) oder Social Science Survey (www.socscisurvey.de) wird über Datenschutz und Datensicherheit bei Anwendung im Internet informiert. Insbesondere soll die Datenerhebung so erfolgen, dass ein Rückschluss auf die Person des Teilnehmers nicht möglich ist. Dazu zählt z.B., dass die IP-Adresse nicht gespeichert wird, die Antworten verschlüsselt werden (SSL-Verschlüsselung) und die Datensicherheit durch eine sichere Serverumgebung gewährleistet wird.

5.e.5 Verhaltensregeln (Artikel 40 DS-GVO)

Verhaltensregeln (Artikel 40) und Zertifizierung (Artikel 42) können als Mittel der Selbstregulierung verstanden werden; sie setzen die „Genehmigung“ und die „Überwachung“ der entsprechenden Aufsichtsbehörden zwar voraus, wollen jedoch zu einer Stärkung von Selbständigkeit und Autonomie der jeweiligen Einrichtung beitragen. Darüber hinaus stellt die Möglichkeit, Verhaltensregeln durch die Anwender selbst auszuarbeiten und von den Aufsichtsbehörden genehmigen zu lassen, eine nützliche Verbindung zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement her.

5.e.5.1 Die Ausarbeitung von Verhaltensregeln

In Absatz 1 des Artikels 40 wird festgehalten: „Die Mitgliedstaaten, die Aufsichtsbehörden, der Ausschuss und die Kommission **fördern die Ausarbeitung von Verhaltensregeln**, die nach Maßgabe der Besonderheiten der einzelnen Verarbeitungsbereiche und der besonderen Bedürfnisse von Kleinstunternehmen sowie kleinen und mittleren Unternehmen zur ordnungsgemäßen Anwendung dieser Verordnung beitragen sollen“.

Absatz 2 gibt an, wer Vorschläge erarbeiten kann und zu welchen Themen dies möglich ist: „Verbände und andere Vereinigungen, die Kategorien von Verantwortlichen oder Auftragsverarbeitern vertreten, können **Verhaltensregeln ausarbeiten oder ändern oder erweitern**, mit denen die Anwendung dieser Verordnung beispielsweise zu dem Folgenden präzisiert wird: (a) faire und transparente Verarbeitung, (c) Erhebung personenbezogener Daten, (d) Pseudonymisierung personenbezogener Daten; € Unterrichtung der Öffentlichkeit und der betroffenen Personen; (i) die Meldung von Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten an Aufsichtsbehörden und die Benachrichtigung der betroffenen Person von solchen Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten;

In den folgenden Unterpunkten 3-11 werden eine Reihe weiterer Gesichtspunkte angeführt, welche dazu dienen, die genehmigten Verhaltensregeln als allgemeinverbindlich zu deklarieren und zu praktizieren; sie erhalten damit den Status eines Durchführungsrechtsaktes und gewähren der Einrichtung ein hohes Maß an Rechtssicherheit (Kühling et al., S. 292, Rz756).

5.e.5.2 „Überwachung der genehmigten Verhaltensregeln“ (Artikel 41 DS-GVO)

Die Überwachung der Einhaltung von Verhaltensregeln kann von einer Stelle durchgeführt werden, die über geeignetes Fachwissen hinsichtlich des Gegenstandes der Verhaltensregeln verfügt und die von der zuständigen Aufsichtsbehörde zu diesem Zweck akkreditiert wurde (Artikel 41 Absatz 1). Funktion und Aufgaben dieser Stelle werden in den Absätzen 2 – 4 behandelt. Die Akkreditierung einer Stelle kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen für ihre Akkreditierung nicht oder nicht mehr erfüllt sind oder wenn die Stelle Maßnahmen ergreift, die nicht mit dieser Verordnung vereinbar sind.

5.e.6 Der/Die Datenschutzbeauftragte (Artikel 37-39 DS-GVO)

Die DS-GVO hat erstmals das Konzept eines/einer Beauftragten als Teil effektiver Selbstkontrolle europaweit eingeführt. Die Artikel 37 (Benennung), 38 (Stellung) und 39 (Aufgaben) enthalten wesentliche Vorgaben. Die DS-GVO belässt durch Öffnungsklauseln den Mitgliedsstaaten jedoch Ausgestaltungsspielraum.

Die DS-GVO formuliert keine generelle Pflicht zur Benennung. Sie formuliert jedoch in Artikel 37, Absatz 1 drei Situationen, bei welchen die Benennung verpflichtend ist. Das gilt u. a., dann, wenn „die Kerntätigkeit des Verantwortlichen oder des Auftraggebers in der umfangreichen Verarbeitung besonderer Kategorien von Daten gemäß Artikel 9 ... besteht (Absatz 1, c).

Die Öffnungsklausel führt dazu, dass das BDSG in Artikel 38 dazu ergänzend vorschreibt, dass eine Benennung erfolgt, wenn sich in der Regel mindestens 10 Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigen. Eine Benennung erfolgt zwingend, wenn der Verantwortliche oder der Auftragsverarbeiter bei Verwendung neuer Technologien ... voraussichtlich ein hohes Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen zur Folge hat (Artikel 35 DS-GVO).

Die Ernennung des Datenschutzbeauftragten erfolgt „auf der Grundlage der beruflichen Qualifikation und insbesondere des Fachwissens, das er auf dem Gebiet des Datenschutzrechts und der Datenschutzpraxis besitzt, sowie auf der Grundlage seiner Fähigkeiten zur Erfüllung der in Artikel 39 DS-GVO genannten Aufgaben“ (Artikel 37, Absatz 5). Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten sind zu veröffentlichen (z.B. in der Datenschutzerklärung) und der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

In Artikel 38 (Stellung des/der Datenschutzbeauftragten) wird gefordert, dass er/sie in alle dem Datenschutz zusammenhängenden Fragen eingebunden, bei der Erfüllung seiner/ihrer Aufgaben unterstützt wird und keine Anweisungen erhält („Stabsstelle“). Er/Sie berichtet unmittelbar der höchsten Managementebene und ist zur Geheimhaltung und Vertraulichkeit verpflichtet. Betroffene Personen können ihn/sie zu Rate ziehen.

Artikel 39 DS-GVO zählt in Absatz 1 Aufgaben auf: Beratung und Unterrichtung, Überwachung der Einhaltung dieser Verordnung und anderer Datenschutzvorschriften sowie der Strategien des Verantwortlichen oder des Auftragsverarbeiters bezüglich Datenschutz, der Sensibilisierung und Schulung der an Verarbeitungsvorgängen beteiligten Mitarbeiter einschließlich der diesbezüglichen Überprüfung. Er/Sie kann Aufgaben bei der Datenschutz-Folgenabschätzung übernehmen, ist Anlaufstelle für die Aufsichtsbehörde und zuständig für die Zusammenarbeit mit dieser.

5.e.7 Telemediengesetz (TMG) und die Datenschutzerklärung

Das TMG wurde am 2. Juli 2020 im Bundestag verabschiedet (TMG 19/20665). Auf europäischer Ebene soll die Erarbeitung der ePrivacy Verordnung demnächst erfolgen, welche sich ebenfalls auf das TMG bzw. auf die Datenschutzerklärung auswirken wird. Das Telemediengesetz gilt nach §1 Absatz 1 für alle elektronischen Informations- und Kommunikationsdienste, soweit diese nicht dem Telekommunikationsgesetz oder dem Rundfunkstaatsvertrag unterstehen. Von besonderer Relevanz für Suchthilfeeinrichtungen sind die §§ 11 - 13 TMG zum Datenschutz und hier insbesondere §13, welcher Bezugspunkt für die **Datenschutzerklärung auf der Homepage** darstellt. Die Datenschutzerklärung wird allerdings durch Inhalte der Artikel 13 und 14 der DS-GVO verbindlich ergänzt.

5 f) Zusammenfassung (Resume) und Ausblick

Die Darstellung der Bestimmungen der DS-GVO informiert nicht nur über zu beachtende datenschutzrechtliche Anforderungen, sie enthält auch Anforderungen an die Anwendung im

Rahmen der fachlichen Tätigkeit (Datenschutzpraxis), die zu beachten und aufzugreifen sind. Denn „unter der DS-GVO ist es nicht ausreichend, dass Unternehmen die Datenschutzbestimmungen „nur“ einhalten. Die Verantwortung des Unternehmens für die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben muss überprüfbar wahrgenommen werden ... Dazu wird ein dokumentierter Nachweis der Bewertung und Umsetzung gefordert (Rechenschaftspflicht bzw. Accountability nach Artikel 5, Absatz 2 DS-GVO). Ergänzend ist festgelegt, dass Unternehmen geeignete technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen haben, um sicherzustellen, dass die Datenverarbeitung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben erfolgt (Artikel 24, DS-GVO)“ (Lachenmann, S. 1).

Die Frage stellt, sich, wie diese datenschutzrechtliche Rechenschaftspflicht, wie der geforderte Nachweis erfolgen soll (s. Ausführungen zu Artikel 5). Den Nachweis nur über das Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten oder durch Umsetzung der Grundsätze der Datenminimierung zu führen, ist nach mehreren Autoren nicht ausreichend (Lachenmann, S. 1). Plädiert wird daher für die Entwicklung eines umfassenden Datenschutzmanagement Systems, in welchem eine vollständige Umsetzung der Rechenschaftspflicht enthalten sein könnte (Lachenmann, S. 1). Ein solches System liegt jedoch noch nicht vor. Praktikabel ist es aus unserer Sicht, selektiv vorzugehen und sich zunächst vor allem auf Anforderungen zu konzentrieren, bei welchen ausdrücklich ein Nachweis der Einhaltung des Datenschutzes (Rechenschaftspflicht) gefordert wird.

Bei der Frage der Umsetzung bzw. Anwendung des Datenschutzrechts nach DS-DGVO und BDSG ist es sinnvoll, zwischen drei Bereichen zu unterscheiden: Organisation (die Einrichtung, das jeweilige Unternehmen, der Verband), Anwendungspraxis (der persönliche und fallbezogene Kontakt mit Klienten/Patienten) sowie Verarbeitung der personbezogenen Daten. Der erste Bereich umfasst Aufgaben des Datenschutz-Management bzw. der Datenschutz-Compliance mit den Teilaufgaben (a) Entwicklung von Dokumentationsinstrumenten und von Konzepten, Leitlinien, Richtlinien (z.B. für die Schulung der Mitarbeiter/innen) sowie (b) Implementierung und Verzahnung von Datenschutz(recht) in die Unternehmenskultur. Der zweite Bereich (Datenschutzpraxis) fokussiert vor allem die Realisierung der Vorgaben des Datenschutzes im fallbezogenen persönlichen Kontakt - z.B. beim Einholen der Einwilligung und deren Dokumentation - aber auch im fallbezogenen indirekten Kontakt (z.B. bei der fallbezogenen Kooperation mit anderen Einrichtungen). Der dritte Bereich sieht vor, die Verarbeitung der Daten datenschutzkonform durchzuführen und die Tätigkeit zu kontrollieren und zu dokumentieren etwa im Sinne der Datensicherheit. Dafür sind in der Einrichtung (der Organisation) Voraussetzungen zu schaffen: u.a. Klärung der Zuständigkeiten für den Datenschutz, Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten, IT-Sicherheitshandbuch, Verpflichtung der Beschäftigten auf Verschwiegenheit, Schulungen, Auditierung der Erhebungsbogen, des Durchführungsplans u.a. (Lachenmann, 2018, S. 3).

Mit Blick auf den KDS-K ergibt sich eine erste vereinfachte Zuordnung: der Baustein KDS-E bzw. die Einrichtung (Organisation) ist der Bereich für das Datenschutzmanagement, so dass sich die Frage stellt, inwieweit im KDS-E dokumentiert werden soll, welche Konzepte für den Datenschutz vorliegen: z.B. ein Datenschutzkonzept, ein Konzept für die Information bzw. Schulung der Mitarbeiter/innen, die Ernennung eines Datenschutzbeauftragten, ein IT-Sicherheitshandbuch analog zur „Strukturqualität“ (Lachenmann, 2018, S. 3ff).

Die Bausteine KDS-F und KDS-Kat dokumentieren den fallbezogenen persönlichen Kontakt

mit Klient/innen. Welche Vorgehensweisen und welche Instrumente werden für die datenschutzkonforme fallbezogene Praxis – z.B. beim Einholen der Einwilligung – vorgesehen und mit welchen Instrumenten wird der fallbezogene Einsatz dokumentiert („Prozessqualität“). Soll dies im KDS-F bzw. im KDS-Kat implementiert werden?

Der Kerntabellensatz basiert auf der automatisierten Verarbeitung der aggregierten personenbezogenen Daten, er belegt die „Ergebnisqualität“. Alle Elemente der Vorgangsreihe der Verarbeitung – insbesondere das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung und Verbreitung – müssen nicht nur fachlichen, sondern auch datenschutzrechtlichen Kriterien genügen. Insofern muss das der Auswertung zugrunde liegende Konzept beiden gerecht werden und z.B. in der Liste der Verarbeitungstätigkeiten berücksichtigt werden.

Für die Umsetzung des oben angesprochenen selektiven Vorgehens gilt es passende und praktikable Vorgehensweisen und Werkzeuge (z.B. Dokumentationsinstrumente) für die fachliche Tätigkeit zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Folgende Punkte könnten beispielsweise diesbezüglich aufgegriffen werden:

- Artikel 5 sieht eine Rechenschaftspflicht vor. Der Verantwortliche muss die Einhaltung der Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten nachweisen (können). Dies setzt eine sorgfältige und überprüfbare Dokumentation dieser Tätigkeit voraus. Sinnvoll wäre daher die Entwicklung eines Leitfadens hinsichtlich der Frage, wie die in Artikel 5 Absatz 1 vorgesehenen Aufgaben zu konkretisieren und zu operationalisieren sind. Auf dieser Grundlage könnte dann ein Dokumentationsbogen entwickelt werden.
- Artikel 7: das Einholen der Einwilligung; diese erfordert eine hohe soziale und sprachliche Kompetenz. Die Erarbeitung eines diesbezüglichen Leitfadens für die Gesprächsführung wäre hilfreich, zumal er auch im Umgang mit anderen Aufgaben (z.B. Klient/in informieren) verwendet werden könnte.
- Artikel 30 fordert das Führen eines schriftlichen Verzeichnisses der Verarbeitungstätigkeiten, was nicht nur fachliche, sondern auch sprachliche Kompetenzen erfordert. Auch hier könnte ein Leitfaden helfen, die Verständlichkeit des Verzeichnisses zu verbessern und für eine objektive und reliable Handhabung beitragen.
- Artikel 40 ruft dazu auf, „Verhaltensregeln“ auszuarbeiten, mit denen die Anwendung der Verordnung präzisiert werden kann. Die zur Konkretisierung in der DS-GVO vorgelegte Liste enthält einzelne Verhaltensbereiche zur Auswahl, erleichtert somit die Auswahl für eine Ausarbeitung.

Zwischen Datenschutz / Datensicherheit, Qualitätssicherung und Datenschutz-Compliance besteht ein unübersehbarer Zusammenhang, welcher ein potentielles Synergiepotential beinhaltet, das für die Einrichtung, speziell für die Organisations- und Personalentwicklung aber vor allem für eine Weiterentwicklung der Fachlichkeit und damit für eine kontinuierliche Verbesserung der Suchhilfe genutzt werden könnte.

6 Literatur

- Bäcker, M. (2018). Transparente Information, Kommunikation und Modalitäten für die Ausübung der Rechte der betroffenen Person (S. 368-378). In J. Kühling & B. Buchner (Hrsg.)
- Bauer, C., Eickmeier, F. & M. Eckerd (2018). E-Health: Datenschutz und Datensicherheit. Herausforderungen und Lösungen im IoT-Zeitalter. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Baumann, A., Stieber, J. & H. Löwel (1997). Nichtteilnahme als Einflussfaktor auf die Aussagefähigkeit von Follow-up Studien. Gesundheitswesen 59, Sonderheft 1, 19-25.
- Bengel, J., Koch, U. (2000). Grundlagen der Rehabilitationswissenschaft. Berlin: Springer-Verlag.
- Berens, E.-M., Riedel, J., Reder, M., Razum, O., Kolip, P., Spallek, J. (2015). Postalische Befragung von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund – Identifizierung, Stichprobenbereinigung und Response im Rahmen der InEMa-Studie. Gesundheitswesen. DOI 10.1055/s-0035-1564076
- Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) (Hrsg.) (2019). DSGVO-BDSG. Texte und Erläuterungen. Bonn: BfDI (www.datenschutz.bund.de).
- Bölscher, J. (2000). Datenschutz und Datensicherheit bei gesundheitsökonomischen Studien. In O. Schöffski & J. M. von der Schulenburg (Hrsg.). Gesundheitsökonomische Evaluationen (S. 231-243, 2. vollständig neu bearbeitete Auflage). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Breyer, J. (2018). Verarbeitungsgrundsätze und Rechenschaftspflicht nach Artikel 5 DSGVO. Datenschutz und Datensicherheit 42, 311-317.
- Buchner, B., Kühling, J. (2018). Art. 7 Bedingungen für die Einwilligung (Zweite Auflage, S. 284-308). In J. Kühling & B. Buchner (Hrsg.), Datenschutzgrundverordnung/BDSG. Kommentar. München: C.H. Beck.
- Bundesdatenschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Januar 2003 (BGBl. I S. 66), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. Februar 2015 (BGBl. I S. 162). www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bdsg_1990/gesamt.pdf
- Caspar, F. (2014). Stichwort "follow-up Study" / Nachuntersuchung. In M. Wirtz (Hrsg.). Dorsch: Lexikon der Psychologie. 17. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.)(1985). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.)(2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. Sucht 47, Sonderheft 2.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2007). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definition und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm.
- Deutsche Rentenversicherung Bund – Referat Datenschutz (2011).Anregungen zur Gestaltung einer schriftlichen Einwilligungs-erklärung. Berlin. DRV-Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund – Referat Datenschutz (2011).Anregungen zur

- Gestaltung einer schriftlichen Teilnehmer-information. Berlin. DRV-Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Dilling, H., W. Mombour & M. H. Schmidt (Hrsg.) (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Ed.) (2012): Treatment demand indicator. Standard protocol 3.0. Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries. Lissabon. (EMCDDA Scientific Report).
- Exner, A.-K., Gerold, H., Breckenkamp, J. Bahmer, J., Klemke, R., Berg-Beckhoff, G., Horschke, A., Razum, O. (2014). Datenschutz in der Rehabilitationsforschung. *Rehabilitation*, 53, 2158-267
- Fachausschuss Statistik der DHS (1998): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Klientenbezogenen Daten). 15.2.98. *Sucht*, 44, 139-145.
- Fachausschuss Statistik der DHS (1999). Einrichtungsbezogener Deutscher Kerndatensatz (Stand: 29.10.99). *Sucht*, 45, 419-434.
- Hart, D. (2000). Ärztliche Leitlinien und Haftungsrecht (S. 137-159). In D. Hart (Hrsg.), *Ärztliche Leitlinien: Empirie und Recht professioneller Normensetzung*. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.
- Hauser, A., Haag, I. (2019). *Datenschutz im Krankenhaus – mit allen Neuerungen durch die DS-GVO*. Fünfte Auflage. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus-Verlagsgesellschaft mbH.
- Höfling, W. (2009). Gesundheitliche Eigenverantwortung. Anmerkungen zu einer schwierigen Kategorie. In V. Schumpelick & B. Vogel (Hrsg.). *Volkskrankheiten*. Freiburg: Herder-Verlag.
- Höfling, W. (2009). Recht auf Selbstbestimmung versus Pflicht zur Gesundheit. *Z. Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103, 286-292.
- Kendall, P.C., Holmbeck, G. & T. Verduin (2004). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th edition, pp. 16-43). New York: Wiley & Sons.
- Klein, S., Porst, R. (2000). Mail Surveys. Ein Literaturbericht. Mannheim: ZUMA-Technischer Bericht 10/2000.
- Kranig, T., Sachs, A. & M. Gierschmann (2017). *Datenschutz-Compliance nach der DS-GVO. Handlungshilfe für Verantwortliche inklusive Prüffragen für Aufsichtsbehörden*. Köln: Bundesanzeiger Verlag.
- Kühling, J., Klar, M. & F. Sackmann (2018). *Datenschutzrecht*. Vierte, völlig neu bearbeitete Auflage. Heidelberg: C.F. Müller.
- Kühling, J., Buchner, B. (Hrsg.) (2018). *Datenschutz-Grundverordnung/BDSG*. Zweite Auflage. München: C.H. Beck.
- Lachenmann, M. (2018). Rechenschaftspflicht (2. Auflage, S. 1-10). In A. Koreng, Lachenmann, M. (Hrsg). *Formularhandbuch Datenschutzrecht*. München: C.H. Beck.
- Langanke, M., Fischer, T., Erdmann, P. & K. B. Brothers (2013). *Gesundheitliche*

- Eigenverantwortung im Kontext Individualisierter Medizin. *Ethik in der Medizin*, 25, 243-250.
- Marnau, N. (2016). Anonymisierung, Pseudonymisierung und Transparenz für Big Data – technische Herausforderungen und Regelungen in der Datenschutz-Grundverordnung. *Datenschutz und Datensicherheit* 40, 428-433.
- Pflüger, A., Dobel, H. (2014). Datenschutz in der Online-Forschung (S. 485-518). In M. Welker, M. Taddicken, H.-J. Schmidt & N. Jakob (Hrsg.). *Handbuch Online-Forschung*. Köln: Hasem-Verlag.
- Reuband, K.-H. (2014). Schriftlich-postalische Befragung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. DOI 10.1007/978-3-531-18939-0_47.
- Reuband, K.-H. (2015). Ausschöpfung und Nonresponse Bias in postalischen Befragungen. Der Stellenwert von Incentives, Fragebogenlänge und Anonymität der Fragenadministration. In J. Schupp & C. Wolf (Hrsg.). *Nonresponse Bias*. Schriftenreihe der ASI. DOI 10.1007/978-3-658-10459-7_6.
- Reuband, K.-H., Blasius, J. (2000). Situative Bedingungen des Interviews, Kooperationsverhalten und Sozialprofil konvertierter Verweigerer. Ein Vergleich von telefonischen und face-to-face Befragungen (S. 139-167). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Rüger, U., Senf, W. (1994). Evaluative Psychotherapieforschung: Klinische Bedeutung von Psychotherapie-Katamnesen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40, 103-116.
- Schmidt, B. (2014). Verantwortung für Gesundheit: Formen, Funktionen und Folgen der Zurechnung. *Soziale Systeme* 19, 2, 350-375.
- Schnell, R., Bachteler, T., Reiher, J. (2009). Entwicklung einer neuen fehlertoleranten Methode bei der Verknüpfung von personenbezogenen Datenbanken unter Gewährleistung des Datenschutzes. *Methoden- Daten- Analyse* 3, 203-217.
- Schnell, R., Hill, P.B. & Esser, E. (2013). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg, 10. überarbeitete Auflage.
- Schöffski, O., Claes, C. (2000). Die Datenherkunft als Hauptdeterminante des Studiendesigns. In O. Schöffski & J. M. von der Schulenburg (Hrsg.). *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (S. 51-56, 2. vollständig neu bearbeitete Auflage). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Simon, R.; Strobl, M. (1993): Einsatz von EDV in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Stand und mögliche Standards. *Sucht*, 39(5), 343-349.
- Trachsel, M., Hürlimann, D. (2015). Selbstschädigung durch Suchtmittel aus ethischer und rechtlicher Sicht. *SuchtMagazin* 41, 8-11.
- Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016).
- Weichert, T. (1999). Datenschutz bei der elektronischen Basisdokumentation in Suchtberatungsstellen – aktuelle Stellungnahme des Landesbeauftragten für den Datenschutz Schleswig-Holstein. www.datenschutzzentrum.de/material/themen.

- Witt, B. C. (2010). Datenschutz kompakt und verständlich. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien/Vieweg&Teubner Verlag. Zweite aktualisierte und ergänzte Auflage.
- Zeidler, J., Braun, S. (2012). Sekundäranalysen. In O. Schöffski & J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.). Gesundheitsökonomische Evaluationen (S. 243-274, Vierte, vollständig überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W. u.a. (2004). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 von Suchtkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 11, 11-20.