

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.



Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe

Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch

Stand: 23.07.2008

Herausgeber: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4, D-59065 Hamm

www.dhs.de

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

Mitglieder des Ausschusses

Helmut Urbaniak (Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD e.V.), Vorsitzender des Ausschusses 2005/2006

Dr. Ulrike Beckmann (Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin)

Dr. Heribert Fleischmann (BADO)

Winfried Funk (Arbeitsgruppe Suchthilfe der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden, Landesvertreter Thüringen)

Dr. Raphael Gaßmann (DHS, Hamm)

Albert Kern (Paritätischer Wohlfahrtsverband, Berlin)

Dr. Andreas Koch (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Kassel), Vorsitzender des Ausschusses seit 2006

Peter Missel (Fachverband Sucht, Bonn)

Wolfram Schuler † (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Kassel)

Richard Sickinger (Deutscher Caritasverband, Freiburg)

Roland Simon (DBDD, München)

Dr. Walter Spöhring (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser, Kassel) (bis 2005)

Jürgen Vöckel (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser, Kassel)

Externe Experten

Dr. Martin Brünger (Rehaklinik Birkenbuck, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Malsburg-Marzell)

Dietrich Hellge-Antoni (Arbeitsgruppe Suchthilfe der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden, Landesvertreter Hamburg)

Dr. Hans Wolfgang Linster (Institut für Psychologie der Universität, Freiburg)

Prof. Dr. Peter Raschke (Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg)

Dr. Dilek Sonntag (IFT Institut für Therapieforschung, München)

Michael Strobl (Gesellschaft für Standarddokumentation und Auswertung, Höhenkirchen-Siegertsbrunn)

Unter Mitarbeit von

Christina Bauer (IFT Institut für Therapieforschung, München)

Anke Brodd (DHS, Hamm)

Ann Katrin Hellwich (IFT Institut für Therapieforschung, München)

Birgit Lehner (DHS, Hamm)

Inhaltsverzeichnis

1	Zu diesem Manual.....	1
2	Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E).....	3
2.1	Einleitung.....	3
2.2	Items zum Kerndatensatz Einrichtung.....	5
2.3	Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Einrichtung.....	12
3	Kerndatensatz Klienten (KDS-K)	21
3.1	Einleitung.....	21
3.2	Items zum Kerndatensatz Klienten	22
3.3	Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Klienten.....	39
4	Kerntabellensatz Klienten	82
4.1	Einführung.....	82
4.2	Kerntabellen	84
5	Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat)	88
5.1	Einführung.....	88
5.2	Leitfaden zur Implementierung und Durchführung einer Katamnese	93
5.3	Items des Kerndatensatzes Katamnese	111
5.4	Fragebogen Katamnese	124
5.5	Arbeitshilfen für die Durchführung	125
6	Kerntabellensatz Katamnese	130
7	Literatur	131
8	Anhang	133
8.3	Anhang A: Verlaufsschema für die Feststellung einer Substanzproblematik .	133

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bildung der Stichprobe und „Katamneseschwund“	96
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Katamneseprotokoll	109
Tabelle 2: Bildung der Katamnese Stichprobe	110
Tabelle 3: Bildung der Analyse Stichprobe.....	110

Überblick über aktuelle inhaltliche Ergänzungen

Neben einer umfassenden redaktionellen Überarbeitung des Gesamtdokuments wurden im Vergleich zur letzten Manualfassung vom 14.12.2007 für folgende Items des Kerndatensatzes Klient (KDS-K) die Kodierungsanweisungen erweitert:

- 2.3.10: Lebensunterhalt
- 2.4.1.5: riskanter Konsum
- 2.4: Problembereiche
- 2.4.4: Pathologisches Glücksspiel
- 2.4.6: Hauptdiagnose
- 2.4.6.2: Grund, warum keine Hauptdiagnose gestellt wurde
- 2.5.1: Art der Betreuung
- 2.6.1: Datum des Betreuungsendes

1 Zu diesem Manual

Das vorliegende Manual beschreibt den Deutschen Kerndatensatz in der aktuellen Version, die seit Januar 2007 bundesweit eingesetzt wird. Dieser Kerndatensatz entstand 1998 als ein gemeinsamer Mindestdatensatz im Rahmen eines Konsensprozesses zwischen vielen beteiligten Institutionen und Personen, der im Fachausschuss Statistik (früher Statistik-AG) der DHS stattfand. Er wurde in einem mehrjährigen Prozess überarbeitet, wodurch eine Verbesserung sowohl der Anwenderfreundlichkeit als auch der Erfassungsgenauigkeit erreicht werden konnte. Er dient einer einheitlichen Dokumentation in Psychosozialen Beratungsstellen und stationären Einrichtungen für Personen mit substanzbezogenen Störungen, Essstörungen und pathologischem Spielverhalten in Deutschland. Die Notwendigkeit der Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), aber auch der Bedarf nach Vergleichbarkeit und Abstimmung zwischen den Bundesländern, verschiedenen Regionen und Trägern haben diese Standards notwendig gemacht.

Die Texte, die überwiegend bereits an anderer Stelle publiziert wurden, sind um einige redaktionelle Hinweise ergänzt und im Layout vereinheitlicht worden. Die im Kerndatensatz bisher fehlenden Definitionen und Detailfestlegungen wurden zum größten Teil aus den Handbüchern des Einrichtungsbezogenen Behandlungsinformations-Systems (EBIS-System; Strobl & Türk, 2000) übernommen. Den Autoren, dem IFT und dem Neuland-Verlag sei an dieser Stelle gedankt für die Überlassung dieser Texte. Das vorliegende Manual soll eine Lücke füllen. Während die Veröffentlichung der Standards für die Dokumentation der Behandlungseinrichtungen (Statistikausschuss der DHS 1999) und der Klienten (Statistikausschuss der DHS 1998) die Itemsätze grundsätzlich festgelegt hat, konnten im Rahmen der Zeitschriftenpublikationen nicht alle Detailinformationen gegeben werden, die für die Implementierung dieser Datensätze in einem konkreten System notwendig waren. Dies wird durch das vorliegende Manual nachgeholt. Um die Lesbarkeit zu erhöhen, wurden im vorliegenden Text männliche Formen verwendet, die sich jedoch genauso auf weibliche wie auch männliche Personen beziehen soll. Mehrere Bausteine bilden die Grundlage für eine einheitliche und vergleichbare Dokumentation:

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

Die Einrichtung, in der die 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. Es werden verschiedene Typen von Einrichtungen unterschieden. Neben einem gemeinsamen Kern von Daten zur Beschreibung aller Einrichtungen sind einige Informationen nur für bestimmte Typen zu nutzen. Die ursprüngliche Fassung des KDS-E wurde vom Fachausschuss Statistik der DHS 1999 entwickelt, nun in einem mehrjährigen Prozess überarbeitet und in seiner neuen Fassung von der DHS verabschiedet (Fachausschuss Statistik der DHS 2006).

- **Kerndatensatz Klienten (KDS-K)**

Die Beschreibung des Klienten, der individuellen Betreuung und deren Ergebnisse ist Gegenstand des Kerndatensatzes Klienten (KDS-K). Er enthält die Items des Europäischen Standards der EBDD, des Treatment Demand Indicator Datensatzes (TDI) in der Version 2.0 (EMCDDA, 2000). Auf zusätzliche Items, die erst nach Verabschiedung von KDS-K in den TDI aufgenommen wurden, wird im Text hingewiesen. Der KDS-K wurde vom Fachausschuss Statistik der DHS 1998 entwickelt, parallel zum KDS-E überarbeitet und in seiner aktuellen Version von der DHS verabschiedet (Statistikausschuss der DHS 2006).
- **Kerntabellensatz Klient**

Die einheitliche Zusammenführung von Informationen aus verschiedenen Dokumentationssystemen setzt entweder den Austausch von einzelnen Datensätzen auf Einrichtungs- bzw. Klientenebene oder die Vereinbarung von Tabellenformaten für den Ergebnisaustausch voraus. Aus Gründen des besseren Datenschutzes wurde bei den Klientendaten der letztere Weg gewählt. Die verwendeten Tabellen wurden im Statistikausschuss der DHS entwickelt und von der DHS verabschiedet.
- **Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat)**

Die Beschreibung des Klientenstatus zu einem bestimmten Zeitpunkt nach Ende der Behandlung bietet die Grundlage für eine Bewertung des Therapieerfolges. In der katamnestischen Erhebung werden neben dem Suchtmittelkonsum die wichtigsten Lebensbereiche des Klienten erfragt und unter Nutzung der Items des Kerndatensatzes-Klient in Beziehung zu seiner Situation am Anfang und Ende der Betreuung gestellt. Der aktuelle Katamnesebogen wurde Ende 2005 vom Fachausschuss der DHS verabschiedet und gilt seit dem 01.01.2006 als Richtlinie für Katamnesen in den deutschen Suchthilfeeinrichtungen.
- **Kerntabellensatz Katamnese**

Eine gemeinsame Auswertung von Ergebnissen mehrerer Einrichtungen setzt auch hier ein standardisiertes Format für den Datenaustausch voraus. Wie beim Kerntabellensatz Klient werden auch die katamnestischen Daten der Einrichtungen in aggregierter, tabellarischer Form weitergegeben und ausgewertet.

2 Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

2.1 Einleitung

Standards für die Dokumentation von Personen, die wegen Suchtproblemen in ambulanten und stationären Facheinrichtungen betreut werden, wurden 1998 durch den Ausschuss Statistik der DHS veröffentlicht (klienten-/patientenbezogener Kerndatensatz). Als zweiter Teil wurden 1999 Standards zur Beschreibung der Einrichtungen entwickelt, die diese Personen betreuen. Beide Standarddatensätze liegen nun in überarbeiteter Form vor. Die neuen Versionen sind ab dem 01.01.2007 verbindliche Richtlinie für die Datenerfassung in deutschen Einrichtungen der Suchthilfe. Aus Gründen der Logik ist in diesem Manual der einrichtungsbezogene Kerndatensatz vorangestellt.

Einrichtungen der Suchthilfe unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht - zum Beispiel nach Größe, Lage, Zielgruppen und Angebot. Der vorliegende Fragenkatalog beschreibt eine **Einrichtung** anhand der Merkmale, die für die jeweilige Art von Einrichtung relevant sind. Solch eine Einrichtung kann zum Beispiel eine ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle, eine Rehabilitationseinrichtung oder aber auch der niedrigschwellige Arbeitsbereich einer psychosozialen Beratungsstelle sein. Diese Beschreibung erlaubt es, die verschiedenen Betreuungsangebote angemessen zu beschreiben. Um den Erfassungsaufwand nicht zu groß werden zu lassen, sind allerdings nur Einrichtungen zu beschreiben, in denen insgesamt **mindestens eine Vollzeitstelle** an Personal vorhanden ist.

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

Der Einrichtungsbogen, der für jede Einrichtung ausgefüllt wird, umfasst 14 Items. Die meisten Fragen sind für alle Typen von Einrichtungen gleich. Bei Fragen, die nur für bestimmte Einrichtungsarten relevant sind, wird dies ausdrücklich erwähnt. In Frage 1.4 (Art der Einrichtung) wird nach **Typ der Einrichtung** unterschieden, die Fragen 1.7.2 und 1.9 betreffen nur stationäre, die Fragen 1.8 und 1.10 betreffen nur ambulante Einrichtungen.

Bei Unklarheit über die Zuordnung einer Einrichtung zu einer bestimmten Einrichtungskategorie sollte jeweils der spezifischere Typ gewählt werden bzw. der Typ, dem die Einrichtung eher zuzuordnen ist. Eine Mehrfachzuordnung ist **nicht** zulässig.

2.2 Items zum Kerndatensatz Einrichtung

1. Einrichtungsdaten

1.1	Anschrift	
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		Trägerschaft	<input type="checkbox"/>
	1	Öffentlich-rechtlicher Träger	
	2	Freie Wohlfahrtspflege/gemeinnütziger Träger	
	3	Privatwirtschaftlicher Träger	
	4	Sonstiger Träger	

1.3	(Fach-)Verbandszugehörigkeit <i>Bitte in jeder Zeile eine Möglichkeit ankreuzen!</i>		
1.3.1	Arbeiterwohlfahrt		ja / nein
1.3.2	Caritas		ja / nein
1.3.3	Deutsches Rotes Kreuz		ja / nein
1.3.4	Diakonie		ja / nein
1.3.5	Paritätischer		ja / nein
1.3.6	buss		ja / nein
1.3.7	Fachverband Sucht		ja / nein
1.3.8	fdr		ja / nein
1.3.9	Sonstiger bundesweiter Fachverband		ja / nein

1.4	Art der Einrichtung, Art des Dienstes		<input type="checkbox"/>
	1	Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	
	2	Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork, etc.)	
	3	Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz	
	4	Institutsambulanz	
	5	Ambulant Betreutes Wohnen	
	6	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	
	7	Krankenhaus/-abteilung	
	8	Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	
	9	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	
	10	Adaptionseinrichtung	
	11	Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)	
	12	Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	
	13	Pflegeheim	
	14	Maßregelvollzug	
	15	Interner Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug	
	16	Externer Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug	

1.5	Bundesland		<input type="checkbox"/>
	1	Baden-Württemberg	
	2	Bayern	
	3	Berlin	
	4	Brandenburg	
	5	Bremen	
	6	Hamburg	
	7	Hessen	
	8	Mecklenburg-Vorpommern	
	9	Niedersachsen	
	10	Nordrhein-Westfalen	
	11	Rheinland-Pfalz	
	12	Saarland	
	13	Sachsen	
	14	Sachsen-Anhalt	

	15	Schleswig-Holstein
	16	Thüringen

1.6	Zielgruppe sind Personen mit Problemen im Umgang mit... <i>Bitte in jeder Zeile eine Möglichkeit ankreuzen!</i>	
1.6.1	Tabak	ja / nein
1.6.2	Alkohol	ja / nein
1.6.3	Medikamenten	ja / nein
1.6.4	Illegalen Drogen	ja / nein
1.6.5	Glücksspielen	ja / nein
1.6.6	Essen	ja / nein
1.6.7	Sonstigen Stoffen oder Verhaltensweisen	ja / nein

1.7	Finanzierung (optional)	
1.7.1	Jahresbudget der Einrichtung in Euro	
1.7.1.1	Institutionelle kommunale Mittel	□□□□□ □□□
1.7.1.2	Fallbezogene kommunale Mittel (z.B. ARGES, Optionskommunen)	□□□□□ □□□
1.7.1.3	Personalmittel der Arbeitsverwaltung (ARGES, ABM)	□□□□□ □□□
1.7.1.4	Landesmittel	□□□□□ □□□
1.7.1.5	Bundesmittel	□□□□□ □□□
1.7.1.6	Mittel der Rentenversicherung	□□□□□ □□□
1.7.1.7	Mittel der Krankenkassen	□□□□□ □□□
1.7.1.8	Erstattung durch Klienten	□□□□□ □□□
1.7.1.9	Eigenmittel nicht öffentlich-rechtlicher Träger	□□□□□ □□□
1.7.1.10	Sonstige Mittel	□□□□□ □□□
1.7.2	Vergütungssatz pro Betreuungstag in Euro (nur stationärer Bereich)	□□□,□□

1.8	Anzahl nicht dokumentierter Klienten (nur ambulanter Bereich)	□□□□
------------	--	------

1.9	Platzzahl (nur stationärer Bereich)	□□□□
------------	--	------

1.10	Erreichbarkeit (nur ambulanter Bereich)	
1.10.1	An wie vielen Tagen in der Woche ist die Einrichtung geöffnet?	□
1.10.2	An wie vielen Stunden in der Woche ist die Einrichtung geöffnet?	□□□
1.10.3	An wie vielen Tagen in der Woche ist die Einrichtung nach 18 Uhr geöffnet?	□
1.10.4	Beteiligt sich die Einrichtung an einem Krisen-Wochenenddienst?	ja / nein

1.11	Personelle Besetzung (Stichtag: 30.11.)	Mitarbeiter mit Festanstellung		Mitarbeiter mit Honorarvertrag	
	Berufsgruppen:	Anzahl	Std/Woche (gesamt)	Anzahl	Std/Woche (gesamt)
1.11.1	Ärzte	□□	□□□	□□	□□□
1.11.2	Psychologen*	□□	□□□	□□	□□□
1.11.3	Pädagen*/Sozialwissenschaftler*/Soziologen*	□□	□□□	□□	□□□
1.11.4	Sozialarbeiter*/Sozialpädagogen*	□□	□□□	□□	□□□
1.11.5	Erzieher/Fachkräfte für soziale Arbeit	□□	□□□	□□	□□□
1.11.6	Krankenschwester/Krankenpfleger/-helfer	□□	□□□	□□	□□□
1.11.7	Ergo-/Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten	□□	□□□	□□	□□□
1.11.8	Kunst- und Musiktherapeuten	□□	□□□	□□	□□□
1.11.9	Sport-/Bewegungstherapeuten	□□	□□□	□□	□□□
1.11.10	Physiotherapeuten	□□	□□□	□□	□□□
1.11.11	Sonstige in Beratung und Therapie tätige Personen	□□	□□□	□□	□□□
1.11.12	Ökonomen/Betriebswirte	□□	□□□	□□	□□□
1.11.13	Büro/Verwaltungspersonal	□□	□□□	□□	□□□
1.11.14	Technisches Personal/Wirtschaftsbereich	□□	□□□	□□	□□□
1.11.15	Praktikanten/Auszubildende	□□	□□□	□□	□□□

1.11.16	Zivildienstleistende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

* mit (Fach-)Hochschulabschluss

1.12	Aktueller Stand der Qualifikation der Mitarbeiter (nur Festangestellte + Honorarmitarbeiter)	Anzahl
1.12.1	Arzt für Psychiatrie (und Psychotherapie) oder psychotherapeutische Medizin; ärztlicher Psychotherapeut, Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse	<input type="checkbox"/>
1.12.2	Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Approbation nach Psych-TG)	<input type="checkbox"/>
1.12.3	Mitarbeiter mit einer abgeschlossenen von der Deutschen Rentenversicherung anerkannten suchtspezifischen Zusatzausbildung	<input type="checkbox"/>
1.12.4	Mitarbeiter mit einer abgeschlossenen anderen suchtspezifischen Zusatzausbildung	<input type="checkbox"/>

1.13	Qualitätsmanagement	
1.13.1	Wird eine Basisdokumentation gemäß KDS-K für alle Fälle/Maßnahmen durchgeführt?	ja / nein
1.13.2	Wird regelmäßig eine einrichtungseinheitliche Eingangsdagnostik einschließlich einer Diagnosestellung auf der Basis von ICD-10 durchgeführt?	ja / nein
1.13.3	Wird regelmäßig eine einrichtungseinheitliche Abschlussdiagnostik einschließlich einer Diagnosestellung auf der Basis von ICD-10 durchgeführt?	ja / nein
1.13.4	Wird regelmäßig ein einrichtungseinheitlicher Therapie- und/oder Hilfeplan schriftlich erstellt?	ja / nein
1.13.5	Werden regelmäßig der Verlauf und die durchgeführten Maßnahmen dokumentiert?	ja / nein
1.13.6	Wird regelmäßig eine externe Supervision durchgeführt?	ja / nein
1.13.7	Wird eine Routinekatamnese gemäß KDS-Kat durchgeführt?	ja / nein
1.13.8	Liegen schriftlich ausgearbeitete indikationsspezifische Behandlungskonzepte vor?	ja / nein
1.13.9	Erfolgt die Teilnahme an einem Verfahren zur externen Qualitätssicherung?	ja / nein
1.13.10	Wurde ein umfassendes internes Qualitätsmanagementsystem eingeführt?	ja / nein
1.13.11	Wurde ein QM-Beauftragter eingesetzt?	ja / nein
1.13.12	Wird die Kundenzufriedenheit anhand standardisierter Verfahren kontinuierlich überprüft?	ja / nein
1.13.13	Wird regelmäßig eine Management-Bewertung (einschließlich der Entwicklung von Qualitätszielen) durchgeführt?	ja / nein
1.13.14	Liegt eine schriftliche Darlegung des QM-Systems (Handbuch, Selbstbewertung, Q-Bericht) vor?	ja / nein
1.13.15	Werden regelmäßig interne Audits/Self-Assessments durchgeführt und dokumentiert?	ja / nein

1.13.16	Wurde die Einrichtung auf der Grundlage eines anerkannten QM-Systems zertifiziert?	ja / nein
---------	--	-----------

1.14	Koordination und Vernetzung mit anderen Einrichtungen/Diensten	
1.14.1	Gibt es schriftliche Vereinbarungen bzgl. einer Arbeitsteilung mit folgenden Einrichtungen?	
1.14.1.1	Selbsthilfe(-gruppe)	ja / nein
1.14.1.2	Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	ja / nein
1.14.1.3	Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)	ja / nein
1.14.1.4	Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz	ja / nein
1.14.1.5	Institutsambulanz	ja / nein
1.14.1.6	Ambulant Betreutes Wohnen	ja / nein
1.14.1.7	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	ja / nein
1.14.1.8	Krankenhaus/Krankenhausabteilung	ja / nein
1.14.1.9	Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	ja / nein
1.14.1.10	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	ja / nein
1.14.1.11	Adaptionseinrichtung	ja / nein
1.14.1.12	Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)	ja / nein
1.14.1.13	Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	ja / nein
1.14.1.14	Pflegeheim	ja / nein
1.14.1.15	Interne oder externe Dienste zur Beratung/Behandlung im Straf-/Maßregel-vollzug	ja / nein
1.14.1.16	Sozialpsychiatrischer Dienst	ja / nein
1.14.1.17	Arbeitsagentur/Arbeitsgemeinschaft, ARGE/Job-Center (Fallmanager für ALG-II etc.)	ja / nein
1.14.1.18	Bewährungshilfe	ja / nein
1.14.1.19	Gesetzliche Betreuer	ja / nein
1.14.1.20	Jugendhilfe/Jugendamt	ja / nein
1.14.1.21	Sonstiges	ja / nein

1.14.2	Finden klientenbezogene Fallkonferenzen mit folgenden Einrichtungen statt?	
1.14.2.1	Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	ja / nein
1.14.2.2	Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)	ja / nein
1.14.2.3	Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz	ja / nein
1.14.2.4	Institutsambulanz	ja / nein
1.14.2.5	Ambulant Betreutes Wohnen	ja / nein
1.14.2.6	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	ja / nein
1.14.2.7	Krankenhaus/Krankenhausabteilung	ja / nein
1.14.2.8	Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	ja / nein
1.14.2.9	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	ja / nein
1.14.2.10	Adaptionseinrichtung	ja / nein
1.14.2.11	Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)	ja / nein
1.14.2.12	Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	ja / nein
1.14.2.13	Pflegeheim	ja / nein
1.14.2.14	Internen oder externen Diensten zur Beratung/Behandlung im Straf-/Maßregelvollzug	ja / nein
1.14.2.15	Sozialpsychiatrischer Dienst	ja / nein
1.14.2.16	Arbeitsagentur/Arbeitsgemeinschaft (ARGE)/Job-Center (Fallmanager für ALG II etc.)	ja / nein
1.14.2.17	Bewährungshilfe	ja / nein
1.14.2.18	Gesetzliche Betreuer	ja / nein
1.14.2.19	Jugendhilfe/Jugendamt	ja / nein
1.14.2.20	Sonstiges	ja / nein

2.3 Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Einrichtung

In den Erläuterungen zu den Items des KDS-E sind übergeordnete Items fett, zum Beispiel:

1.2 Trägerschaft, Unteroptionen bzw. -items sind kursiv, z.B. *1 Öffentlich-rechtlicher Träger*.

1.1		<p>Anschrift</p> <p>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.</p>
1.2		<p>Trägerschaft</p>
	<i>1</i>	<p><i>Öffentlich-rechtlicher Träger</i></p> <p>Bund, Länder, Kommunen, Körperschaften öffentlichen Rechts (u.a. Deutsche Rentenversicherung)</p>
	<i>2</i>	<p><i>Freie Wohlfahrtspflege/gemeinnütziger Träger</i></p> <p>Kirchliche Trägerschaft (u.a. Diakonie, Caritas sowie Mitgliedsverbände), freie Wohlfahrtspflege (u.a. Deutsches Rotes Kreuz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrt), andere frei-gemeinnützige Träger</p>
	<i>3</i>	<p><i>Privatwirtschaftlicher Träger</i></p>
	<i>4</i>	<p><i>Sonstiger Träger</i></p> <p>Die Trägerschaft lässt sich nicht den Kategorien 1 - 3 zuordnen (z.B. Stiftung).</p>
1.3		<p>(Fach-)Verbandszugehörigkeit</p> <p>Hier ist für jeden der unter 1.3.1 - 1.3.9 angeführten Verbände anzugeben, ob die Einrichtung diesem Verband angehört, da eine mehrfache Verbandszugehörigkeit möglich ist.</p>
1.3.1		Arbeiterwohlfahrt
1.3.2		Caritas
1.3.3		Deutsches Rotes Kreuz
1.3.4		Diakonie
1.3.5		Paritätischer Wohlfahrtsverband
1.3.6		buss
1.3.7		Fachverband Sucht
1.3.8		fdr
1.3.9		Sonstiger bundesweiter Fachverband
1.4		<p>Art der Einrichtung, Art des Dienstes</p>

		<p>Die Einrichtung ist einer der Kategorien zuzuordnen. Falls mehrere Kategorien zutreffen, so ist die spezifischere bzw. eher zutreffende zu wählen. So wäre eine Arztpraxis, die Beratung und Behandlung im Strafvollzug mit mehr als einer Mitarbeiterstelle anbietet, „Beratung und Behandlung im Strafvollzug“ als der spezifischeren Einrichtungform zuzuordnen.</p> <p>Selbsthilfeangebote haben keinen institutionellen Rahmen und werden daher nicht kodiert.</p>
	1	<i>Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis</i>
	2	<i>Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)</i>
	3	<i>Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz</i>
	4	<i>Institutsambulanz</i>
	5	<i>Ambulant Betreutes Wohnen</i>
	6	<i>Arbeits- und Beschäftigungsprojekt</i>
	7	<p><i>Krankenhaus/-abteilung</i></p> <p>In diese Kategorie fallen alle Einrichtungen, die den Kriterien des SGB V § 107.1 entsprechen.</p>
	8	<p><i>Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung</i></p> <p>Maßgebend für diese Kodierung sind die Kriterien des SGB V § 107.2 sowie SGB VI § 9 u. § 15. Die Kodierung 8 erfolgt bei Rehabilitationseinrichtungen, in denen die Klienten zwar täglich mehrere Stunden betreut werden, diese jedoch jeden Tag in ihre private Wohnumgebung zurückkehren.</p>
	9	<p><i>stationäre Rehabilitationseinrichtung</i></p> <p>Maßgebend für diese Kodierung sind die Kriterien des SGB V § 107.2 sowie SGB VI § 9 u. § 15. Die Kodierung 9 erfolgt bei Rehabilitationseinrichtungen, in denen sich die Klienten ganztägig aufhalten und dort betreut werden.</p>
	10	<p><i>Adaptionseinrichtung</i></p> <p>Maßgebend für diese Kodierung sind die Kriterien des SGB V § 107.2 sowie SGB VI § 9 u. § 15. Adaptionbehandlungen in Adaptionseinrichtungen sind Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Die Patienten halten sich in Adaptionseinrichtungen ganztägig auf und werden dort behandelt. Das Behandlungsangebot ist auf die Wiederherstellung der Arbeits- und Alltagsfähigkeit der Patienten ausgerichtet. Eine Behandlungsteilnahme kommt für Patienten mit beruflicher und sozialer Desintegration bzw. mit entsprechendem Gefährdungspotential in Betracht. Adaptionbehandlungen können entweder als integrierte Adaptionbehandlungen in eigenständigen Abteilungen von Fachkliniken für Abhängigkeitskranke oder in externen, so genannten solitären Adaptionseinrichtungen durchgeführt werden.</p>
	11	<i>Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie</i>

		z.B. Tagesstätten nach SGB XII § 53ff/§ 67ff, teilstationäres betreutes Wohnen
	12	<i>Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie</i> Es handelt sich um Wohnheime oder Übergangswohnheim nach den Kriterien des SGB XII § 53ff. oder §§ 67ff. sowie des KJHG § 35a.
	13	<i>Pflegeheim</i> Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) nach den Kriterien des SGB XI § 71.
	14	<i>Maßregelvollzug</i> Einrichtungen nach StGB § 64 (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt)
	15	<i>Interner Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug</i>
	16	<i>Externer Dienst zur Beratung Behandlung im Strafvollzug</i>
1.5		Bundesland Hier ist das Bundesland, in dem sich die Einrichtung befindet, mit der zutreffenden Ziffer von 1-16 zu kodieren.
1.6		Zielgruppe Entscheidend ist nicht die tatsächliche Verteilung von Klienten nach den jeweiligen Substanzen, sondern die Konzeption der Einrichtung. Dies setzt bestimmte Behandlungsangebote, technische oder administrative Gegebenheiten voraus, um eine Behandlung nach aktuellem Kenntnisstand durchführen zu können.
1.7		Finanzierung (optional)
1.7.1		<i>Jahresbudget der Einrichtung in Euro</i> Es wird jeweils die absolute Höhe erfragt. Einkünfte, die keiner der Kategorien 1-9 zuzuordnen sind, werden unter 1.7.1.10 (Sonstige Mittel) erfasst.
1.7.2		<i>Vergütungssatz pro Betreuungstag in Euro</i> Diese Angabe ist nur von stationären Einrichtungen zu machen, da es im ambulanten Setting keine festgelegten Vergütungssätze dieser Art gibt. Gelten unterschiedliche Sätze während des laufenden Jahres, ist der 31.12. als Bezugsdatum zu verwenden. Sind grundsätzlich unterschiedliche Vergütungssätze in Verwendung, sollte ein Durchschnittswert eingesetzt werden, der auch die Zahl der Patienten berücksichtigt, die jeweils nach den unterschiedlichen Sätzen abzurechnen sind.
1.8		Anzahl nicht dokumentierter Klienten 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 Klienten betreut werden.

1.9		<p>Platzzahl</p> <p>Diese Angabe ist nur von stationären Einrichtungen zu machen, da es im ambulanten Setting üblicherweise keine festgelegte Platzzahl gibt.</p> <p>Für Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens ist die Beantwortung des Items optional.</p>
1.10		<p>Erreichbarkeit</p> <p>Diese Angabe ist nur von ambulanten Einrichtungen bzw. Diensten zu machen. Unter Erreichbarkeit wird die Zeit verstanden, in der eine Person die Einrichtung/den Dienst persönlich aufsuchen kann. Dies ist unabhängig davon, ob ausschließlich vergebene Termine wahrgenommen werden können oder ob es sich um offene Sprechstundenzeiten handelt. Die Frage nach der Erreichbarkeit erfordert den direkten Zugang zu den Fachkräften der Einrichtung. Anrufbeantworter und andere technische Informationsangebote sind nicht gemeint.</p>
1.10.1		<i>An wie vielen Tagen in der Woche ist die Einrichtung geöffnet?</i>
1.10.2		<p><i>An wie vielen Stunden in der Woche ist die Einrichtung geöffnet?</i></p> <p>- Gefragt ist die Gesamtstundenzahl pro Woche.</p>
1.10.3		<i>An wie vielen Tagen in der Woche ist die Einrichtung nach 18 Uhr geöffnet?</i>
1.10.4		<i>Beteiligt sich die Einrichtung an einem Krisen-Wochenenddienst?</i>
1.11		<p>Personelle Besetzung (Stichtag: 30.11.)</p> <p>Hier ist für die fest angestellten und Honorarmitarbeiter aus jeder der unter 1.11.1 - 1.11.16 angeführten Berufsgruppen jeweils die Anzahl der Mitarbeiter (unabhängig vom Umfang der jeweiligen Stelle bzw. der Stundenzahl) und die Gesamtstundenzahl aller in dieser Berufsgruppe vertretenen Mitarbeiter pro Woche (unabhängig von der Anzahl der Mitarbeiter) anzugeben. Gibt es etwa 3 teilzeitbeschäftigte Sozialarbeiter 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 x 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.</p>
1.12		<p>Aktueller Stand der Qualifikation der Mitarbeiter</p> <p>Diese Angaben sind nur für Festangestellte und Honorarmitarbeiter zu machen. Es ist jeweils die Anzahl der Mitarbeiter anzugeben, die über die jeweilige Qualifikation aus den Kategorien 1.12.1-1.12.4 verfügen. Ein einzelner Mitarbeiter, der über mehrere dieser Qualifikationen geführt, ist entsprechend auch mehrfach zu zählen.</p>
1.12.1		<i>Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Facharzt für Psychotherapeutische Medizin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; ärztlicher Psychotherapeut, Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse.</i>
1.12.2		<i>Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychothera-</i>

		<p><i>peut.</i></p> <p>Hier sind Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation gemäß dem Psychotherapeutengesetz zu kodieren.</p>
1.12.3		<p><i>Mitarbeiter mit einer abgeschlossenen von der Deutschen Rentenversicherung anerkannten suchtspezifischen Zusatzausbildung.</i></p> <p>Hier sind suchtspezifische Zusatzausbildungen zu kodieren, welche vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/VDR anerkannt sind.</p>
1.12.4		<p><i>Mitarbeiter mit einer abgeschlossenen anderen suchtspezifischen Zusatzausbildung.</i></p>
1.13		<p>Qualitätsmanagement</p> <p>Für jede der unter 1.13.1 - 1.13.15 aufgeführten Maßnahmen des Qualitätsmanagements ist anzugeben, ob sie in der Einrichtung eingesetzt werden.</p>
1.13.1		<p><i>Wird eine Basisdokumentation gemäß KDS-K für alle Fälle/Maßnahmen durchgeführt?</i></p> <p>Es soll angegeben werden, ob die in der Einrichtung verwendete Dokumentation zumindest die Items des KDS-K enthält. Damit wird gewährleistet, dass eine einheitliche und fachlich anerkannte Dokumentation durchgeführt wird, die außerdem auch einrichtungsübergreifende Vergleiche ermöglicht. In der Regel wird dabei ein EDV-gestütztes Basisdokumentationssystem verwendet, das den KDS-K-Itemsatz enthält. Alle in der Einrichtung dokumentierten Fälle schließen Einmalkontakte und solche Fälle ein, in denen die Klienten über die Beratung hinaus keine Behandlung beginnen.</p>
1.13.2		<p><i>Wird regelmäßig eine einrichtungseinheitliche Eingangsdiagnostik einschließlich einer Diagnosestellung auf der Basis von ICD-10 durchgeführt?</i></p> <p>Die Frage nach der Verwendung einer einrichtungseinheitlichen Eingangsdiagnostik einschließlich Diagnosestellung auf der Basis des ICD-10 richtet den Blick darauf, dass (1) die Diagnostik einrichtungseinheitlich erfolgt, um so Vergleichbarkeit sicher zu stellen, dass (2) zu Beginn eine Diagnostik zur Erfassung und Abklärung der Problematik einschließlich der Diagnosestellung stattfindet und dass (3) fachlich fundierte diagnostische Methoden eingesetzt werden, welche einen angemessenen Qualitätsstandard der erhobenen Daten gewährleisten. Die Frage, welche Angaben und Daten die Eingangsdiagnostik enthalten soll, wird nur zum Teil durch die Verwendung des KDS-K beantwortet. Insofern stellt sich die Frage, inwieweit ein einrichtungseinheitliches Konzept vorliegt, in welchem die Eingangs- und die Abschlussdiagnostik bezüglich der zu erfassenden Merkmale und bezüglich der zu verwendenden Instrumente definiert wird.</p>
1.13.3		<p><i>Wird regelmäßig eine einrichtungseinheitliche Abschlussdiagnostik einschließlich einer Diagnosestellung auf der Basis von ICD-10 durchgeführt?</i></p> <p>Die Frage nach der Verwendung einer einrichtungseinheitlichen Abschlussdiagnostik einschließlich Diagnosestellung auf der Basis des ICD-10 folgt derselben Philosophie wie die Frage nach der Eingangsdiagnostik.</p>

1.13.4	<p><i>Wird regelmäßig ein einrichtungseinheitlicher Therapie- und/oder Hilfeplan schriftlich erstellt?</i></p> <p>Das (schriftliche) Erstellen eines einrichtungseinheitlichen Therapie- und/oder Hilfeplanes für den jeweiligen Einzelfall stellt ein weiteres Instrument der Qualitätssicherung dar. Er richtet den Blick auf die Fachlichkeit, denn fachliches Handeln ist – so das gängige Verständnis – geplantes Handeln. Er umfasst v.a. die genaue Beschreibung und Begründung der gewählten Ziele, der eingesetzten Mittel und Techniken sowie des Vorgehens.</p> <p>Solche Pläne orientieren sich an Leitlinien und Standards. Ihre einheitliche Verwendung ermöglicht fallbezogen die fortlaufende Überprüfung des Interventionsverlaufes und fallübergreifend fachliche Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung (s.a. 1.13.5).</p> <p>Achtung: Abgrenzung zu indikationsspezifischen Behandlungskonzepten: bei diesen handelt es sich darum, ob zur Gewährleistung der vorgesehenen Fachlichkeit fachlich fundierte „indikationsspezifische“ Behandlungskonzepte ausgearbeitet vorliegen, so dass sie im gegebenen Fall als „Behandlungsleitlinie“ eingesetzt werden können.</p>
1.13.5	<p><i>Werden regelmäßig der Verlauf und die durchgeführten Maßnahmen dokumentiert?</i></p> <p>Die regelmäßige Dokumentation des Verlaufs und der durchgeführten Maßnahmen stellt ein zentrales Moment für die fallbezogene Qualitätssicherung dar. Sie erfordert den Einsatz entsprechender Instrumente (z.B. „Stundenbegleitbogen“) und systematische Auswertung des Verlaufs. Dadurch soll ermöglicht werden, dass fortlaufend überprüft werden kann, ob die Maßnahme fachlich korrekt eingesetzt wird und der Prozess planmäßig verläuft oder nicht, so dass gegebenenfalls zeitnah entsprechende Korrekturen vorgenommen werden können. Damit wird auch gewährleistet, dass frühzeitig erkannt werden kann, ob der Verlauf zu einem konstruktiven Abschluss gelangt oder ob es zu einem Abbruch kommt oder negative Effekte auftreten.</p>
1.13.6	<p><i>Wird regelmäßig eine externe Supervision durchgeführt?</i></p> <p>Erfasst wird, ob die Mitarbeiter (das Fachpersonal) regelmäßig (kontinuierlich) Supervision durch einen qualifizierten externen Supervisor erhalten. Eine regelmäßige, ausgewählte Fälle und alle Mitarbeiter einbeziehende Supervision sorgt für gute Prozessqualität. Es gilt als fachlich anerkannt, dass externe Supervision eine interne Fachaufsicht insofern ergänzt, da der externe Supervisor in erster Linie („nur“) in der Rolle und Funktion des Supervisors antritt, also nicht auch in anderen Rollen (z.B. Vorgesetzter), dass die „Außenperspektive“ objektiv(er) und neutraler ist als die „Innenperspektive“ und somit unabhängiger. Der Supervisor sollte eine angemessene Qualifikation und Anerkennung als Supervisor besitzen.</p>
1.13.7	<p><i>Wird eine Routinekatamnese gemäß KDS-Kat durchgeführt?</i></p> <p>Erfasst wird, ob eine Routinekatamnese gemäß KDS-Kat (zu den Kriterien siehe Kapitel 9) durchgeführt wird.</p>

1.13.8		<p><i>Liegen schriftlich ausgearbeitete indikationsspezifische Behandlungskonzepte vor?</i></p> <p>Schriftlich ausgearbeitete einrichtungsinterne indikationsspezifische Behandlungskonzepte, die mit Blick auf externe, fachlich anerkannte Behandlungsleitlinien und mit Bezug auf die einrichtungsspezifischen Anforderungen (z.B. Patiententyp) und Ressourcen entwickelt wurden und für die Anwendung „bereit“ liegen, sorgen als qualifizierte fachliche Standards für Prozessqualität.</p>
1.13.9		<p><i>Erfolgt die Teilnahme an einem Verfahren zur externen Qualitätssicherung?</i></p> <p>Unter externer Qualitätssicherung (QS) sind Verfahren zu verstehen, bei denen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren aus Einrichtungen an eine unabhängige Stelle zur vergleichenden Auswertung geliefert werden (z.B. Einheitliches externes Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung). 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 Qualitätsmanagement einbezogen. Grundsätzlich ist jede stationäre Einrichtung der medizinischen Rehabilitation zur Teilnahme an einem QS-Verfahren der Leistungsträger verpflichtet. Bei ambulanten Einrichtungen wird derzeit ein entsprechendes Verfahren durch die Deutsche Rentenversicherung entwickelt und umgesetzt.</p>
1.13.10		<p><i>Existiert ein umfassendes internes QM-System?</i></p> <p>Eine Einrichtung verfügt über ein umfassendes internes Qualitätsmanagementsystem, wenn mindestens die unter 1.13.11 – 1.13.15 genannten Bedingungen erfüllt sind und die Leitung der Einrichtung ihre Gesamtverantwortung für die Qualität der Leistungserbringung verantwortlich wahrnimmt. Die Verpflichtung zu einem internen Qualitätsmanagementsystem ergibt sich u. a. aus § 137 SGB V.</p>
1.13.11		<p><i>Wurde ein QM-Beauftragter eingesetzt?</i></p> <p>Ein Qualitäts-Beauftragter (QB) oder Qualitätsmanagement-Beauftragter (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 Stelle des 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 der QB über ausreichende zeitliche Ressourcen sowie eine angemessene Qualifikation und Erfahrung verfügt für die QM-Aufgaben.</p>
1.13.12		<p><i>Wird die Kundenzufriedenheit anhand standardisierter Verfahren kontinuierlich überprüft?</i></p> <p>Für die Überprüfung der Kundenzufriedenheit ist zunächst die Kundenstruktur der Einrichtung (Klienten bzw. Patienten, Kosten- und Leistungsträger, Kooperationspartner etc.) zu beschreiben und zu analysieren. Für die wichtigsten Kundengruppen ist die Zufriedenheit regelmäßig und systematisch zu überprüfen. Mit „regelmäßig“ ist gemeint, dass nicht nur die einmalige Durchführung einer Befragung ausreicht, sondern auch die Entwicklung der Kundenzufriedenheit über</p>

		<p>einen längeren Zeitraum analysiert wird. Mit „systematisch“ ist gemeint, dass nicht nur zufällige Rückmeldungen von Kunden gesammelt werden, sondern gezielt durch den Einsatz geeigneter Instrumente (Fragebogen, dokumentiertes Interview oder Gruppengespräch, Strichliste etc.) die Zufriedenheit erfragt wird. Das Beschwerdemanagement der Einrichtung ist Teil dieses Systems.</p>
1.13.13		<p><i>Wird regelmäßig eine Management-Bewertung (einschließlich der Entwicklung von Qualitätszielen) durchgeführt?</i></p> <p>Eine Management-Bewertung ist die regelmäßige (i.d.R. jährliche) Überprüfung der Funktionsfähigkeit des QM-Systems und der strategischen Gesamtsituation der Einrichtung (fachlich, wirtschaftlich, strukturell, personell) durch die Leitung anhand der wesentlichen internen oder externen Kennzahlen bzw. Qualitätsindikatoren (siehe auch externe QS). Auf der Grundlage dieser Analyse werden konkrete, operationalisierbare (und damit überprüfbare) Qualitätsziele für den Zeitraum bis zur nächsten Management-Bewertung oder auch darüber hinaus formuliert und schriftlich dokumentiert.</p>
1.13.14		<p><i>Liegt eine schriftliche Darlegung des QM-Systems (Handbuch, Selbstbewertung, Q-Bericht) vor?</i></p> <p>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 9001:2000) beschreibt die wesentlichen organisatorischen Aspekte der Einrichtung, u.a. Kundenstruktur, Führungskonzept, Kommunikationsstruktur, Aufbau- und Ablauforganisation, personelle und sachliche Ausstattung. Ein Selbstbewertungsbericht beschreibt 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).</p>
1.13.15		<p><i>Werden regelmäßig interne Audits/Self-Assessments durchgeführt und dokumentiert?</i></p> <p>Die regelmäßige Überprüfung des QM-Systems auf Aktualität und Funktionsfähigkeit ist ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagement. Die Überprüfung kann in unterschiedlicher Form erfolgen: Als kollegialer Dialog zwischen Mitarbeitern 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.</p>
1.13.16		<p><i>Wurde die Einrichtung auf der Grundlage eines anerkannten QM-Systems zertifiziert?</i></p> <p>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 Ver-</p>

		fahren sind derzeit u.a. die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000 (sowie die darauf aufbauenden Zertifizierungsverfahren mit zusätzlichen fachspezifischen Anforderungen), nach KTQ oder der Nachweis eines „Level of Excellence“ nach EFQM.
1.14		Koordination und Vernetzung mit anderen Einrichtungen/Diensten
1.14.1		<p><i>Gibt es schriftliche Vereinbarungen bzgl. einer Arbeitsteilung mit folgenden Einrichtungen?</i></p> <p>Hier ist für jede der unter 1.14.1.1 - 1.14.1.21 aufgeführten Einrichtungsarten anzugeben, ob eine Arbeitsteilung mit einer oder mehreren Einrichtung des jeweiligen Typs schriftlich festgehalten wurde. Jede einzelne Unterfrage muss mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden.</p>
1.14.2		<p><i>Finden klientenbezogene Fallkonferenzen mit folgenden Einrichtungen statt?</i></p> <p>Hier ist für jede der unter 1.14.2.1 - 1.14.2.20 aufgeführten Einrichtungsarten anzugeben, ob klientenbezogene Fallkonferenzen mit einer oder mehreren Einrichtungen des jeweiligen Typs durchgeführt werden. Jede einzelne Unterfrage muss mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden.</p>

3 Kerndatensatz Klienten (KDS-K)

3.1 Einleitung

Ein zentrales Ziel des Fachausschusses „Statistik“ der DHS ist es, eine Grundlage für eine vergleichbare, aussagekräftige Statistik über die Beratung und Behandlung von Klienten in der Suchtkrankenhilfe in Deutschland zu formulieren. Auf der Basis der ersten Version (veröffentlicht in der Zeitschrift Sucht 5/93) wurde nun eine Aktualisierung vorgenommen. Dabei wurden die praktischen Erfahrungen der Systeme BADO und Wigbertshöhe-Krankenhausgesellschaft (Fachverband Sucht), BADO (DGPPN), EBIS, DESTAS und SEDOS berücksichtigt.

Insbesondere wurde der Itemsatz mit dem Vorschlag eines europäischen Kerndatensatzes abgeglichen (Stand Juli 1997), der in leicht veränderter Form 2000 durch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) formal verabschiedet wurde. Dieser Kerndatensatz soll als Standard dazu beitragen, Daten über Klienten von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in verschiedenen europäischen Ländern besser vergleichbar und für internationale und transnationale Studien nutzbar zu machen.

Die Auswahl der Items für den deutschen Kerndatensatz Klienten berücksichtigte die Angaben, die für die Bereiche Epidemiologie, Prävention und Therapie von besonderer Bedeutung sind. Es wurden die Fragen ausgewählt, die nach der Einschätzung und Erfahrung der beteiligten Systeme mit hinreichender Genauigkeit und Objektivität routinemäßig zu erheben sind. Aufgrund des Mangels an geeigneten Erhebungsinstrumenten konnte der Bereich der psychosozialen Diagnostik nicht mit aufgenommen werden. Der Ausschuss sieht hier dringenden Entwicklungsbedarf, damit die Probleme des Abhängigen nicht nur suchtmittelbezogen genau beschrieben werden können.

Der Fachausschuss „Statistik“ der DHS empfiehlt den für Dokumentationssysteme verantwortlichen Herausgebern, dass die nachstehend dokumentierten Items in jedem Dokumentationssystem enthalten sein sollten. Der EBDD Kerndatensatz ist im deutschen Kerndatensatz vollständig enthalten und wurde den deutschen Anforderungen entsprechend ergänzt. Der Deutsche Kerndatensatz stellt damit eine gemeinsame Basis der gesamten Dokumentation im Suchtbereich dar. Er sollte von den einzelnen Dokumentationssystemen entsprechend der jeweils spezifischen Erfordernisse und Zielsetzungen (z.B. modular) ergänzt werden.

Bei den Items, in denen numerische Antworten oder Datenantworten erfragt werden (Betreuungsbeginn und -ende, Alter, Kontaktzahl), wurden auch Vorschläge für allgemeine Kategorien aufgenommen. Obwohl auf der Grundlage der vorhandenen numerischen bzw. Datumsangabe grundsätzlich jede Kategorisierung möglich ist, erleichtern diese Standards in der Praxis durch die Bildung vergleichbarer Gruppen die Gegenüberstellung von Ergebnissen.

3.2 Items zum Kerndatensatz Klienten

2 Klientendaten

2.1	Basisdaten <i>(auch für Einmalkontakte anzugeben)</i>
------------	--

2.1.1	Datum des Betreuungsbegins	□□.□□.□□□□
--------------	-----------------------------------	------------

2.1.2	Alter bei Betreuungsbeginn (in Jahren)	□□
--------------	---	----

2.1.3	Geschlecht	<input type="checkbox"/>
	1	Männlich
	2	Weiblich

2.1.4	Betreuungsgrund	<input type="checkbox"/>
	1	Eigene Problematik
	2	Problematik von Personen im sozialen Umfeld
	3	Sonstiges

2.1.5	Wenn Person im sozialen Umfeld <i>(wenn 2.1.4.= 2)</i>	
--------------	---	--

2.1.5.1	Angehöriger kommt als	<input type="checkbox"/>
	1	Partner
	2	Kind
	3	Geschwister
	4	Eltern(teil)
	5	Andere

2.1.5.2	(Vorrangiges) Suchtproblem aus Sicht des Angehörigen	<input type="checkbox"/>
	1	Alkohol
	2	Medikamente
	3	Cannabis
	4	Sonstige Drogen
	5	Tabak
	6	Glücksspielen
	7	Essen

2.2	Verwaltungs-/ Zugangsdaten <i>(ab hier nur für Klienten mit 2 und mehr Kontakten)</i>
------------	--

2.2.1	Jemals zuvor suchtbezogene Hilfe beansprucht	ja / nein
--------------	---	-----------

2.2.2	Wiederaufnahme in dieser Einrichtung	ja / nein
--------------	---	-----------

2.2.3	Vermittelnde Instanz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1	Keine/Selbstmelder
	2	Familie
	3	Arbeitgeber, Betrieb, Schule
	4	Abstinenz-, Selbsthilfegruppe
	5	Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis
	6	Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)
	7	Suchtberatungs- und/oder -behandlungsstelle, Fachambulanz
	8	Institutsambulanz
	9	Ambulantes betreutes Wohnen
	10	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt
	11	Krankenhaus/Krankenhausabteilung
	12	Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung
	13	Stationäre Rehabilitationseinrichtung
	14	Adaptionseinrichtung
	15	Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)
	16	Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie
	17	Pflegeheim
	18	Sozialdienst JVA/Maßregelvollzug
	19	Sozialpsychiatrischer Dienst
	20	Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, etc.)
	21	Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt
	22	Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)
	23	Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)
	24	Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle
	25	Justizbehörden/Bewährungshilfe

	26	Kosten-, Leistungsträger
	27	Sonstige

2.2.4	Kosten-/ Leistungsträger	
2.2.4.1	Pauschal/institutionell finanziert (z.B. ÖGD)	ja / nein
2.2.4.2	Selbstzahler	ja / nein
2.2.4.3	Rentenversicherung	ja / nein
2.2.4.4	Krankenversicherung	ja / nein
2.2.4.5	Sozialhilfe	ja / nein
2.2.4.6	Jugendhilfe	ja / nein
2.2.4.7	Arbeitsagenturen, Jobcenter	ja / nein
2.2.4.8	Pflegeversicherung	ja / nein
2.2.4.9	Sonstiges	ja / nein

2.2.5	Auflagen durch Gerichtsbeschluss zur Abwendung freiheitseinschränkender Folgen	<input type="checkbox"/>
	1	Keine gerichtlichen Auflagen
	2	BtMG
	3	Psych-KG/Landesunterbringungsgesetz
	4	Andere strafrechtliche Grundlage

2.2.6	Weitere Auflagen durch	<input type="checkbox"/>
	1	Arbeitgeber
	2	Rentenversicherung, Krankenversicherung
	3	Arbeitsagentur, Job-Center, ARGE
	4	Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle
	5	Sonstige

2.2.7	Vorgeschichte (Anzahl inklusive zu Beginn bereits bzw. noch laufender externer Maßnahmen sowie inklusive der aktuell begonnenen internen Maßnahme)
2.2.7.1	Medizinische Notfallhilfe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.2	Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.3	Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.4	Sonstige medizinische Maßnahmen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.5	Entzug/Entgiftung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.6	Ambulante Beratung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.2.7.7	Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.8	Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.9	Stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.10	Kombinationstherapie (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.11	Adaptionsbehandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.12	Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.13	Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.14	Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.15	Psychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.16	Psychotherapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.17	Regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppe(n) - Angabe in Jahren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.18	Sonstige Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.3	Soziodemographische Angaben
------------	------------------------------------

2.3.1	Familienstand	<input type="checkbox"/>
	1	Ledig
	2	Verheiratet, zusammenlebend
	3	Verheiratet, getrennt lebend
	4	Geschieden
	5	Verwitwet

2.3.2	Partnerbeziehung	<input type="checkbox"/>
	1	Alleinstehend
	2	Zeitweilige Beziehungen
	3	Feste Beziehung
	4	Sonstige

2.3.3	Lebenssituation	
2.3.3.1	Alleinlebend	ja / nein
2.3.3.2	Wenn nicht alleinlebend, lebt zusammen mit	
	• Partner	ja / nein
	• Kind(ern)	ja / nein
	• Eltern(-teil)	ja / nein
	• Sonstiger/n Bezugsperson/en	ja / nein
	• Sonstiger/n Person/en	ja / nein

2.3.4	Kinder	
2.3.4.1	Anzahl der eigenen Kinder unter 18 Jahren	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.3.4.2	Anzahl der Kinder im Haushalt unter 18 Jahren	<input type="text"/> <input type="text"/>

2.3.5	Staatsangehörigkeit/Migration	
2.3.5.1	Aktuelle Staatsangehörigkeit des Klienten (<i>Internationaler Code – siehe Anhang</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.3.5.2	Klient ist der deutschen Sprache mächtig	ja / nein
2.3.5.3	Selbst migriert	ja / nein
2.3.5.4	Als Kind von Migranten geboren	ja / nein

2.3.6	Höchster bisher erreichter allgemeinbildender Schulabschluss		<input type="text"/>
	1	Derzeit in Schulausbildung	
	2	Ohne Schulabschluss abgegangen	
	3	Sonderschulabschluss	
	4	Hauptschul-/Volksschulabschluss	
	5	Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	
	6	(Fach-)Hochschulreife/Abitur	
	7	Anderer Schulabschluss	

2.3.7	Höchster Ausbildungsabschluss		<input type="checkbox"/>
	1	Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	
	2	Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	
	3	Abgeschlossene Lehrausbildung	
	4	Meister/Techniker	
	5	Hochschulabschluss	
	6	Anderer Berufsabschluss	

2.3.8	Wohnverhältnis		
2.3.8.1	a) Überwiegend die letzten 6 Monate vor Betreuungsbeginn		a) <input type="checkbox"/>
2.3.8.2	b) Am Tag vor Betreuungsbeginn		b) <input type="checkbox"/>
2.3.8.3	c) Am Tag nach Betreuungsende		c) <input type="checkbox"/>
	1	Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus)	
	2	Bei anderen Personen	
	3	Ambulant Betreutes Wohnen	
	4	(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	
	5	Wohnheim/Übergangwohnheim	
	6	JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	
	7	Notunterkunft, Übernachtungsstelle	
	8	Ohne Wohnung	
	9	Sonstiges	

2.3.9	Erwerbssituation		
2.3.9.1	a) Überwiegend die letzten 6 Monate vor Betreuungsbeginn		a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.9.2	b) Am Tag vor Betreuungsbeginn		b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.9.3	c) Am Tag nach Betreuungsende		c) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1	Auszubildender	
	2	Arbeiter/Angestellter/Beamte	
	3	Selbständiger/Freiberufler	
	4	Sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige)	
	5	In beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	
	6	Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	
	7	Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	

	8	Schüler/Student
	9	Hausfrau/Hausmann
	10	Rentner/Pensionär
	11	Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)

2.3.10		Lebensunterhalt	
	a) In der Woche vor Betreuungsbeginn	a)	b)
	b) In der Woche nach Betreuungsende		
2.3.10.1	Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit	ja / nein	ja / nein
2.3.10.2	Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt	ja / nein	ja / nein
2.3.10.3	Gelegenheitsjobs, unregelmäßige Einkünfte	ja / nein	ja / nein
2.3.10.4	Krankengeld, Übergangsgeld	ja / nein	ja / nein
2.3.10.5	Leistungen der Pflegeversicherung	ja / nein	ja / nein
2.3.10.6	Rente, Pension	ja / nein	ja / nein
2.3.10.7	Arbeitslosengeld I (SGB III 117)	ja / nein	ja / nein
2.3.10.8	Arbeitslosengeld II (SGB II 19)/Sozialgeld (SGB II 28)	ja / nein	ja / nein
2.3.10.9	Sozialhilfe (u.a. staatliche Leistungen, z.B. AsylbLG, Wohngeld)	ja / nein	ja / nein
2.3.10.10	Angehörige	ja / nein	ja / nein
2.3.10.11	Vermögen	ja / nein	ja / nein
2.3.10.12	Sonstiges (z.B. Betteln)	ja / nein	ja / nein
2.3.10.13	Davon Hauptlebensunterhalt (aus 1-12)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.3.11		Problematische Schulden		<input type="checkbox"/>
	1	Keine		
	2	bis 10.000 Euro		
	3	bis 25.000 Euro		
	4	bis 50.000 Euro		
	5	Mehr		

2.4		Problembereiche (nur für Klienten mit eigener Symptomatik)	
-----	--	--	--

2.4.1		Konsum von psychotropen Substanzen	
2.4.1.1		Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn (siehe nächste Seite)	
	1	Injektion	
	2	Rauchen/Inhalieren/Schnüffeln	

	3	Essen/Trinken
	4	Schnupfen/Sniefen
	5	Andere Arten

2.4.1 Konsum von psychotropen Substanzen (Kategorien zu 2.4.1.1 siehe vorherige Seite)						
	2.4.1.1	2.4.1.2 und 2.4.1.6		2.4.1.3	2.4.1.4	2.4.1.5
Substanz(gruppe)	Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils		ICD-10-Diagnose (Stelle 4+Stelle 5)	Alter bei Störungsbeginn	Riskanter Konsum (nur wenn keine Diagnose + Konsumtage > 0)
		Beginn	Ende			
Alkohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Opioide						
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Buprenorphin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Andere opiat-haltige Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Sedativa/Hypnotika						
Barbiturate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Andere Sedativa/ Hypnotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Kokain						
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Stimulantien						
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Andere Stimulanzien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Halluzinogene						
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F16. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein

Mescaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F16. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Andere Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F16. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F17. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Flüchtige Lösungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F18. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein
Andere psychotrope Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F19. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein

2.4.2	Polytoxikomanie (nur wenn keine ICD-10-Diagnose (in 2.4.1.3) gestellt wurde und zugleich Angaben zum Konsum (in 2.4.1.2) zu mindestens 3 Substanzen vorliegen)	ja / nein
--------------	---	-----------

2.4.3	Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55)			
		2.4.3.2 und 2.4.3.6	2.4.3.3	2.4.3.4
	Substanz(gruppe)	Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils am Beginn Ende	ICD-10-Diagnose	Alter bei Störungsbeginn
	Antidepressiva (F55.0)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Laxantien (F55.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Analgetika (F55.2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.4.4	Pathologisches Glücksspiel (F63.0)			
		2.4.4.2 und 2.4.4.6	2.4.4.3	2.4.4.4
	Spielformen	Anzahl der Spieletage in den letzten 30 Tagen jeweils am Beginn Ende	ICD-10-Diagnose	Alter bei Störungsbeginn
	Geldspielautomaten in Spielhallen etc.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Kleines Spiel der Spielbank	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Großes Spiel der Spielbank	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Wetten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Andere	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ja / nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.4.5	Essstörungen (F50)	
2.4.5.3	ICD-10-Diagnose	F50 <input type="checkbox"/>
2.4.5.4	Alter bei Störungsbeginn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.4.6	Hauptdiagnose aus 2.4.1, 2.4.4 oder 2.4.5 (4-stelliger ICD-10-Code)	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.6.1	Alter beim Erstkonsum der Hauptdiagnosesubstanz (nur wenn Hauptdiagnose aus 2.4.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.6.2	Grund, warum keine Hauptdiagnose nach 2.4.6 gestellt wurde	<input type="checkbox"/>
	1	Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt, aber riskanter Konsum
	2	Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt und auch kein riskanter Konsum
	3	Keine ausreichenden Informationen für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden
	4	Keine ausreichende Qualifikation für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden
	5	Andere Gründe

2.4.7	Weitere Diagnosen (mindestens 3-stellig)	
	Psychiatrische Diagnosen (keine Diagnosen aus 2.4.1 bis 2.4.5)	
2.4.7.1	1. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.7.2	2. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.7.3	3. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.7.4	4. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Neurologische Diagnosen	
2.4.7.5	1. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.7.6	2. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.7.7	3. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.7.8	4. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Andere wichtige Diagnosen (keine Fxx.xx-Diagnosen und keine Gxx.xx-Diagnosen)	
2.4.7.9	1. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.7.10	2. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.7.11	3. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4.7.12	4. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.4.8	HIV - Infektionsstatus	<input type="checkbox"/>
	1 Getestet, negativ	
	2 Getestet, positiv	
	3 Status unbekannt	

2.4.9	Hepatitis B - Infektionsstatus	<input type="checkbox"/>
	1 Getestet, negativ	
	2 Getestet, positiv	
	3 Status unbekannt	

2.4.10	Hepatitis C – Infektionsstatus	<input type="checkbox"/>
	1 Getestet, negativ	
	2 Getestet, akut	
	3 Getestet, chronisch	
	4 Status unbekannt	

2.4.11	I.v-Konsum	<input type="checkbox"/>
	1 Nein, nie	
	2 Ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	
	3 Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	

2.5	Maßnahmen und Interventionen
------------	-------------------------------------

2.5.1	Art der Betreuung	intern	extern
2.5.1.1	Medizinische Notfallhilfe	ja / nein	ja / nein
2.5.1.2	Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe)	ja / nein	ja / nein
2.5.1.3	Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	ja / nein	ja / nein
2.5.1.4	Sonstige medizinische Maßnahmen	ja / nein	ja / nein
2.5.1.5	Entzug/Entgiftung	ja / nein	ja / nein
2.5.1.6	Ambulante Beratung	ja / nein	ja / nein
2.5.1.7	Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	ja / nein	ja / nein
2.5.1.8	Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	ja / nein	ja / nein
2.5.1.9	Stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	ja / nein	ja / nein
2.5.1.10	Kombinationstherapie (Rehabilitation)	ja / nein	ja / nein
2.5.1.11	Adaptionsbehandlung	ja / nein	ja / nein

2.5.1.12	Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	ja / nein	ja / nein
2.5.1.13	Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	ja / nein	ja / nein
2.5.1.14	Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	ja / nein	ja / nein
2.5.1.15	Psychiatrische Behandlung	ja / nein	ja / nein
2.5.1.16	Psychotherapeutische Behandlung	ja / nein	ja / nein
2.5.1.17	Sonstige Maßnahmen	ja / nein	ja / nein

2.5.2	Wenn Substitution (2.5.1.2 oder 2.5.1.3), welches Mittel (Wirkstoff) ?	<input type="checkbox"/>
	1 Methadon (Racemat)	
	2 Polamidon (Levomethadonhydrochlorid)	
	3 Subutex® (Buprenorphin)	
	4 anderes	

2.5.3	Kooperation während der Betreuung mit	
2.5.3.1	Familie	ja / nein
2.5.3.2	Arbeitgeber, Betrieb, Schule	ja / nein
2.5.3.3	Selbsthilfegruppe	ja / nein
2.5.3.4	Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	ja / nein
2.5.3.5	Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)	ja / nein
2.5.3.6	Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz	ja / nein
2.5.3.7	Institutsambulanz	ja / nein
2.5.3.8	Ambulant Betreutes Wohnen	ja / nein
2.5.3.9	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	ja / nein
2.5.3.10	Krankenhaus/Krankenhausabteilung	ja / nein
2.5.3.11	Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	ja / nein
2.5.3.12	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	ja / nein
2.5.3.13	Adaptionseinrichtung	ja / nein
2.5.3.14	Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)	ja / nein
2.5.3.15	Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	ja / nein
2.5.3.16	Pflegeheim	ja / nein
2.5.3.17	Internen oder externen Diensten zur Beratung/Behandlung im Straf-/Maßregel-vollzug	ja / nein
2.5.3.18	Sozialpsychiatrischer Dienst	ja / nein
2.5.3.19	Andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, etc.)	ja / nein
2.5.3.20	Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt	ja / nein

2.5.3.21	Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	ja / nein
2.5.3.22	Arbeitsagentur/ Arbeitsgemeinschaft (ARGE)/Job-Center (Fallmanager für ALG II etc.)	ja / nein
2.5.3.23	Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	ja / nein
2.5.3.24	Justizbehörden/Bewährungshilfe	ja / nein
2.5.3.25	Kosten-, Leistungsträger	ja / nein
2.5.3.26	Sonstige	ja / nein

2.6	Abschlussdaten
------------	-----------------------

2.6.1	Dauer der Betreuung
2.6.1.1	Datum des Betreuungsendes <input type="text" value="□□.□□.□□□□"/>
2.6.1.2	Betreuungsdauer in Tagen <i>(wird von der Software automatisch berechnet)</i>

2.6.2	Kontaktzahl <i>(nur ambulanter Bereich)</i>	<input type="text" value="□□□"/>
--------------	--	----------------------------------

2.6.3	Art der Beendigung	<input type="checkbox"/>
	1 Regulär nach Beratung/Behandlungsplan	
	2 Vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung	
	3 Vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	
	4 Vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klienten	
	5 Disziplinarisch	
	6 Außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	
	7 Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	
	8 Verstorben	

2.6.4	Steht die vorzeitige Beendigung im Zusammenhang mit	<input type="checkbox"/>
	1 Wohnortwechsel	
	2 Inhaftierung	
	3 Beruf, Erwerbstätigkeit, Ausbildung	

2.6.5	Weitervermittlung	
2.6.5.1	Beendigung der Betreuung mit einer Weitervermittlung	ja / nein
	Wenn eine Weitervermittlung stattfindet, wohin	
2.6.5.2	Selbsthilfegruppe	ja / nein
2.6.5.3	Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	ja / nein
2.6.5.4	Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)	ja / nein

2.6.5.5	Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz	ja / nein
2.6.5.6	Institutsambulanz	ja / nein
2.6.5.7	Ambulant Betreutes Wohnen	ja / nein
2.6.5.8	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	ja / nein
2.6.5.9	Krankenhaus/Krankenhausabteilung	ja / nein
2.6.5.10	Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	ja / nein
2.6.5.11	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	ja / nein
2.6.5.12	Adaptionseinrichtung	ja / nein
2.6.5.13	Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)	ja / nein
2.6.5.14	Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Wohheim/Übergangwohnheim)	ja / nein
2.6.5.15	Pflegeheim	ja / nein
2.6.5.16	Internen oder externen Diensten zur Beratung/Behandlung im Straf-/Maßregelvollzug	ja / nein
2.6.5.17	Sozialpsychiatrischer Dienst	ja / nein
2.6.5.18	Andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, etc.)	ja / nein
2.6.5.19	Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt	ja / nein
2.6.5.20	Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	ja / nein
2.6.5.21	Arbeitsagentur/Arbeitsgemeinschaft (ARGE)/Job-Center (Fallmanager für ALG II etc.)	ja / nein
2.6.5.22	Justizbehörden/Bewährungshilfe	ja / nein
2.6.5.23	Kosten-, Leistungsträger	ja / nein
2.6.5.24	Sonstige	ja / nein

2.6.6	Problematik am Tag des Betreuungsendes	<input type="checkbox"/>
	1 Erfolgreich	
	2 Gebessert	
	3 Unverändert	
	4 Verschlechtert	

	Konsumstatus in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsende <i>(siehe 2.4.x.6)</i>	
--	---	--

	Wohnverhältnis am Tag nach Betreuungsende <i>(siehe 2.3.8.3)</i>	
--	---	--

	Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende <i>(siehe 2.3.9.3)</i>	
--	---	--

	Lebensunterhalt in der Woche nach Betreuungsende <i>(siehe 2.3.10 b)</i>	
--	---	--

Codeliste Nationalität (Sortierung nach Code)							
Staat	Code		Staat	Code		Staat	Code
AFGHANISTAN	AFG		GUINEA	GIN		NIEDERLANDE	NLD
ANGOLA	AGO		GUADELOUPE	GLP		NORWEGEN	NOR
ALBANIEN	ALB		GAMBIA	GMB		NEPAL	NPL
VER. ARAB.	ARE		AEQUATORIAL	GNQ		NEESEELAND	NZL
ARGENTINIEN	ARG		GRIECHENLAND	GRC		OMAN	OMN
ARMENIEN	ARM		GROENLAND	GRL		PAKISTAN	PAK
AUSTRALIEN	AUS		GUATEMALA	GTM		PANAMA	PAN
ÖSTERREICH	AUT		GUYANA	GUY		PERU	PER
ASERBEIDSCHAN	AZE		HONDURAS	HND		PHILIPPINEN	PHL
BURUNDI	BDI		KROATIEN	HRV		PAPUA NEUGUINEA	PNG
BELGIEN	BEL		HAITI	HTI		POLEN	POL
BENIN	BEN		UNGARN	HUN		PUERTO RICO	PRI
BURKINA FASO	BFA		INDONESIEN	IDN		NORDKOREA	PRK
BANGLADESCH	BGD		INDIEN	IND		PORTUGAL	PRT
BULGARIEN	BGR		IRLAND	IRL		PARAGUAY	PRY
BAHRAIN	BHR		IRAN	IRN		QATAR	QAT
BOSNIEN-	BIH		IRAK	IRQ		RUMAENIEN	ROM
WEISSRUSSLAND	BLR		ISLAND	ISL		RUSSISCHE	RUS
BELIZE	BLZ		ISRAEL	ISR		RUANDA	RWA
BERMUDAS	BMU		ITALIEN	ITA		SAUDI ARABIEN	SAU
BOLIVIEN	BOL		JAMAICA	JAM		SUDAN	SDN
BRASILIEN	BRA		JORDANIEN	JOR		SENEGAL	SEN
BRUNEI	BRN		JAPAN	JPN		SINGAPUR	SGP
BHUTAN	BTN		KASACHSTAN	KAZ		SIERRA LEONE	SLE
BOTSWANA	BWA		KENIA	KEN		EL SALVADOR	SLV
ZENTRALAFRIK.	CAF		KIRGISISTAN	KGZ		SOMALIA	SOM
CANADA	CAN		KAMBODSCHA	KHM		SURINAM	SUR
SCHWEITZ	CHE		SÜDKOREA	KOR		SLOWAKEI	SVK
CHILE	CHL		KUWAIT	KWT		SLOWENIEN	SVN
CHINA	CHN		LAOS	LAO		SCHWEDEN	SWE
KAMERUN	CMR		LIBANON	LBN		SYRIEN	SYR
REPUBLIK KONGO	COD		LIBERIA	LBR		TSCHAD	TCD
KONGO	COG		LIBYEN	LBY		TOGO	TGO
KOLUMBIEN	COL		LIECHTENSTEIN	LIE		THAILAND	THA
COSTA RICA	CRI		SRI LANKA	LKA		TADSCHIKISTAN	TJK
CUBA	CUB		LESOTHO	LSO		TURKMENISTAN	TKM
ZYPERN	CYP		LITAUEN	LTU		OSTTIMOR	TMP
TSCHECHIEN	CZE		LUXEMBOURG	LUX		TUNESIEN	TUN
DEUTSCHLAND	DEU		LETTLAND	LVA		TUERKEI	TUR
DJIBOUTI	DJI		MAROKKO	MAR		TAIWAN	TWN
DÄNEMARK	DNK		MOLDAVIEN	MDA		TANSANIA	TZA
DOM. REPUBLIK	DOM		MADAGASKAR	MDG		UGANDA	UGA
ALGERIEN	DZA		MEXICO	MEX		UKRAINE	UKR
ECUADOR	ECU		MAZEDONIEN	MKD		URUGUAY	URY
AEGYPTEN	EGY		MALI	MLI		VEREINIGTE STAATEN	USA

ERITREA	ERI		MALTA	MLT		USBEKISTAN	UZB
SPANIEN	ESP		MONGOLEI	MNG		VENEZUELA	VEN
ESTLAND	EST		MOZAMBIQUE	MOZ		VIETNAM	VNM
AETHIOPIEN	ETH		MAURETANIEN	MRT		YEMEN	YEM
FINNLAND	FIN		MALAWI	MWI		SERBIEN& MONTENEGRO	YUG
FRANKREICH	FRA		MALAYSIA	MYS		SÜDAFRICA	ZAF
GABUN	GAB		NAMIBIA	NAM		SAMBIA	ZMB
GROSSBRITANNIEN	GBR		NIGER	NER		ZIMBABWE	ZWE
GEORGIEN	GEO		NIGERIA	NGA		Andere Staaten	XXX
GHANA	GHA		NICARAGUA	NIC		staatenlos	YYY

3.3 Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Klienten

Die Kerndaten sind in 6 Bereiche unterteilt. Zunächst werden einige Basisdaten erfasst, anschließend die Verwaltungs-/Zugangsdaten zum Status des Klienten bei der Aufnahme in der Behandlungseinrichtung. Daran schließen sich soziodemographische Angaben und Informationen zu den Problembereichen an. Abschließend werden noch Informationen zu Maßnahmen und Interventionen sowie die Abschlussdaten über den Zustand am Ende der Betreuung erfasst. Für Angehörige (s. Erläuterung unter 2.1.4 für „Personen im sozialen Umfeld“) werden in den Basisdaten unter 2.1.5 zusätzliche Angaben erfasst (bei Klienten mit eigener Problematik sind dort keine Angaben zu machen, es wird nur 2.1.1-2.1.4 kodiert). Umgekehrt ist der Bereich 2.4 nur für Klienten mit eigener Problematik zu beantworten. Die Bereiche 2.2, 2.3, 2.5 und 2.6 werden sowohl für Klienten mit eigener Problematik als auch für Angehörige erfasst.

Der deutsche Kerndatensatz Klient (KDS-K) enthält alle Items, die auch nach den Vorgaben des europäischen Kerndatensatzes (Treatment Demand Indicator, TDI) zu berichten sind. Im Folgenden werden alle Items, ihre Kategorien und erläuternde Bemerkungen zur Erhebung dargestellt. In den Erläuterungen zu den Items des KDS-K 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 Pauschal/institutionell finanziert*.

2.1		<p>Basisdaten</p> <p>Basisdaten sind für alle Kontakte einschließlich Einmalkontakte anzugeben; Unterpunkt 2.1.5 ist nur für Angehörige (auch hier einschließlich Einmalkontakte) auszufüllen. Angehörige sind Personen, die aufgrund der Problematik einer Person in ihrem sozialen Umfeld eine Beratungsstelle aufsuchen (weitere Erläuterung s. 2.1.4).</p>
2.1.1		<p>Datum des Betreuungsbegins</p> <p>Hier ist das Datum des Behandlungsbegins einzutragen.</p> <p>In Fällen, bei denen der erste Kontakt durch eine andere Person als den Klienten selbst erfolgte (z.B. durch Partner oder andere Institution) und für diese Person kein eigener Kerndatenbogen angelegt wurde, wird der Termin dieser ersten Kontaktaufnahme als Betreuungsbeginn definiert.</p> <p>Um als Kontakt gewertet zu werden und damit den Beginn einer Behandlung festzustellen, gelten folgende Vorgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mindestgesprächsdauer 10 Minuten mit substantiell beratendem oder behandelndem Charakter (persönlich, telefonisch, per Brief/E-Mail) - auch für Angehörige wird wie für selbst von einer Problematik Betroffene ein „Klientendatensatz“ angelegt, wobei, wie im Folgenden erläutert, weniger Angaben erfasst werden als bei Klienten mit eigener Problematik.
2.1.2		<p>Alter bei Betreuungsbeginn (in Jahren)</p>
2.1.3.		<p>Geschlecht</p> <p>1 männlich</p> <p>2 weiblich</p>
2.1.4.		<p>Betreuungsgrund</p> <p>1 <i>eigene Problematik</i></p> <p>Diese Kategorie wird kodiert, wenn der Klient aufgrund eigener Probleme kommt. Entscheidend ist hier nicht, ob die erwartete Hilfe präventiv, beratend oder behandelnd ist, sondern allein die Tatsache, dass die um Hilfe nachsuchende Person eine der unter Frage 2.4 zu kodierenden Problematiken aufweist.</p> <p>2 <i>Problematik von Personen im sozialen Umfeld</i></p> <p>Diese Kategorie sollte im stationären Bereich nicht von Relevanz sein. Im ambulanten Bereich wird mit 2 kodiert, wenn die um Hilfe suchende Person nicht selbst von einer Substanz-, Spiel- oder Ess-Problematik betroffen ist, sondern es sich dabei um einen Angehörigen oder eine sonstige Person im nahen sozialen Umfeld handelt (z.B. Vater einer Drogenabhängigen, Partnerin eines Inhaftierten etc).</p> <p>Wenn sich im Verlauf der Betreuung zeigt, dass u.U. bei einer zunächst mit 2 kodierten Person eine eigene Betroffenheit vorliegt und diese hauptsächlich Gegenstand der Beratung/Behandlung ist, so muss nachträglich die Kodierung auf 1 geändert werden und u.U. auch eine Kodierung unter</p>

		<p>Frage 2.4 erfolgen (als Beispiel sei der bereits oben genannte Vater einer drogenabhängigen Tochter genannt, der mit diesem Anliegen in die Einrichtung kommt, im Verlauf der Betreuung aber beispielsweise seine eigene Spielsucht Hauptgegenstand der Beratung/Behandlung wird). Wenn ein Angehöriger erst im Verlauf einer Beratung/Behandlung in Kontakt mit der Einrichtung tritt, sollte folgende Abgrenzung erfolgen:</p> <p>Bei einer eigenständigen Beratung/Behandlung wird ein eigener Datensatz angelegt. Wenn die Kontakte mit der Bezugsperson dagegen vorwiegend aus therapieorientierten Gründen (in der Regel als gemeinsame Termine) zustande kommen, dann wird kein eigener Datensatz angelegt, sondern die Kontakte werden nur als Klientenkontakte im Datensatz des Klienten gezählt.</p> <p><i>Falls 2 angekreuzt wird, es sich also um Angehörige handelt, bitte 2.1.5 ausfüllen und dann bei 2.2 weiter. Falls 1 angekreuzt wird, es sich also um Klienten mit eigener Problematik handelt, wird 2.1.5 übersprungen und es geht gleich bei 2.2 weiter.</i></p>
		<p>3 Sonstige Gründe</p> <p>Hier können Klienten erfasst werden, die aus anderen Gründen in Ihrer Einrichtung eine Beratung suchen (sollte eigentlich nur dann vorkommen, wenn Ihre Einrichtung der falsche Adressat für das Hilfeersuchen ist).</p>
2.1.5		<p>Angehörige</p> <p>Die Fragen unter 2.1.5 werden nur für Angehörige, nicht für Klienten mit eigener Problematik, beantwortet. Gefragt wird nach dem Beziehungsverhältnis und nach dem vorrangigen Suchtproblem aus Sicht des Angehörigen.</p>
2.1.5.2		<p><i>(Vorrangiges) Suchtproblem aus Sicht des Angehörigen</i></p> <p>Wenn ein Angehöriger sich nicht auf eine vorrangige Problemsubstanz des Betroffenen festlegen kann, d.h. unter anderem dann, wenn möglicherweise Polytoxikomanie vorliegt, wird Kategorie 4 (sonstige Drogen) gewählt.</p>
2.2		<p>Verwaltungs-/ Zugangsdaten</p> <p>Ab hier werden im ambulanten Bereich nur noch Klienten mit 2 und mehr Kontakten kodiert. Klienten mit Einmalkontakten werden ab 2.2 nicht mehr erfasst. Die Erfassung von „Kotakten“ wird für den stationären Bereich nicht als sinnvoll erachtet, es gibt daher auch keine Trennung zwischen Einmal- und Mehrfachkontakten. Für stationäre Behandlungen sind vom ersten Tag an alle Fragebereiche zu kodieren.</p>
2.2.1		<p>Jemals zuvor suchtbezogene Hilfe beansprucht</p> <p>Bei dieser Frage ist zu berücksichtigen, ob sich der Klient bereits früher wegen einer Suchtproblematik in Behandlung befunden hat. Dabei ist es unerheblich, ob dies in der aktuellen oder einer anderen Behandlungseinrichtung stattgefunden hat.</p>

2.2.2	<p>Wiederaufnahme in dieser Einrichtung</p> <p>Diese Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn sich der Klient bereits zu einem früheren Zeitpunkt in derselben Einrichtung in Behandlung befunden hat. In diesem Fall muss ein neuer Datensatz angelegt werden.</p>
2.2.3	<p>Vermittelnde Instanz</p> <p>Hier ist die Stelle anzugeben, die die Vermittlung des Klienten in die aktuelle Einrichtung hergestellt hat. Dabei sind nicht so sehr inhaltliche Aspekte von Bedeutung, sondern der Weg der formalen Vermittlung. Es ist nur eine Antwort möglich. Die meisten dieser Kategorien sind selbsterklärend.</p> <p>Zur externen Suchtberatung von Inhaftierten in der JVA: wenn die Einrichtung eine regelmäßige Suchtberatung in der JVA anbietet, zu der die Klienten auf Wunsch kommen können, wird in der Regel die Kategorie „Selbstmelder“ zutreffen. Nur dann, wenn tatsächlich der Sozialdienst der JVA beim Anbieter der Suchtberatung explizit eine Betreuung eines bestimmten Klienten initiiert, ist die entsprechende Kodierung unter Kategorie 18 zu wählen.</p> <p><i>1 Keine/Selbstmelder:</i></p> <p>Dies ist der Fall, wenn der Klient sich direkt bei der aktuellen Einrichtung um eine Aufnahme bemüht hat, also nicht durch Angehörige oder institutionell vermittelt wurde. Hier sind diejenigen Klienten zu kategorisieren, die ohne Fremdinitiative eine Einrichtung aufsuchen.</p> <p><i>2 Familie</i></p> <p>Partner, Eltern, Geschwister, Kinder, weitere Verwandte (und/oder Freunde)</p> <p><i>3 Arbeitgeber, Betrieb, Schule</i></p> <p>Wurde der Klient von der Schule oder den entsprechenden Diensten des Arbeitgebers/Betriebs vermittelt, so ist diese Kategorie zu wählen.</p>
	<p><i>4 Abstinenz-, Selbsthilfegruppe</i></p> <p><i>5 Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis</i></p> <p>Niedergelassene Ärzte oder Psychotherapeuten in eigener Praxis</p> <p><i>6 Niedrigschwellige Einrichtung</i> (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)</p> <p><i>7 Suchtberatungs- und/oder -behandlungsstelle, Fachambulanz</i></p> <p><i>8 Institutsambulanz</i></p> <p><i>9 Ambulantes betreutes Wohnen</i></p> <p><i>10 Arbeits- und Beschäftigungsprojekt</i></p> <p><i>11 Krankenhaus/Krankenhausabteilung</i></p> <p>Alle Krankenhäuser, außer Rehabilitationseinrichtungen für Suchtkranke</p> <p><i>12 Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung</i></p> <p><i>13 Stationäre Rehabilitationseinrichtung</i></p> <p><i>14 Adaptionseinrichtung</i></p>

		<p>15 <i>Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie</i> (Tagesstätte etc.)</p> <p>16 <i>Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie</i></p> <p>17 <i>Pflegeheim</i></p> <p>18 <i>Sozialdienst JVA/Maßregelvollzug</i> Diese Kodierung ist bei den Klient/-innen zu wählen, die aus einer Justizvollzugsanstalt in die Einrichtung vermittelt wurden.</p> <p>19 <i>Sozialpsychiatrischer Dienst</i></p> <p>20 <i>Andere Beratungsdienste</i> (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, etc.)</p> <p>21 <i>Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt</i></p> <p>22 <i>Soziale Verwaltung</i> (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)</p> <p>23 <i>Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)</i></p> <p>24 <i>Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle</i></p> <p>25 <i>Justizbehörden/Bewährungshilfe</i>: Diese Kodierung ist bei den Klient/-innen zu wählen, 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.</p> <p>26 <i>Kosten-, Leistungsträger</i>: Rentenversicherung, Krankenversicherung, örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger</p> <p>27 <i>Sonstige</i>: Hierunter fallen alle Personen oder Institutionen, die nicht in eine der zuvor genannten Kategorien fallen.</p>
2.2.4		<p>Kosten-/ Leistungsträger</p> <p>Hier ist für jeden der angeführten Kostenträger anzugeben, ob er einen Teil der aktuellen Betreuung finanziert.</p>
2.2.4.1		<p><i>Pauschal/institutionell finanziert</i> (z.B. <i>Öffentlicher Gesundheitsdienst</i>)</p> <p>Ist immer dann zu wählen, wenn die jeweilige Betreuung nicht bei einem bestimmten Kostenträger beantragt und/oder bewilligt wurde und es sich nicht um einen Selbstzahler handelt. Diese Finanzierungsform trifft im ambulanten Bereich auf die meisten Betreuungen zu, wenn sie auch meist nicht die einzige Finanzierungsquelle ist.</p>
2.2.4.2		<p><i>Selbstzahler</i></p> <p>Ist anzugeben, wenn sich der Klient in einem relevanten Ausmaß an den Kosten der Betreuung beteiligt. Symbolische Beiträge (eine Kostenbeteiligung von 5.-- oder 10.-- Euro pro Gruppentermin oder ähnliches) werden hier nicht kodiert.</p>

2.2.4.3		<i>Rentenversicherung</i>
2.2.4.4		<i>Krankenversicherung</i>
2.2.4.5		<i>Sozialhilfe</i>
2.2.4.6		<i>Jugendhilfe</i>
2.2.4.7		<i>Arbeitsagenturen, Jobcenter</i>
2.2.4.8		<i>Pflegeversicherung</i>
2.2.4.9		<p><i>Sonstiges</i></p> <p>In diese Kategorie fallen auch Ko-Finanzierungen durch den Europäischen Sozialfonds.</p>
2.2.5		<p>Auflagen durch Gerichtsbeschluss zur Abwendung freiheitseinschränkender Folgen</p> <p>Es sind keine Mehrfachantworten möglich, bei Zutreffen mehrerer der angeführten Kategorien ist die aus Sicht des Behandlers die prioritäre Auflage zu kodieren.</p> <p><i>1 Keine gerichtlichen Auflagen</i></p> <p><i>2 BtMG</i></p> <p><i>3 Psych-KG/Landesunterbringungsgesetz</i></p> <p><i>4 Andere strafrechtliche Grundlage</i></p> <p>Neben dem BtMG können noch andere 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 nicht explizit eine Beratung/Behandlung wegen Substanzproblemen fordert (sondern nur allgemein die Behebung der Probleme, die mit dem Gewaltdelikt in Zusammenhang stehen), auf Anraten des Bewährungshelfers jedoch eine solche suchtspezifische Betreuung begonnen wird.</p>
2.2.6		<p>Weitere Auflagen durch</p> <p>Es sind keine Mehrfachantworten möglich, bei Zutreffen mehrerer der angeführten Kategorien ist die aus Sicht des Behandlers die prioritäre Auflage zu kodieren.</p> <p><i>1 Arbeitgeber</i></p> <p><i>2 Rentenversicherung, Krankenversicherung</i></p> <p><i>3 Arbeitsagentur, Job-Center, ARGE</i></p> <p><i>4 Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle</i></p> <p>Z.B. die „Empfehlung“ von Seiten der Führerscheinstelle zur Teilnahme an einer suchtbetragenen Behandlung, von der der Wiedererhalt der Fahrerlaubnis abhängt.</p>

		<p><i>5 Sonstige</i></p> <p>Anmerkung: Die Vorgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, die Patienten, die ein Substitut (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 2.2.5.</p>
2.2.7		<p>Vorgeschichte</p> <p>Frühere Behandlungen werden dann kodiert, wenn der Klient die jeweilige Behandlung entweder entsprechend dem Hilfe-/Behandlungsplan planmäßig abgeschlossen hat oder - bei vorzeitiger Beendigung - wenn er mindestens über ein Drittel der gemäß Hilfe-/Behandlungsplan vorgesehenen Dauer an der Behandlung teilgenommen hat. Es ist für alle hier angeführten ambulanten und stationären Behandlungsarten die Anzahl der suchtbefugten Behandlungsepisoden, nicht die der einzelnen Kontakte, anzugeben. Nur bei 2.2.7.17 erfolgt die Angabe in Jahren.</p> <p>Es wird jeweils die Anzahl aller Behandlungsepisoden, d.h. die Anzahl bisheriger Episoden einschließlich einer ggf. aktuell laufenden externen sowie einschließlich der aktuell begonnenen Behandlung in der dokumentierenden Einrichtung angegeben. Die Anzahl der Vorbehandlungen kann somit nie „0“ sein. Die aktuell begonnene stationäre Behandlung zählt vom ersten Tag an, also auch dann, wenn der Patient bereits am zweiten Tag abbricht.</p> <p>Bsp. 1: der Klient hat bereits einmal ein Substitut erhalten und erhält im Rahmen der aktuellen Behandlung von einer externen Einrichtung wieder ein solches. Die Anzahl der anzugebenden Substitutionsbehandlungen ist somit 2.</p>
2.2.7.1		<p><i>Medizinische Notfallhilfe</i></p> <p>Hier sind medizinische Maßnahmen zu kodieren, die im Sinne einer Krisenintervention/Notfallhilfe stattfinden, z.B. im Falle einer Überdosis oder einer schweren Alkoholintoxikation.</p>
2.2.7.2		<p><i>Substitutionsbehandlung</i></p> <p>Hiermit ist die reine Vergabe des Substituts gemeint. Es ist die Anzahl einzutragen, wie häufig bisher eine Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen wurde.</p>
2.2.7.3		<p><i>Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution</i></p> <p>In Abgrenzung zu 2.2.7.2 ist hier die begleitende psychosoziale Betreuung von Klienten gemeint, die sich in Substitution befinden.</p>
		<p>Die psychosoziale Betreuung von Substituierten kann als komplexes Angebot für chronisch beeinträchtigte substanzabhängige Klienten beschrieben werden, bei der die durchgeführten Tätigkeiten sowohl den sozialen, psychischen und somatischen Bereich betreffen und mittel- bis langfristig Interventionen erfordern, die an den Zielsetzungen, Möglichkeiten und Ressourcen der Klientinnen orientiert sind und die eine Veränderung sowohl im sozialen</p>

		Umfeld der Klienten (Beziehungen, Wohnung, Arbeit, Finanzen) als auch im psychischen Bereich (Abstinenzstabilisierung, Bearbeitung von Problemen) anstreben.
2.2.7.4		<p><i>Sonstige medizinische Maßnahmen</i></p> <p>Hier sind weitere medizinische Maßnahmen zu kodieren, z.B. wegen Abszessen oder Frakturen infolge von Suchtmittelgebrauch.</p>
2.2.7.5		<p><i>Entzug/Entgiftung</i></p> <p>Hier ist die Anzahl einzutragen, wie häufig bisher eine Entgiftungsbehandlung in Anspruch genommen wurde.</p>
2.2.7.6		<p><i>Ambulante Beratung</i></p> <p>Anzahl bisheriger ambulanter Beratungsepisoden.</p>
2.2.7.7		<p><i>Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)</i></p> <p>Hier ist die Anzahl einzutragen, wie häufig bisher eine ambulante Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen wurde.</p>
2.2.7.8		<p><i>Teilstationäre bzw.ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)</i></p> <p>Die Deutsche Rentenversicherung legt Wert auf die Verwendung des Begriffs „ganztägig ambulant“, die Bezeichnungen „teilstationär“ oder „tagesklinisch“ sind aber in den Einrichtungen noch gebräuchlich. Alle drei Begriffe beschreiben die Behandlung mit einem vollständigen Tagesprogramm (ca. 8 Stunden) an 5 bzw. 6 Tagen pro Woche.</p> <p>Hier ist einzutragen, wie häufig bisher eine solche Behandlung in Anspruch genommen wurde.</p>
2.2.7.9		<p><i>Stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)</i></p> <p>Hier ist einzutragen, wie häufig bisher eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen wurde.</p>
2.2.7.10		<p><i>Kombinationstherapie (Rehabilitation)</i></p> <p>Bei der Kombinationstherapie handelt es sich lediglich um die nahtlose Abfolge stationärer und ambulanter Behandlungsphasen. Eine sog. „Kombibehandlung“ oder „modulare Kombitherapie“ liegt dann vor, wenn ein einheitliches Konzept für die Gesamtbehandlung existiert und diese als eine Therapiemaßnahme bewilligt wird.</p> <p><i>Hier ist einzutragen, wie häufig bisher eine solche Behandlung in Anspruch genommen wurde.</i></p>
2.2.7.11		<p><i>Adaptionsbehandlung</i></p> <p>Die Adaptionsbehandlung umfasst die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Versicherten im Hinblick auf das Erwerbsleben, eine Hilfestellung zur Vorbereitung der selbstständigen Lebensführung sowie therapeutische Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie in begleitender</p>

		<p>und in ihrer Intensität abnehmender Form. In aller Regel schießt sich die Adaptionsbehandlung nahtlos an die Entwöhnung als zweite Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an. Eine Adaptionsbehandlung kommt insbesondere für Patienten mit beruflicher und sozialer Desintegration sowie mit entsprechendem Gefährdungspotential und erhöhtem Rückfallrisiko in Betracht. Die Behandlung kann entweder als integrierte (interne) Adaption in eigenständigen Abteilungen von Fachkliniken für Abhängigkeitskranke oder in externen Adaptionseinrichtungen durchgeführt werden.</p> <p>Hier ist einzutragen, wie häufig bisher eine solche Behandlung in Anspruch genommen wurde.</p>
2.2.7.12		<p><i>Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen</i></p> <p>u.a. ambulantes betreutes Wohnen (gemäß SGB V § 107.1)</p>
2.2.7.13		<p><i>Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen</i></p> <p>u.a. teilstationäres betreutes Wohnen (gemäß SGB XII §53ff/§67ff)</p>
2.2.7.14		<p><i>Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen</i></p> <p>u.a. teilstationäres betreutes Wohnen (gemäß SGB XII §53ff/§67ff und KJHG §35a)</p>
2.2.7.15		<i>Psychiatrische Behandlung</i>
2.2.7.16		<i>Psychotherapeutische Behandlung</i>
2.2.7.17		<p><i>Regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppe(n) in Jahren</i></p> <p>Leitlinie zur Kodierung: der regelmäßige Besuch über ein Jahr oder weniger wird als 1 Jahr kodiert. Bei wöchentlichen Selbsthilfegruppentreffen erfolgt die Kodierung ab einer Teilnahme über mind. 8 Wochen, bei monatlichen Treffen ab einer Teilnahme über mind. 6 Monate. D.h. bei einer kürzeren Teilnahmedauer wird „0 Jahre“ kodiert. Als regelmäßig gilt die Teilnahme bei wöchentlichen Gruppen, wenn mind. 3 Treffen pro Monat besucht werden, bei monatlichen Gruppen, wenn mind. 5 Treffen im halben Jahr besucht werden. Es darf also nur ein Treffen pro Monat (wöchentliche Gruppe) bzw. pro Halbjahr (monatliche Gruppe) versäumt werden. Wenn es unterschiedliche Episoden des regelmäßigen Besuchs von Selbsthilfegruppen gab, werden diese zu einer Gesamtjahresangabe aufsummiert.</p>
2.2.7.18		<i>Sonstige Maßnahmen</i>
2.3		Soziodemographische Angaben
2.3.1		<p>Familienstand</p> <p>Die Kategorien sind in ihrem formaljuristischen Sinn gemeint. Sie entsprechen den Angaben der allgemeinen Bevölkerungsstatistik. Verheiratet darf nur angegeben werden, wenn der Klient standesamtlich getraut ist bzw. eine standesamtlich eingetragene Lebenspartnerschaft besteht.</p> <p><i>1 Ledig</i></p>

	<p>2 Verheiratet, zusammenlebend Bitte unterscheiden Sie zwischen verheirateten zusammenlebenden Personen und</p> <p>3 Verheiratet, getrennt lebend Es sollen hier sich anbahnende oder juristisch noch nicht vollzogene Scheidungen erfasst werden. Liegen keine näheren Informationen vor, geben Sie "2 verheiratet, zusammenlebend" an.</p> <p>4 Geschieden Ist anzugeben auch bei Tod des früheren Partners nach der Scheidung.</p> <p>5 Verwitwet Wenn der frühere Partner verstorben ist, aber keine neue Ehe eingegangen wurde.</p>
2.3.2	<p>Partnerbeziehung</p> <p>Bitte geben Sie hier - unabhängig von der formalrechtlichen Seite - und damit also anders als in der Frage zum Familienstand (Frage 2.3.1) an, ob der Klient eine Partnerbeziehung hat. Hier sind auch gleichgeschlechtliche Partnerbeziehungen zu erheben.</p> <p>1 Alleinstehend Ist zu kodieren, wenn der Klient angibt, keinen Partner zu haben.</p> <p>2 Zeitweilige Beziehung(en) Ist zu kodieren, wenn eine Partnerbeziehung mindestens einen Monat mit mehreren Kontakten bestand.</p> <p>3 Feste Beziehung Ist anzugeben, wenn ein regelmäßiger Kontakt während des letzten halben Jahres zur gleichen Person bestand.</p> <p>4 Sonstige Wenn keine der Kategorien 1 - 3 erfüllt ist (z.B. hat der Klient vor 2 Wochen einen neuen Partner kennen gelernt).</p> <p>Treffen zwei Kategorien gleichzeitig zu, so ist die höhere Zahl zu wählen (z.B. 3 = feste Beziehung, wenn neben einer festen Beziehung mit (einer) weiteren Person(en) noch (eine) zeitweilige Beziehung(en) bestand(en).</p>
2.3.3	<p>Lebenssituation</p> <p>Diese Frage bezieht sich auf das räumliche Zusammenleben. Es soll die zeitlich überwiegende Lebenssituation des Klienten in den letzten sechs Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung erhoben werden. Wurde der Klient innerhalb der letzten sechs Monate vor Betreuungsbeginn in Haft genommen, ist hier seine Situation in den sechs Monaten vor Haftantritt relevant. Befindet sich die Person schon länger als sechs Monate vor Betreuungsbeginn in Haft oder in einer Behandlung, ist die Frage 2.3.3.1 mit 2 = ja, der Klient somit als alleinlebend zu kodieren.</p>
2.3.3.1	<p>Alleinlebend Hier ist zunächst anzugeben, ob der Klient alleine lebt.</p>

		<p>1 nein 2 ja</p> <p>Wenn ja, wird die Frage 2.3.3.2 übersprungen und es wird mit Frage 2.3.4 fortgefahren.</p>
2.3.3.2		<p>Wenn nicht alleinlebend, lebt zusammen mit Partner/-in Kindern</p> <p>Bei den Kindern muss es sich nicht um leibliche Kinder handeln. Es zählen alle Kinder unter 18 Jahren. Lebt der Klient mit einem Geschwister unter 18 Jahren, für das er das Sorgerecht hat, ist ebenfalls diese Kategorie zu wählen. Ansonsten werden Geschwister unter „Sonstige Bezugspersonen“ kodiert.</p> <p>Eltern(-teil) Hier sind die eigenen Eltern des jeweiligen Klienten gemeint. Dies können auch Pflegeeltern/Adoptiveltern sein.</p> <p>Sonstigen Bezugspersonen 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.</p> <p>Sonstigen Personen 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 jedoch zu den WG-Mitbewohnern ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht, erfolgt die Kodierung als „sonstige Bezugsperson“.</p>
2.3.4		Kinder
2.3.4.1		<p><i>Anzahl der eigenen Kinder unter 18 Jahren</i></p> <p>Hier ist die Anzahl der leiblichen Kinder unter 18 Jahren anzugeben, die mit dem Klienten im Haushalt leben.</p>
2.3.4.2		<p><i>Anzahl der Kinder im Haushalt unter 18 Jahren</i></p> <p>In Abgrenzung zu 2.3.4.1. ist hier die Gesamtzahl aller Kinder zu nennen, die mit dem Klienten im Haushalt leben. Dabei werden sowohl leibliche als auch nicht leibliche Kinder gezählt.</p>
2.3.5		<p>Staatsangehörigkeit/Migration</p> <p>Diese Frage soll unabhängig von der Staatsbürgerschaft darüber Aufschluss geben, welchen kulturellen Hintergrund ein Mensch aufweist.</p> <p>In Fällen, in denen z. B. ein Elternteil die deutsche Staatsbürgerschaft hat und der andere Elternteil nicht und das Kind selbst in Deutschland aufgewachsen ist, ist vom Suchtberater/Suchtberaterin zu entscheiden ob ein Migrationshintergrund bedeutsam für den Klienten/die Klientin ist. Es wäre</p>

		dann ggf. „als Kind von Migranten geboren“ zu wählen. Wenn kein Migrationshintergrund vorliegt, ist nur die aktuelle Staatsangehörigkeit (2.3.5.1) anzugeben.
2.3.5.1		<p><i>Aktuelle Staatsangehörigkeit des Klienten</i></p> <p>Die internationalen Codes zur Bestimmung der Staatsangehörigkeit finden Sie in Anhang A dieses Manuals. Als staatenlos sind Klienten 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).</p>
2.3.5.2		<p><i>Klient ist der deutschen Sprache mächtig</i></p> <p>Das Beratungsgespräch kann in deutscher Sprache geführt werden. Ein Dolmetscher ist nicht erforderlich.</p>
2.3.5.3		<p><i>selbst migriert</i></p> <p>Wurde der Klient außerhalb Deutschlands geboren und ist mit oder ohne Eltern nach Deutschland migriert, so ist die Kategorie „selbst migriert“ zu wählen.</p>
2.3.5.4		<p><i>als Kind von Migranten geboren</i></p> <p>Der Klient wurde in Deutschland geboren und hat Eltern mit Migrationshintergrund.</p>
2.3.6		Höchster bisher erreichter allgemeinbildender Schulabschluss
		<p><i>1 Derzeit in Schulausbildung:</i></p> <p>Wenn der Klient bei Betreuungsbeginn eine Schule besucht, ist diese Kategorie zu wählen. Diese Kodierung kann nur vergeben werden, wenn der Klient noch über keinerlei Schulabschluss verfügt. Wurde ein Schulabschluss erworben und der Klient befindet sich nun in einer weiteren Schulausbildung, so ist der bereits erworbene Schulabschluss zu kodieren.</p>
		<p><i>2 Ohne Schulabschluss abgegangen</i></p> <p>Wird kodiert, wenn die Hauptschule vorzeitig beendet wurde und auch kein Sonderschulabschluss (vgl. 3) vorliegt.</p>
		<i>3 Sonderschulabschluss</i>
		<p><i>4 Hauptschul-/Volksschulabschluss</i></p> <p>Wenn die Hauptschule ordnungsgemäß abgeschlossen wurde. In dieser Kategorie wird auch ein sog. qualifizierter Hauptschulabschluss gefasst.</p>
		<p><i>5 Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule</i></p> <p>Nach Beendigung der 10. Klasse Realschule bzw. Gymnasium. Die Polytechnische Oberschule gilt mit der 10. Klasse in den neuen Bundesländern als abgeschlossen, ein Abschluss vor 1965 war mit der 8. Klasse erreicht.</p>
		<p><i>6 (Fach-)Hochschulreife/Abitur</i></p> <p>Mit Abschluss der 12. Klasse eines Gymnasiums oder Abschluss der</p>

		Fachoberschule ist die Fachhochschulreife verbunden. Das Abitur wird erreicht nach Abschluss eines Gymnasiums oder durch entsprechende Sonderprüfungen.
		<p>7 <i>Anderer Schulabschluss</i></p> <p>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.</p>
2.3.7		<p>Höchster Ausbildungsabschluss</p> <p>Bei Beamten erfolgt die Kodierung nach dem höchsten tatsächlichen Schulabschluss, z. B. bei Lehrern Kategorie 5 (Hochschulabschluss).</p>
		<p>1 <i>Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung</i></p> <p>Diese Kodierung kann nur vergeben werden, wenn der Klient noch über keinerlei Hochschul- oder Berufsabschluss verfügt. Liegt bereits ein solcher Abschluss vor und der Klient befindet sich nun in einem weiteren Studium bzw. einer Berufsausbildung, so ist entsprechend der bereits erworbene Abschluss zu kodieren.</p>
		2 <i>Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen</i>
		<p>3 <i>Abgeschlossene Lehrausbildung</i></p> <p>Wird angegeben, wenn mindestens eine betriebliche Berufsausbildung abgeschlossen wurde. Dies gilt auch, wenn sich der Klient zu dieser Zeit in einer weiteren Berufsausbildung oder Umschulung (nach einer bereits abgeschlossenen betrieblichen Ausbildung) befindet oder in einem anderen Beruf arbeitet, für den keine Ausbildung gemacht wurde.</p>
		<p>4 <i>Meister/Techniker</i></p> <p>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.</p>
		<p>5 <i>Hochschulabschluss</i></p> <p>Diplom oder Magister nach einem abgeschlossenem Studium an einer (Fach-) Hochschule.</p>
		<p>6 <i>Anderer Berufsabschluss</i></p> <p>Wenn es sich um einen Berufsabschluss handelt, der keiner der Kategorien 1-5 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 (z.B. Polizis-</p>
2.3.8		Wohnverhältnis
2.3.8.1		<p>a) <i>überwiegend die letzten 6 Monate vor Betreuungsbeginn</i></p> <p>Hier soll die zeitlich überwiegende Wohnsituation des Klienten in den letzten</p>

		sechs Monaten vor der aktuellen Betreuung erfasst werden.
2.3.8.2		<i>b) am Tag vor Betreuungsbeginn</i>
2.3.8.3		<i>c) am Tag nach Betreuungsende</i>
		<p>1 Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus) Die Person wohnt zur (Unter-)Miete in einer/m Wohnung/Haus, bzw. im eigenen/r Haus/Eigentumswohnung. Die Wohnsituation von Kindern und Jugendlichen unter 18, die im Elternhaus wohnen, ist ebenfalls mit 1 zu kodieren. Volljährige, die bei den Eltern wohnen und nicht durch einen Mietvertrag rechtlich gesichert sind, werden unter 2 „Wohnen bei anderen Personen“ kodiert. Wohnen Sie jedoch bei den Eltern und haben einen eigenen Mietvertrag bzw. den Mietvertrag mit unterschrieben, dann gilt Kategorie 1 „Selbständiges Wohnen“, da das ausschlaggebende Kriterium der rechtlichen Absicherung erfüllt ist. Lebt der Klient bei einem Ehe- oder Lebenspartner (eheähnliche Lebensgemeinschaft), gilt auch dann Kategorie 1, wenn der Klient nicht im Mietvertrag steht, da durch die Form des Familienstands eine rechtliche Absicherung gewährleistet ist.</p>
		<p>2 Bei anderen Personen Wenn der Klient bei jemand anderem in der Wohnung oder im Haus wohnt, z.B. beim Partner oder bei Freunden etc., ohne rechtliche Absicherung im Sinne eines Mietvertrages bzw. durch entsprechende Eigentumsverhältnisse.</p>
		<p>3 Ambulant Betreutes Wohnen Dies kann z.B. eine sozialpädagogisch betreute Wohngemeinschaft oder betreutes Einzelwohnen sein.</p>
		4 (Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung
		<p>5 Wohnheim/Übergangswohnheim Auch der Aufenthalt in einem Frauenhaus ist hier zu kodieren.</p>
		<p>6 JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung War der Klient das letzte halbe Jahr vor der aktuellen Betreuung überwiegend im (Untersuchungs-)Gefängnis so ist unter a) diese Kategorie anzugeben.</p>
		<p>7 Notunterkunft, Übernachtungsstelle Wohnt der Klient in einem Hotel o.ä., das vom Sozialamt als Notunterkunft ausgewiesen ist und bezahlt wird, oder in einem Lager, so ist dies die anzugebende Kategorie.</p>
		<p>8 Ohne Wohnung Wenn der Klient wohnungslos ist, also keinen festen Wohnsitz hat. Es ist immer die spezifischere Antwort zu kodieren. Wenn also z.B. eine Notunterkunft vorhanden ist, ist diese Antwort (7) zu kodieren.</p>
		<p>9 Sonstiges Wenn keine der bisherigen Kategorien zutrifft wird 9 „Sonstiges“ gewählt.</p>

2.3.9		<p>Erwerbssituation</p> <p>Die Frage a) bezieht sich auf die letzten 6 Monate vor dem aktuellen Betreuungsbeginn. Bei Personen, auf die mehrere Kategorien zutreffen, ist zu beurteilen, welche überwiegt. Ein Student, der in den Ferien zwei Monate arbeitet, ist als „Schüler, Student“ zu beurteilen. Personen, die von den letzten 6 Monaten mehr als die Hälfte der Zeit beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind, sind als Arbeitslose (6 bzw. 7) zu kodieren.</p> <p>Erwerbspersonen sind alle Personen, die eine unmittelbar auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen, unabhängig von der Bedeutung des Ertrags dieser Tätigkeit für ihren Lebensunterhalt und ohne Rücksicht auf die von ihnen tatsächlich geleistete oder vertragsmäßig zu leistende Arbeitszeit (1-7). Nichterwerbspersonen sind alle Personen, die keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (8-11). Kam der Klient innerhalb der letzten sechs Monate vor der aktuellen Betreuung in Haft, ist hier das Beschäftigungsverhältnis in den sechs Monaten vor Haftantritt relevant. Ist der Klient länger als sechs Monate in Haft ist die Situation während der Haft anzugeben. In diesen Fällen ist bei Inhaftierten für geringfügig bezahlte Einkünfte innerhalb der JVA Kategorie 4 (sonstige Erwerbspersonen) zu kodieren. Bei Freigängern, die außerhalb der Haftanstalt einer Arbeit nachgehen, ist die jeweils zutreffende Kategorie anzugeben.</p>
2.3.9.1		a) Überwiegend die letzten 6 Monate vor Betreuungsbeginn
2.3.9.2		b) Am Tag vor Betreuungsbeginn
2.3.9.3		c) Am Tag nach Betreuungsende
		<p>1 <i>Auszubildender (in anerkannten Ausbildungsberufen)</i></p> <p>Personen, die in der praktischen Berufsausbildung stehen, einschließlich Praktikanten, Umschüler und Volontäre.</p>
		<p>2 <i>Arbeiter/Angestellter/Beamter</i></p> <p>Alle Lohn- und Gehaltsempfänger, unabhängig von der Lohnzahlungs- und Lohnabrechnungsperiode, ferner Heimarbeiter und Hausgehilfen und alle Lohnempfänger mit einer qualifizierten Erwerbstätigkeit, für die eine abgeschlossene Lehre oder eine vergleichbare Ausbildung von mindestens zwei Jahren nötig ist. Es werden ebenfalls alle nicht verbeamteten Gehaltsempfänger und alle verbeamteten Personen in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis des Bundes, der Länder, der Gemeinden und sonstiger Körperschaften des öffentlichen Rechts, Richter und Soldaten, ferner Geistliche der Katholischen Kirche und der Evangelischen Kirchen in Deutschland hier kodiert.</p>
		<p>3 <i>Selbständiger/Freiberufler</i></p> <p>Personen, die einen Betrieb oder eine Arbeitsstätte gewerblicher oder landwirtschaftlicher Art wirtschaftlich und organisatorisch als Eigentümer oder Pächter leiten oder in einem freien Beruf (Ärzte, Psychotherapeuten,</p>

		Rechtsanwälte etc.) arbeiten.
		<p>4 <i>sonstige Erwerbspersonen</i> Hier werden Personen in Elternzeit oder im Wehrdienst kodiert, sowie mithelfende Familienangehörige. Dies sind Familienangehörige, die in einem Betrieb, der von einem Familienmitglied als Selbständiger geleitet wird, mithelfen, ohne hierfür Lohn oder Gehalt zu erhalten. Hier sind auch Inhaftierte zu kodieren, die innerhalb der JVA (d.h. nicht als Freigänger außerhalb) geringfügige Einkünfte durch eine Arbeitstätigkeit haben, ebenso arbeitslose Personen ohne Leistungsanspruch.</p>
		<p>5 <i>in beruflicher Rehabilitation</i> Personen, die Lohn oder Gehalt, d.h. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation oder Arbeitsprojekten beziehen.</p>
		<p>6 <i>arbeitslos nach SGB III</i> Hier werden Personen kodiert, die gemäß SGB III Arbeitslosengeld I beziehen.</p>
		<p>7 <i>arbeitslos nach SGB II</i> Hier werden Personen kodiert, die gemäß SGB II Arbeitslosengeld II beziehen. Diese Kategorie trifft z.B. auch für Personen mit Leistungen nach § 16.3 SGB II zu („Ein-Euro-Jobs“), und für Klienten, die Grundsicherung von der ARGE beziehen (Achtung: Grundsicherung vom Sozialamt fällt in Kategorie 11).</p>
		<p>8 <i>Schüler/Student</i> In diese Gruppe gehören alle Klienten, die eine Schule besuchen oder ein Studium absolvieren.</p>
		<p>9 <i>Hausfrau/Hausmann</i> In diese Gruppe gehören Personen, die mit der Haushaltsführung und evtl. mit der Kindererziehung beschäftigt sind und sich nicht (mehr) im Erziehungsurlaub befinden.</p>
		<p>10 <i>Rentner/Pensionär</i></p>
		<p>11 <i>sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII, Sozialhilfe)</i> Klienten, die Sozialhilfe bzw. Grundsicherung vom Sozialamt erhalten, fallen in diese Kategorie (Achtung: Grundsicherung von der ARGE fällt in Kategorie 7).</p>
2.3.10		<p>Lebensunterhalt Dieses Item erfasst Einkünfte des Klienten. Die Finanzierung der Haft bei Inhaftierten sowie die Finanzierung von Klinik- oder Heimaufenthalten werden hier nicht kodiert. Es kann somit unter Inhaftierten und Heimbewohnern, sofern nicht z.B. eine Arbeitstätigkeit in der JVA ausgeführt wird, Fälle geben, in denen keine der Kategorien zutrifft und somit keine Kodierung erfolgt.</p>
		a) <i>in der Woche vor Betreuungsbeginn</i>

		<i>b) in der Woche nach Betreuungsende</i>
2.3.10.1		<i>Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit</i> Diese Kategorie umfasst Entgelt für Arbeitstätigkeit. Nur legale Tätigkeiten sind zu erfassen. Ebenfalls hier zu kodieren sind Wehrsold und Zivildienstvergütung sowie Einkünfte aus Prostitution, sofern diese gewerbsmäßig betrieben wird. Inhaftierte, die als Freigänger einer bezahlten Arbeit außerhalb der JVA nachgehen, sind ebenfalls hier zu kodieren.
2.3.10.2		<i>Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt</i> Beinhaltet z.B. BAföG, Stipendien, Vergütung von Lehrlingen und auch Kindergeld, sowohl wenn es an die Eltern, als auch wenn es an die volljährigen Kinder selbst ausgezahlt wird. Mit „Unterhalt“ sind hier unter anderem Formen staatlicher Unterhaltszahlungen gemeint. Unterhaltszahlungen z.B. des geschiedenen Ehepartners fallen in Kategorie 2.3.10 (Angehörige).
2.3.10.3		<i>Gelegenheitsjobs, unregelmäßige Einkünfte</i> Hierunter fallen kurzfristige und sporadische Arbeiten, bei denen in der Regel kein vertraglich geregeltes Arbeitsverhältnis zustande kommt. Hierzu zählen auch Einkünfte aus Prostitution, sofern diese nicht gewerbsmäßig betrieben wird.
2.3.10.4		<i>Krankengeld, Übergangsgeld</i> Lohnersatzleistungen während einer Krankheit oder Barleistungen während berufsfördernder Maßnahmen und in der gesetzlichen Rentenversicherung auch während medizinischer Rehabilitation.
2.3.10.5		<i>Leistungen der Pflegeversicherung</i>
2.3.10.6		<i>Rente, Pension</i>
2.3.10.7		<i>Arbeitslosengeld I (SGB III 117)</i>
2.3.10.8		<i>Arbeitslosengeld II (SGB II 19)/Sozialgeld (SGB II 28)</i>
2.3.10.9		<i>Sozialhilfe (u.a. staatliche Leistungen, z.B. AsylbLG, Wohngeld)</i>
2.3.10.10		<i>Angehörige</i> Wird Einkommen nicht (nur) selbst, sondern (auch) durch einen Angehörigen erzielt, so ist diese Kategorie anzugeben. Wenn also z.B. der Ehepartner eines Klienten zum gemeinsamen Lebensunterhalt beiträgt, ist diese Kategorie zu kodieren. In diese Kategorie fallen auch Unterhaltszahlungen, z.B. durch den geschiedenen Ehepartner.
2.3.10.11		<i>Vermögen</i> Beiträge durch eigenes Kapital oder dessen Erträge.
2.3.10.12		<i>Sonstiges</i> Hier sind alle weiteren Einkünfte zu kodieren, die nicht unter 2.3.10.1-2.3.10.11 erfasst werden. Darunter fällt sowohl Betteln als auch alle illegalen Einkünfte z.B. durch Hehlerei, Diebstahl oder Dealen. Inhaftierte, die innerhalb der Haftanstalt für Arbeitstätigkeiten oder für die Teilnahme an einer Schulausbildung geringfügige Einkünfte erhalten (d.h. die keine außerhalb

		der JVA beschäftigten Freigänger sind), sind ebenfalls hier zu kodieren.
2.3.10.13		<i>Davon Hauptlebensunterhalt (1-12)</i> Hier ist die überwiegende Einkommensquelle des Klienten aus den Kategorien 2.3.10.1-2.3.10.12 anzugeben. Gemeint ist die Einkommensquelle, aus welcher der Klient den höchsten Betrag bezieht.
2.3.11		Problematische Schulden Nicht die absolute Höhe der Schulden ist hier gemeint, sondern die Frage, ob diese in Anbetracht der Gesamtsituation des Klienten (Vermögenswerte, Hausbesitz, Einkommenssituation) für 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
2.4		Problembereiche Der gesamte Bereich 2.4 ist nur für Klienten mit eigener Problematik, nicht für Angehörige, zu kodieren. Erläuterungen zur Diagnosestellung: Die Erfassung sowohl der substanzbezogenen als auch anderer Diagnosen im KDS-K erfolgt nach den Richtlinien des ICD-10 und bezieht sich auf die Situation bei Betreuungsbeginn. Auch wenn nicht sofort bei Aufnahme eine endgültige Diagnose gestellt werden kann, sollten die Einträge immer den Stand zu Beginn der Betreuung widerspiegeln. Die wichtigsten Leitlinien des ICD-10 werden bei den jeweiligen Störungsgruppen angeführt. Sie entstammen der aktuellen deutschsprachigen Version (H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt (Hrsg.) (2005) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5., durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern: Huber). Kodierung von Substituierten: Bei Opiatabhängigen in Substitution ist unter 2.4.1.1 bis 2.4.1.6 zunächst immer die eigentliche Abhängigkeit (z.B. von Heroin) zu kodieren. Für die Kodierung der Abhängigkeit vom Substitut ist der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns ausschlaggebend: Besteht die Substitution bereits bei Behandlungsbeginn, wird die Abhängigkeit von z.B. Methadon vollständig dokumentiert. Als „Alter bei Störungsbeginn“ wird das Alter bei Beginn der Substitution angegeben. Wird bei Substituierten die Methadonabhängigkeit kodiert, ist sie gleichzeitig Hauptdiagnose. Beginnt die Substitution erst nach Beginn der Behandlung, wird die Substitutabhängigkeit nicht kodiert.
		Substanzen für die Diagnosen F10-F19 nach ICD-10
	F10	Alkohol
	F11	Opioide

		Heroin
		Methadon
		Buprenorphin
		Andere opiathaltige Mittel
	F12	Cannabis
	F13	Sedativa / Hypnotika
		Barbiturate
		Benzodiazepine
		Andere Sedativa / Hypnotika: u.a. GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure bzw. 4-Hydroxybutansäure).
	F14	Kokain
		Kokain
		Crack
	F15	Stimulantien
		Amphetamine: hier werden auch Metamphetamine kodiert.
		MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy)
		Andere Stimulanzen
	F16	Halluzinogene
		LSD
		Mescaline
		Andere Halluzinogene: u.a. Ketamin.
	F17	Tabak
	F18	Flüchtige Lösungsmittel
	F19	Andere psychotrope Substanzen
2.4.1		Konsum von psychotropen Substanzen
2.4.1.1		<p><i>Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn</i></p> <p>Hier ist die überwiegend praktizierte Art und Weise des Konsums der vorrangigen Problemsubstanz des Klienten (auf die sich demnach auch die Hauptdiagnose bezieht) bezogen auf die letzten 30 Tage vor Aufnahme der aktuellen Behandlung anzugeben.</p> <p>Auch bei Inhaftierten sind die letzten 30 (ggf. bereits in Haft verbrachten) Tage vor Aufnahme einer Suchtberatung zu berücksichtigen. Ausschließlich</p>

		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.
		<i>1 Injektion</i> Hauptsächlich bei Opiaten.
		<i>2 Rauchen/Inhalieren/Schnüffeln</i> Üblicherweise bei Cannabis und Tabak sowie „Schnüffelstoffen“ (Klebstoff, Benzin, etc.).
		<i>3 Essen/Trinken</i> Üblicherweise bei Alkohol sowie allen Arten von Pillen und Tabletten (Ecstasy, MDMA und andere Amphetamine, Sedativa/Hypnotika)
		<i>4 Schnupfen/Schniefen</i> Üblicherweise bei Kokain und Crack.
		<i>5 Andere Arten</i> Diese Kategorie ist zu vergeben, wenn keine der Kategorien 1-4 zutrifft.
2.4.1.2		<i>Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn</i> Es ist die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme der aktuellen Beratung bzw. 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.
2.4.1.3		<i>ICD-10-Diagnose (Stelle 4 + Stelle 5)</i> Unter 2.4.1.3 werden gemäß der jeweils aktuellsten 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. Bitte beachten: Bei der Kodierung von „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ (F19) gibt es eine beabsichtigte Diskrepanz zwischen dem hier vorliegenden Kerndatensatz und dem ICD-10. Unter 2.4.1.3 wird die Diagnose F19 nur dann kodiert, wenn ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von einer bestimmten anderen psychotropen Substanz (z.B. Khat) außer den durch die Diagnosen F10 bis F18 erfassten vorliegt (was aber nur selten der Fall ist). Bei der Diagnose Polytoxikomanie erfolgt an dieser Stelle keine Eingabe. Sie wird gesondert unter 2.4.2 kodiert (s. dort). Polytoxikomanie soll nur dann kodiert werden, wenn sich der Diagnosesteller unklar darüber ist, welche Substanz die hauptsächlich konsumierte dominante Substanz darstellt (s.

		<p>Definition unter 2.4.2.)</p> <p>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). In einigen Dokumentationssystemen wurde bei der Besetzung der vierten Stelle auf diese im ICD-10 definierten weiteren Diagnosen wie z.B. Entzugssyndrom mit oder ohne Delir, psychotische Störung, etc. verzichtet. In diesen Fällen beschränken sich die für Stelle 4 möglichen Kodierungen auf x.1 oder x.2.</p> <p>(F1x.1) Schädlicher Gebrauch (gemäß ICD-10 , Dilling et al., 2005)</p> <p>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.</p> <p>Die Begriffe „Schädlicher Gebrauch“ und „Missbrauch psychotroper Substanzen“ werden synonym verwendet.</p> <p>Da in der ICD-10 kein Zeitbezug vorgegeben ist, wird für die Kodierung folgender Zeitrahmen zugrundegelegt: Das Gebrauchsmuster besteht bereits seit mindestens vier Wochen oder trat in den letzten 12 Monaten wiederholt auf.</p>
		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>Diagnostische Leitlinien schädlicher Gebrauch</p> <p>Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten. 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.</p> <p>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.</p> <p>Ausschluss: schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeits-erzeugenden Substanzen (F55).</p> </div>
		<p>(F1x.2) Abhängigkeitssyndrom</p> <p>Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den</p>

		<p>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.</p>
		<p>Diagnostische Leitlinien Abhängigkeit</p> <p>Die sichere Diagnose Abhängigkeit sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 nahe 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 Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten 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 Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.
		<p>Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.</p> <p>Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher</p>

	<p>Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.</p> <p>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 dem gesellschaftlich vorgegebenen Trinkverhalten).</p> <p>Als wesentliches Charakteristikum des Abhängigkeitssyndroms gilt ein aktueller Konsums 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.</p>
	<p>Diese diagnostische Forderung schließt beispielsweise chirurgische Klienten 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.</p> <p>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).</p> <p>Die folgenden 5. Stellen dienen der weiteren Unterteilung des Abhängigkeitssyndroms:</p> <p>0 gegenwärtig abstinent</p> <p>1 gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung</p> <p>2 <i>gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit)</i></p> <p>3 gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Hierunter fallen auch Behandlungen mit Anti-Craving-Substanzen wie z.B. Campral.</p> <p>4 gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit)</p> <p>5 ständiger Substanzgebrauch</p> <p>6 episodischer Substanzgebrauch (z.B. Dipsomanie)</p> <p>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.</p>

2.4.1.4		<p><i>Alter bei Störungsbeginn</i></p> <p>Hier ist das Alter anzugeben, das der Klient als Alter des Störungsbeginns angibt. Das Item wird für Betroffene mit einer Abhängigkeit bzw. einem schädlichen Konsum beantwortet, nicht bei Betroffenen mit riskantem Konsum.</p>
2.4.1.5		<p><i>Riskanter Konsum</i></p> <p>Diese Kodierung soll gemäß fachlicher Einschätzung für jede Substanz bzw. Störung angegeben werden, wenn weder die ICD-Kriterien für Abhängigkeit noch für schädlichen Gebrauch erfüllt sind und somit keine Diagnose gestellt werden kann, gleichzeitig jedoch die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen größer als Null ist. Diese Festlegung gilt für alle Substanzen außer Alkohol, da es für sie bislang keine verbindlichen Grenzwerte für riskanten Konsum gibt.</p> <p>Für die Einschätzung des individuellen „riskanten Alkoholkonsums“ gelten folgende Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS (Seitz & Bühringer, 2007): Mehr als 24g Reinalkohol pro Tag für Männer, sowie mehr als 12g Reinalkohol pro Tag für Frauen. Zudem zählt auch das sogenannte „Binge Drinking“, d.h. der Konsum von 5 oder mehr Drinks à 10g Reinalkohol als riskanter Konsum. Dabei hat ein Bier (0,33l) einen Alkoholgehalt von 13g und ein Glas Wein (0,2l) einen Gehalt von 16g.</p> <p>Als Bezugszeitraum für die Kodierung nach KDS-Klienten werden die letzten 12 Monate zugrundegelegt, d.h. riskanter Konsum soll dann kodiert werden, wenn die genannten Grenzwerte in den letzten 12 Monaten im Durchschnitt überschritten wurden bzw. wenn durchschnittlich mindestens ein Mal pro Monat in diesem Zeitraum eine Binge Drinking-Episode vorlag. Hier wurde der besseren Vergleichbarkeit wegen der für die Diagnosestellung relevante Zeitraum auch auf den riskanten Konsum übertragen.</p>
2.4.1.6		<p><i>Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsende</i></p> <p>Analog zu 2.4.1.2. ist hier die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor dem letzten Tag der Behandlung anzugeben.</p>
2.4.2		<p>F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (Polytoxikomanie)</p> <p>Dieses Item bezieht sich ausschließlich auf Polytoxikomanie: Wenn unter 2.4.1.3 keine ICD-10 Diagnose gestellt wurde und zugleich unter 2.4.1.2 Angaben zum Konsum von mindestens drei Substanzen (hier besteht eine beabsichtigte Diskrepanz zwischen dem Kerndatensatz und dem ICD-10, vgl. untenstehende Diagnoserichtlinie) vorliegen, ist Polytoxikomanie zu kodieren. Durch die Forderung des Konsums von mindestens drei statt zwei Substanzen soll verhindert werden, dass eine inflationäre Dokumentation von Klienten mit Polytoxikomanie erfolgt, da bei der Vorgabe von zwei Substanzen im Grunde bereits eine tabak- und eine weitere substanzbezogene Diagnose zur Kodierung einer Polytoxikomanie führen könnten.</p> <p>Laut ICD-10 ist diese Kategorie beim Konsum von zwei oder mehr psycho-</p>

		<p>tropen Substanzen zu verwenden, wenn nicht entschieden werden kann, welche Substanz die Störung ausgelöst hat. Diese Kategorie ist außerdem zu verwenden, wenn nur eine oder keine der konsumierten Substanzen nicht sicher zu identifizieren oder unbekannt sind, da viele Konsumenten oft selbst nicht genau wissen, was sie einnehmen (vgl. ICD-10 German Modification, Version 2006, www.dimdi.de).</p>
2.4.3		Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55)
2.4.3.2		<p><i>Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn</i></p> <p>Hier ist die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme der aktuellen Behandlung anzugeben.</p>
2.4.3.6		<p><i>Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsende</i></p> <p>Analog zu 2.4.1.2. ist hier die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor dem letzten Tag der Behandlung anzugeben.</p>
2.4.3.4		<i>Alter bei Störungsbeginn</i>
2.4.4		Pathologisches Glücksspielen (F63.0)
		<p>Liegt pathologisches Glücksspielen vor, soll angegeben werden an welcher Art von Glücksspiel der Klient/die Klientin teilgenommen hat. Zu unterscheiden ist das Spiel in Spielhallen und gastronomischen Betrieben an Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit vom Spiel in Spielbanken. Findet das Spiel in Spielbanken statt, ist zu differenzieren ob in den Automatenäulen gespielt wurde (sog. kleines Spiel) oder ob Roulette und andere Kasinospiele (sog. großes Spiel) gespielt wurden. Eine weitere Möglichkeit bietet die Teilnahme an Wetten (Sportwetten u. a.). Trifft keine der genannten Kategorien zu, ist „andere“ zu wählen.</p>
		<p><i>Geldspielautomaten in Spielhallen etc</i></p> <p>Hierbei handelt es sich um sogenannte „Spielautomaten mit Gewinnmöglichkeit“, die ursprünglich vorrangig der Unterhaltung dienen sollten. Da mittlerweile die Gewinn- und Verlustchancen stark angestiegen sind, erfüllt diese Spielform die Merkmale eines Glücksspiels. Die beabsichtigte Abgrenzung zum Kleinen Spiel in den Automatenäulen wird damit zunehmend verwischt.</p>
		<p><i>kleines Spiel der Spielbank</i></p> <p>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.</p>

		<p><i>großes Spiel der Spielbank</i></p> <p>Das große Spiel der Spielbanken umfasst alle eigentlichen Casinospiele (Roulette, Black Jack,). Die Einsätze sind deutlich höher als beim kleinen Spiel.</p>
		<p><i>Wetten</i></p> <p>In diese Kategorie fallen Wetten auf Pferde- und Hunderennen, alle Arten von Sportwetten (OddSet, etc.), unabhängig davon, auf welche Art die Wetten abgegeben werden (Wettbüro, Telefon, Internet).</p>
		<p><i>Andere</i></p> <p>Glücksspielformen, die keiner der zuvor aufgeführten Kategorien entsprechen, werden hier kodiert.</p>
2.4.4.2		<i>Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn</i>
2.4.4.6		<i>Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor dem letzten Tag der Behandlung</i>
2.4.4.3		<p>ICD-10-Diagnose</p> <p>Unter 2.4.4.3 wird gemäß ICD-10 „Pathologisches Glücksspielen“ (F63.0) erfasst. Es ist für jede der angeführten Spieloptionen zu kodieren, ob eine ICD-10-Diagnose in Bezug darauf vorliegt (ja/nein). Gemäß ICD wird die Diagnose F63.0 nicht weiter differenziert, im KDS-K erfolgt die Unterscheidung nach Spieloptionen zur zusätzlichen detaillierteren Erfassung. Die folgende detailliertere Darstellung ist der aktuellen Version des ICD- 10 entnommen (Dilling et al., 2005):</p>
		<p>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.</p>
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Diagnostische Leitlinien</p> <p>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.</p> </div>

		<p>Differentialdiagnose</p> <p>Das pathologische Spielen ist abzugrenzen von:</p> <p>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.</p> <p>b. Exzessivem Spielen manischer Klienten</p> <p>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.</p>
2.4.4.4		<i>Alter bei Störungsbeginn</i>
2.4.5		Essstörungen (F50)
2.4.5.3		<p><i>ICD-10-Diagnose</i></p> <p>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.</p> <p>F50.0 Anorexia nervosa</p> <p>F50.1 Atypische Anorexia nervosa</p> <p>F50.2 Bulimia nervosa</p> <p>F50.3 atypische Bulimia nervosa</p> <p>F50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen</p> <p>F50.5 Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen</p> <p>F50.8 sonstige Essstörungen</p> <p>F50.9 nicht näher bezeichnete Essstörung</p> <p>Die wichtigsten dieser Essstörungen sind F50.0 Anorexia nervosa und F50.2 Bulimia nervosa. Daher werden deren ICD-10-Kriterien im Folgenden erläutert.</p>
F50.0		<p><i>Anorexia nervosa</i></p> <p>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 (...).</p>

		<p>Diagnostische Leitlinien</p> <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Quetelets-Index (Bodymass-Index) = Körpergröße in m².</p>
F50.2		<p><i>Bulimia nervosa</i></p> <p>Die Bulimia nervosa (Bulimie) ist durch wiederholte Anfälle von Heißhunger (Essattacken) und einer übertriebenen Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert. Dies veranlasst die Patientin, 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 um-</p>

		gekehrt. Eine vormals anorektische Patientin 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.
		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>Diagnostische Leitlinien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden. 2. Die Patientin 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; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt 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. </div>
2.4.5.4.		<i>Alter bei Störungsbeginn</i>
2.4.6		<p>Hauptdiagnose aus 2.4.1, 2.4.4 oder 2.4.5 (4-stelliger ICD-10-Code)</p> <p>Als Hauptdiagnose wird die behandlungsleitende Diagnose kodiert.</p>
2.4.6.1		<p><i>Alter beim Erstkonsum der Hauptdiagnosensubstanz</i></p> <p>Dieses Item ist nur für Klienten zu kodieren, die eine Hauptdiagnose in Bezug auf eine der unter 2.4.1 aufgeführten Substanzen aufweisen. Es ist das Alter anzugeben, das der Klient für den ersten Konsum der Substanz angibt. Der Erstkonsum ist dabei unabhängig von Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit.</p>

2.4.6.2		<p><i>Grund, warum keine Hauptdiagnose nach 2.4.6 gestellt wurde</i></p> <p>Wenn keine Hauptdiagnose für den Klienten gestellt wurde, ist der Grund entsprechend den Kategorien 1-5 zu kodieren:</p>
		<p>1 <i>Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt, aber riskanter Konsum</i></p> <p>Es ist weder eine Diagnose für Abhängigkeit noch für schädlichen Gebrauch gerechtfertigt, der Klient zeigt jedoch riskanten Konsum der von ihm vorrangig konsumierten Substanz.</p>
		<p>2 <i>Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt und auch kein riskanter Konsum</i></p> <p>Es ist weder eine Diagnose für Abhängigkeit noch für schädlichen Gebrauch gerechtfertigt, zudem zeigt der Klient auch keinen riskanten Konsum der von ihm vorrangig konsumierten Substanz.</p>
		<p>3 <i>Keine ausreichenden Informationen für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden</i></p> <p>Es liegen nicht genügend Informationen vor, um eine Diagnose gemäß ICD-10 stellen zu können. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn ein Klient nur sehr wenige Kontakte mit der Einrichtung hatte.</p>
		<p>4 <i>Keine ausreichende Qualifikation für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden</i></p> <p>Der betreuende Mitarbeiter kann im betreffenden Fall keine Diagnose vergeben, da ihm das erforderliche Fachwissen oder die notwendige Erfahrung fehlt.</p>
		<p>5 <i>Andere Gründe</i></p> <p>Ist zu kodieren, wenn keiner der Gründe 1-4 zutrifft. Dies ist etwa bei Klienten 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 Klienten zu, deren im Vordergrund stehende Problematik „Internet-“, „0190-Nummern“- oder „Kaufsucht“ ist. Auch für alle Klienten, für die unter Item 2.4.2 Polytoxikomanie kodiert wurde, ist hier eine Kodierung vorzunehmen.</p>
2.4.7		<p>Weitere Diagnosen (mindestens 3-stellig)</p> <p>An dieser Stelle können in Ergänzung zu den unter 2.4.1-2.4.5 kodierten Diagnosen zusätzliche ICD-Diagnosen kodiert werden.</p>
		<p>Psychiatrische Diagnosen</p> <p>Hier können alle weiteren vorliegenden psychiatrischen Diagnosen kodiert werden, die zusätzlich zu den unter 2.4.1 - 2.4.5 kodierten vorliegen. Bei Klienten mit einer Problematik „Internet-“, „0190-Nummern“- 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, falls es sich dabei tatsächlich um die Hauptproblematik handelt, bei 2.4.5.2 „6“ für „andere Gründe“ zu kodieren.</p>

		<p>Neurologische Diagnosen</p> <p>Hier können vorliegende neurologische Diagnosen kodiert werden.</p>
		<p>Andere wichtige Diagnosen</p> <p>Hier können alle weiteren ICD-Diagnosen kodiert werden, die nicht aus dem Spektrum der psychiatrischen (Fxx.xx) oder neurologischen Diagnosen (Gxx.xx) stammen.</p>
2.4.8		HIV – Infektionsstatus
		<p>1 <i>getestet, negativ</i></p> <p>Diese Kodierung ist zu vergeben, wenn der Klient einen negativen Testbefund hat. Der Befund darf zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns höchstens ein Jahr alt sein, bei einem älteren Testbefund ist 3 „Status unbekannt“ zu kodieren.</p>
		2 <i>getestet, positiv</i>
		<p>3 <i>Status unbekannt</i></p> <p>Wenn entweder nie ein Test durchgeführt wurde, der letzte Test länger als ein Jahr zurückliegt oder der Klient die Aussage verweigert.</p>
2.4.9		Hepatitis B - Infektionsstatus
		<p>1 <i>getestet, negativ</i></p> <p>Diese Kodierung ist zu vergeben, wenn der Klient einen eindeutigen negativen Testbefund hat. Der Befund darf zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns höchstens ein Jahr alt sein, bei einem älteren Testbefund ist 3 „Status unbekannt“ zu kodieren.</p> <p>Hier sind auch Fälle zu kodieren, in denen der medizinische Befund eine ausgeheilte Hepatitis B (medizinische Kategorie „Zustand nach“) oder eine wirksame Impfung gegen Hepatitis B nachweist. Bei einer ausgeheilten Hepatitis B heißt das in der Regel, dass ein positiver Impf-Titer für Anti-HBS sowie für Anti-HBC vorliegt. Bei Personen mit Impfschutz zeigt sich in der Regel ein positiver Titer für Anti-HBS.</p>
		<p>2 <i>getestet, positiv</i></p> <p>Das Vorliegen einer Infektion muss anhand aktueller medizinischer Befunde (höchstens ein Jahr alt) eindeutig belegt sein, z.B. anhand einer HBV-DNA-PCR. Hepatitis B wird im vorliegenden Datensatz nicht nach akuter und chronischer Verlaufsform differenziert, beide werden in dieser gemeinsamen Kategorie kodiert.</p>
		<p>3 <i>Status unbekannt</i></p> <p>Wenn entweder nie ein Test durchgeführt wurde, der letzte Test länger als ein Jahr zurückliegt oder der Klient die Aussage verweigert. Hier sind auch Fälle zu kodieren, in denen aus medizinischer Sicht ein Verdacht</p>

		auf Infektion besteht (d.h. bestimmte Leberwerte sind auffällig), der noch nicht endgültig abgeklärt wurde. Der letztgenannte Fall sollte relativ selten eintreten, da in den meisten Fällen das endgültige Ergebnis des medizinischen Diagnoseprozesses noch während der Behandlung an der Suchthilfeeinrichtung bekannt wird und entsprechend dokumentiert werden kann.
2.4.10		Hepatitis C - Infektionsstatus
		<p><i>1 getestet, negativ</i></p> <p>Diese Kodierung ist zu vergeben, wenn der Klient einen eindeutigen negativen Testbefund hat. Der Befund darf zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns höchstens ein Jahr alt sein, bei einem älteren Testbefund ist 4 „Status unbekannt“ zu kodieren.</p>
		<p><i>2 getestet, akut</i></p> <p>Das Vorliegen einer Infektion muss anhand aktueller medizinischer Befunde (höchstens ein Jahr alt) eindeutig belegt sein, z.B. anhand einer HCV-RNA-PCR. Die Kodierung als „getestet, akut“ erfolgt, wenn eine akute Form der Hepatitis C vorliegt, wenn die Symptomatik also seit weniger als einem halben Jahr besteht.</p>
		<p><i>3 getestet, chronisch</i></p> <p>Diese Kodierung erfolgt, wenn eine chronische Form der Hepatitis C vorliegt, wenn die Symptomatik also seit einem halben Jahr oder länger besteht.</p>
		<p><i>4 Status unbekannt</i></p> <p>Wenn entweder nie ein Test durchgeführt wurde, der letzte Test länger als ein Jahr zurückliegt oder der Klient die Aussage verweigert. Hier sind auch Fälle zu kodieren, in denen aus medizinischer Sicht ein Verdacht auf Infektion besteht (d.h. bestimmte Leberwerte sind auffällig), der noch nicht endgültig abgeklärt wurde. Der letztgenannte Fall sollte relativ selten eintreten, da in den meisten Fällen das endgültige Ergebnis des medizinischen Diagnoseprozesses noch während der Behandlung an der Suchthilfeeinrichtung bekannt wird und entsprechend dokumentiert werden kann.</p>
2.4.11		I.v.-Konsum
		Es ist hier anzugeben, ob irgendeine psychotrope 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.
		<p><i>1 nein, nie</i></p> <p>Ist zu kodieren, wenn außer medizinisch indizierter intravenöser Verabreichung von Substanzen nie i.v.-Konsum stattgefunden hat.</p>
		<i>2 ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn</i>
		<i>3 ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn</i>
2.5		Maßnahmen und Interventionen

	<p>Die Kategorien der Items 2.5.1 und 2.5.3 unterscheiden sich, da unter 2.5.1 die Art der Betreuung in der eigenen Einrichtung und in 2.5.3 mögliche kooperierende Institutionen aufgeführt werden. Dies lässt sich z.B. in Bezug auf „betreutes Wohnen“ verdeutlichen: Unter 2.5.3.8. wird die Kooperation mit ambulanten Einrichtungen des betreuten Wohnens kodiert. Falls aber die dokumentierende Einrichtung selbst die Behandlungsform „betreutes Wohnen“ anbietet, dann kann die Kodierung unter 2.5.1 als ambulante, teilstationäre oder stationäre sozialtherapeutische Maßnahme erfolgen: 2.5.1.12, 2.5.1.13 oder 2.5.1.14.</p>
2.5.1	<p>Art der Betreuung</p> <p>Zur Abgrenzung von Beratung und Behandlung/Therapie und Betreuung:</p> <p>Beratung bezieht sowohl die kurzfristige informationsorientierte Beratung als auch die mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Beratung mit ein. Das jeweilige Setting kann in Form von Einzel-, Paar- oder Gruppengesprächen erfolgen. Die Aufgabe des Beraters beschränkt sich dabei nicht nur auf die Vermittlung von Sachinformationen, sondern er versucht auch, den Problemlöseprozess durch Reflexion der Lösungsalternativen zu strukturieren und zu steuern. Eine Beratung ist dabei weniger systematisch und zielorientiert als eine Behandlung/Therapie.</p> <p>Behandlung und Therapie werden synonym verwendet. Sie ist langfristiger, systematischer und zielorientierter als eine Beratung. Diese Maßnahmen können als einzel-, paar- oder gruppentherapeutische Intervention erfolgen, setzen spezifische Qualifikationen der behandelnden Personen voraus und erfordern ein entsprechendes Behandlungssetting (Behandlungsvertrag, festgelegte Behandlungsdauer u.ä.).</p>

		<p>Eine Behandlung orientiert sich an folgenden Teilschritten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Anamnese, ◆ Diagnose und Indikation (eventuell Vermittlung in andere Einrichtung), ◆ Förderung der Änderungsmotivation, ◆ Erarbeitung von gemeinsamen Zielen ◆ Behandlungsplanung, ◆ Durchführung der Behandlung, Intervention, ◆ Abschluss des therapeutischen Prozesses, ◆ Kontrolle, Evaluation. <p>Im vorliegenden Manual wird der Begriff Betreuung als Überbegriff für Beratung, Behandlung/Therapie oder eine Kombination aus beiden Formen verwendet.</p>
		<p>Alle angeführten Maßnahmen können jeweils als interne oder externe Maßnahmen kodiert werden. Die Unterscheidung bezieht sich auf die behandelnde Einrichtung: alle in der dokumentierenden Einrichtung mit dem Klienten durchgeführten Maßnahmen sind intern, ebenso alle von den Einrichtungsmitarbeitern außerhalb der Einrichtung durchgeführten Maßnahmen. Maßnahmen anderer Einrichtungen bzw. von deren Mitarbeitern, an denen der Klient teilnimmt, sind als extern zu kodieren.</p> <p>Kodierung von Substituierten: Wenn sie als Beratungsstelle die psychosoziale Begleitbetreuung durchführen und eine Arztpraxis das Substitut vergibt, kodieren Sie die psychosoziale Begleitbetreuung als "intern" und die Mittelvergabe als "extern". Dokumentieren Sie als Mitarbeiter der Praxis, die das Substitut vergibt, kodieren Sie entsprechend umgekehrt die Mittelvergabe als „intern“ und die Begleitbetreuung als „extern“. Beide Einrichtungen – auch die Beratungsstelle - kodieren unter 2.5.2 das Substitutionsmittel. Unter 2.5.3 ist die Kooperation bei der Betreuung mit der jeweils anderen Einrichtung (Beratungsstelle, Praxis) zu kodieren.</p>
2.5.1.1		<i>Medizinische Notfallhilfe</i>
2.5.1.2		<p><i>Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe)</i></p> <p><i>Hiermit ist die reine Vergabe des Substituts gemeint. Die Angabe des Mittels erfolgt in 2.5.2.</i></p>
2.5.1.3		<p><i>Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution</i></p> <p>In Abgrenzung zu 2.5.1.2 ist hier die begleitende psychosoziale Betreuung von Klienten gemeint, die sich in Substitution befinden. Die psychosoziale Betreuung von Substituierten kann als komplexes Angebot für chronisch beeinträchtigte substanzabhängige Klienten beschrieben werden, bei der die durchgeführten Tätigkeiten sowohl den sozialen, psychischen und somatischen Bereich betreffen und mittel- bis langfristig Interventionen erfordern, die an den Zielsetzungen, Möglichkeiten und Ressourcen der Klientinnen</p>

		orientiert sind und die eine Veränderung sowohl im sozialen Umfeld der Klienten (Beziehungen, Wohnung, Arbeit, Finanzen) als auch im psychischen Bereich (Abstinenzstabilisierung, Bearbeitung von Problemen) anstreben.
2.5.1.4		<i>Sonstige medizinische Maßnahme</i>
2.5.1.5		<i>Entzug/Entgiftung</i>
2.5.1.6		<i>ambulante Beratung</i> Beratungsgespräche mit dem Klienten. Beratung ist dabei weniger systematisch und zielorientiert als Therapie. Hier werden sowohl Einzel-, Partner-, Familien- und Gruppenberatungen kodiert.
2.5.1.7		<i>Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)</i> Hier wird die von der Rentenversicherung finanzierte sechs- bis neunmonatige ambulante Entwöhnungsbehandlung gemäß der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht (EVARS) kodiert. Der Umfang beträgt in der Regel 80-120 Therapieeinheiten mit wöchentlicher Teilnahme an einem Einzelgespräch, einer Themengruppe und einer Bezugsgruppe.
2.5.1.8		<i>Teilstationäre bzw. ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)</i> <i>Die Deutsche Rentenversicherung legt Wert auf die Verwendung des Begriffs „ganztägig ambulant“, die Bezeichnungen „teilstationär“ oder „tagesklinisch“ sind aber in den Einrichtungen noch gebräuchlich. Alle drei Begriffe beschreiben die Behandlung mit einem vollständigen Tagesprogramm (ca. 8 Stunden) an 5 bzw. 6 Tagen pro Woche.</i>
2.5.1.9		<i>Stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)</i>
2.5.1.10		<i>Kombinationstherapie (Rehabilitation)</i> Bei der Kombinationstherapie handelt es sich lediglich um die nahtlose Abfolge stationärer und ambulanter Behandlungsphasen. Eine sog. „Kombibehandlung“ oder „modulare Kombitherapie“ liegt dann vor, wenn ein einheitliches Konzept für die Gesamtbehandlung existiert und diese als eine Therapiemaßnahme bewilligt wird.
2.5.1.11		<i>Adaptionsbehandlung</i> Die Adaptionsbehandlung umfasst die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Versicherten im Hinblick auf das Erwerbsleben, eine Hilfestellung zur Vorbereitung der selbstständigen Lebensführung sowie therapeutische Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie in begleitender und in ihrer Intensität abnehmender Form. In aller Regel schießt sich die Adaptionsbehandlung nahtlos an die Entwöhnung als zweite Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an. Eine Adaptionsbehandlung kommt insbesondere für Patienten mit beruflicher und sozialer Desintegrati-

		on sowie mit entsprechendem Gefährdungspotential und erhöhtem Rückfallrisiko in Betracht. Die Behandlung kann entweder als integrierte (interne) Adaption in eigenständigen Abteilungen von Fachkliniken für Abhängigkeitskranke oder in externen Adaptionseinrichtungen durchgeführt werden.
2.5.1.12		<i>Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen</i> u.a. ambulantes betreutes Wohnen, auch Nachsorgebehandlungen
2.5.1.13		<i>Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen</i> u.a. teilstationäres betreutes Wohnen
2.5.1.14		<i>Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen</i> u.a. stationäres betreutes Wohnen
2.5.1.15		<i>Psychiatrische Behandlung</i>
2.5.1.16		<i>Psychotherapeutische Behandlung</i>
2.5.1.17		<i>sonstige Maßnahmen</i> Hierunter fallen alle nicht unter 2.5.1.1-2.5.1.16 kodierten Maßnahmen, z.B. aufsuchende Betreuung (Hausbesuch), Seelsorge und Sterbebegleitung, Beistand vor Gericht bzw. bei der Polizei, Hilfen beim Umgang mit Behörden und Antragshilfen, Hilfen im Bereich Wohnen, Arbeit, Schule, soziale Beziehungen, Finanzen, Motivationsbehandlungen zur Vorbereitung der ambulanten Rehabilitation, sowie Weitervermittlungen in andere Behandlungsangebote (unabhängig davon, ob durch die Weitervermittlung die aktuelle Behandlung abgeschlossen wird oder nicht). Hier werden auch von der Einrichtung angebotene fachlich angeleitete Selbsthilfegruppen kodiert. Reine Klientenselbsthilfegruppen ohne fachliche Anleitung werden nicht erfasst.
2.5.2		Wenn Substitution, welches Mittel (Wirkstoff) ? Wird entweder die Mittelvergabe (2.5.1.2.) oder die psychosoziale Betreuung bei Substitution (2.5.1.3.) durch die Einrichtung geleistet, ist hier zu kodieren, welches Mittel als Substitut eingenommen wird.
		1 Methadon (Racemat)
		2 Polamidon (Levomethadonhydrochlorid)
		3 Subutex® (Buprenorphin)
		4 anderes
2.5.3		Kooperation während der Betreuung mit Bei der Kooperation mit Beratungs-/Behandlungseinrichtungen geht es im engeren Sinne um Betreuung: Bitte kodieren Sie hier Kontakte als „Kooperation mit Dritten“ nur dann, wenn Sie von den entsprechenden Einrichtungen eine verlässliche Rückmeldung erhalten haben, dass die Klientin oder der Klient von der mit ihnen kooperierenden Institution oder Person tatsächlich (mit-)betreut wird. Wenn der Kontakt mit den Dritten ausschließlich zur Weitervermittlung dient und somit die Beendigung ihrer Betreuung darstellt, dann

		<p>ist diese Form der Kooperation unter 2.6.5 zu kodieren.</p> <p>Erläuterungen zu den einzelnen Institutionen siehe KDS-E 1.4</p> <p>Bei den übrigen Kooperationspartnern (z.B. Familie; Leistungsträger) ist keine „Mitbetreuung“ des Patienten gemeint, sondern jeglicher Kontakt bezüglich der an Ihrer Einrichtung stattfindenden Beratung bzw. Behandlung. Es zählen neben persönlichen auch schriftliche und telefonische Kontakte.</p>
2.5.3.1		<i>Familie</i>
2.5.3.2		<i>Arbeitgeber, Betrieb, Schule</i>
2.5.3.3		<i>Selbsthilfegruppe</i>
2.5.3.4		<i>Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis</i>
2.5.3.5		<i>Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)</i>
2.5.3.6		<i>Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz</i>
2.5.3.7		<i>Institutsambulanz</i>
2.5.3.8		<i>Ambulant Betreutes Wohnen</i>
2.5.3.9		<i>Arbeits- und Beschäftigungsprojekt</i>
2.5.3.10		<i>Krankenhaus/Krankenhausabteilung</i>
2.5.3.11		<i>Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung</i>
2.5.3.12		<i>Stationäre Rehabilitationseinrichtung</i>
2.5.3.13		<i>Adaptionseinrichtung</i>
2.5.3.14		<p><i>Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)</i></p> <p><i>u.a. teilstationäres betreutes Wohnen</i></p>
2.5.3.15		<i>Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Wohnheim/Übergangswohnheim nach</i>
2.5.3.16		<i>Pflegeheim</i>
2.5.3.17		<i>Internen oder externen Diensten zur Beratung/Behandlung im Straf-/ Maßregelvollzug</i>
2.5.3.18		<i>Sozialpsychiatrischer Dienst</i>
2.5.3.19		<p><i>Andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, etc.)</i></p> <p>In diese Kategorie fallen u.a. auch Reha-Berater.</p>
2.5.3.20		<i>Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt</i>
2.5.3.21		<i>Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)</i>

2.5.3.22		<i>Arbeitsagentur/Arbeitsgemeinschaft (ARGE)/Job-Center (Fallmanager für ALG II etc.)</i>
2.5.3.23		<i>Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle</i>
2.5.3.24		<i>Justizbehörden/Bewährungshilfe</i> In diese Kategorie fallen u.a. gerichtliche Betreuer.
2.5.3.25		<i>Kosten-, Leistungsträger</i>
2.5.3.26		<i>Sonstige</i> Hierunter fallen u.a. gesetzlich bestellte Betreuer (Vormund).
2.6		Abschlussdaten
2.6.1		Dauer der Betreuung
2.6.1.1		<p><i>Datum des Betreuungsendes</i></p> <p>Ein Kerndatenbogen (Betreuungsdatensatz) gilt bis zum Ende der Betreuung des Klienten in der Einrichtung, d.h. gegebenenfalls auch über einen kalendarischen Jahreswechsel hinaus. Bei der Beendigung ist unbedingt das Datum des Betreuungsendes einzutragen, also das Datum der Entlassung bzw. des letzten Kontakts. Die Betreuung endet in der stationären Variante mit dem letzten Tag des Aufenthalts und in der ambulanten Variante mit dem Datum des letzten Kontakts. Das Ende einer Betreuung kann entweder planmäßig oder vorzeitig, durch einseitigen Abbruch, durch Inhaftierung, Tod oder sonstige Gründe erfolgen.</p> <p>Beim einseitigen, nicht angekündigten Abbruch durch den Klienten gilt im ambulanten Bereich die Regel, dass sich das Ende einer Betreuung dadurch ergibt, dass ein Klient einen geplanten Termin unentschuldig nicht wahrnimmt und in den folgenden 60 Tagen keinen neuen Kontakt mit der Einrichtung aufnimmt. In einem solchen Fall muss die Betreuung durch die Einrichtung mit der Kategorie 6 (=Abbruch durch Klient/Patient) beendet werden. Als Datum des Betreuungsendes zählt hier nicht der vereinbarte und nicht wahrgenommene Termin, sondern 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 festgestellt, so muss in diesem Fall das Betreuungsende auf den 01. Januar des neuen Kalenderjahres festgelegt werden, da andernfalls diese Betreuung niemals in der Statistik der Beender auftauchen könnte.</p> <p>Betreuungsende bei Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe: Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe nach Abschluss aller anderen Maßnahmen zählt dann noch zur Betreuung, wenn die Gruppe fachliche Anleitung hat. Die Betreuung ist dann erst nach Beendigung der Teilnahme an der Gruppe zu beenden. Eine reine Klienten-Selbsthilfegruppe zählt dagegen nicht zur Betreuung durch die Einrichtung, als Betreuungsende ist somit das Datum des letzten Kontakts anzugeben, an dem eine andere Maßnahme (z.B. ein</p>

		Einzelgespräch) stattgefunden hat.
2.6.2		<p>Kontaktzahl (nur ambulanter Bereich)</p> <p>Diese Angabe ist nur von ambulanten Einrichtungen zu machen, da eine stationäre Behandlungsepisode grundsätzlich nur in „einem“ Kontakt besteht. Es sind alle Kontakte, also auch solche mit Behörden und sonstigen Bezugspersonen zu berücksichtigen. 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 Betreuungsepisode anzugeben, d.h. die Frage kann erst kodiert werden, wenn die Betreuung abgeschlossen ist. Wird ein Klient im selben Jahr wieder in der Einrichtung aufgenommen, so ist am Ende dieser Betreuung entsprechend die Gesamtzahl der Kontakte für diese zweite Episode anzugeben.</p> <p>Betreutes Wohnen: Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens, in denen ein ambulanter Betreuer z.B. ein Mal pro Woche den Klienten aufsucht, kodieren Kontakte. Bei (teil-)stationärem betreuten Wohnen werden keine Kontakte kodiert, nur die Behandlungsdauer.</p>
2.6.3		<p>Art der Beendigung</p> <p><i>1 Regulär nach Beratung/Behandlungsplan</i></p> <p>Als regulär abgeschlossen gilt die Betreuung, wenn diese einschließlich einer evtl. erforderlichen Verlängerung ausgeschöpft wurde oder wenn der Betreuungszeitraum nicht vollständig benötigt wurde, weil das Betreuungsziel früher erreicht werden konnte. Die Betreuung wird in gegenseitigem Einvernehmen beendet, in der Regel vor dem Hintergrund, dass die zu Betreuungsbeginn bestandenen Probleme soweit gelöst sind, dass zurzeit keine weitere Betreuung in dieser Einrichtung notwendig ist.</p> <p>Als regulär sind auch Fälle zu kodieren, in denen eine Suchtberatung im Strafvollzug endet, weil der Inhaftierte wegen guter Führung vorzeitig aus der Haft entlassen wurde.</p> <p><i>2 vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung</i></p> <p>Die Betreuung wird durch die Einrichtung beendet, wobei die zu Betreuungsbeginn bestandenen Probleme nicht vollständig gelöst sind oder die Ziele des Behandlungsplanes nicht vollständig erreicht wurden. Vorzeitig auf ärztlich/therapeutische Veranlassung wird der Klient entlassen, wenn eine Belastbarkeit für die Betreuung nicht oder nicht mehr besteht, weitere spezielle Diagnostik oder Betreuung erforderlich oder eine Fortsetzung der Betreuung nicht Erfolg versprechend ist.</p> <p><i>3 vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis</i></p> <p>Die Betreuung wird auf Initiative bzw. auf Wunsch des Klienten aus dringenden persönlichen Gründen beendet, aber mit Einverständnis der Einrichtung. Die zu Betreuungsbeginn bestandenen Probleme sind nicht vollständig gelöst oder die Ziele des Behandlungsplanes wurden nicht vollständig erreicht.</p>

	<p>4 <i>vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klient</i></p> <p>Die Betreuung wird auf Initiative des Klienten beendet, ohne dass das Einverständnis der Einrichtung bzw. des Behandlers vorliegt. Die Beendigung wurde entweder durch den Klienten angekündigt oder der Patient bricht die Betreuung ohne Ankündigung ab, nach Ansicht des Behandlers hätte die Betreuung aber länger dauern sollen. Es sind hier also ebenfalls Fälle zu kodieren, in denen der Abbruch ohne Ankündigung durch den Klienten erfolgt, d. h. der Klient erscheint einfach nicht mehr in der Einrichtung.</p> <p>5 <i>Disziplinarisch</i></p> <p>Aus disziplinarischen Gründen wird ein Klient i.d.R. entlassen bei wiederholtem Rückfall oder Missachtung der geltenden Regeln des Behandlungsvertrages. Disziplinarisch ist ein Klient zu entlassen, wenn sein Verhalten einen ordnungsgemäßen Betreuungsverlauf nachhaltig in Frage stellt oder wenn er während der Betreuung berechnete Interessen oder Rechte Dritter erheblich beeinträchtigt.</p> <p>6 <i>außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung</i></p> <p>Es erfolgt abweichend von der geplanten Betreuungsdauer, also nicht planmäßig, ein Wechsel in ein anderes Behandlungsangebot oder eine Verlegung in ein Krankenhaus, ohne dass die Indexbetreuung 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 Behandlungsform aus sonstigen aktuellen, nicht geplanten Gründen. Hier sind auch Fälle zu kodieren, in denen eine Suchtberatung im Strafvollzug aufgrund einer Verlegung in eine andere Haftanstalt endet.</p> <p>7 <i>planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform</i></p> <p>Die Betreuung wird planmäßig abgeschlossen, aber in einer anderen Behandlungsform fortgesetzt. Beispielsweise wird eine begonnene stationäre Rehabilitation anderenorts teilstationär 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.</p> <p>8 <i>verstorben</i></p>
2.6.4	<p>Steht die vorzeitige Beendigung im Zusammenhang mit?</p> <p>Wird eine Betreuung vorzeitig bzw. außerplanmäßig beendet, so kann einer der nachfolgenden Ursachen genannt werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <i>Wohnortwechsel</i> 2 <i>Inhaftierung</i> 3 <i>Beruf, Erwerbstätigkeit, Ausbildung</i>
2.6.5	<p>Weitervermittlung in</p>

		Bitte kodieren Sie eine Weitervermittlung an die nachfolgend genannten Institutionen nur dann, wenn Sie mit diesen Dritten eine feste Vereinbarung über die Weiterbetreuung des Klienten in dieser Institution getroffen haben. Dies setzt voraus, dass im Verlauf der aktuellen Betreuung zumindest ein persönlicher, telefonischer oder schriftlicher Kontakt mit der entsprechenden Institution in Bezug auf die Weiterbetreuung des Klienten stattgefunden hat. Ob der Klient die vermittelte Betreuung tatsächlich aufnimmt, spielt für die Kodierung keine Rolle. Liegt jedoch lediglich eine unverbindliche Empfehlung an den Klienten vor, sich an eine der nachfolgenden Institutionen zu wenden, so darf dies nicht als Vermittlung kodiert werden. Wenn parallel zur externen Weiterbetreuung eine eigene Betreuung fortgesetzt wird, so ist dies nicht als Vermittlung, sondern als Kooperation unter 2.5.3 zu kodieren. Erläuterungen zu den einzelnen Institutionen siehe KDS-E 1.4
2.6.5.1		<i>Beendigung der Betreuung mit einer Weitervermittlung</i> ja / nein
2.6.5.2		<i>Selbsthilfegruppe</i>
2.6.5.3		<i>Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis</i>
2.6.5.4		<i>Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)</i>
2.6.5.5		<i>Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz</i>
2.6.5.6		<i>Institutsambulanz</i>
2.6.5.7		<i>Ambulant Betreutes Wohnen</i>
2.6.5.8		<i>Arbeits- und Beschäftigungsprojekt</i>
2.6.5.9		<i>Krankenhaus/Krankenhausabteilung</i>
2.6.5.10		<i>Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung</i>
2.6.5.11		<i>Stationäre Rehabilitationseinrichtung</i>
2.6.5.12		<i>Adaptionseinrichtung</i>
2.6.5.13		<i>Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.) u.a. teilstationäres betreutes Wohnen</i>
2.6.5.14		<i>Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Wohnheim/Übergangswohnheim, stationär betreutes Wohnen)</i>
2.6.5.15		<i>Pflegeheim</i>
2.6.5.16		<i>Internen oder externen Diensten zur Beratung/Behandlung im Straf-/ Maßregelvollzug</i>
2.6.5.17		<i>Sozialpsychiatrischer Dienst</i>
2.6.5.18		<i>Andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Schuldnerberatung etc.)</i>

2.6.5.19		<i>Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt</i>
2.6.5.20		<i>Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)</i>
2.6.5.21		<i>Arbeitsagentur/Arbeitsgemeinschaft (ARGE)/Job-Center (Fallmanager für ALG II etc.)</i>
2.6.5.22		<i>Justizbehörden/Bewährungshilfe</i>
2.6.5.23		<i>Kosten-, Leistungsträger</i>
2.6.5.24		<i>Sonstige</i>
2.6.6		<p>Problematik am Tag des Betreuungsendes</p> <p>Der Berater oder Therapeut schätzt am Ende der Betreuung die Situation des Klienten in Bezug auf die anfangs festgestellte und unter 2.4.6 kodierte Hauptdiagnose ein. Nur wenn unter 2.4.6 keine Hauptdiagnose vergeben wurde, wird diese Frage in Bezug auf die nach Meinung des Behandlers im Vordergrund stehende Problematik bezogen beantwortet. Dies kann z.B. bei Klienten mit eigener Problematik eintreten, die eine Hauptproblematik aufweisen, die im Rahmen des KDS-K nicht als Hauptdiagnose kodiert werden kann, z.B. Kaufsucht oder riskanter Konsum. Ferner tritt der Fall auch bei allen Angehörigen ein, da für sie im KDS-K keine Hauptdiagnose zu kodieren ist.</p> <p>Zur Beurteilung der Problematik (Hauptdiagnose oder im Vordergrund stehende Problematik) stehen die folgenden Kategorien zur Verfügung:</p>
		<p><i>1 Erfolgreich</i></p> <p>Die Hauptproblematik wurde durch die Beratung/Behandlung behoben bzw. wurde in Bezug auf das Suchtverhalten Abstinenz erreicht.</p> <p><i>2 Gebessert</i></p> <p>Die Problematik hat sich im Vergleich zum Betreuungsbeginn gebessert.</p> <p><i>3 Unverändert</i></p> <p>Das Ausmaß der Problematik ist im Vergleich zum Betreuungsbeginn gleich geblieben.</p> <p><i>4 Verschlechtert</i></p> <p>Die Situation in Bezug auf die Problembereiche hat sich im Vergleich zum Betreuungsbeginn verschlechtert.</p>

		Konsumstatus in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsende (siehe 2.4.x.6) im Manual schon vorher erläutert
		Wohnverhältnis am Tag nach Betreuungsende (siehe 2.3.8.3)
		Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende (siehe 2.3.9.3)
		Lebensunterhalt in der Woche nach Betreuungsende (siehe 2.3.10b)

4 Kerntabellensatz Klienten

4.1 Einführung

Der Kerntabellensatz baut auf dem klientenbezogenen Kerndatensatz auf. Während die Daten über die Einrichtung (KDS-E) direkt für die Auswertung verwendet werden, werden die Klientendaten (KDS-K) 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 der zweiten Verlauf 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. 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 Klientenzugänge 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 bisher von allen Beteiligten das Aggregierungsmodul von EBIS eingesetzt. Dies ist insofern eine ökonomische Lösung, als der Datentransfer nur auf der Ebene der Klientendatensätze bzw. der Einrichtungsdatensätze erfolgen muss. Daraus erstellt das Aggregierungsprogramm zweidimensionale Häufigkeitstabellen. Diese EBIS-Tabellen beinhalten die KDS-Tabellen, gehen jedoch über sie hinaus und sind an einigen Stellen in der Gestaltung unterschiedlich. Festlegungen der Statistik-AG der DHS, die nach dem 30.9.2000 getroffen wurden, sind in den Aggregierungsprozeduren der Dokumentationssysteme bisher noch nicht berücksichtigt.

Die Tabellen enthalten die erfassten Klientendaten jeweils differenziert nach den Diagnosen. Dabei werden alle Diagnosen (**Einzeldiagnosen**) berücksichtigt. Pro Person werden bis zu 4 Diagnosen erfasst. Mehrfachdiagnosen sind insbesondere im Bereich illegaler Drogen häufig. So kann für einen Klienten eine Methadonabhängigkeit mit schädlichem Gebrauch von Kokain und Alkoholabhängigkeit gemeinsam erfasst werden. Alle drei Diagnosen werden berücksichtigt, um Aussagen etwa über Konsummuster in Bezug auf bestimmte Substanzen zu machen, z.B. das Alter bei Erstkonsum (2.7).

Die Diagnose, die aus Sicht des Therapeuten für eine Person die wichtigste oder Therapie leitende ist, wird als **Hauptdiagnose** erfasst. Auch wenn dies eine Vereinfachung darstellt, erlaubt diese Gruppenbildung doch die Bildung gewisser Kliententypen. Die wichtigsten Basisdaten wie Alter, Erwerbssituation oder Familienstand werden nach dieser Frage differenziert. Bei den wichtigsten Fragen werden dabei auch die Stoffgruppen differenziert (**Hauptdiagnose detailliert**). Damit kann zum Beispiel ein Klient mit primärer Methadonabhängigkeit (Substituierter) von einem primär Heroinabhängigen unterschieden werden. Die Tabellen werden untenstehend in einer Übersichtsliste dargestellt und finden sich im Anhang einzeln ausgedruckt.

4.2 Kerntabellen

Es werden getrennt aggregiert:

- ambulante Einrichtungen
- stationäre Einrichtungen

Zudem wird bei ausreichender Teilstichprobengröße getrennt für alle 16 Einrichtungstypen des Kerndatensatzes Einrichtung aggregiert (vgl. Liste der Einrichtungstypen unter Kap. 2.2, Item 1.4).

Deutsche Suchthilfestatistik Stand: 23.07.2008						
		Teil 1: Deutscher Kerntabellensatz ¹⁾	Män- ner/ Frauen	Zu- gän- ge	Beender	Alle Klien- ten /- innen
A		Einrichtungsdaten				
B		Basisdaten				
	1.01	Übersicht Klient/innen und Betreuungen	X	X	X	X
	1.02	Art der Bezugspersonen + Geschlecht	X	X		X
	1.03	Art der Bezugspersonen + Alter	X	X		X
	1.04	Vorrangiges Suchtproblem aus Sicht der Bezugsperson	X	X		X
C		Soziodemographische Daten				
	2.01	Hauptdiagnose + Geschlecht	X	X		X
	2.02	Hauptdiagnose + Alter bei Betreuungsbeginn	X	X		X
	2.03	Hauptdiagnose + Familienstand	X	X		X
	2.04	Hauptdiagnose + Partnerbeziehung	X	X		X
	2.05	Hauptdiagnose + eigene Kinder	X	X		X
	2.06	Hauptdiagnose + Kinder im Haushalt	X	X		X
	2.07	Hauptdiagnose + Lebenssituation	X	X		X

	2.08	Hauptdiagnose + Staatsangehörigkeit	X	X		X
	2.09	Hauptdiagnose + Migration	X	X		X
	2.10	Hauptdiagnose + Beratungssprache	X	X		X
	2.11	Hauptdiagnose + höchster Schulabschluss	X	X		X
	2.12	Hauptdiagnose + höchster Ausbildungsabschluss	X	X		X
	2.13	Hauptdiagnose + Wohnsituation in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn	X	X		X
	2.14	Hauptdiagnose + Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn	X	X		X
	2.15	Hauptdiagnose + Erwerbsituation in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn	X	X		X
	2.16	Hauptdiagnose + Erwerbsituation am Tag vor Betreuungsbeginn	X	X		X
	2.17	Hauptdiagnose + Lebensunterhalt in der Woche vor Betreuungsbeginn	X	X		X
	2.18	Hauptdiagnose + Hauptlebensunterhalt in der Woche vor Betreuungsbeginn	X	X		X
	2.19	Hauptdiagnose + Problematische Schulden	X	X		X
	2.20	Hauptdiagnose + HIV Infektionsstatus	X	X		X
	2.21	Hauptdiagnose + Hepatitis B Infektionsstatus	X	X		X
	2.22	Hauptdiagnose + Hepatitis C Infektionsstatus	X	X		X
D		Zugangsdaten				
	3.01	Hauptdiagnose + Vorbehandlung + Erst-/Wiederaufnahme	X	X		X
	3.02	Hauptdiagnose + Art der Vorbehandlungen	X	X		X
	3.03a	Art + Häufigkeit der Vorbehandlungen (Variante A: ohne Kategorie „keine Vorbehandlung“)	X	X		X
	3.03b	Art + Häufigkeit der Vorbehandlungen (Variante B: mit Kategorie „keine Vorbehandlung“)	X	X		X
	3.04	Hauptdiagnose + Kostenträger	X	X		X
	3.05	Hauptdiagnose + gerichtliche Auflagen	X	X		X
	3.06	Hauptdiagnose + weitere Auflagen	X	X		X
	3.07	Hauptdiagnose + Vermittlung	X	X		X

E		Konsumdaten und Diagnosen				
	4.01	Substanzen + Anzahl der Konsumtage im letzten Monat vor Betreuungsbeginn	X	X		X
	4.02	Substanzen/Spielformen + Anzahl der Konsum- bzw. Spieltage im letzten Monat vor Betreuungsbeginn	X	X		X
	4.03	Substanzen + Konsumart	X	X		X
	4.04	Konsum von Substanzen + ICD-10-Diagnose/riskanter Konsum	X	X		X
	4.05	Hauptdiagnose + i.-v.-Konsum	X	X		X
	4.06	Hauptdiagnose + Alter beim Erstkonsum	X	X		X
	4.07	Einzel-, Haupt- und Zusatzdiagnose	X	X		X
	4.08	Hauptdiagnose + weitere Suchtdiagnosen	X	X		X
	4.09	Einzeldiagnose (F10 - F19) + Alter bei Betreuungsbeginn	X	X		X
	4.10	Einzeldiagnose (F50, F55 und F63) + Alter bei Betreuungsbeginn	X	X		X
	4.11	Einzeldiagnose (F10 - F19) + Alter bei Störungsbeginn	X	X		X
	4.12	Einzeldiagnose (F50, F55 und F63) + Alter bei Störungsbeginn	X	X		X
	4.13	Einzeldiagnose (F10 - F19) + Dauer der Störung	X	X		X
	4.14	Einzeldiagnose (F50, F55 und F63) + Dauer der Störung	X	X		X
	4.15	Einzeldiagnose + aktueller Status (Stelle 4 und 5 ICD-10)	X	X		X
	4.16	Hauptdiagnose + psychiatrische, neurologische und sonstige Diagnosen	X	X		X
	4.17	Einzeldiagnose + psychiatrische, neurologische und sonstige Diagnosen	X	X		X
F		Verlaufsdaten				
	5.01	Hauptdiagnose + Art der Betreuung in eigener Einrichtung	X		X	X
	5.02	Hauptdiagnose + Art der ergänzenden Betreuung in anderen Einrichtungen	X		X	X
	5.03	Hauptdiagnose + Kooperation	X		X	X
	5.04	Hauptdiagnose + Substitutionsmittel	X		X	X
	5.05	Hauptdiagnose + Weitervermittlung/Verlegung	X		X	X

	5.06	Hauptdiagnose + Anzahl der Kontakte	X		X	X
G		Abschlussdaten				
	6.01	Hauptdiagnose + Dauer der Betreuung	X		X	X
	6.02	Hauptdiagnose + Art der Beendigung	X		X	X
	6.03	Hauptdiagnose + Grund für vorzeitige Beendigung	X		X	X
H		Beschreibung der Situation bei Betreuungsende				
	7.01	Substanzen + Anzahl der Konsumtage im letzten Monat vor Betreuungsende	X		X	X
	7.02	Substanzen/Spielformen + Anzahl der Konsum- bzw. Spieltage im letzten Monat vor Betreuungsende	X		X	X
	7.03	Hauptdiagnose + Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende	X		X	X
	7.04	Hauptdiagnose + Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende	X		X	X
	7.05	Hauptdiagnose + Lebensunterhalt in der Woche nach Betreuungsende	X		X	X
	7.06	Hauptdiagnose + Hauptlebensunterhalt in der Woche nach Betreuungsende	X		X	X
	7.07	Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn + am Tag nach Betreuungsende	X		X	X
	7.08	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn + am Tag nach Betreuungsende	X		X	X
	7.09	Hauptlebensunterhalt in der Woche vor Betreuungsbeginn + in der Woche nach Betreuungsende	X		X	X
	7.10	Hauptdiagnose + Problematik am Tag nach Betreuungsende	X		X	X
	1) nach Standards des Statistikausschusses der DHS für den deutschen Kerndatensatz Sucht					

5 Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat)

5.1 Einführung

Das vorliegende Manual "Kerndatensatz Katamnese" stellt eine Ergänzung zum Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe dar. Es ist zwar als ein separates Modul entwickelt worden, die Ausarbeitung folgt jedoch mit Bezug auf die Systematik und Zielsetzung, die bereits für die Kapitel 1-4 maßgeblich waren. Er versteht sich als Versuch, im Rahmen eines Konsensprozesses zwischen den beteiligten Institutionen und Personen, welche im Fachausschuss Statistik der DHS vertreten sind, Minimalstandards für die Durchführung von Katamnesen zu erarbeiten. Wir greifen damit einen Vorschlag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung auf, gemeinsame Katamnese Standards zu entwickeln (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Aktionsplan Drogen und Sucht 2003, S. 32).

Im Unterschied zum Kerndatensatz Klienten (KDS-K, siehe Kapitel 3) hat der Fachausschuss Statistik der DHS zusätzlich zu den Items des Kerndatensatzes Katamnese auch einen Leitfaden für die Implementierung und Durchführung von Katamnesen erarbeitet, welcher vor allem die genaue Beschreibung und Erläuterung der Katamnese Standards enthält, und als weitere Ergänzung Arbeitshilfen für die praktische Umsetzung.

Zur Organisation dieses Kapitels

Nach einigen grundsätzlichen Vorüberlegungen in der Einführung (Abschnitt 5.1) stellt Abschnitt 5.2 die Durchführung einer Katamnese (Nachbefragung) ausführlich dar. Grundlegende Standards werden erläutert sowie Vorschläge für die praktische Umsetzung ausgearbeitet.

Itemliste und Fragebogen sind nicht identisch. Die Itemliste (5.3.1) führt die einzelnen Datenfelder systematisch auf und dient als Grundlage für die Datenhaltung und Datenanalyse. Zum besseren Verständnis der Fragen und ihrer Auswahl finden sich Definitionen und Erläuterungen. Der Fragebogen (5.4) dient allein der Datenerhebung beim Klienten. Die Darstellung der Items, ihre Abfolge und insbesondere die optische Gestaltung des Bogens sind so gewählt, dass möglichst vollständige und reliable Angaben vom Klienten gegeben werden. Da es sich dabei um einen Selbst-Ausfüllbogen handelt, müssen die Fragen einfach und klar formuliert sein und Erläuterungen gegebenenfalls wiederholt werden, um Falschantworten zu vermeiden.

Von großer Bedeutung für eine Katamneseerhebung ist das so genannte "Katamneseprotokoll" (siehe Abschnitt 5.2.7), in welchem für jede/n Klient/in der Prozess der Nachbefragung genau dokumentiert wird. Der Fachausschuss Statistik der DHS sieht das Katamneseprotokoll ebenfalls als verbindliche Vorgabe für Katamneseerhebungen vor.

5.1.1 Wofür überhaupt Katamnesen?

Die Behandlungs- und Betreuungsangebote innerhalb 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 (Wirksamkeit) und Effizienz (Kosten-Nutzen-Verhältnis) der Behandlungsangebote nachzuweisen. Untersuchungen zur Evaluation dienen deshalb 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.

In der Rehabilitation von Abhängigkeitskranken stellen Nachbefragungen (Katamnesen) von Klient/innen eine bewährte Möglichkeit dar, den mittel- und langfristigen Erfolg der Behandlung/Betreuung zu überprüfen (Zobel, Missel et al 2004). Die Erweiterung des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation der stationären, teilstationären und auch 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 des Behandlungserfolges als auch den Vergleich mit anderen Einrichtungen und somit eine Einordnung der Erfolgsquoten der eigenen Einrichtung in die Erfolgsquoten vergleichbarer Einrichtungen. Auch darin liegt ein nicht zu unterschätzender Beitrag von standardisierten Katamnese-Studien, da sie Daten für einrichtungsübergreifende Fragestellungen liefert, etwa zur Überprüfung der Qualität der regionalen und überregionalen Versorgung im Bereich der Suchtkrankenhilfe.

Im Rahmen der Katamnese interessiert nicht nur der Status der Klient/innen zum Zeitpunkt der Nachbefragung, sondern auch, ob bzw. inwieweit die Klient/innen von der vorausgegangenen Behandlung profitiert haben und die dort erworbenen Kompetenzen auch nutzen. Als Bewertungskriterien dafür werden u.a. Angaben über die berufliche Integration, den gesundheitlichen Status, die sozialen Ressourcen sowie Aspekte der Lebenszufriedenheit verwendet. Zentrale Kriterien für den Behandlungserfolg sind unter anderem die Abstinenz sowie die Bewältigung eventuell aufgetretener Rückfälle.

Die Ergebnisse von Katamnesen belegen den Erfolg von Behandlungen und liefern Hinweise auf eine Verbesserung der Indikationsstellungen, der Behandlung und der Nachsorge. Katamnesen können nach innen als eine wichtige Rückmeldung für alle am Behandlungsprozess Beteiligten verstanden und für die Bewertung und Weiterentwicklung der therapeutischen Arbeit im Team genutzt werden. Sie können dafür verwendet werden, die Qualität des Angebots und der konkreten Arbeit auch nach außen sichtbar, überprüfbar und nachvollziehbar zu machen. Davon profitieren Klient/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 – Angaben zur Beurteilung der Qualität der Versorgung suchtkranker Menschen.

5.1.2 Standard - Minimalstandard

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 dem Erfahrungs- und Wissensstand entspricht und 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. Die Anwendung solcher Standards wird unübersehbar vorangetrieben (s. die Entwicklung von Leitlinien). „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 hier vorliegenden "Minimalstandards" stellen Empfehlungen dar. Eine Einrichtung, die die Daten ihrer Katamneseerhebungen jedoch in die einrichtungsübergreifende Auswertung einfließen lassen will, muss die Minimalstandards verbindlich beachten.

Der Begriff „Minimal“ drückt aus, dass die Katamneseerhebung und -auswertung zumindest in den hier ausgearbeiteten Gesichtspunkten festgelegt (standardisiert) wird, 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.

Im folgenden Kapitel sind eine Reihe solcher Vorgaben enthalten; sie beziehen sich auf die Durchführung. Ebenfalls als verbindlich erachtet werden der Kerndatensatz Katamnese (Kapitel 5.3) und das Katamneseprotokoll (Kapitel 5.2.7).

Im Sinne des Empfehlungscharakters bleibt jedoch Spielraum für die Einrichtungen. Diese können ihre Dokumentationssysteme entsprechend ihren vorgesehenen spezifischen Erfordernissen und Zielsetzungen ergänzen, ohne dass der Kerngehalt berührt wird.

5.1.3 Zur Auswahl der Items

Bei der Auswahl der Items wurde insbesondere darauf geachtet, die Items aufzunehmen, die im Kerndatensatz Klient (KDS-K, siehe Kapitel 3) enthalten sind, so dass 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 festgelegt. Um bei den Klienten eine möglichst hohe Akzep-

tanz für eine Beantwortung zu erhalten, wurde der Fragebogen möglichst kurz gehalten.

Diese Items gelten als „Minimalstandard“, sie sollen in jedem Fall und in der vorliegenden Form in den Katamnesefragebogen der Einrichtung aufgenommen werden.

Diesem Manual ist ein bereits komplett ausgestalteter Fragebogen beigelegt, der direkt als Katamnesefragebogen verwendet werden kann. Es steht jeder Einrichtung frei, über die vorgelegten Items hinaus weitere Fragen aufzunehmen, um spezifische, die Einrichtung interessierende Fragestellungen, zu untersuchen.

5.1.4 Der Leitfaden und die Arbeitshilfen

Die vorliegenden Minimalstandards sorgen durch die Items des Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat) dafür, dass (1) genau definiert ist, was in der Katamnese erfasst werden soll und (2) dass durch den Leitfaden und die Arbeitshilfen gewährleistet wird, dass auch die Durchführung der Katamnese weitgehend standardisiert erfolgen soll.

Der **Leitfaden** befasst sich mit der Art und Weise, wie Katamnesen konzipiert, implementiert und durchgeführt werden sollen. Er enthält somit 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 Katamneseerhebung die vorgesehenen Ziele auch erreichen zu können. Der Leitfaden stellt dafür zentrale Elemente und Gesichtspunkte zusammen.

Die Durchführung von Katamneseerhebungen 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. In diesem Rahmenkonzept werden die Hauptzielsetzungen und Durchführungsmodalitäten festgelegt, sowie (strukturelle und personelle) Voraussetzungen für die Durchführung "eingerichtet" (Implementierung) (s. Abschnitt 5.2.3).
- **Phase 2:** Die Durchführung einer Katamneseerhebung verlangt auch eine systematische, sorgfältige und kontrollierte Erhebung. Daher ist es erforderlich, einen konkreten Durchführungsplan zu entwickeln und – so unsere Empfehlung – auch eine/n Verantwortliche/n für die Durchführung der Katamnesen zu benennen („Dokumentationsbeauftragte/r“) (s. Abschnitt 5.2.4).
- **Phase 3:** Schließlich gilt es, auch die Auswertung der Katamnesen, die Dokumentation, Präsentation und eventuell auch die Publikation der Auswertungsergebnisse inklusive der Diskussion, Bewertung und Verwertung der Ergebnisse sorgfältig zu planen und stringent durchzuführen (s. Abschnitt 5.2.5).

Die Ausführungen des Leitfadens stellen einen verbindlichen Rahmen her, welcher individuellen Spielraum gewährt, damit die Einrichtungen ihre besonderen Interessen und Vorgaben auch angemessen berücksichtigen können. Es ist Aufgabe der Einrichtungen, die formulierten Vorgaben vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Rahmenbedingungen und in Bezug auf die spezifischen Zielsetzungen und Fragestellungen ihrer Katamnese aufzugreifen, zu übernehmen und durch eigene Fragestellungen oder Umsetzungsformen zu ergänzen oder anzupassen. Darüber hinaus wurden so genannte **Arbeitshilfen** zusammengestellt. Sie dienen dazu, einzelne Aufgaben und Lösungsvorschläge zu veranschaulichen und/oder aber als eine Art „Vorarbeit“. Die Einrichtungen können diese Vorlagen komplett übernehmen oder sie entsprechend den eigenen Bedürfnissen und Zielen modifizieren.

5.1.5 Begriffsklärung

Im vorliegenden Text wird – wegen der einfacheren Lesbarkeit - durchgehend der Begriff „**Behandlung**“ verwendet, unabhängig davon, um welche Maßnahmeart es sich handelt (z.B. Beratung oder andere/spezifische Formen der Betreuung, vgl. DHS, 1999). Ebenso wird der Begriff Behandlungsprozess verwendet und nicht Therapieprozess oder Rehabilitationsprozess. Damit ist nicht gemeint, dass nur „Behandlungen“ (etwa stationäre oder ambulante Entwöhnungsbehandlungen) in die Katamneseuntersuchung aufgenommen werden sollen (ebenso ist der im Rahmen bestimmter Dokumentationssysteme verwendete Begriff „Betreuung“ nicht mit der gesetzlichen Betreuung zu verwechseln).

Bei der Entscheidung, welche Fälle in die Katamneseuntersuchung aufgenommen werden sollen – und dass schließt zugleich die Frage ein, welche Maßnahme(n) im Rahmen der Katamnese evaluiert werden sollen – besteht die Möglichkeit, Angaben über die jeweilige(n) Maßnahme(n) dem in der Einrichtung verwendeten Dokumentationssystem zu entnehmen und in die Auswertung aufzunehmen.

Es werden durchgehend die Begriffe „**Klientin**“ bzw. „**Klient**“ und nicht „Patientin“ oder „Patient“ verwendet. Letztere werden unter den Begriffen „Klientin“ und „Klient“ subsumiert.

5.2 Leitfaden zur Implementierung und Durchführung einer Katamnese

5.2.1 Einleitung

In den folgenden Abschnitten 5.2.2 werden zunächst zentrale Elemente (Basiselemente) von Katamneseerhebungen beschrieben. Anschließend werden wichtige Schritte für die Implementierung von Katamneseuntersuchungen dargestellt (Abschnitt 5.2.3). Für die Durchführung der Katamneseerhebungen wird empfohlen, die Funktion der oder des Dokumentationsbeauftragten einzurichten; im entsprechenden Abschnitt 5.2.4 werden die Aufgaben beschrieben. Der anschließende Abschnitt 5.2.5 behandelt wichtige Gesichtspunkte für die Durchführung von Katamnesen und ihre Strukturierung im Durchführungsplan. Schließlich folgen Informationen zum Datenschutz und zur Einverständniserklärung durch den Klienten bzw. die Klientin (Abschnitt 5.2.6) und Hinweise zur Dokumentation des Vorgehens und zur Auswertung der Daten (Abschnitt 5.2.7).

5.2.2 Basiselemente von Katamneseerhebungen

Katamneseart: prospektiv

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; bei der prospektiven Erhebung wird bereits vor Beginn der Maßnahme die Studie geplant und von vornherein (prospektiv) festgelegt, welche Merkmale zu Beginn, zum Abschluss und im Rahmen der Katamnese erhoben werden sollen. Mit dem Beginn der Maßnahme (Behandlung) beginnt daher bereits auch 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, 2000, S. 54f).

Auch eine retrospektiv organisierte Katamnese ist möglich, also eine Nachbefragung, die nachträglich organisiert wird, ohne dass zu Behandlungsbeginn die Absicht der Nachbefragung bestand und auch noch keine schriftliche Einverständniserklärung vom Klienten eingeholt wurde. Zur Überprüfung des Rücklaufs ist eine entsprechende Kennzeichnung des Katamnesedatensatzes sinnvoll. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird bei der Nachbefragung eine Unterschrift des Klienten zur Verwendung der Daten benötigt.

Es wird eine prospektiv geplante und routinemäßig (kontinuierlich) durchgeführte Katamnese (1-Jahres-Katamnese) als Vollerhebung empfohlen. Diese Empfehlung gilt für stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe.

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 der Fälle integriert ist, wird mit deren Einführung bereits festgelegt, welche Daten in welcher Weise erhoben werden, um den Ausgangszustand des Klienten, den Zustand zum Zeitpunkt der Beendigung sowie den zum Katamnesezeitpunkt zu erfassen. Denn nur so kann erreicht werden, dass die zu verschiedenen Zeitpunkten erhobenen Daten miteinander verglichen und Veränderungen erfasst werden können. Das bedeutet auch, dass die Klient/innen bereits zu Beginn ihrer Behandlung nicht nur über die Routinedokumentation, sondern speziell auch über die geplante Nachbefragung informiert und gebeten werden, eine entsprechende Einverständniserklärung zu unterschreiben (siehe Durchführungsplan, Abschnitt 5.2.4).

Erhebungsmodus

Die Standardkatamnese wird grundsätzlich als schriftliche Nachbefragung durchgeführt. Schriftliche Nachbefragungen können in der traditionellen „Papierform“ (postalischer Versand des Fragebogens) durchgeführt werden oder aber auch mit Hilfe elektronischer Medien (Internetbefragung, E-Mail-Befragung). Andere Formen (telefonisch, direkte Kontakte) sind für die Standardkatamnese nicht vorgesehen. Einrichtungen können diese allerdings für zusätzliche (ergänzende Erhebungen) verwenden.

Da die Durchführungsform (v.a. schriftlich – mündlich, telefonisch – vis-a-vis) einen erheblichen Einfluss auf die Datenqualität hat, soll die Durchführungsart einheitlich vorgegeben werden. Aus diesem Grund werden nur Daten aus schriftlich durchgeführten Katamnesen in die einrichtungsübergreifende Auswertung einbezogen.

Welche Fälle werden für die Katamneseerhebung vorgesehen?

Bei prospektiven Routinekatamnesen werden Klient/innen bereits mit Beginn der Behandlung Teilnehmer der späteren Katamneseerhebung. Die Grundgesamtheit der Katamneseerhebung umfasst jeweils alle Klient/innen, die eine Behandlung (nach 3.2 KDS-K) erhalten, die unten aufgeführten Bedingungen erfüllen und im Bezugskalenderjahr ihre Behandlung abgeschlossen haben (= Entlassjahrgang). Diese Grundgesamtheit bzw. der Entlassjahrgang muss vollständig mit einem Basisdokumentationssystem, welches den Deutschen Kerndatensatz Klient (KDS-K) enthält, erfasst und dokumentiert werden, um den Bezug zwischen Behandlungs- und Katamnese-daten herstellen zu können.

Für eine Aufnahme in die Katamnese-Stichprobe gelten folgende Bedingungen:

- Es liegt eine Diagnose nach ICD-10 unter den Klassifikationen **F10 – F19** vor.
Nicht in die Routinekatamnese aufgenommen werden: Angehörige; Klienten mit anderen Diagnosen, etwa Pathologisches Glücksspiel (F63.0) oder Essstörungen. Es obliegt den Einrichtungen, diese Personengruppen zur Beantwortung eigener Fragestellungen dennoch in die Katamnese-Stichprobe aufzunehmen, die Daten werden jedoch im Rahmen der Suchthilfestatistik nicht mit ausgewertet.
- Es liegt ein tagesgenau definierter/s Behandlungsbeginn und Behandlungsende vor.
- Vorausgesetzt wird, dass für jede/n Klient/in ein Behandlungsplan vorliegt, der zumindest vereinbarte Ziele enthält und/oder geplante Kontakte.
- Mit "Beendigung" ist nicht gemeint, dass die Behandlung planmäßig abgeschlossen sein muss, sondern dass sie formal beendet wurde (im Sinne des Kerndatensatz: s. KDS-K 4.2). D.h., die Nachbefragung umfasst auch abgebrochene Behandlungen.
- Eine Einverständniserklärung liegt vor.
- Sofern keine leistungsrechtlichen Grundlagen für die Maßnahme bestehen, müssen mindestens fünf persönliche Kontakte (Definition siehe Kerndatensatz Klient (KDS-K, Kapitel 3, Punkt 3)) stattgefunden haben.

Abweichung zur 5-Kontakte-Regel: Sofern eine leistungsrechtliche Finanzierung der Behandlung vorliegt, gelten der Finanzierungsbeginn und das Finanzierungsende zugleich als Behandlungsbeginn und Behandlungsende. In diesem Fall umfasst der Entlassjahrgang alle Beender eines Kalenderjahres, die verwaltungsmäßig erfasst und leistungsrechtlich abgerechnet wurden. Die 5-Kontakte-Regel ist in diesem Fall zu vernachlässigen. Es werden jedoch auch dann nur Klienten mit den Diagnosen F10 - F19 angeschrieben.

Durchführungsstrategie und Ausschöpfungsquote

Alle Fälle, für welche die oben genannten Kriterien zutreffen, bilden die Grundgesamtheit (in der Umfrageforschung oft auch „Bruttostichprobe“ genannt). Die Bildung der Stichprobe erfolgt zwar unter der Zielsetzung, von möglichst allen Fällen der Grundgesamtheit Katamnesen zu erheben, d.h. eine hohe Ausschöpfungsrate zu erzielen, es ist jedoch davon auszugehen, dass nicht alle Klienten an der Untersuchung teilnehmen werden.

Bezüglich der „Nicht-Teilnehmer“ oder „Ausfälle“ wird üblicherweise zwischen „stichprobenneutralen“ Ausfällen und „nicht – stichprobenneutralen“ Ausfällen oder „systematischen“ Ausfällen unterschieden. Stichprobenneutrale Ausfälle sind solche, die mit der Befragung nichts zu tun haben (z.B. dass keine Adresse ermittelt werden kann), während „systematische“ Ausfälle mit der Durchführung der Untersuchung und/oder dem Untersuchungsgegenstand zusammenhängen. Da die 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 Grundgesamtheit wird um die Fälle bereinigt, von welchen keine Einverständniserklärung vorliegt; denn diese Fälle werden nicht in die Katamneseerhebung einbezogen. Diese bereinigte Stichprobe stellt die Ausgangsstichprobe für die Katamneseerhebung dar (Ausgangsstichprobe I).

Die Ausgangsstichprobe I wird sodann um die Fälle bereinigt, von welchen keine gültige Adresse vorliegt bzw. ermittelt werden konnte; dadurch erhalten wir die Ausgangsstichprobe II, d.h. die Stichprobe der „angeschriebenen“ Fälle (Abbildung 1).

Grundgesamtheit		
(alle Beender eines Entlassjahrgangs mit einer Diagnose F10-F19)		
Ausgangsstichprobe I		kein
Ausgangsstichprobe II		Einverständnis
„Angeschriebene“		
Antworter (Responder): „Teilnehmer“	Non-Responder: - nicht Erreichte - Verstorbene - Unfähig zur Beantwortung - Verweigerer	keine Adresse

Abbildung 1: Bildung der Stichprobe und „Katamnesechwund“

Angeschrieben werden alle Klient/innen außer jenen, für die keine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Katamnese vorliegt sowie die Klienten, für die – trotz Bemühungen – keine gültige Adresse herausgefunden wurde.

Von einem Teil der Stichprobe der Angeschriebenen (Ausgangsstichprobe II) erhalten wir den beantworteten Fragebogen zurück (= Responder; Antworter, Teilnehmer), von einem anderen Teil erhalten wir keine beantworteten Katamnesebogen zurück (Non-Responder). Die Teilstichprobe der Non-Responder enthält verschiedene Unterstichproben, je nach Grund der Nichtbeantwortung. So kann es sein, dass einzelne Fälle nicht erreicht wurden, obwohl die Adresse stimmt, weil sie sich zum Zeitpunkt der Befragung nicht an ihrem Wohnsitz aufgehalten haben (z.B. Urlaub, Strafvollzug). Einzelne Personen waren nicht der Lage zu antworten (z.B. aufgrund akuter Erkrankung oder weil sie verstorben sind). Schließlich gibt es eine weitere Gruppe von Personen, welche die Beantwortung erst zu diesem Zeitpunkt aktiv verweigern und den Fragebogen mit oder ohne Kommentar zurückschicken („Verweigerer“) oder unbeantwortet lassen.

Die Ausschöpfungsquote

Das Idealziel für eine Evaluation – die Katamnese ist Bestandteil einer solchen - besteht darin, möglichst alle Fälle der Grundgesamtheit einzubeziehen, d.h. von möglichst allen Klienten eine Einverständniserklärung zu erhalten, d.h. bei der Bildung der Stichprobe die Grundgesamtheit „auszuschöpfen“. Da ein Teil der Klienten das Recht in Anspruch nimmt, eine Einverständniserklärung zu verweigern, bildet die um diese Teilstichprobe reduzierte Grundgesamtheit (= die Ausgangstichprobe I) die Bezugsgröße für die Berechnung der Ausschöpfungsquote. Die Ausschöpfungsquote stellt ein anerkanntes und wichtiges Kriterium für die Güte der Erhebungsstrategie/Durchführungsstrategie dar (s. Schnell, Hill & Esser) bzw. für die Stichprobenqualität. Sie stellt die Anzahl der Fälle, von welchen ein Katamnesefragebogen vorliegt (die Antwort/Responder) in Relation zur Ausgangstichprobe (hier Ausgangstichprobe I). Berechnet wird sie als prozentualer Anteil der Antwort an der Ausgangstichprobe I (=100%).

Zur Kontrolle und Überprüfung der Stichprobenqualität ist im Katamneseprotokoll eine tabellarische Aufstellung über die Anzahl der Fälle, von welchen keine Einverständniserklärung vorliegt, keine gültige Adresse (die nicht angeschriebenen Fälle) sowie über die Antwort und die verschiedenen Untergruppen der Nicht-Antworter (s. Kapitel 5.3.3) anzufertigen.

Vollerhebung

Wie bereits ausgeführt, sieht der Fachausschuss Statistik der DHS für die Katamneseerhebung im Rahmen des Kerndatensatzes eine Vollerhebung vor. Im stationären Bereich der Sucht- und Drogenhilfe wird eine auf einer Vollerhebung basierende Katamnese empfohlen, die kontinuierlich (d.h. fortlaufend, ohne Erhebungspause) als prospektive Routinekatamnese durchgeführt wird. Sie wird von vielen Einrichtungen bereits praktiziert und wird immer mehr zum Qualitätsstandard. Im ambulanten Bereich der Sucht- und Drogenhilfe sowie in den niederschweligen Einrichtungen ist eine 1-Jahres-Katamnese zumindest in regelmäßigen Abständen anzustreben. **Vollerhebungen, die nicht kontinuierlich durchgeführt werden**, erfordern, dass ein Erhebungszeitraum definiert wird (z.B.: Katamnesen der Abschlussjahrgänge 2004 – 2006). Bei einer **prospektiven Studie** muss beachtet werden, dass die Zeit für die Durchführung der Behandlung der „eigentlichen“ Katamneseerhebung vorausgeht. Je nach Behandlungs- und Betreuungsdauer ergibt sich ein entsprechend „später“ liegender Zeitpunkt für die Durchführung der Katamnese.

Die Zeit bis zur Einführung sollte genutzt werden, um mit den Mitarbeiter/innen für das geplante Vorhaben ein Konzept zu erarbeiten, sich über die spezifischen Fragestellungen der Einrichtung zu verständigen und das Basismodul um entsprechende Fragen zu erweitern, ggf. eine Optimierung der Routine-Basisdokumentation (siehe Kapitel 3 zum Kerndatensatz Klient (KDS-K) vorzunehmen und zum anderen, um die vorgesehene Katamneseerhebung auch strukturell und organisatorisch vorzubereiten (siehe Abschnitte 5.2.4 und 5.2.5). Auf jeden Fall sollten Einrichtungen, die eine Katamnese durchführen wollen, die Einverständniserklärung der Klient/innen zur Nachbefragung als Standard einführen.

Katamnesezeitpunkt und Katamnesezeitraum

Als Standard wird eine 1-Jahres-Katamnese vorgesehen, somit ist der Zeitpunkt für die Erhebung der Katamnese ein Jahr nach Abschluss der Behandlung. Darüber hinaus werden weitere Zeitpunkte für zusätzliche Katamnesen vorgeschlagen: 6 Monate, um auch kurzfristige Effekte der Behandlung/Betreuung ermitteln zu können, sowie 2, 5 oder 10 Jahre nach Beendigung der Behandlung/Betreuung, um auch den langfristigen Erfolg der Behandlungen belegen zu können. Damit sind zugleich verschiedene Katamnesezeiträume definiert.

Der Zeitraum für den Versand der Katamnesefragebogen ist damit ebenfalls definiert; er sollte bei standardisierten Nachbefragungen nur geringfügige Variationen aufweisen. Für 1-Jahres-Katamnesen ist eine Schwankungsbreite des Erhebungszeitraums von minus einem Monat bis plus zwei Monate (entsprechend den Vorgaben der Dokumentationsstandards III, 2001) vorgesehen.¹

Bildung der Auswertungsstichprobe

Die Bildung der Auswertungsstichprobe geht von den beiden Ausgangsstichproben aus: die Ausgangsstichprobe umfasst alle Klient/innen, deren Behandlung in einem Kalenderjahr beendet wurde und die - weil eine Einverständniserklärung vorliegt - in die Ausgangsstichprobe aufgenommen wurden (Ausgangsstichprobe I). Diese Stichprobe reduziert sich auf die Stichprobe der Angeschriebenen, da die Fälle wegfallen, von welchen keine gültige Adresse vorliegt (Ausgangsstichprobe II). Von einem Teil der angeschriebenen Fälle erhalten wir Fragebogen (Responder), von einem anderen Teil keine (Non-Responder). Die Stichprobe der Antworter bildet die Auswertungsstichprobe. Die verschiedenen zu verwendenden Berechnungsformen (siehe unten „Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse“) sehen für die Berechnung der einzelnen Quotienten verschiedene „Grundgesamtheiten“ vor (z.B. alle Angeschriebenen oder nur alle Antworter).

Alle Fragebogen, die zurückgeschickt werden, gehen in die Auswertung ein. Dies gilt auch für „nicht ausgefüllte“ oder nur lückenhaft ausgefüllte Fragebogen. Eine Missing-Data-Selektion (z.B. Fragebogen, 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/ausgewertet. Je nach der Anzahl der fehlenden Angaben schwankt die Stichprobengröße bei den einzelnen Items.

¹ Für 6-Monats-Katamnesen sehen die Dokumentationsstandards III eine Schwankungsbreite von -1 bis +1 Monate vor. Bei 2-Jahres-Katamnesen gelten Toleranzen von -1 bis +3 Monaten, bei 5-Jahres-Katamnesen von -1 bis +6 Monaten und bei 10-Jahres-Katamnesen von -1 Monat bis ca. + 12 Monaten.

Zeitfenster der Katamnese

Unter dem Begriff „Zeitfenster“ wird der Zeitraum verstanden, über den in der Nachbefragung Auskunft erbeten wird bzw. Aussagen getroffen werden sollen. Das Zeitfenster für die 1-Jahres-Katamnese beträgt das gesamte zurückliegende Jahr. (Beispiel Frage Nr. 3: An welchen Maßnahmen haben Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit Ihrer Suchterkrankung teilgenommen?).

Das Zeitfenster für 6-Monats-Katamnesen beträgt ebenfalls den gesamten Zeitraum seit Beendigung der Behandlung. Für 2-, 5- oder 10-Jahres-Katamnesen ist als Zeitfenster das letzte Jahr bzw. die letzten 12 Monate vorgesehen (Beispiel: Frage 3 würde in einer 2-Jahres-Katamnese somit wie folgt formuliert: „An welchen Maßnahmen haben Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit Ihrer Suchterkrankung teilgenommen?“)

Eine Ausnahme vom vorgegebenen Zeitfenster der letzten 12 Monate bildet der Fragenkomplex zum Suchtmittelkonsum (siehe z. B. Frage Nr. 4.1: Bei 2-, 5- und 10-Jahreskatamnesen wird sowohl nach dem Konsum der letzten 12 Monate als auch zusätzlich nach dem Konsum während des Gesamtzeitraums gefragt.)

Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse

Zur Bewertung des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen, also zur Berechnung der Abstinenz- bzw. Rückfallquoten, werden die Berechnungsformen 1 bis 4 entsprechend den „Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ zur Dokumentation der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1985) verwendet.

Alle prozentualen Erfolgsangaben werden nach folgenden Berechnungsformen angegeben.
Bezugsgröße: **Erfolgsquote für planmäßig entlassene Klient/innen**

- Berechnungsform 1: Anzahl abstinent Lebender bezogen auf die in der Katamneseuntersuchung erreichten Klient/innen (Responder) mit planmäßiger Entlassung einschließlich Todesfälle (= 100%)
- Berechnungsform 2: Anzahl abstinent Lebender bezogen auf alle Klient/innen (Ausgangsstichprobe I) mit planmäßiger Entlassung (= 100%)

Bezugsgröße: **Erfolgsquote für planmäßig und vorzeitig entlassene Klient/innen**
(= gesamte Ausgangsstichprobe I)

- Berechnungsform 3: Anzahl abstinent Lebender bezogen auf die in der Katamneseuntersuchung erreichten Klient/innen (Responder) einschließlich Todesfälle (= 100%)
- Berechnungsform 4: Anzahl abstinent Lebender bezogen auf alle Klient/innen (Ausgangsstichprobe I, siehe 5.3.2, Abschnitt (c)) (= 100%)

In der Regel ergibt die Berechnungsform 1 den besten und die Form 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 Katamnesebogen, desto geringer wird der „Spielraum“ zwischen der "optimistischen" und der "pessimistischen" Schätzung des Behandlungserfolges.

Für die Berechnung der Abstinenzquoten kann die Ausgangs- bzw. Katamnesestichprobe um die Anzahl der Klient/innen ohne Einverständniserklärung (Ablehnung der Speicherung der Daten, Mail-Sperre) vermindert werden (Ausgangsstichprobe I). Die entsprechende Anzahl und Quote der Klient/innen, um die die Ausgangsstichprobe hierbei vermindert wird, ist auszuweisen.

Für den Bereich leistungsrechtlich finanzierter ambulanter oder stationärer medizinischer Rehabilitation Abhängigkeitskranker gelten als planmäßige Entlassungen folgende Entlassformen gemäß medizinischem Reha-Entlassbericht:

- regulär (1)
- vorzeitig auf ärztliche Veranlassung (2)
- vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis (3)
- Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha (7).

In der Ausweisung der Ergebnisse sind folgende Kategorien zu unterscheiden:

- abstinent
im letzten Jahr bzw. im Katamnesezeitraum kein Konsum von Alkohol, Drogen oder psychoaktiven Medikamenten (Substanzen)
- abstinent nach Rückfall
im letzten Monat des Katamnesezeitraums kein Konsum von Alkohol, Drogen oder psychoaktiven Medikamenten
- rückfällig
je nach Berechnungsform „gesichert rückfällig“ bzw. „widersprüchliche Angaben“ und „Nichtantwort“.

Aus den Quoten der „abstinent“ und der „abstinent nach Rückfall“ lebenden Patienten wird die **katamnestische Erfolgsquote** berechnet. Es wird empfohlen, auch die **katamnestische Ausschöpfungsquote** zu berechnen, die sich aus den Kategorien „abstinent“, „abstinent nach Rückfall“, „rückfällig“ und „widersprüchliche Angaben“ zusammensetzt.

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.

Die einrichtungsübergreifende Auswertung

Einrichtungen, die den KDS-Kat verwenden, bietet sich die Möglichkeit, an der einrichtungsübergreifenden Auswertung teilzunehmen. Im Rahmen einer Katamneseerhebung kann zwischen der hier vorgeschlagenen Standarderhebung und einer von einer Einrichtung selbst konzipierten und organisierten Erhebung unterschieden werden, welche jedoch das Kernmodul KDS-Kat verwendet.

Die Standarderhebung, welche auf dem Basismodul Kerndatensatz Katamnese basiert, liefert sowohl Auswertungsdaten für die einrichtungsübergreifende Auswertung der beteiligten Einrichtungen als auch Daten für die einrichtungsbezogene Auswertung.

Die von einer Einrichtung selbst konzipierte und organisierte Erhebung enthält – im hier zu behandelnden Fall - das Kernmodul und zusätzliche einrichtungsbezogene spezifische Fragen. Die Daten des Kernmoduls können der standardisierten Auswertung zugeführt werden und zwar sowohl der einrichtungsübergreifenden als auch der einrichtungsbezogenen. Die einrichtungsspezifischen Zusatzfragen hingegen können entweder einrichtungsintern oder durch Dritte (z.B. Forschungsinstitut) ausgewertet werden.

Katamnesefragebogen, die in die bundesweite einrichtungsübergreifende standardisierte Auswertung eingehen sollen, müssen folgende Standards (Mindestanforderungen) erfüllen:

- Der Katamnesebogen muss von dem/der Klient/in selbst ausgefüllt werden (= schriftlicher Erhebungsmodus und postalischer Versand). Dies bedeutet, dass nur Angaben des Klienten bzw. der Klientin als Katamneseantwort gewertet werden. Informationen von Partnern, Freunden, Beratungsstellen oder Behörden können zwar für einrichtungsinterne Auswertungen zu Rate gezogen werden, gehen aber nicht als Katamneseantwort in die einrichtungsübergreifende bundesweite Datenauswertung ein.
- 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 wurde im Rahmen einer Basisdokumentation dokumentiert, so dass Vergleichswerte über den Ausgangszustand des Klienten/der Klientin vorliegen, über den Zustand zum Zeitpunkt der Beendigung sowie Daten über die Behandlung. Die Einrichtung stellt die für die bundesweite Auswertung vorgesehenen Daten aus der Basisdokumentation zur Verfügung.

Für einrichtungsübergreifende Auswertungen von Katamnese­daten (dies gilt in gleicher Weise auch für Daten des Kerndatensatzes Klient KDS-K) ist eine Daten-Aggregation vorzusehen. Eine Aggregation der Daten bedeutet, dass alle Merkmale, die eine/n Klient/in direkt oder indirekt erkennbar lassen würden (Name, Geburtsdatum, Adresse), mittels eines in der Einrichtung zu installierenden und auszuführenden Programms ausgewertet und in eine Rohdatenergebnistabelle übertragen werden. An die auswertende Institution weitergegeben (und somit auch ausgewertet) werden damit nur (zuvor inhaltlich festgelegte) Merkmale, die Aussagen über das Gesamtkollektiv der von der jeweiligen Einrichtung nachbefragten Klienten erlauben. Eine De-Anonymisierung einzelner Behandelte ist durch die Verdichtung des Datensatzes auf Einrichtungsebene nicht möglich. In der Regel erhalten die Einrichtungen, die sich an einrichtungsübergreifenden Auswertungen von Kerndaten und Katamnese­daten ehemaliger Klient/innen beteiligen, von der auswertenden Institution entsprechende Aggregationsprogramme, mittels derer die erforderlichen Daten der Klient/innen aus einer Datenbank, in der die Katamnese­daten enthalten sind, abgefragt werden (unter Wahrung der Datenschutz-Vereinbarung und unter Belassung der schutzwürdigen personenbezogenen Daten in der Einrichtung). Die näheren technischen Einzelheiten sind in Absprache mit den Software-Anbietern zu lösen/zu vereinbaren. Implementierung von Katamnese­untersuchungen.

Die Teilnahme bzw. Durchführung einer Katamnese­untersuchung ist eine Entscheidung der Einrichtungsleitung. Es ist Aufgabe der Leitung, ein (vorläufiges) Katamnese­konzept zu erarbeiten, welches Angaben zu den Zielen, zur Stichprobe, zum Katamnese­fragebogen, zur Durchführungsform und zum Erhebungszeitraum enthält. Das Konzept sollte vor allem auch Vorschläge bezüglich der Erweiterung und Ergänzung des KDS-Kat enthalten, damit diese frühzeitig vorbereitet und eingearbeitet werden können. Für die praktische Umsetzung einer Katamnese­untersuchung in einer Einrichtung empfiehlt sich die Einsetzung eines Dokumentationsbeauftragten, für den entsprechende Ressourcen für die Durchführung der Katamnese bereitgestellt werden müssen (s. 5.2.4).

5.2.3 Aufgaben der/des Dokumentationsbeauftragten

Die/der Dokumentationsbeauftragte (DB) übernimmt folgende Aufgaben. Diese kann er entweder selbst erledigen oder aber auch delegieren:

- Anleitung der Kolleginnen und Kollegen zur Durchführung der Katamnese
- Rechtzeitige Vorbereitung der Katamnese­fälle (z. B. Überprüfung der Adresse, Kodierung der Fragebögen, Organisation des Versandes; siehe Abschnitt 5.2.5).²
- Durchführung der Katamnese­erhebung (siehe Abschnitt 5.2.5)

² Sofern die Katamnese­fälle nicht per Filterfunktion aus der EDV-gestützten Dokumentation identifiziert werden können, sorgt die/der DB dafür, dass die Kolleg/innen regelmäßig die definierten Fälle an sie/ihn melden. Sie/er führt darüber eine Liste. Auch für den Fall einer längeren Abwesenheit (z.B. Krankheit, Elternzeit) sorgt die/der DB dafür, dass die Kolleg/innen die entsprechenden Fälle leicht zugänglich machen, um eine möglichst alle Fälle umfassende Katamnese nicht zu gefährden.

- Führen des Katamneseprotokolls (siehe Abschnitt 5.2.7)
- Archivierung der Unterlagen
- Dateneingabe in ein spezielles Katamnese-Modul einer Klient/innenverwaltungs-Software (bzw. einer Dokumentations-Datenbank)
- Organisation der Auswertung (d.h. eigenständige statistische Auswertung oder aber Delegation an externe Stellen; Kontaktpflege)
- Weitergabe der aggregierten Daten für eine einrichtungsübergreifende Auswertung
- Datenschutz

5.2.4 Durchführungsplan

Vorbereitung der Datenerhebung

1. Bildung der Ausgangsstichprobe: Identifizierung der Fälle (siehe Punkt 5.2.2)
2. Erstellen der Liste der Katamnesefälle (siehe Punkt 5.2.2)
3. Vergabe des Fall-Codes (Registrierungsnummer)

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 Klient/innen - Aufnahmenummer oder Einrichtungs-Registrierungsnummer zu verwenden. Der Fall-Code soll sicherstellen, dass der Katamnesefragebogen den vorliegenden Fallunterlagen, speziell der Dokumentation zu diesem/r Klient/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). Es wird davon ausgegangen, dass der Registrierungsmodus in jeder Einrichtung in schriftlicher und verbindlicher Form vorliegt.

4. Erfassung der Größe der Ausgangsstichprobe als Basisinformation für die konkrete Durchführung der Katamneseerhebung (Anzahl der Fälle = Anzahl der Fragebogen = Anzahl der Versandumschläge usw.)
5. Bereitstellung der erforderlichen Materialien (Anzahl Fragebogen u.a.)
6. Vorbereitung der Datenerhebung:
 - Kodierung von Katamnesefragebogen und Versandumschlag mit dem Fall-Code
 - Überprüfung der Adresse
 - Anschreiben und versenden vorbereiten inklusive Klärung der Rücksendeadresse
7. Zeitplan für Versand und Erinnerungsschreiben justieren

Durchführung der Erhebung

8. Versand (Datenschutz beachten) (siehe auch Abschnitt 5.5.1)
9. Kontrolle des Rücklaufs (mit Hilfe des Katamneseprotokolls bzw. der Fall-Liste)
10. Einmaliges 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

Auswertung der erhobenen Daten

13. Vorbereitung der Dateneingabe (Kontrolle der Unterlagen auf Vollständigkeit)
14. Bildung der Katamnese Stichproben (s. 5.2.2)
15. Dateneingabe
16. Datenauswertung
17. Weiterleitung der Daten in aggregierter Form für einrichtungsübergreifende Auswertungen
18. Datenlöschung (in der Einverständniserklärung benennen)

Ergebnisse der Katamnese

19. (schriftlicher) Bericht/Dokumentation
20. einrichtungsinterne Diskussion/Verwertung
21. Evaluation der Katamneseerhebung im Sinne einer Überprüfung und Optimierung des Verfahrens
22. Veröffentlichungen (Jahresbericht u.a.)

Je nach Rahmenbedingungen muss der Durchführungsplan variiert werden. Mögliche Differenzierungsgesichtspunkte sind:

- das Setting: stationäre, teilstationäre, ambulante Einrichtungen
- das Klientel: Erreichbarkeit, Motivierbarkeit, Kooperationsbereitschaft, legale/illegale Suchtmittel
- interne oder externe Erledigung der einzelnen Aufgaben (insbesondere der Auswertung der Katamnesefragebogen)
- EDV-gestützte oder manuelle Auswertung

5.2.5 Datenschutz, Datensicherung und Datensicherheit; Einwilligungserklärung

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 Klienten zu Beginn über die Behandlung (Beratung) und über den Datenschutz zu informieren. Die (ambulanten oder stationären) Einrichtungen haben diesbezügliche Anleitungen und Anweisungen für ihre Mitarbeiter entwickelt, welche speziell auch die Dokumentation der erhobenen Sozialdaten sowie den Datenschutz einbeziehen. Insofern gilt es, in diese Vorlagen auch die für die Katamnese erforderlichen Informationen einschließlich der Aufgaben zum Datenschutz (speziell Einwilligungserklärung) einzuarbeiten oder die Vorlagen zu ergänzen.

Im Folgenden stellen wir wichtige Informationen zum Datenschutz zusammen; sie betreffen nicht nur die Durchführung von Katamnesen, sondern den gesamten Bereich der Erfassung, Dokumentation und Auswertung von personenbezogenen Daten (Sozialdaten).

Datenschutz

Gemeinsame rechtliche Grundlage aller Datenschutzgesetze ist das aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht abgeleitete Grundrecht auf Datenschutz („Recht auf informationelle Selbstbestimmung“). Grundsätzlich kann damit jeder selbst bestimmen, wer was wann über ihn weiß. Daten dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für welchen sie erhoben wurden (Zweckbindung).

Vor diesem Hintergrund gilt es auch zu beachten, dass Daten zu löschen sind, wenn sie zur Aufgabenerfüllung nicht mehr benötigt werden. Das gilt sowohl für die Daten, die für die Behandlungs- und Betreuungsaufgaben erhoben und dokumentiert werden als auch für die Daten, die zu wissenschaftlichen Zwecken erhoben werden. Sofern diese in anonymisierter Form gespeichert werden, besteht die Möglichkeit, diese unbegrenzt aufzubewahren, um eine Langzeit-Nutzung zu gewährleisten (Weichert, S. 7).

Das Gesetz verpflichtet alle Sozialleistungsträger, alle personenbezogenen Daten als sog. „Sozialgeheimnis“ zu wahren. Der § 35 SGB I gewährleistet einen besonderen und umfassenden Schutz des Einzelnen vor unbefugter Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der ihn betreffenden Sozialdaten. Die im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit erhobenen Daten unterliegen der beruflichen Schweigepflicht. Ihre Nutzung und Weitergabe an Dritte (Offenbarungsbefugnis) bedarf einer besonderen rechtlichen Legitimation.

Datenschutz setzt sich das Ziel, den rechtmäßigen Umgang mit personenbezogenen Daten sicherzustellen. Grundsätzliche Voraussetzung für die Zulässigkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten ist gesetzlich geregelt (BDSG, § 4 Abs. 1). Sie ist nur dann rechtmäßig, wenn sie im Gesetz (BDSG, LDSG, rechtliche Regelungen wie z.B. Betriebsvereinbarung) ausdrücklich erlaubt ist oder wenn der Betroffene eingewilligt hat (informierte Einwilligung).

Bei gesundheitsökonomischen Studien - wie z.B. multizentrischen Evaluationsstudien, einrichtungsübergreifende Katamneseuntersuchungen - ist zu beachten, dass unter Umständen die so genannten Forschungsklauseln greifen können. Diese finden sich in den Datenschutzgesetzen (z.B. § 40 BDSG oder § 25 NDSG) und vereinfachen den Datenschutz im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsvorhaben in öffentlichen Stellen (Bölscher, S. 234).

Einwilligungserklärung/Einverständniserklärung

Im Allgemeinen muss „eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vor Beginn der Studie eingeholt werden. Idealerweise hat diese schriftlich zu erfolgen“ (Bölscher, S. 234).

Voraussetzung einer rechtlich wirksamen Einwilligung ist, dass diese informiert, bestimmt und freiwillig erfolgt. Dem Einwilligenden muss eindeutig erkennbar sein, welche Daten zu welchem Zweck von welchen Personen und Stellen verarbeitet und wem sie übermittelt werden (Informiertheit). Sofern die Auswertung durch Dritte erfolgt, muss dies angegeben werden. Die Angaben müssen so genau wie möglich formuliert sein, damit der Klient beurteilen kann, was mit den Daten geschieht (Bestimmtheit). Sofern die nachträglich erhobenen Daten (wie in Katamneseuntersuchungen) mit bereits vorliegenden verbunden werden, muss der Klient/die Klientin auch darüber informiert werden, dass die bereits vorliegenden Daten in die Auswertung aufgenommen werden. Es muss deutlich werden, dass gewährleistet wird, dass der Datenschutz erhalten bleibt. Zugesichert muss außerdem werden, dass die Datenauswertung nur in anonymisierter Form und nicht als individuelle Auswertung/ Einzelauswertung erfolgt (sog. aggregierte Auswertung). Von Freiwilligkeit kann nur dann gesprochen werden, wenn die Einwilligung nicht unter Zwang erteilt wurde. Faktischer Zwang wird auch ausgeübt, „wenn dem Klienten angekündigt wird, dass bei Verweigerung der Einwilligung die Beratung nicht oder nur unzulänglich durchzuführen ist“ (Weichert, S.2).

Eine erteilte Einwilligung kann grundsätzlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Es wird empfohlen, die Einwilligung (einschließlich Informiertheit, Bestimmtheit und Freiwilligkeit) schriftlich vorzunehmen.

Das Kapitel 5.5.1 des Manuals enthält Beispiele für schriftliche Einwilligungserklärungen.

Datensicherung und Datensicherheit

Zum Datenschutz gehören auch die Bereiche Datensicherung und Datensicherheit. Datensicherung ist die technisch-organisatorische Aufgabe zur Gewährleistung der Sicherheit von Datenverarbeitungsabläufen und Datenbeständen aller Art. Ziel ist die Gewährleistung von Datensicherheit. EDV-gestützte Dokumentationssysteme bzw. elektronische Datenverarbeitung erfordern ein Bündel von technischen Maßnahmen des Datenschutzes, damit von vornherein vermieden wird, dass auf Sozialdaten unbefugt zugegriffen werden kann, dass Daten unbefugt gelöscht, verfälscht, entwendet oder kopiert werden können (s. Anlage zu § 78a SGB X sowie Anlage zu § 9 Satz 1 BDSG).

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Maßnahmen:

- Zutrittskontrolle (zu Datenverarbeitungsanlagen),
- Zugangskontrolle (Nutzung der Datenverarbeitungsanlagen verhindern),
- Zugriffskontrolle (Datenverarbeitungssystem nur Befugten möglich),
- Weitergabekontrolle (Sicherstellen, dass das Lesen, Kopieren, Verändern und Entfernen der Daten durch Unbefugte nicht erfolgen kann),
- Eingabekontrolle (es muss nachträglich überprüft und festgestellt werden können, ob und von wem Sozialdaten eingegeben, verändert oder entfernt worden sind),
- Auftragskontrolle (Verarbeitung, Nutzung nur entsprechend dem Auftrag),
- Verfügbarkeitskontrolle (Schutz vor zufälliger Zerstörung oder Verlust), Trennungsgebot (Es ist zu gewährleisten, dass zu unterschiedlichen Zwecken erhobene Sozialdaten getrennt verarbeitet werden können).

Datenschutzbeauftragter

Das Bundesdatenschutzgesetz (§ 4f BDSG) sieht vor, dass „öffentliche und nicht-öffentliche Stellen, die personenbezogene Daten automatisiert erheben, verarbeiten oder nutzen, ... eine/n Beauftragte/n für den Datenschutz schriftlich zu bestellen haben“ und benennt eine Reihe von Aufgaben (§ 4g BDSG). Zu diesen zählen insbesondere die Gewährleistung der Datensicherung und Datensicherheit sowie die Information (Schulung) der Mitarbeiter einschließlich ihrer Verpflichtung auf das Datengeheimnis, Maßnahmen zur Unterstützung der Aufsichtsbehörde sowie Maßnahmen zur Berücksichtigung der Rechte des Betroffenen (u.a. Bölscher, S. 235).

Bei der Bestellung des Datenschutzbeauftragten ist darauf zu achten, dass dieser die dafür nötige „Fachkunde und Zuverlässigkeit mitbringt“ (§ 4f BDSG; Bölscher, S. 235). Zu bedenken ist auch - so Bölscher (S. 235) - dass die oder der Datenschutzbeauftragte „nach seiner Bestellung faktisch unkündbar wird“. Es ist zu überlegen, ob der vorgesehene „Dokumentationsbeauftragte“ (Kapitel 5.2.4) die Funktion des Datenschutzbeauftragten übernimmt oder aber der/die bereits bestellte Datenschutzbeauftragte auch die Funktion bzw. die Aufgaben des Dokumentationsbeauftragten wahrnimmt.

Der Datenschutzbeauftragte hat darauf zu achten, dass alle Daten – sofern möglich – sofort vollständig zu anonymisieren sind. Ist ein Personenbezug der Daten nicht mehr herstellbar, so gelten die Daten nicht mehr als personenbezogene Daten und eine Vielfalt von Problemen werden die Studie nicht mehr tangieren (Bölscher).

Eine vollständige Anonymisierung der Daten ist nicht immer durchführbar oder im Sinne der geplanten Verwendung der Daten (Verknüpfung von Datensätzen, die zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben wurden) nicht erwünscht. Daher werden zumeist Formen der Pseudoanonymisierung praktiziert, etwa die Vergabe eines „Fall-Code“ (s. a. Kapitel 5.2.4). Zu beachten ist, dass der Datenschutz nur solange gewährleistet ist, solange das Zuordnungsmerkmal nur der Person bekannt ist, welche dafür beauftragt wurde (Datenschutzbeauftragter/Dokumentationsbeauftragter) (s. § 4f BDGS, Abs. 4).

Der Datenschutzbeauftragte hat auch die Aufgabe, die Mitarbeiter mit den Vorschriften des Datenschutzes und Datensicherung vertraut zu machen (Schulung der Mitarbeiter/innen) und sie auf das Datengeheimnis zu verpflichten (schriftlich) sowie ausdrücklich darauf aufmerksam zu machen, dass diese auch nach Beendigung der Tätigkeit weiter besteht.

Der Datenschutzbeauftragte hat außerdem dafür zu sorgen, dass dem Ersuchen der Aufsichtsbehörde nach Auskunft unentgeltlich und grundsätzlich vollständig nachgekommen wird (Bölscher, S. 235).

Schließlich ist der Datenschutzbeauftragte dafür zuständig, dass die Rechte der Betroffenen bezüglich des Datenschutzes und der Datensicherheit gewährleistet werden. Zu diesen zählen die Auskunft über die Daten sowie das Recht des Klienten auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung der Daten.

Insofern müssen beim Einholen der Einwilligungserklärung im Sinne der Informiertheit diese Rechte angesprochen und erläutert werden (z.B. in Form einer kurzen, aber präzisen, Erläuterung der Studie im Anschreiben (Kapitel 5.5.2) oder sie müssen im Text der Einwilligungserklärung enthalten sein (s. Kapitel 5.5.1).

Besonderheiten bei der Durchführung von Katamneseuntersuchungen

Bei der Durchführung einer Katamneseuntersuchung treten mehrere Besonderheiten auf, welche die Wichtigkeit der Beachtung des Datenschutzes und der Datensicherheit betonen:

- Die Personen, welche den Katamnesefragebogen ausfüllen sollen, sind nicht mehr Klienten der Einrichtung. Im Vergleich zur Behandlungszeit liegt kein Rechtsverhältnis vor, welches die Datenerhebung legitimiert; durch die Einwilligungserklärung, welche zur Behandlungszeit erteilt wurde, wird ein solches hergestellt.
- Die Daten werden nicht in der Einrichtung erhoben, sondern außerhalb; sie müssen so übermittelt (kommuniziert und transportiert) werden, dass sowohl die Regeln der Datenerhebung (einschließlich der Möglichkeit, Non-Responder zu identifizieren und an die Rücksendung zu erinnern) zum Tragen kommen als auch die Bestimmungen des Datenschutzes und der Datensicherheit gewährleistet werden.
- Von Interesse ist, die Katamneseuntersuchungsdaten mit bereits vorliegenden Daten der jeweiligen Klienten zu verknüpfen, um so die relevanten Fragestellungen von Katamneseuntersuchungen beantworten zu können. Damit stellt sich die Frage, wie gewährleistet werden kann, dass einerseits die Zuordnung möglich ist, die Klienten „identifiziert“ werden, d.h. ihre Anonymität aufgehoben wird, andererseits aber nicht gegen Vorgaben des Datenschutzes verstoßen wird. Eine Anonymisierung verbietet sich dann, es muss eine angemessene Form der Pseudonymisierung (Kodierung) praktiziert werden.
- Die Datenauswertung selbst muss so erfolgen, dass eine Identifizierung nicht möglich ist (u.a. aggregierte Auswertung).
- Sofern die Datenauswertung durch Dritte erfolgt, gilt es sicherzustellen, dass dabei die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten werden

5.2.6 Katamneseprotokoll; Bildung der Katamnese Stichproben; AbstinenzEinstufung

Katamneseprotokoll

Das Katamneseprotokoll dokumentiert die Art und das Ergebnis der Durchführung der Nachbefragung (z. B. Klient/in wurde erreicht, Katamnesefragebogen ist eingegangen). Es ist für jede/n Klient/in ein Katamneseprotokoll zu erstellen. Das vorliegende Katamneseprotokoll (Tabelle 1) ist eng an die Vorschläge der „Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht, 2001) angelehnt (s. Items 274-277, S. 70-71).

Das Protokoll enthält alle Fälle, von welchen eine Einverständniserklärung vorliegt (Ausgangsstichprobe I) (s. 5.2.2).

Tabelle 1: Katamneseprotokoll

Name des Klienten	Code des Klienten ³	Versanddatum	Datum Erinnerungsschreiben	Eingangsdatum Katamnesebogen	Grund falls keine Rücksendung erfolgt ist
Xaver Müller	213/ 2001	18.01.2003	28.02.2003	30.03.2003	
Hanna Endlos	214/ 2001	18.01.2003	-	25.01.2003	
Friedrich Weitweg	215/2001	18.01.2003	13.02.2003	-	verstorben
Klaus Unbekannt	312/2001	keine Adresse	-	-	
Peter Maier	232/2001	18.1.2003	13.02.2003	-	unbekannt verzogen
Eva Müllejans	245/2001	18.1.2003	13.02.2003	30.3.2003	Beantwortung verweigert
Claudia Schiffchen	246/2001	18.1.2003	13.02.2003	-	Annahme verweigert

Bildung der Katamnese Stichproben

Entsprechend der Erhebungsstrategie (s. 5.2.2) 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 (Stichprobenqualität) transparent zu machen und die Ausschöpfungsquote zu berechnen. Zur Veranschaulichung enthält die Tabelle fiktive Zahlen.

³ Als Code können z. B. laufende Aufnahme-/Geschäftsnummern, Kombinationen von Geburtsdatum und Initialen von Vor- und Nachnamen des Klienten o. ä. verwendet werden.

Tabelle 2: Bildung der Katamnese Stichprobe

	Anzahl	Prozent
Fälle ohne Einverständniserklärung	20	2%
keine gültige Adresse/nicht angeschrieben	20	2%
nicht erreicht/unbekannt verzogen	50	5%
Verstorben	10	1%
unfähig zur Beantwortung	20	2%
Beantwortung verweigert, Fragebogen zurückgeschickt	10	1%
Kein Rücklauf	200	20%
Keine Daten, sonstiges	20	2%
Fragebogen liegt vor (Responder)	650	65%
Grundgesamtheit (Entlassjahrgang)	1000	1%

Bewertung der Datenqualität, Datenbereinigung, AbstinenzEinstufung

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) (s. 5.2.2) und ermöglicht, die Anzahl der Fälle und den jeweiligen prozentualen Anteil darzustellen.

Tabelle 3: Bildung der Analyse Stichprobe

AbstinenzEinstufung	Anzahl	Prozent
Abstinent	350	54%
Abstinent nach Rückfall	50	8%
Rückfällig	200	31%
Widersprüchliche Angaben	50	8%
Gesamt (entspricht Anzahl vorliegender Fragebogen)	650	100%

Bei der AbstinenzEinstufung wird Tabakkonsum nicht berücksichtigt. Als abstinent eingestuft wird derjenige Antworter, der in Frage 4 „Konsum von Suchtmitteln“ bei allen suchtbewegten Items (außer Tabak) ein „nein“ angekreuzt hat und für den in den weiteren Fragespalten keine widersprüchlichen Angaben vorliegen. Der AbstinenzEinstufung darf zudem der Angabe in der Frage 4.15 nicht widersprechen.

5.3 Items des Kerndatensatzes Katamnese

5.3.1 Liste der Items

Bitte beachten Sie: Die Itemliste hat eine andere Nummerierung als der im Anhang dargestellte Beispiel-Katamnesebogen.

1	Soziodemographische Angaben
1.1	Gegenwärtiger Familienstand
	<ul style="list-style-type: none"> 1 Ledig 2 Verheiratet, zusammenlebend 3 Verheiratet, getrennt lebend 4 Geschieden 5 Verwitwet
1.2	Überwiegende Partnersituation in den letzten 12 Monaten
	<ul style="list-style-type: none"> 1 Alleinstehend 2 Zeitweilige Beziehungen 3 Feste Beziehung 4 Sonstiges
1.3	Überwiegende Wohnsituation in den letzten 12 Monaten
	<ul style="list-style-type: none"> 1 Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus) 2 Bei anderen Personen 3 Ambulant betreutes Wohnen 4 Fachklinik, stationäre Reha-Einrichtung 5 Wohnheim, Übergangwohnheim, Pflegeheim 6 JVA 7 Notunterkunft, Übernachtungsstelle 8 Ohne Wohnung 9 Sonstiges
1.4	Überwiegende Erwerbssituation in den letzten 12 Monaten
	<ul style="list-style-type: none"> 1 Auszubildender 2 Arbeiter, Angestellter, Beamter 3 Selbständiger, Freiberufler 4 Sonstige Erwerbsperson (Z.B. Wehrdienst, in Elternzeit) 5 In beruflicher Rehabilitation 6 Arbeitslos mit Bezug von ALG I 7 Arbeitslos mit Bezug von ALG II 8 Schüler/Student 9 Hausfrau/Hausmann

	10 Rentner
	11 Sonstige Nichterwerbsperson

2	In Einrichtungen erhaltene Hilfen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung in den letzten 12 Monaten	
2.1	Selbsthilfe(gruppe)	ja / nein
2.2	Niederschwellige Einrichtungen (z.B. Notschlafstelle, Konsumräume, Streetwork,Essensausgabe)	ja / nein
2.3	Ambulante Einrichtungen (z.B. Psychosoziale Beratungs-/Behandlungsstelle, Institutsambulanz, ambulant betreutes Wohnen)	ja / nein
2.4	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	ja / nein
2.5	Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	ja / nein
2.6	Krankenhaus (z.B. Allgemeinkrankenhaus, Maßregelvollzug oder Psychiatrisches Krankenhaus oder psychiatrische Abteilung)	ja / nein
2.7	Stationäre Rehabilitationseinrichtung/Fachklinik	ja / nein
2.8	Adaptionseinrichtung	ja / nein
2.9	Heim/Übergangseinrichtung	ja / nein
2.10	Strafvollzug	ja / nein
2.11	Sonstige Einrichtung	ja / nein

3	Teilnahme an Maßnahmen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung in den letzten 12 Monaten	
3.1	Medizinische Notfallhilfe	ja / nein
3.2	Substitutionsbehandlung	ja / nein
3.3	Sonstige medizinische Maßnahmen	ja / nein
3.4	Entzug/Entgiftung	ja / nein
3.5	Ambulante Beratung	ja / nein
3.6	Ambulante Rehabilitation	ja / nein
3.7	Stationäre Rehabilitation	ja / nein
3.8	Adaptionsbehandlung	ja / nein
3.9	Sozialtherapeutische Maßnahmen (z. B. Eingliederungshilfe)	ja / nein
3.10	Psychiatrische Behandlung	ja / nein

3.11	Psychotherapeutische Behandlung	ja / nein
3.12	Ambulantes betreutes Wohnen	ja / nein
3.13	Sonstiges	ja / nein

4	Suchtmittelkonsum	
	4.X.1 und 4.X.2. wird für die folgenden Substanzen erhoben	
	1 Alkohol 2 Tabak 3 Heroin 4 Methadon/Buprenorphin 5 Andere Opiate 6 Cannabis 7 Barbiturate/Schmerzmittel	8 Hypnotika/Sedativa (Beruhigungsmittel) 9 Kokain/Crack 10 Amphetamine und andere Stimulantien 11 Ecstasy 12 Halluzinogene 13 Flüchtige Lösungsmittel 14 Andere Substanzen
4.X.1	Konsum von X in den letzten 12 Monaten	
	1 Nein 2 Ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen 3 Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen	
4.X.2	Zahl der Konsumtage von X in den letzten 30 Tagen	
	1 an einem Tag 2 an 2-7 Tagen 3 an 8-25 Tagen 4 (fast) täglich	
4.14.3	Name der anderen Substanz <input type="text"/>	
4.15	Intravenöser Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten	
	1 Nein 2 Ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen 3 Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen	

5	Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen in den letzten 12 Monaten	
	Die Veränderungen werden in den folgenden Lebensbereichen (X) erhoben:	
	1 Partnerbeziehung 2 Eltern, Geschwister, Verwandte 3 Eigene Kinder 4 Bekannte, Freunde 5 Freizeitgestaltung 6 Arbeitssituation 7 Körperliche Gesundheit	8 Seelischer Zustand 9 Finanzielle Situation 10 Wohnsituation 11 Straftaten, Delikte 12 Suchtmittelgebrauch 13 Alltagsbewältigung
5.X	Verbesserungen oder Verschlechterungen in den letzten 12 Monaten durch Änderungen in den verschiedenen Lebensbereichen	

	1 viel besser 2 besser 3 etwas besser 4 gleich geblieben 5 etwas schlechter 6 schlechter 7 viel schlechter 8 trifft nicht zu (nur für X=3,11)
--	--

6	Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen	
	Die Zufriedenheit wird in den folgenden Lebensbereichen (X) erhoben	
	1 Partnerbeziehung 2 Eltern, Geschwister, Verwandte 3 Eigene Kinder 4 Bekannte, Freunde 5 Freizeitgestaltung 6 Arbeitssituation 7 Körperliche Gesundheit	8 Seelischer Zustand 9 Finanzielle Situation 10 Wohnsituation 11 Straftaten, Delikte 12 Suchtmittelgebrauch 13 Alltagsbewältigung
6.X	Aktuelle Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen	
	1 sehr zufrieden 2 zufrieden 3 eher zufrieden 4 eher unzufrieden	5 unzufrieden 6 sehr unzufrieden 7 trifft nicht zu (nur für X=3,11)

5.3.2 Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Katamnese

Im Gegensatz zu den Items des Kerndatensatzes Klient (KDS-K) werden die Fragen im Katamnesefragebogen vom Klienten bzw. der Klientin beantwortet, im Regelfall allein und ohne Unterstützung durch eine Fachkraft. Die in diesem Abschnitt zusammengestellten Erläuterungen dienen somit dem Zweck, den Fachkräften Hilfestellungen an die Hand zu geben, falls Klient/innen bei der Beantwortung des Fragebogens um Erläuterungen und Unterstützung anfragen bzw. wenn bereits im Behandlungsverlauf der Katamnesefragebogen vorgestellt wird. In zweiter Linie sind die Erläuterungen bei der Beurteilung der Ergebnisse hilfreich, um der Gefahr „beliebiger“ Interpretationen vorzubeugen.

Der Katamnesefragebogen ist in 6 Bereiche unterteilt. Wie im Kerndatensatz Klienten (KDS-K) werden zunächst

- | | |
|---|--|
| 1 | Angaben zur Person zum Zeitpunkt der Nachbefragung erfasst. |
| 2 | Anschließend wird erhoben, welche Einrichtungen die Klient/innen nach Abschluss der Behandlung wegen ihrer Suchtprobleme in Anspruch genommen haben. |
| 3 | Und an welchen Maßnahmen sie teilgenommen haben. |
| 4 | Es folgen Fragen zum Suchtmittelkonsum. |
| 5 | Den Abschluss bilden Fragen, inwieweit seit Beendigung der Beratung/Behandlung in verschiedenen Lebensbereichen Veränderungen aufgetreten sind. |
| 6 | Sowie Items zur aktuellen persönlichen Zufriedenheit in diesen Lebensbereichen. |

1	Soziodemographische Angaben
1.1	<p>Familienstand</p> <p>Entspricht Item 2.3.1 im Kerndatensatz Klient (KDS-K). Die Kategorien sind in ihrem formaljuristischen Sinn gemeint; sie entsprechen außerdem den Kategorien der allgemeinen Bevölkerungsstatistik.</p> <p>1 Ledig</p> <p>2 Verheiratet, zusammenlebend Die Angabe „verheiratet“ ist nur dann zutreffend, wenn der Klient/die Klientin standesamtlich getraut ist.</p> <p>3 Verheiratet, getrennt lebend In die Kategorie fallen Fälle, bei welchen eine juristisch noch nicht vollzogene Scheidung erfasst wird. Liegen keine näheren Informationen vor, so geben Sie „verheiratet, zusammenlebend“ an.</p> <p>4 Geschieden Die eheliche Verbindung ist standesamtlich geschieden. Die Kategorie soll auch verwendet werden, wenn eine Scheidung vorliegt und der ehemalige Partner oder die ehemalige Partnerin inzwischen verstorben ist.</p> <p>5 Verwitwet Wenn der Ehepartner inzwischen verstorben ist und keine neue (standesamtlich geschlossene) Ehe eingegangen wurde.</p>
1.2	<p>Partnerbeziehung</p> <p>Mit dem Begriff "Partnerbeziehung" ist keine formalrechtliche Kategorie gemeint. Vielmehr ist anzugeben, ob der Klient oder die Klientin in den letzten 12 Monaten allein oder in einer oder in mehreren Partnerbeziehung(en) lebte. Falls eine Partnerbeziehung zutrifft, soll er angeben, welche Variante - zeitweilig oder fest – als die überwiegende gelebt wurde.</p> <p>Das Vorliegen einer zeitweiligen oder festen Beziehung schließt nicht ein, dass die Personen zusammenleben! Ebenso sollen gleichgeschlechtliche Partnerbeziehungen berücksichtigt werden, ohne dass dies ausdrücklich anzugeben ist. Aufgrund der Vorgabe der in den letzten 12 Monaten "überwiegenden" Partnerbeziehung entspricht dieses Item nicht ganz dem Item 2.3.2 des KDS-K.</p>

	<p>1 <i>Alleinstehend</i> Der Klient oder die Klientin hat im Katamnesezeitraum in keiner Partnerbeziehung gelebt.</p> <p>2 <i>Zeitweilige Beziehung(en)</i> Ist anzukreuzen, wenn eine Partnerbeziehung mindestens einen Monat lang mit mehreren Kontakten bestand, unabhängig davon, wann dies im Katamnesezeitraum der Fall war.</p> <p>3 <i>Feste Beziehung(en)</i> Ist anzukreuzen, wenn ein regelmäßiger und fortlaufender Kontakt während des Katamnesezeitraums zur gleichen Person oder zu den gleichen Personen bestand.</p> <p>4 <i>Sonstiges</i> Wenn keine der Kategorien 1-3 erfüllt ist (z.B. hat der Klient vor 2 Wochen einen neuen Partner kennengelernt).</p> <p>Treffen zwei Kategorien zu (z.B. zeitweilige Beziehung und feste Beziehung, dann ist die höhere Kategorie anzukreuzen (z. B. feste Beziehung, wenn neben einer festen Beziehung noch (eine) zeitweilige Beziehung(en) bestand(en).</p>
1.3	<p>Wohnsituation</p> <p>Dieses Item entspricht der Frage 2.3.8 des KDS-K. Das Augenmerk liegt auf der überwiegenden Wohnsituation in den letzten 12 Monaten (im Gegensatz zum Kerndatensatz Klient – Zeitfenster: ½ Jahr)</p>
	<p>1 <i>Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus)</i></p> <p>Die Person wohnt zur (Unter-)Miete in einer/m Wohnung/Haus, bzw. im eigenen/r Haus/Eigentumswohnung. Die Wohnsituation von Kindern und Jugendlichen unter 18, die im Elternhaus wohnen, ist ebenfalls mit 1 zu kodieren. Volljährige, die bei den Eltern wohnen und nicht durch einen Mietvertrag rechtlich gesichert sind, werden unter 2 „Wohnen bei anderen Personen“ kodiert. Wohnen Sie jedoch bei den Eltern und haben einen eigenen Mietvertrag bzw. den Mietvertrag mit unterschrieben, dann gilt Kategorie 1 „Selbständiges Wohnen“, da das ausschlaggebende Kriterium der rechtlichen Absicherung erfüllt ist. Lebt der Klient bei einem Ehe- oder Lebenspartner (eheähnliche Lebensgemeinschaft), gilt auch dann Kategorie 1, wenn der Klient nicht im Mietvertrag steht, da durch die Form des Familienstands eine rechtliche Absicherung gewährleistet ist.</p>

	<p>2 <i>Bei anderen Personen</i></p> <p>Wenn der Klient bei jemand anderem in der Wohnung oder im Haus wohnt, z.B. beim Partner oder bei Freunden etc., ohne rechtliche Absicherung im Sinne eines Mietvertrages bzw. durch entsprechende Eigentumsverhältnisse.</p>
	<p>3 <i>Ambulant betreutes Wohnen</i></p> <p>Dies kann z.B. eine sozialpädagogisch betreute Wohngemeinschaft oder betreutes Einzelwohnen sein.</p>
	<p>4 <i>(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung</i></p>
	<p>5 <i>Wohnheim/Übergangswohnheim</i></p> <p>Auch der Aufenthalt in einem Frauenhaus ist hier zu kodieren.</p>
	<p>6 <i>JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung</i></p> <p>War der Klient das letzte halbe Jahr vor der aktuellen Betreuung überwiegend im (Untersuchungs-)Gefängnis so ist unter a) diese Kategorie anzugeben.</p>
	<p>7 <i>Notunterkunft, Übernachtungsstelle</i></p> <p>Wohnt der Klient in einem Hotel o.ä., das vom Sozialamt als Notunterkunft ausgewiesen ist und bezahlt wird, oder in einem Lager, so ist dies die anzugebende Kategorie.</p>
	<p>8 <i>Ohne Wohnung</i></p> <p>Wenn der Klient wohnungslos ist, also keinen festen Wohnsitz hat. Es ist immer die spezifischere Antwort zu kodieren. Wenn also z.B. eine Notunterkunft vorhanden ist, ist diese Antwort (7) zu kodieren.</p>
	<p>9 <i>Sonstiges</i></p> <p>Wenn keine der bisherigen Kategorien zutrifft wird 9 „Sonstiges“ gewählt.</p>

1.4	<p>Erwerbstätigkeit</p> <p>Dieses Item entspricht der Frage 2.3.9 Erwerbssituation im Kerndatensatz Klient KDS-K.</p> <p>Im Gegensatz zum KDS-K bezieht sich die Frage im Katamnesefragebogen auf den Zeitraum der letzten 12 Monate (bei 1-Jahres-Katamnesen). Bei Personen, auf die mehrere Kategorien zutreffen, ist zu beurteilen, welche überwiegt. Ein Student, der in den Ferien zwei Monate gearbeitet hat, ist als „Schüler, Student“ zu beurteilen. Personen, die im erfragten Katamnesezeitraum mehr als die Hälfte der Zeit beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet waren, sind in der Kategorie „arbeitslos“ zu kodieren.</p> <p>Erwerbspersonen sind alle Personen, die eine unmittelbar auf Erwerb ausgerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen, unabhängig von der Bedeutung des Ertrags dieser Tätigkeit für den Lebensunterhalt und ohne Rücksicht auf die von ihnen tatsächlich geleistete oder vertragsmäßig zu leistende Arbeitszeit (Kategorien 1-6).</p> <p>Nichterwerbspersonen sind alle Personen, die keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (Kategorien 7-9). Kam der/die Klient/in innerhalb des Katamnesezeitraums in Haft, ist hier das Beschäftigungsverhältnis vor Haftantritt relevant. Ist der Klient/die Klientin länger als sechs Monate in Haft, ist die Situation während der Haft anzugeben.</p>
	<p><i>1 Auszubildender</i></p> <p>(In anerkannten Ausbildungsberufen) sind Personen, die in der praktischen Berufsausbildung stehen, einschließlich Praktikanten, Umschüler und Volontäre.</p>
	<p><i>2 Arbeiter/Angestellter/Beamter</i></p> <p>Alle Lohn- und Gehaltsempfänger, unabhängig von der Lohnzahlungs- und Lohnabrechnungsperiode, ferner Heimarbeiter und Hausgehilfen und alle Lohnempfänger mit einer qualifizierten Erwerbstätigkeit, für die eine abgeschlossene Lehre oder eine vergleichbare Ausbildung von mindestens zwei Jahren nötig ist. Es werden ebenfalls alle nicht verbeamteten Gehaltsempfänger und alle verbeamteten Personen in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis des Bundes, der Länder, der Gemeinden und sonstiger Körperschaften des öffentlichen Rechts, Richter und Soldaten, ferner Geistliche der Katholischen Kirche und der Evangelischen Kirchen in Deutschland hier kodiert.</p>

	<p>3 <i>Selbständiger/Freiberufler</i></p> <p>Personen, die einen Betrieb oder eine Arbeitsstätte gewerblicher oder landwirtschaftlicher Art wirtschaftlich und organisatorisch als Eigentümer oder Pächter leiten oder in einem freien Beruf (Ärzte, Psychotherapeuten, Rechtsanwälte etc.) arbeiten.</p>
	<p>4 <i>sonstige Erwerbspersonen</i></p> <p>Hier werden Personen in Elternzeit oder im Wehrdienst kodiert, sowie mithelfende Familienangehörige. Dies sind Familienangehörige, die in einem Betrieb, der von einem Familienmitglied als Selbständiger geleitet wird, mithelfen, ohne hierfür Lohn oder Gehalt zu erhalten.</p>
	<p>5 <i>in beruflicher Rehabilitation</i></p> <p>Personen, die Lohn oder Gehalt, d.h. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation oder Arbeitsprojekten beziehen.</p>
	<p>6 <i>arbeitslos mit Bezug von ALG I</i></p> <p>Hier werden Personen kodiert, die gemäß SGB III Arbeitslosengeld I beziehen.</p>
	<p>7 <i>arbeitslos mit Bezug von ALG II</i></p> <p>Hier werden Personen kodiert, die gemäß SGB II Arbeitslosengeld II beziehen. Diese Kategorie trifft z.B. auch für Personen mit Leistungen nach § 16.3 SGB II zu.</p>
	<p>8 <i>Schüler/Student</i></p> <p>In diese Gruppe gehören alle Klienten, die eine Schule besuchen oder ein Studium absolvieren.</p>
	<p>9 <i>Hausfrau/Hausmann</i></p> <p>In diese Gruppe gehören Personen, die mit der Haushaltsführung und evtl. mit der Kindererziehung beschäftigt sind und sich nicht (mehr) in Elternzeit befinden.</p>
	<p>10 <i>Rentner/Pensionär</i></p>
	<p>11 <i>sonstige Nichterwerbspersonen</i></p>

2	<p>Einrichtungskontakte</p> <p>Die Fragen im Katamnesebogen orientieren sich am Kerndatensatz Klient KDS-K, Items 3.2 und 3.3, stellen sich aber in der konkreten Ausgestaltung deutlich anders dar. Die Formulierungen sowohl in Bezug auf die Kontakte zu/Hilfen durch Einrichtungen als auch in Bezug auf die erhaltenen Maßnahmen sind so gewählt, dass Klient/innen in der Lage sein sollen, diese auch beantworten zu können. Die dahinter liegenden sozialrechtlichen und institutionellen Unterschiede (Kosten-/Leistungsträger), oder Abgrenzungen zwischen Einrichtungstypen und Maßnahmen sind den Kunden dieser Einrichtungen und Maßnahmen nur in seltenen Fällen geläufig.</p> <p>Somit wurde bei der Entwicklung dieser Fragen bewusst in Kauf genommen, dass die innerhalb einer Einrichtung (z.B. in ambulanten Einrichtungen) höchst unterschiedlichen Formen von Leistungen und Maßnahmen in dem Katamnesebogen nicht differenziert abgebildet werden können, und aus den Antworten auf die erhaltenen Maßnahmen nicht direkt auf die Institution, die diese erbracht hat, rückgeschlossen werden kann.</p> <p>Hilfen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung:</p> <p>Die Fragen zu den in Anspruch genommenen Hilfsinstitutionen sind in die Rubriken Selbsthilfegruppe, niederschwellige Einrichtungen (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork, Essensausgabe, o.ä.), ambulante Einrichtungen (Psychosoziale Beratungs-/Behandlungsstelle, Institutsambulanz, Tagesklinik o.ä.), Arbeits- und Beschäftigungsprojekte, ärztliche oder psychotherapeutische Praxis, Krankenhaus (z.B. Allgemeinkrankenhaus, Psychiatrisches Krankenhaus/Abteilung, Maßregelvollzug), stationäre Rehabilitationseinrichtung/Fachklinik, Adaptionseinrichtung, Heim/ Übergangseinrichtung, Strafvollzug und sonstige Einrichtungen unterteilt.</p> <p>Bei Rückfragen durch Klienten ist darauf zu achten, dass nur solche Hilfsangebote angekreuzt werden sollen, die im Zusammenhang mit der Suchterkrankung stehen.</p>
---	--

3	<p>Teilnahme an Maßnahmen wegen der Suchterkrankung</p> <p>Die Fragen nach der Teilnahme an Maßnahmen wegen der Suchterkrankung im Katamnesezeitraum sind unterteilt in medizinische Notfallhilfe, Substitutionsbehandlung, sonstige medizinische Maßnahmen, Entzug/Entgiftung, ambulante Beratung, ambulante Rehabilitation, stationäre Rehabilitation, Adaptionsbehandlung, sozialtherapeutische Maßnahmen (z. B. Eingliederungshilfe), psychiatrische Behandlung, psychotherapeutische Behandlung, ambulantes betreutes Wohnen und sonstige Maßnahmen. Bei Rückfragen durch Klienten ist darauf zu achten, dass nur solche Hilfsangebote angekreuzt werden sollen, die im Zusammenhang mit der Suchterkrankung stehen.</p>
4	<p>Konsum von Suchtmitteln</p> <p>Die Fragen nach dem Konsum von Suchtmitteln enthalten qualitative (Konsum ja/nein) und quantitative Anteile (an wie vielen Tagen erfolgte der Konsum innerhalb der letzten 30 Tage).</p> <p>In einem ersten Schritt wird erfragt, ob in dem Katamnesezeitraum Suchtmittel konsumiert wurden, und im Falle einer Bejahung, ob der Konsum mehr als 30 Tage zurückliegt oder ob der Konsum auch in den letzten 30 Tagen erfolgt ist. Bei einem Konsum in den letzten 30 Tagen wird differenziert nach der Häufigkeit des Konsums: an 1 Tag, an 2 bis 7 Tagen, an 8 bis 25 Tagen, (fast) täglicher Konsum.</p> <p>Bei den Suchtmitteln wird unterschieden nach Alkohol, Tabak, Heroin, Methadon/Buprenorphin, anderen Opiaten, Cannabis, Barbituraten/ Schmerzmitteln, Beruhigungsmitteln, Kokain/Crack, Aufputzmittel (Amphetamine und andere Stimulantien), Ecstasy, Halluzinogenen, flüchtigen Lösungsmitteln und anderen Substanzen.</p> <p>Es wurde bewusst auf die Frage nach Konsummengen (z.B. Anzahl Zigaretten, Gramm Reinalkohol, Anzahl Heroininjektionen, ...) verzichtet. Stattdessen sollen über die Differenzierung der Konsumhäufigkeiten bezogen auf die zurückliegenden 30 Tage Rückschlüsse auf die Intensität des Suchtmittelkonsums (bzw. die Schwere des Rückfalls) gewonnen werden. Wenn der Konsum von Suchtmitteln länger als 30 Tage zurückliegt, ist eine kurzfristige Abstinenz bzw. Stabilisierung des Suchtmittelkonsums anzunehmen.</p> <p>Es wird nicht möglich sein, anhand der Angaben der ehemaligen Klient/ innen Suchtmitteldiagnosen im Sinne des ICD-10 erfassen zu können - auch an diesem Punkt unterscheidet sich der Katamnesebogen grundlegend vom Kerndatensatz Klient KDS-K.</p> <p>In Frage 4.4 wird spezifisch nach dem intravenösen Konsum gefragt.</p>

5 / 6	<p>Lebenssituation</p> <p>Mit den Fragenkomplexen 5 und 6 ist das Ziel verbunden, Aufschluss über die Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen der Klienten im Katamnesezeitraum zu erhalten. Der Fragenkomplex 5 fragt nach Verbesserungen oder Verschlechterungen seit Beendigung der Behandlung. Liegen keinerlei (positive oder negative) Veränderungen vor ist die Kodierung 4=gleich geblieben zu verwenden. In Frage 6 wird die aktuelle Zufriedenheit in diesen Lebensbereichen erhoben.</p> <p>Die Fragenkomplexe 5 und 6 sind unterteilt in: Partnerbeziehung, Eltern/ Geschwister/Verwandte, eigene Kinder, Bekannte/Freunde, Freizeitgestaltung, Arbeitssituation, körperliche Gesundheit, seelischer Zustand, finanzielle Situation, Wohnsituation, Straftaten/Delikte, Suchtmittelgebrauch und Alltagsbewältigung.</p> <p>Die Antwortmöglichkeit „trifft nicht zu“ existiert nur für die Bereiche 3 (Eigene Kinder) und 11 (Straftaten). In den übrigen Bereichen wird das Nichtzutreffen anders kodiert, z.B.: besteht bei einem Klienten bei Behandlungsende keine Partnerschaft und trifft dies ebenso zum Katamnesezeitpunkt zu, wird für den Bereich „Partnerschaft“ bei Frage 5 Kategorie 4 (gleich geblieben) gewählt. Bei Frage 6 wird die Zufriedenheit mit der Situation als Single angegeben. Analog wird für einen Klienten, der bereits während der Behandlung abstinent war und dies nach wie vor ist, bei Frage 5 zum Suchtmittelkonsum Kategorie 4 gewählt, bei Frage 6 die Zufriedenheit mit der Abstinenz eingeschätzt.</p>
--------------	--

5.4 Fragebogen Katamnese

Der folgende Fragebogen stellt die Umsetzung der dargestellten Items für die 12-Monats-Katamnese dar. Bei der Durchführung von 2-Jahres-, 5-Jahres- bzw. 10-Jahres-Katamnesen muss neben dem Zeitraum der letzten 12 Monate auch der jeweils vollständige Katamnesezeitraum abgefragt werden, bei 6-Monats-Katamnesen die Überschriften entsprechend angepasst werden.

Um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, ist der Fragebogen in der vorliegenden Form anzuwenden. Für spezifische Zwecke können Ergänzungen vorgenommen werden, sofern die hier verwendeten Items dadurch weder in der Form noch im Inhalt verändert werden. Die Seiten des Fragebogens wurden unabhängig vom Gesamttext nummeriert.

Der Fragebogen steht auch als DOC-Datei zur Verfügung und kann von den Websites der DHS (www.dhs.de) und der Deutschen Suchthilfestatistik (www.suchthilfestatistik.de) heruntergeladen werden.

Nach dem Ausfüllen bitte im beiliegenden
Rückumschlag senden an:

PSB

Name der Einrichtung

- Name des Katamnesebeauftragten

Strasse, Nr.

D PLZ Ort der Einrichtung

....

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Datum:

Fragebogen

zum Kerndatensatz Katamnese

Einrichtungs-Code:	_____
Klient Nr.:	____ / _____
Beginn der Behandlung am:	____.____.____
Ende der Behandlung am:	____.____.____
Versendet am:	____.____.____
Ausgefüllt am:	____.____.____
Eingegangen am:	____.____.____

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE BEREITSCHAFT, SICH AN UNSERER NACHBEFRAGUNG ZU BETEILIGEN

Sicherlich haben Sie einige Fragen zur Untersuchung. Wir möchten hier die wichtigsten vorab beantworten:

1. Was ist das Ziel dieser Untersuchung?

Wie bemühen uns darum, unsere Arbeit ständig zu verbessern. Dafür ist von ganz besonderem Interesse, wie es unseren Klienten nicht nur direkt am Ende der Betreuung, sondern auch einige Zeit später geht. In diesem Fragebogen bitten wir Sie, uns hierzu einige Angaben zu machen. Sie helfen uns damit, unseren Klienten und Klientinnen in Zukunft noch bessere und wirksamere Behandlungsmaßnahmen anzubieten.

2. Warum wurde gerade ich für die Untersuchung ausgewählt?

Wir schicken Ihnen den Fragebogen zu, da Sie Ihre Behandlung bei uns vor ziemlich genau einem Jahr beendet haben und sich damals grundsätzlich zu einer Teilnahme an einer solchen Nachbefragung bereit erklärt haben. Ihre Beteiligung ist sehr wichtig für uns, da nur ein möglichst vollständiges Bild aller unserer ehemaligen Klienten eine gute Grundlage für die Auswertung unserer Arbeit darstellt.

3. Was geschieht mit den Angaben?

Ihre Angaben werden gemeinsam mit unseren Unterlagen über Ihre Betreuung in unserem Hause analysiert. Die Ergebnisse aller Klienten werden statistisch aufbereitet und teilweise veröffentlicht. Sie lassen in keinem Fall Rückschlüsse darauf zu, welche Person welche Angaben gemacht hat. Zugang zu den Daten hat außer den Mitarbeitern unserer Einrichtung und den mit der Auswertung betrauten Wissenschaftlern niemand. Der Datenschutz ist in jedem Fall gewährleistet.

4. Was ist zu tun?

Wir möchten Sie nun bitten, die folgenden Fragen genau zu lesen und aufmerksam zu beantworten. Für das Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie ca. 10 Minuten. Bearbeiten Sie den Fragebogen bitte an einem Ort, an welchem Sie in dieser Zeit ungestört sind. Der Fragebogen wendet sich an Sie persönlich. Dritte (Partner, Freunde, Eltern) sollten Sie beim Ausfüllen nicht zu Rate ziehen. Bitte notieren Sie nach der Beantwortung der Fragen auf der ersten Seite noch das Datum, an dem sie den Fragebogen ausgefüllt haben.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist sehr einfach.

→ Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffende/n Antwortmöglichkeit/en in den dafür vorgesehenen Kästchen an:

→ Bei einigen Fragen dürfen sie nur eine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ankreuzen

Bei anderen Fragen sollen sie alle zutreffenden Antwortmöglichkeiten ankreuzen

Bei jeder Frage steht ein Hinweis, welche Ausfüllart für die jeweilige Frage zutrifft

Wegen der besseren Lesbarkeit wurde jeweils nur die männliche Form genannt. Es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

Bitte schicken Sie dann den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten GROSSEN RÜCKUMSCHLAG an uns zurück. Das Porto übernehmen wir.

5. Benötigen Sie weitere Informationen?

Wir beantworten Ihre Fragen gerne. Unter erreichen Sie uns telefonisch. Sie können aber auch über E-Mail Kontakt mit uns aufnehmen.

UND HIER GEHT ES MIT DEN FRAGEN LOS ...

Angaben zu Ihrer Person

1.1 Wie ist ihr gegenwärtiger Familienstand?

⇒ Bitte nur **eine** Möglichkeit ankreuzen!

Ich bin:

- ledig 1
- verheiratet und lebe mit meinem Ehepartner zusammen 2
- verheiratet und lebe von meinem Ehepartner getrennt 3
- geschieden 4
- verwitwet 5

1.2 Wie war Ihre Partnersituation in den letzten 12 Monaten überwiegend?

⇒ Bitte nur **eine** Möglichkeit ankreuzen!

Ich war überwiegend:

- alleinstehend 1
- zeitweilige Beziehung 2
- feste Beziehung 3
- sonstiges 4

1.3 Wie war ihre Wohnsituation in den letzten 12 Monaten überwiegend?

⇒ Bitte nur **eine** Möglichkeit ankreuzen!

Ich wohnte überwiegend

- in einer/m eigenen Wohnung, Haus (zur Miete, als Eigentum) ... 1
- bei anderen Personen (z.B. Eltern, Angehörigen) 2
- in einer Einrichtung des ambulanten betreuten Wohnens 3
- in einer Klinik oder Adaptionseinrichtung 4
- in einem (Übergangs-)Wohnheim, Pflegeheim, Frauenhaus 5
- in einer JVA oder einer anderen Einrichtung des Strafvollzugs .. 6
- in einer Notunterkunft, Übernachtungsstelle 7
- Ich hatte überwiegend keine Wohnung 8
- sonstiges (z.B. bei Freunden/Bekanntem) 9

1.4 Wie war ihre Erwerbssituation in den letzten 12 Monaten überwiegend?

⇒ Bitte nur **eine** Möglichkeit ankreuzen!

Ich war überwiegend

- Auszubildender 1
- Arbeiter/Angestellter/Beamter 2
- Selbständiger/Freiberufler 3
- Sonstige Erwerbsperson (z. B. Wehrdienst, in Elternzeit etc.) 4
- In beruflicher Rehabilitation 5
- arbeitslos mit Bezug von ALG I ... 6
- arbeitslos mit Bezug von ALG II 7
- Schüler/Student 8
- Hausfrau/Hausmann 9
- Rentner 10
- sonstiges 11

Einrichtungskontakte

2. In welchen Einrichtungen haben Sie in den letzten 12 Monaten Hilfen im Zusammenhang mit Ihrer Suchterkrankung erhalten?

⇒ Bitte kreuzen Sie **alles** an, was für Sie zutrifft!

- Selbsthilfe(-gruppe)..... 1
- Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork, Essensausgabe o.ä.
..... 2
- ambulante Einrichtungen (Psychosoziale Beratungs-/Behandlungsstelle,
Institutsambulanz, Tagesklinik o.ä.) 3
 4
- Arbeits- und Beschäftigungsprojekt 5
- ärztliche oder psychotherapeutische Praxis 6
- Krankenhaus (z.B. allgemeines oder psychiatrisches Krankenhaus/ Kran-
kenhausabteilung, Maßregelvollzug) 7
 8
- stationäre Rehabilitationseinrichtung/Fachklinik 9
- Adaptionseinrichtung 10
- Heim/Übergangseinrichtung 11
- Strafvollzug 12
- sonstige Einrichtung 13

3. An welchen Maßnahmen haben Sie in den letzten 12 Monaten im Zusammenhang mit Ihrer Suchterkrankung teilgenommen?

⇒ Bitte kreuzen Sie **alles** an, was für Sie zutrifft!

- medizinische Notfallhilfe 1
..... 2
- Substitutionsbehandlung 3
..... 4
- sonstige medizinische Maßnahmen 5
..... 6
- Entzug/Entgiftung 7
- ambulante Beratung 8
..... 9
- ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation) 10
..... 11
- stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation) 12
..... 13
- Adaptionsbehandlung 14
- sozialtherapeutische Maßnahmen (z.B. Eingliederungshilfe) 15
- psychiatrische Behandlung 16
- psychotherapeutische Behandlung 17
..... 18
- ambulantes betreutes Wohnen 19
- sonstige Maßnahmen 20

Konsum von Suchtmitteln

4. Welche der folgenden Suchtmittel haben Sie in den letzten 12 Monaten konsumiert?
 ⇒ Bitte machen Sie unbedingt in **jeder Zeile ein** Kreuz!

	Kein Konsum	Konsum hat stattgefunden				
		aber nicht in den letzten 30 Tagen	(auch) in den letzten 30 Tagen und zwar an			
			1 Tag	2 – 7 Tagen	8 – 25 Tagen	(fast) täglich
4.1 Alkohol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.2 Tabak	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.3 Heroin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.4 Methadon/Buprenorphin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.5 Andere Opiate	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.6 Cannabis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.7 Barbiturate/Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.8 Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.9 Kokain/Crack	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.10 Aufputschmittel (Amphetamine und andere Stimulantien)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.11 Ecstasy	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.12 Halluzinogene (z.B. LSD)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.13 Flüchtige Lösungsmittel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4.14 Andere Substanzen, nämlich: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

4.15 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten intravenösen Substanzkonsum?
 ⇒ Bitte nur **eine** Möglichkeit ankreuzen!

- nein ₁
- ja, aber nicht mehr in den letzten 30 Tagen ... ₂
- ja, (auch) in den letzten 30 Tagen ₃

Lebenssituation

5. Haben sich bei Ihnen in den folgenden Lebensbereichen während der letzten 12 Monate Veränderungen ergeben?

⇒ Bitte machen Sie **in jeder Zeile ein** Kreuz.

Falls Sie keine eigenen Kinder haben bzw. keine Straftaten oder sonstige Delikte bestehen, geben Sie bitte „trifft nicht zu“ an

Lebensbereich	viel besser	besser	etwas besser	gleich geblieben	etwas schlechter	schlechter	viel schlechter	trifft nicht zu
Partnerbeziehung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	
Eltern, Geschwister, Verwandte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	
Eigene Kinder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
Bekannte, Freunde	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	
Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	
Arbeitssituation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	
Körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	
Seelischer Zustand	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	
Straftaten, Delikte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
Suchtmittelgebrauch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	
Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	

Lebenszufriedenheit

Nachfolgend finden Sie verschiedene Lebensbereiche aufgeführt. Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie heute mit diesen Bereichen sind.

⇒ Bitte machen Sie **in jeder Zeile ein** Kreuz.

Falls Sie keine eigenen Kinder haben bzw. keine Straftaten oder sonstige Delikte bestehen, geben Sie bitte „trifft nicht zu“ an

Lebensbereich	sehr zu- frieden	zufrie- den	eher zufrie- den	eher un- zufrieden	un- zufrieden	sehr un- zufrieden	trifft nicht zu
Partnerbeziehung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
Eltern, Geschwister, Verwandte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
Eigene Kinder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Bekannte, Freunde	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
Arbeitssituation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
Körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
Seelischer Zustand	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
Straftaten, Delikte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
Suchtmittelgebrauch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	
Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	

Was hat Ihnen, im Rückblick, während ihrer Beratung/Behandlung in unserer Einrichtung am **meisten** geholfen?

Was hat ihnen, im Rückblick, während ihrer Beratung/Behandlung in unserer Einrichtung am **wenigsten** geholfen?

Hier haben sie noch Gelegenheit, alles aufzuschreiben, was sie uns sonst noch mitteilen wollen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !!!

5.5 Arbeitshilfen für die Durchführung

5.5.1 Einführung von Katamneseerhebungen in der Einrichtung: Schreiben der Leitung/des Trägers an die Mitarbeiter/innen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zukünftig werden wir regelmäßig eine Katamnese durchführen. Wir verwenden dazu den DHS - Kernkatamnesebogen.

Verantwortlich für die Durchführung der Nachbefragung ist Frau/Herr [Dokumentationsbeauftragte/r].

Als Anlage zu diesem Schreiben erhalten Sie ein Informationspapier mit wichtigen Hinweisen zur Durchführung der Katamnese.

Mit freundlichen Grüßen

(die Katamnese anordnende Person oder eine AG, die von dieser Person mit der Umsetzung der Katamnese beauftragt wurde)

Anlagen:

Informationspapier Katamnese (s. Abschnitt 5.2)

Durchführungsplan für die/den Dokumentationsbeauftragte/n (s. Abschnitt 5.2.5)

Arbeitshilfen zur Durchführung einer Nachbefragung (5.5.3)

5.5.2 Einwilligungserklärung/Einverständniserklärung

Die folgenden Beispiele für eine Einwilligungserklärung sind entweder „umfassend“ angelegt, wenn sie bereits zu Beginn der Behandlung vom Klienten bzw. von der Klientin eingeholt werden, oder aber „spezifisch“, wenn die Erhebung personenbezogener Daten für einen bestimmten Zweck - z.B. die Katamnese - erfolgt.

Bitte beachten Sie, dass der Datenschutz – insbesondere die Wahrung des „Sozialgeheimnisses“ (Hückel) alle Beteiligten einbezieht, also auch den Klienten!

Beispiel 1: Erklärung zur Datenerhebung und -Weitergabe

Im Rahmen meiner Behandlung in (der Beratungsstelle/Klinik) ist es erforderlich, dass die Mitarbeiter persönliche Informationen über mich erheben und diese dokumentieren. Mir ist bekannt, dass diese Informationen innerhalb des Behandlungsteams (der Beratungsstelle/der Klinik) verwendet werden. Diese Daten unterliegen den gesetzlichen Anforderungen des Datenschutzes und der beruflichen (heilkundlichen) Schweigepflicht.

Ich selbst verpflichte mich, über sämtliche persönliche Informationen, die ich über andere Patient/innen erfahre, absolute Vertraulichkeit zu wahren.

(Für stationäre Einrichtungen: Ich stimme zu, dass ein Schild mit meinem Namen an meiner Zimmertür angebracht wird).

Nach Abschluss der Behandlung, gegebenenfalls auch während der Behandlung, erstellt die Einrichtung (Beratungsstelle/Klinik) im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages ausführliche Behandlungsberichte einschließlich therapeutischer und medizinischer Feststellungen und Beurteilungen, welche an die zuständigen Leistungsträger meiner Rehabilitationsmaßnahme weitergeleitet werden.

Datenweitergabe zu statistischen und wissenschaftlichen Zwecken:

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass Daten zu meiner Person – unter Beachtung der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes – in anonymisierter Form zu statistischen und wissenschaftlichen Zwecken erhoben und weitergegeben werden können.

Entbindung der Schweigepflicht

Gegenüber folgenden Institutionen und Personen entbinde ich die behandelnden ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter/innen der Einrichtung (Beratungsstelle/Klinik) von der Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass diese Personen bzw. Institutionen in schriftlicher und/oder mündlicher Form über medizinisch-therapeutische Feststellungen, den Behandlungsverlauf und das Behandlungsergebnis eingehend informiert werden:

Einrichtung	Adresse	einverstanden/nicht einverstanden
Beratungsstelle/Klinik		
Einweisende/r Ärztin/Arzt		
Hausarzt		
Krankenkasse		
....		

Ich bin mit ... (z.B. Einladungen zu Treffen nach Beendigung meiner Behandlung), wissenschaftlichen Nachbefragungen (Katamnesen), welche von der Einrichtung (Beratungsstelle/Klinik) durchgeführt werden, einverstanden und erkläre mich hiermit bereit, an einer solchen Befragung teilzunehmen, den Fragebogen auszufüllen und an die angegebene Adresse zurückzusenden.

Ich gestatte der Beratungsstelle/Klinik, katamnestiche Informationen (Nachbefragungen) unter Wahrung sämtlicher Regelungen des Datenschutzgesetzes an die Klinik/Beratungsstelle weiterzugeben.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Beispiel 2 (in Anlehnung an Weichert)

Ich bin darüber informiert, dass zum Zweck meiner Behandlung in der Einrichtung (Beratungsstelle/Klinik) über mich personenbezogene Daten erhoben und dokumentiert werden. Ich bin über die verwendeten Dokumentationssysteme und über die berufliche Schweigepflicht der Mitarbeiter/innen informiert. Mit der elektronischen Erfassung und Nutzung meiner Daten innerhalb der Einrichtung für Beratungs- und Behandlungszwecke bin ich einverstanden. Dieses Einverständnis erfolgt freiwillig; eine Verweigerung hat keinerlei Einfluss auf meine Beratung und Behandlung. Nach Anonymisierung werden die Daten für statistische und wissenschaftliche Zwecke ausgewertet. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit einen Anspruch auf Auskunft über die von mir erhobenen Daten habe, dass ich der Speicherung meiner Daten für die Zukunft widersprechen kann und diese daraufhin in personenbezogener Form gelöscht werden. Eine Weitergabe zur Nutzung aller von mir geäußerten und auf mich bezogenen Mitteilungen oder sonst wie bekannt gewordenen Lebensumstände an Einzelpersonen, Arbeitgeber, Institutionen oder Behörden findet ohne meine Zustimmung nicht statt.

Mir ist auch bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Beispiel 3 (spezifisch nur auf Katamnese ausgerichtet)

Es wird empfohlen, auch die spezifisch auf die Katamnese ausgerichtete Einwilligungserklärung bereits zu Beginn der Behandlung einzuholen; es ist zwar möglich, dies erst bei der Beendigung zu tun, allerdings mit der Gefahr verbunden, dass Abbrecher/innen dann nicht oder nur schwer für die Katamnese gewonnen werden können. Ein Teil der Informationen kann auch im Anschreiben enthalten sein. Es gilt zu beachten, dass alle zum Zweck des Datenschutzes und der Datensicherheit erforderlichen Angaben (vgl. 5.2.6) enthalten sind.

Ich habe das beiliegende Anschreiben der Beratungsstelle/Klinik gelesen, in welchem über die Nachbefragung (Katamnese) informiert wird und auch darüber, dass die Teilnahme freiwillig ist und dass mir bei einer Ablehnung an der Teilnahme keinerlei Nachteile von Seiten der Einrichtung entstehen.

Ich erkläre mich hiermit bereit, an dieser Befragung teilzunehmen, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und an die angegebene Adresse zurückzusenden.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben in anonymisierter Form gespeichert und ausgewertet werden.

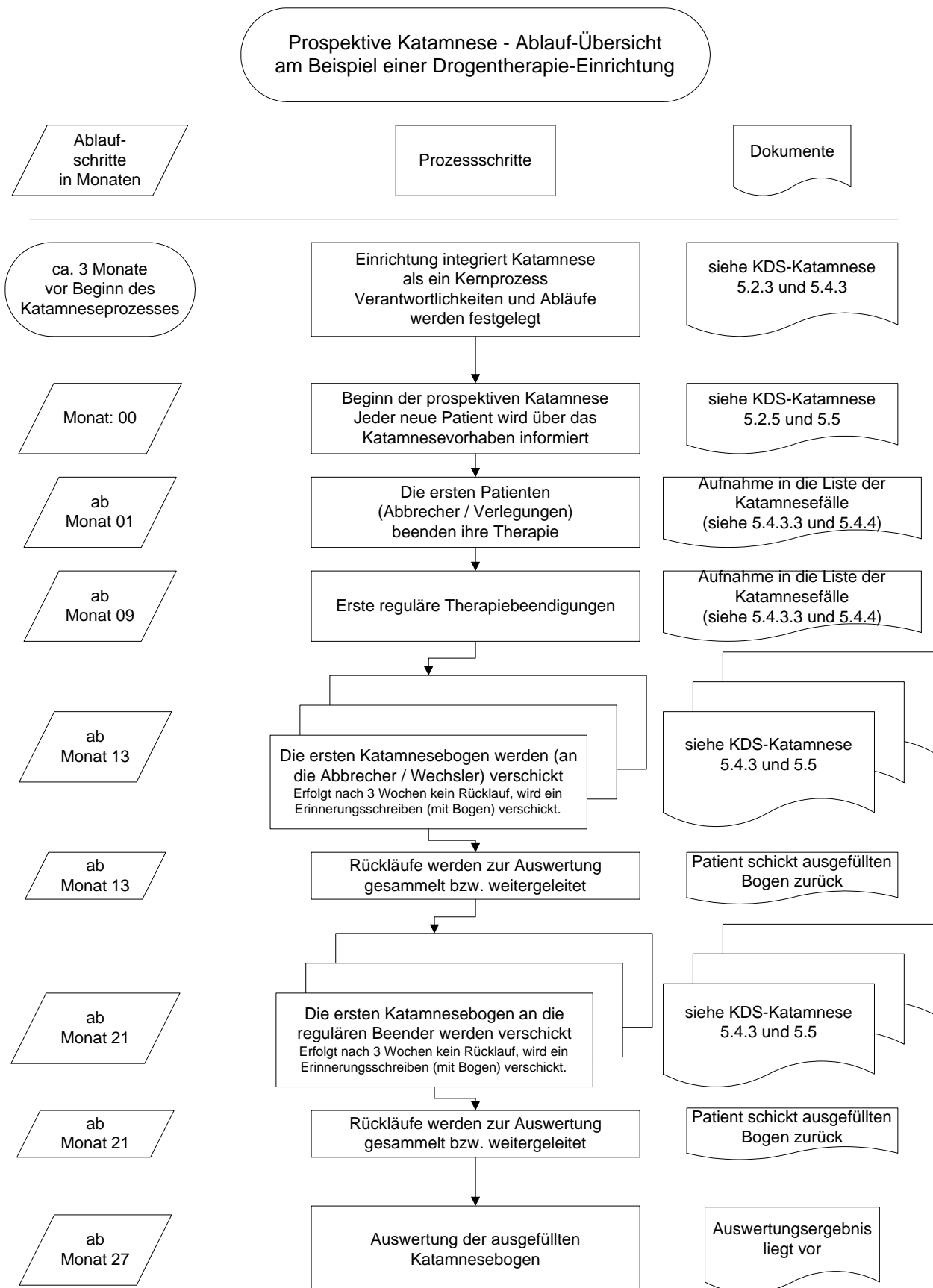
Außerdem stimme ich zu, dass meine in der Einrichtung (Beratungsstelle/Klinik) bereits zum Zweck meiner Behandlung erhobenen und vorliegenden Daten in die Auswertung einbezogen werden. Dies geschieht mit Hilfe einer Code-Nummer, unter der die Angaben des Katamnesefragebogens und die bereits vorliegenden Daten zusammengeführt werden; die Vorschriften des Datenschutzes werden auch dabei beachtet.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass meine persönlichen Angaben ausschließlich im Rahmen dieser Katamnese und ausschließlich in anonymisierter Form verwendet werden und dass sie gelöscht werden, sobald sie für die weitere Auswertung nicht mehr erforderlich sind.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig, eine Verweigerung hat keinerlei Einfluss auf meine Beratung und Behandlung. Mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich jederzeit einen Anspruch auf Auskunft über die von mir erhobenen Daten habe und dass ich der Speicherung meiner Daten für die Zukunft widersprechen kann und diese daraufhin in personenbezogener Form gelöscht werden.

5.5.3 Organisation der Durchführung



6 Kerntabellensatz Katamnese

		Gesamt	Mann/ Frau	Hauptdiagnose			
				Alkohol	Opioide	Sonstige Drogen	Sonstiges
1	Basisdaten						
1.1	Hauptdiagnose (K) + Familienstand (Kat)	x	x				
1.2	Hauptdiagnose (K) + Partnerbeziehung (Kat)	x	x				
1.3	Hauptdiagnose (K) + Wohnsituation (Kat)	x	x				
1.4	Hauptdiagnose (K) + Erwerbstätigkeit (Kat)	x	x				
2	Veränderung der Lebenssituation						
2.1	Familienstand (K) + Familienstand (Kat)	x	x	x	x	x	x
2.2	Partnerbeziehung (K) + Partnerbeziehung (Kat)	x	x	x	x	x	x
2.3	Wohnsituation (K) + Wohnsituation (Kat)	x	x	x	x	x	x
2.4	Erwerbstätigkeit (K) + Erwerbstätigkeit (Kat)	x	x	x	x	x	x
3	Behandlungsnachfrage						
3.1	Hauptdiagnose (K) + Einrichtungskontakt (Kat)	x	x				
3.2	Hauptdiagnose (K) + Maßnahmen (Kat)	x	x				
4	Suchtmittelkonsum						
4.1	Erwerbstätigkeit (K) + Substanzkonsum (Kat)	x	x				
4.2	Hauptdiagnose (detailliert) (K) + Substanzkonsum (Kat)	x	x				
4.3	Substanzkonsum (K) + Substanzkonsum (Kat): Alkohol	x	x	x			
4.4	Substanzkonsum (K) + Substanzkonsum (Kat): Heroin	x	x		x		
4.5	Substanzkonsum (K) + Substanzkonsum (Kat): Cannabis	x	x			x	
5	Klientenzufriedenheit						
5.1	Hauptdiagnose (K) + Veränderungen Lebensbereiche (Kat)	x	x				
5.2	Hauptdiagnose (K) + Zufriedenheit Lebensbereiche (Kat)	x	x				

Erläuterungen:

(K) Daten aus dem Kerntabellensatz Klient

(Kat) Daten aus dem Kerntabellensatz Katamnese

Als Stichproben für die Datenauswertung werden zum einen die komplette Ausgangsstichprobe I und zum anderen die Ausgangsstichprobe I mit der zusätzlichen Selektion „planmäßige Entlassung“ herangezogen.

7 Literatur

Bölscher, J. (2000). Datenschutz und Datensicherheit bei gesundheitsökonomischen Studien. In O.; Schöffski, J.M. von der Schulenburg (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 2., vollst. neu überarb. Aufl.; Heidelberg:Springer. S. 231-243

Bortz, J.; N. Döring (1995): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer

Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). In der Fassung vom 14.1.2003 (2003). In: IT- und Computerrecht. Textausgabe mit Sachregister. 5., völlig neu bearb. Aufl. München: Dt. Taschenbuch-Verl. (Beck-Teste)

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.

Dilling, H.; W. Mombour; M.H. Schmidt (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5., durchges. und ergänzte Aufl. Bern: Huber.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Ed.) (2000): Treatment demand indicator. Standard protocol 2.0. Co-ordinated by R. Simon and T. Pfeiffer. Lissabon. (EMCDDA Scientific Report)

Fachausschuss Statistik der DHS (1998): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Klientenbezogenen Daten). 15.2.98. Sucht, 44, S. 139-145.

Fachausschuss Statistik der DHS (1999). Einrichtungsbezogener Deutscher Kerndatensatz (Stand: 29.10.99). Sucht, 45, S. 419-434.

Hart, D. (2000). Ärztliche Leitlinien und Haftungsrecht. In: D. Hart (Hrsg.): Ärztliche Leitlinien: Empirie und Recht professioneller Normsetzung. Baden-Baden: Nomos-Verlagsges. S. 137-159).

Hückel, T. (o.J.): Überblick über die wesentlichen Maßnahmen zum Schutz der Sozialdaten. www.datenschutz.de

Schnell R.; P.B. Hill; E. Esser (1993): Methoden der empirischen Sozialforschung. 6. überarb. Aufl. München: Oldenbourg.

Schöffski, O.; C. Claes (2000): Die Datenherkunft als Hauptdeterminante des Studiendesigns. In: Schöffski, O.; J.M. von der Schulenburg (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 2. vollständig überarb. Aufl. Berlin (u.a.): Springer, 51-56.

Seitz, H. & Bühringer, G. (2007). Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R. Kokkevi, A., Ouwehand, A.w., Stauffacher, M., Vicente, J. (1999). The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol: A European Core Item Set for Treatment Monitoring and Reporting. European Addiction Research, 5, 197-207.

Simon, R., (et al.) (1999): The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol. A European Core Item Set for Treatment Monitoring and Reporting. In: European Addiction Research, 5, 197-207.

Simon, R.; E.Hoch;A. Holz (1999): The German Monitoring and Reporting System for the Treatment of Substance-Related Problems. A National System on the Basis of Aggregated

Data. In: European Addiction Research, 5, 208-210.

Strobl, M.; D. Türk (2000): Manual EBIS 2000. Erläuterungen zu den Erhebungsbögen und zum PC-Programm für Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe. München: IFT. (IFT-Manuale; 32)

Weichert, T. (1999): Datenschutz bei der elektronischen Basisdokumentation in Suchtberatungsstellen - aktuelle Stellungnahme des Landesbeauftragten für den Datenschutz Schleswig-Holstein. www.datenschutzzentrum.de/material/themen.

Zobel, M.; (u.a.) (2004): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 von Suchtkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: Sucht aktuell, 11, S. 11-20.

Fragebogen und Materialien

Badischer Landesverband gegen die Suchtgefahren e.V.: Patienten- und Therapeutenbogen
EBIS 2001 Nachbefragungsbogen

Erhebungsbogen Diakonisches Werk Baden-Württemberg

Entwurf PATFAK

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2002): Basisdokumentation
Sucht: Hilden

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2002): Katamnese Sucht; Hilden

Fragebogen der agj

VDR Patientenbefragung

8 Anhang

8.3 Anhang A: Verlaufsschema für die Feststellung einer Substanzproblematik

