Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe

KDS 4.0

Begleitendes Manual mit Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch

Stand: 08.07.2026 (gültig ab 01.01.2027)

Herausgeber

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
Westenwall 4, 59065 Hamm

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

Mitglieder Fachausschuss Statistik (aktuelle Mitglieder sind hervorgehoben)

Vorsitz

Dr. Peter Raiser	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm

Mitglieder

Rudolf Bachmeier	Fachverband Sucht e.V., Bonn
Tim Berthold	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
Dr. Hanna Dauber (Gast)	IFT Institut für Therapieforschung, München
Simone Eder	Stadt Erlangen, Deutscher Städtetag
Eva Egartner	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V
Henning Fietz	Gesellschaft zur Hilfe für suchtgefährdete und abhängige Menschen e.V. (fdr+)
Dr. Valérie Groß (Gast)	Bundesministerium für Gesundheit
Prof. Dr. Rita Hansjürgens	Alice-Salomon-Hochschule, Berlin (für die DG SAS e.V.)
Dietrich Hellge-Antoni (Gast)	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Abt. Drogen und Sucht, Hamburg (für die AOLG der Sucht)
Julia Karran (Gast)	Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (AG Suchthilfe der AOLG)
Jürgen Klapper (Gast)	IFT Institut für Therapieforschung, München
Nikolaus Lange	AGJ Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e.V. (für die DG Suchtpsychologie)
Björn Malchow	Landesstelle für Suchtfragen, Schleswig-Holstein
Dr. Marcus Martens (Gast)	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg
Erica Metzner	Suchthilfezentrum Nürnberg (für die Diakonie Deutschland)
Dr. Kai Mueller	Fachverband Medienabhängigkeit e.V.
Iris Otto	Bundesverband Suchthilfe e.V., Kassel
David Schneider	Caritas Suchthilfe - CaSu - Bundesarbeitsgemeinschaft der

Entwurf

	Suchthilfeeinrichtungen im DCV e.V.
Dr. Artur Schroers	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention e.V.
Prof. Dr. Larissa Schwarzkopf (Gast)	IFT Institut für Therapieforschung, München
Mathias Speich	Der Paritätische NRW
PD Dr. Uwe Verthein (Gast)	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg
Miriam Walther	Deutscher Caritas Verband e.V.
Detlef Weiler	Baden-Württembergischer LV für Prävention und Rehabilitation gGmbH, Renchen (für den DPWV)

Redaktionelle Mitarbeit

Team Therapie- und Versorgung	IFT Institut für Therapieforschung, München

Entwurf

Inhalt

Zu diesem Manual 5

Teil A. Kurzfassung für die Praxis 9

ALLGEMEINE INFORMATIONEN 9
ERGÄNZENDE DOKUMENTATIONSHINWEISE ZU DEN ITEMS 12
GLOSSAR 57

Teil B. KDS-Items und Definitionen 60

1 Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E) 60

EINRICHTUNGSDATEN 66

2 Kerndatensatz Fall (KDS-F) 74

BASISDATEN 106
ZUGANGSDATEN 113
RECHTLICHE SITUATION 117
SOZIODEMOGRAPHIE 119
PROBLEMBEREICH SUBSTANZEN 126
SUBSTITUTION, I.v. KONSUM, INFEKTIONSSTATUS 131
PROBLEMBEREICH MEDIKAMENTE 133
PROBLEMBEREICH VERHALTEN 135
HAUPTPROBLEMATIK, POLYVALENTER KONSUM, DIAGNOSTIK 139
MAßNAHMEN & KOOPERATION 140
ABSCHLUSSDATEN 142

3 Kerntabellensatz Fall 150

4 Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat) 157

5 Nutzung der Daten 167

6 Datenschutz 171

Entwurf

Zu diesem Manual

Das vorliegende Manual beschreibt den Deutschen Kerndatensatz (KDS) in der vierten Version, die ab Januar 2027 bundesweit eingesetzt wird. Dieses Manual dient der Anwendung in der Praxis und enthält Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Es gliedert sich in einen Teil A mit einer Kurzfassung zur einfachen Anwendung in der Praxis und einen Teil B mit ausführlichen Definitionen und Erläuterungen der Items.

Der KDS stellt die Grundlage für die einheitliche Dokumentation in ambulanten und stationären Einrichtungen dar, in denen Personen mit substanzbezogenen Störungen sowie stoffungebundenen Suchtformen in Deutschland beraten, betreut und behandelt werden. Es handelt sich dabei um einen im fachlichen Konsens mit allen Interessengruppen vereinbarten Mindeststandard, den alle zertifizierten Dokumentationssysteme umsetzen müssen. Bei Bedarf kann die einrichtungsbezogene oder fallspezifische Dokumentation über den KDS hinausgehen, d. h., es können in den jeweiligen Dokumentationssystemen fachlich notwendige Items (bspw. für spezifische regionale, länder- und trägerspezifische, verbandspolitische oder wissenschaftliche Auswertungszwecke) ergänzt werden. Dieses Manual stellt keine Programmiergrundlage dar. Hierfür ist ausschließlich die vom IFT Institut für Therapieforschung herausgegebene Technische Schnittstelle zu verwenden.

Mit dem KDS soll eine möglichst einheitliche Erfassung wesentlicher Informationen über die in der Suchthilfe geleistete Arbeit sowie eine Zusammenführung der entsprechenden Daten in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) realisiert werden. Die DSHS ist im bundesweiten wie internationalen Vergleich eine der umfangreichsten und differenziertesten Statistiken über einen relevanten Teilbereich im Gesundheits- und Sozialwesen („tertiäre suchtbezogene Versorgung“). Sie dient dabei der (1) bundesweiten Dokumentation der Struktur des Versorgungsangebotes im Suchthilfebereich sowie der Charakteristika der betreuten/behandelten Klientel und der durch die Einrichtungen erbrachten Leistungen, (2) der Trendbeobachtung zentraler Charakteristika sowohl der betreuten/behandelten Population als auch der Versorgungsstruktur, (3) der Erkennung von Problembereichen und Anpassungsbedarfen, (4) der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und (5) der Verbreitung der Ergebnisse in der (Fach-)Öffentlichkeit. Neben der bundesweiten Berichterstattung im Rahmen der DSHS dient die Dokumentation mit dem KDS weiterhin der Berichterstattung auf Verbands- und Landesebene, der Erstellung wissenschaftlicher Berichte und Publikationen sowie der europäischen Berichterstattung und damit nicht zuletzt der politischen Steuerung. Eine Übersicht über die Nutzung der Daten findet sich in Kapitel 5.

Darüber hinaus möchte der KDS mit der Auswahl und Struktur der Items in der fallbezogenen Dokumentation auch eine Hilfestellung für das anamnestische Gespräch mit der betreuten oder behandelten Person geben. Er dient als Leitfaden für die Erhebung von Informationen, die für die weitere Beratung, Betreuung und Behandlung relevant sein können. Es geht ausdrücklich nicht um einen verbindlichen Fragebogen, der den betreuten/behandelten Personen zum Ausfüllen vorgelegt wird (außer bei der Durchführung einer schriftlichen Katamnese).

Der KDS beinhaltet insbesondere auch die Items des Treatment Demand Indicator (TDI) der Version 3.0, der im Jahr 2012 durch die Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA; früher EMCDDA) formal verabschiedet wurde. Der TDI stellt einen europaweit verpflichtenden Berichtsstandard dar und soll dazu beitragen, die Inanspruchnahme suchtspezifischer Versorgungsangebote in

Entwurf

verschiedenen europäischen Ländern besser vergleichbar und für länderübergreifende Studien nutzbar zu machen.

Der KDS entstand 1998 auf der Basis einer in der Zeitschrift Sucht (Heft 5/1993) veröffentlichten Arbeitsgrundlage als ein gemeinsamer Mindestdatensatz im Rahmen eines Konsensprozesses zwischen vielen beteiligten Institutionen und Personen, der im Fachausschuss Statistik (früher Statistik-AG) der DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) stattfand (Veröffentlichung 1998 und 1999). Er wurde nach den Erfahrungen der ersten Jahre im praktischen Einsatz in einem mehrjährigen Prozess überarbeitet und 2007 in einer neuen Version (KDS 2.0) von der DHS herausgegeben, wodurch eine Verbesserung sowohl der Anwenderfreundlichkeit als auch der Erfassungsgenauigkeit erreicht werden konnte. Nach einer weiteren grundlegenden Überarbeitung durch den Fachausschuss Statistik der DHS trat 2017 der KDS 3.0 in Kraft, welcher sowohl Veränderungen auf Ebene der Einrichtungen als auch auf Ebene der relevanten Informationen über betreute und behandelte Personen berücksichtigte. Eine weitere Überarbeitung erfolgte von 2023 bis 2026, um nach Ablauf der zehnjährigen Laufzeit des KDS 3.0 eine, an strukturelle und inhaltliche Entwicklungen angepasste Version zur Verfügung stellen zu können. Neben diesen notwendigen Anpassungen war die Vereinfachung des KDS im Sinne einer besseren Anwendbarkeit in der Praxis ein Kernziel der Überarbeitung. Da der KDS in weiten Teilen der tertiären Suchtversorgung nahezu flächendeckend umgesetzt wird und als allgemeiner Dokumentationsstandard akzeptiert ist, wurden Anforderungen aller relevanten Leistungserbringenden bei der aktuellen Anpassung bestmöglich berücksichtigt.

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

Teil A. Kurzfassung für die Praxis

Dieser Teil des Manuals enthält Informationen und Dokumentationshinweise für die Praxis. Hierin sind enthalten:

Allgemeine Informationen

Ergänzende Dokumentationshinweise zu den Items des KDS Einrichtung (KDS-E) und KDS Fall (KDS-F) mit Dokumentationsbeispielen.

Glossar zur Erläuterung der wichtigsten Begriffe dieses Manuals.

Teil B. Erläuterungen und Definitionen

Dieser Teil des Manuals dient als umfassendes Nachschlagewerk und gliedert sich in folgende Bereiche:

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

Die Einrichtung, in der die Beratung, Betreuung oder Behandlung durchgeführt wird, ist Gegenstand des Kerndatensatzes Einrichtung (KDS-E). Eine Einrichtung kann dabei in mehrere Teile gegliedert (z. B. Beratungsstelle mit zusätzlichem Niedrigschwelligen Angebot wie bspw. Kontaktladen) sein, die ab einer gewissen Mindestgröße zur besseren Übersicht getrennt dokumentieren sollten. Hierbei ist eine Differenzierung zwischen Leistungsangebot (Welche Maßnahmen bietet die Einrichtung an?) und Einrichtungstyp (welchem

Entwurf

Einrichtungstyp ist die Einrichtung organisatorisch zuzuordnen?) zu beachten. Diese Trennung soll der zunehmenden Komplexität der Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote im Suchthilfesystem Rechnung tragen. Einrichtungen ordnen sich anhand ihrer Kernleistungen zunächst einem Einrichtungstyp zu und können dann Angaben zu ihrem Leistungsspektrum in seiner gesamten Breite machen. Insgesamt soll sich der KDS-E nun nur noch auf wesentliche Einrichtungsmerkmale fokussieren.

→ **Kerndatensatz Fall (KDS–F)**

Die Beschreibung einer individuellen Beratung, Betreuung oder Behandlung ist Gegenstand des Kerndatensatzes Fall (KDS-F). Für eine Person können in einem Erfassungszeitraum auch mehrere „Fälle“ in der Dokumentation angelegt werden. Die Dokumentation paralleler Fälle ist nur zulässig, wenn sich die Hauptmaßnahmen unterscheiden und eine eindeutig zuordenbare Fallnummer vorliegt. Der allgemeine Begriff „Fall“ umfasst leistungsspezifische Bezeichnungen wie bspw. Klient:in, Patient:in oder Rehabilitand:in.

Wesentliche Änderungen gegenüber der Version von 2017 betreffen insbesondere die Kürzung und Umstrukturierung der Maßnahmen und Angebote sowie den Verzicht auf eine verpflichtende Diagnosestellung in Bezug auf die suchtbezogene Problematik. Zudem soll durch eine Änderung der Antwortkategorien eine schnellere Dokumentation ermöglicht werden.

→ **Kerntabellensatz Fall**

Die einheitliche Zusammenführung von Informationen aus verschiedenen Suchtberatungs- und -behandlungsstellen erfolgt hinsichtlich ihres Inhalts und Aufbaus standardisierter Tabellen. Die für die Darstellung und Auswertung der Ergebnisse genutzten Tabellen werden im Fachausschuss Statistik der DHS abgestimmt und von der DHS verabschiedet. Sie dienen als Grundlage für die Erstellung der Auswertungen im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik.

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

Die Beschreibung des Status der betreuten/behandelten Person zu einem bestimmten Zeitpunkt nach Ende der Betreuung oder Behandlung bietet die Grundlage für die Bewertung des Therapieerfolges. In der katamnestischen Erhebung werden neben dem Suchtmittelkonsum die wichtigsten Lebensbereiche der betreuten/behandelten Person erfragt und unter Nutzung der Items des KDS-F in Beziehung zur Situation am Anfang und Ende der Beratung, Betreuung oder Behandlung gestellt.

Der KDS ermöglicht eine einheitliche Dokumentation der fachlichen Tätigkeit in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe. Voraussetzung dafür ist die möglichst einheitliche Erfassung wesentlicher Informationen über die in der Suchthilfe geleistete Arbeit, wozu vor allem auch personenbezogene Daten gehören. Hierbei spielt der Datenschutz eine entscheidende Rolle. Einrichtungen sind durch die DSGVO selbst verpflichtet, den Vorschriften des Datenschutzes zu entsprechen. Kapitel 6 liefert, quasi als „Nachschlagwerk“, eine ausführliche Beschreibung der grundsätzlich zu berücksichtigenden datenschutzrechtlichen Aspekte. Die entsprechenden Hinweise im Manual stellen keine zusätzliche Verpflichtung dar.

Entwurf

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

Entwurf

Teil A. Kurzfassung für die Praxis

Dieser Teil bietet allgemeine Informationen und Dokumentationshinweise für die Praxis. Für ausführlichere Informationen und Erläuterungen zu allen Items des KDS-E und KDS-F sowie für weitere Informationen zum KDS dient Teil B dieses Manuals als umfangreiches Nachschlagewerk. Neben allgemeinen Informationen beinhaltet dieser Teil ergänzende Dokumentationshinweise zu den Items des KDS-E und KDS-F mit Dokumentationsbeispielen sowie ein Glossar zum Nachschlagen der gängigsten Begriffe dieses Manuals. Diese Kurzanleitung soll der einfacheren Handhabung und Nutzung des KDS im Praxisalltag dienen.

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Der KDS (Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe)

Der KDS stellt die Grundlage für die einheitliche Dokumentation in Einrichtungen der Suchthilfe dar. Mit dem KDS sollen Informationen über die in der Suchthilfe geleistete Arbeit möglichst einheitlich erfasst sowie eine Zusammenführung der Daten in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) realisiert werden.

An der DSHS teilnehmende Einrichtungen leisten durch die Dokumentation mit dem KDS einen wesentlichen Beitrag zur

(1) bundesweiten Dokumentation der Struktur des Versorgungsangebotes im Suchthilfebereich sowie der Charakteristika der Klientel und der durch die Einrichtungen erbrachten Leistungen,

(2) der Trendbeobachtung zentraler Merkmale sowohl der betreuten/behandelten Population als auch der Versorgungsstruktur,

(3) der Erkennung von Problembereichen und Anpassungsbedarf,

(4) der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und

(5) der Verbreitung der Ergebnisse in der (Fach-)Öffentlichkeit durch die Berichterstattung auf Bundes-, Verbands- und Landesebene, die Erstellung wissenschaftlicher Berichte und Publikationen sowie die europäische Berichterstattung (Treatment Demand Indicator, TDI) und damit nicht zuletzt der politischen Steuerung.

Eine ausführliche Übersicht über die Nutzung der Daten findet sich in Kapitel 5.

Eine Erweiterung des KDS um einrichtungs- oder länderspezifische Items ist grundsätzlich möglich und kann nach Möglichkeit im Dokumentationsprogramm entsprechend angepasst werden.

Der KDS im Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsgespräch

Der KDS kann grundsätzlich als Hilfestellung während des Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsgesprächs genutzt werden und die/den Dokumentierenden durch die Fragen in der Gesprächsführung leiten. Er dient dabei als Leitfaden für die Erhebung von Informationen, die für die weitere Beratung, Betreuung und Behandlung relevant sein könnten. Es geht ausdrücklich nicht um einen verbindlichen Fragebogen, der den betreuten/behandelten Personen zum Ausfüllen

Entwurf

vorgelegt wird. Dabei können fallspezifisch jeweils unterschiedliche Informationen relevant sein. Eine Dokumentation ist unter Beachtung des jeweiligen Bezugszeitpunktes (Beginn, Verlauf, etc.) grundsätzlich auch im Anschluss an das Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsgesprächs möglich. Ebenso ist es möglich, Informationen, die erst im Verlauf der Beratung/Betreuung/Behandlung bekannt werden, nachträglich zu dokumentieren. Informationen sollten jedoch zeitnah von der beratenden/betreuenden/behandelnden Person dokumentiert werden, um Informationsverlust zu vermeiden. Die Nichtbeantwortung von Items ist (außer bei Pflichtitems) grundsätzlich zulässig, sofern diese für den jeweiligen Fall nicht beantwortbar bzw. nicht relevant sind.

Anlegen eines Falls (Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsepisode)

Ein Fall ist definiert als Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsepisode und beinhaltet alle Kontakte, die von einer Person innerhalb eines bestimmten Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungszeitraums in der Einrichtung durchgeführt wurden. Für einen dokumentationsrelevanten Kontakt im ambulanten Bereich gelten dabei folgende Vorgaben: Eine Gesprächsdauer von in der Regel mehr als 10 Minuten mit substanziell beratendem oder behandelndem Charakter (persönlich, telefonisch, per Brief/E-Mail, digital). Die Erfassung von „Kontakten“ wird für den stationären Bereich nicht als sinnvoll erachtet; es gibt daher dort auch keine Trennung zwischen Einmal- und Mehrfachkontakten. Für stationäre Behandlungen sind von Beginn an alle Fragebereiche zu kodieren.

Da die Dokumentation innerhalb der einzelnen Einrichtungen auf Fall- und nicht auf Personenebene erfolgt, wird bei Beginn jeder weiteren neuen Maßnahme (insbesondere bei Wechsel des Kostenträgers) innerhalb einer bestimmten Suchthilfeeinrichtung für eine identifizierbare einzelne Person ein neuer Fall angelegt. Somit können einzelne Personen (mit unterschiedlichen Fällen bzw. Betreuungs- und/oder Behandlungsepisoden) mehrmals in die Auswertung der DSHS eingehen.

Um differenzierte Datenauswertungen nach den einzelnen Leistungsbereichen, Interventionsformen und Maßnahmenarten zu ermöglichen, sollen in der Regel für alle leistungsrechtlich eigenständigen Maßnahmen gesonderte fallbezogene Datensätze angelegt werden. Das Kriterium der leistungsrechtlichen Eigenständigkeit ergibt sich zum einen durch getrennte Leistungsbewilligungen/Kostenzusagen des jeweiligen Leistungsträgers und zum anderen durch den Wechsel aus einer pauschal/zuwendungsfinanzierten Betreuungsform in eine auch in der eigenen Einrichtung erbrachte leistungsfinanzierte Maßnahme (z. B. Übergang in eine ambulante Suchtrehabilitationsmaßnahme, Wechsel in eine Maßnahme der Sozialen Teilhabe o. ä.). Wenn (externe) Maßnahmen eine Betreuung unterbrechen und eine Weiterführung der Betreuung geplant ist (z. B. Entgiftung), kann eine zweite Betreuungsepisode parallel angelegt werden. So soll beispielsweise bei der Vermittlung in eine stationäre Reha-Maßnahme der Fall in der ambulanten Einrichtung nicht beendet werden, wenn die Betreuung nach Ende der Reha-Maßnahme fortgeführt wird bzw. während der Reha-Maßnahme Kontakt mit der ambulanten Einrichtung gehalten wird. Oder ergibt sich im Verlauf einer Reha-Behandlung ein Kontakt mit einer ambulanten Einrichtung (z. B. in Form einer Videokonferenz), in der die weitere Nachsorgeplanung zusammen mit dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin in einem Dreiergespräch thematisiert wird, soll dies als Einmalkontakt angelegt werden, der bei Bedarf und mehrmaligem Kontakt weitergeführt werden kann.

Entwurf

Das Anlegen paralleler Beratungen/Betreuungen/Behandlungen einer Person ist somit zulässig, sofern sich die Hauptmaßnahme unterscheidet und die Fallnummer eindeutig zuordenbar ist – auch über Teilstellen hinweg.

Die angebotenen Maßnahmen orientieren sich häufig an einer bestimmten Fallkonzeption. Da sowohl die Maßnahmen als auch die betreuten/behandelten Personen sehr individuell sein können, ist nicht immer eindeutig, wann eine Betreuungsepisode abgeschlossen ist und wann ein neuer Fall angelegt werden soll. Dies ist im Rahmen eines Erhebungsinstruments, das im Spannungsfeld zwischen möglichst genauen und nachvollziehbaren Dokumentationshinweisen einerseits und dem Anspruch der Abbildung der vielfältig gestalteten Realität andererseits steht, nicht zu vermeiden.

Datensammlung/Datenexport

Die in der Einrichtung mit dem KDS dokumentierten Daten werden jährlich aggregiert (auf Einrichtungsebene gebündelte Falldaten) an das IFT Institut für Therapieforschung München geliefert. Für die Datensammlung steht in der Einrichtung eine entsprechende Dokumentationssoftware zur Verfügung. In die Deutsche Suchthilfestatistik gehen nur Daten ein, die mit einem für den KDS zertifizierten Dokumentationssystem erhoben wurden. Eine Auflistung zertifizierter Systeme und deren Softwareanbieter findet sich unter www.suchthilfestatistik.de.

Informationen zur Aggregation und zum Datenexport erhalten die Einrichtungen von den jeweiligen Softwareanbietern. Die Frist für die Dateneinreichung ist der 31.03. jeden Jahres. Die Nachlieferungsfrist endet am 31.05. jeden Jahres. Technische Unterstützung bei der Aggregation und dem Datenexport bieten jederzeit die jeweiligen Softwareanbieter als auch das IFT an.

Entwurf

ERGÄNZENDE DOKUMENTATIONSHINWEISE ZU DEN ITEMS

Im Folgenden werden ergänzende Dokumentationshinweise zu ausgewählten Items des KDS-E und KDS-F dargestellt. Zudem werden bei einzelnen Items zur Veranschaulichung Dokumentationsbeispiele aufgeführt. Der Bezugszeitpunkt der Items des KDS-F, auf den sich die Fragestellung bezieht, ist jeweils durch „BB“ (Betreuungs-/Behandlungsbeginn), „BV“ (Betreuungs-/Behandlungsverlauf) oder „BE“ (Betreuungs-/Behandlungsende) gekennzeichnet. Ausführliche Definitionen und Erläuterungen zu allen Items des KDS-E und KDS-F sowie deren Kategorien finden sich in Teil B dieses Manuals.

Zu Item 1.4.1 Spezifizierung des Einrichtungstyps

Erfolgt bei Item 1.4 Auswahl von Typ *ambulante Einrichtung* oder *Sonstige,* kann eine Spezifizierung des Einrichtungstyps erfolgen.

Zu Item 1.5 Personelle Besetzung (Stichtag 30.11.)

Hier sind alle in der Einrichtung tätigen Berufsgruppen auszuwählen.

Für jede ausgewählte Berufsgruppe sind zu dokumentieren:

- die Vertragsart (Festangestellte und Honorarmitarbeitende)
- die Anzahl der Mitarbeitenden (unabhängig vom Stellenumfang bzw. der Stundenzahl)
- die Gesamtstundenzahl aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe (unabhängig von der Anzahl der Mitarbeitenden) pro Woche
- die Anzahl der Mitarbeitenden mit einer abgeschlossenen Zusatzqualifikation

Da im Laufe eines Jahres personelle Schwankungen auftreten können, ist der Stichtag für die Beantwortung dieser Frage der 30. November des aktuellen Datenjahres.

Zu Item 1.6 Art der Dienste/Angebote

Anzugeben sind alle Angebote, die durch die Einrichtung vorgehalten und im Berichtsjahr von mindestens einer Person in Anspruch genommen wurden. Im Berichtsjahr nicht genutzte oder ausschließlich geplante Angebote sind nicht zu dokumentieren. An dieser Stelle (Einrichtungsdaten) ist eine Spezifizierung der Angebote erforderlich.

Beispiel: Wird die Kategorie *Suchtmedizinische (Akut)Behandlung* gewählt, ist mindestens eine spezifische Angabe in den Unterkategorien, z. B. *Entgiftung* anzugeben.

Zu Item 1.7 Anzahl nicht dokumentierter Betreuter

Diese Angabe ist ausschließlich von ambulanten Einrichtungen zu machen. Anzugeben ist die Anzahl der Betreuten (Einmal- oder Mehrfachkontakt), die aus Datenschutz- oder sonstigen Gründen nicht als Datensatz im Dokumentationssystem erfasst, aber dennoch betreut wurden.

Zu Item 1.8 Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen/Diensten

Hier ist für alle aufgeführten Einrichtungstypen bzw. Angebote anzugeben, ob eine Kooperation

Entwurf

regelhaft, im Einzelfall oder nicht erfolgt.

Zu Item 2.1 Basisdaten

Die Basisdaten (2.1.1-2.1.7/2.5.1) dienen der Bestimmung der Fallzahl und sind grundsätzlich für alle Beratungen und Betreuungen im ambulanten Bereich, also auch für Einmalkontakte zu dokumentieren**.**

Ein dokumentationsrelevanter Kontakt (Anlage eines Falls) liegt im ambulanten Bereich bei einer Gesprächsdauer von in der Regel mehr als 10 Minuten mit substanziell beratendem oder behandelndem Charakter (persönlich, telefonisch, per Brief/E-Mail, digital) vor.

Im stationären Bereich erfolgt keine Differenzierung zwischen Einmal- und Mehrfachkontakten. Die Erfassung von Kontakten wird hier nicht als sinnvoll erachtet. Dort sind alle Fragebereiche von Beginn an zu kodieren.

Zu Item 2.1.2 Alter bei Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung (BB)

Hier ist das Alter der betreuten/behandelten Person zu Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung anzugeben. Ist das genaue Alter nicht bekannt, ist eine Schätzung vorzunehmen.

Zu Item 2.1.4 Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsgrund (BB)

Hier ist anzugeben, ob die Beratung/Betreuung/Behandlung aufgrund einer eigenen Problematik oder aufgrund einer Problematik von Personen im sozialen Umfeld erfolgt.

Eigene Problematik wird kodiert, wenn die betreute/behandelte Person ein auf sich selbst bezogenes Problem als Anlass zur Kontaktaufnahme benennt. Im stationären Bereich ist grundsätzlich die Kategorie *eigene Problematik* zu wählen.

Die Kategorie *Problematik von Personen im sozialen Umfeld* ist nur im ambulanten Bereich relevant und wird dokumentiert, wenn bei der hilfesuchenden Person keine eigene Suchtproblematik vorliegt, sondern eine andere Person in der Familie bzw. im sozialen Umfeld betroffen ist. Hier sind nur die Basisdaten im Abschnitt 2.1 sowie das Datum des Betreuungsendes (Item 2.6.1.1) anzugeben. Selbstverständlich kann auch darüber hinaus dokumentiert werden. Zeigt sich im Laufe der Beratung/Betreuung/Behandlung eine eigene Betroffenheit und wird diese Problematik hauptsächlicher Gegenstand der Beratung/Betreuung, so wird regelhaft ein eigener Datensatz angelegt (Kodierung als *eigene Problematik*).

Beispiel: Der Vater einer drogenabhängigen Tochter kommt ursprünglich mit diesem Anliegen in die Einrichtung (Kodierung als *Problematik von Personen im sozialen Umfeld*), im Verlauf der Beratung zeigt sich aber beispielsweise seine eigene Alkoholproblematik und wird zum Hauptgegenstand der Beratung. In diesem Fall ist ein eigener Datensatz anzulegen (Kodierung als *eigene Problematik*).

Finden die Kontakte mit der Bezugsperson vorwiegend mit dem Ziel einer Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsunterstützung für eine andere Person (in der Regel als gemeinsame Termine) statt, wird kein eigener Datensatz angelegt. Die Kontakte werden dann nur als Kontakte im Datensatz

Entwurf

der betreuten Person gezählt.

Zu Item 2.1.5 Wenn Person im sozialen Umfeld, Art der Beziehung/Person kommt als

Diese Frage ist nur für Personen im sozialen Umfeld, nicht für Personen mit eigener Problematik, zu beantworten (d. h. Frage 2.1.4 wurde mit „Problematik von Personen im sozialen Umfeld“ beantwortet). Gefragt wird nach der Art der Beziehung aus Sicht der beratenen Person („Person kommt als…“).

Beispiel: Eine Frau kommt aufgrund der Suchtproblematik ihres Kindes in die Beratung, ist hier *Eltern(teil)* zu dokumentieren.

Zu Item 2.1.6 Probleme aus Sicht der Person (BB)

Hier sind alle (Sucht)Problembereiche zu dokumentieren, die aus Sicht der betreuten/behandelten Person als problematisch berichtet werden und damit aktuell beratungs-/betreuungs-/behandlungsrelevant sind. Die Auswahl der Problembereiche wird sowohl für Personen mit einer eigenen Problematik als auch für Personen im sozialen Umfeld erfasst. Im Falle einer Angehörigenberatung erfolgt die Dokumentation bezogen auf die Person mit der Suchterkrankung.

Beispiele: Kommt eine Person aufgrund einer eigenen Problematik in die Beratung und berichtet über problematischen Alkohol- und Kokainkonsum (Beratungsanlass), werden die Bereiche *Alkohol* und *Kokain* dokumentiert.

Kommt eine Frau aufgrund der Glücksspielproblematik ihres Ehepartners in die Beratung, wird der Bereich *Glücksspiel*en dokumentiert, da dieser aus Sicht der Ehefrau in Bezug auf den Ehepartner als problematisch beurteilt wird.

Zu Item 2.1.7 Weitere Problembereiche der befragten Person (außer Sucht) (BB)

Die Auswahl der weiteren Problembereiche wird sowohl für Personen mit einer eigenen Problematik als auch für Personen im sozialen Umfeld beantwortet. Anders als bei den Suchtproblembereichen (Item 2.1.6) wird hier danach gefragt, ob bei der befragten Person selbst relevante Probleme in den genannten Bereichen vorliegen, die aktuell zu einer Belastung führen. Auch bei einer Angehörigenberatung ist diese Frage in Bezug auf die befragte Person selbst zu beantworten. Alle zutreffenden Bereiche sind mit „ja“ zu kodieren. Die Problembereiche können, müssen aber nicht in Zusammenhang mit der Suchtproblematik stehen.

Beispiel: Kommt eine Frau aufgrund der Alkohol- und Glücksspielproblematik ihres Partners in die Beratung und berichtet davon in den Bereichen „Familiäre Situation“, „Finanzielle Situation/Schulden“ und „Psychische Gesundheit“ selbst aktuell belastet zu sein, sind diese Bereiche zu dokumentieren.

Werden Problembereiche, die bereits zu Anfang bestanden, erst im Verlauf der Beratung/Betreuung/Behandlung offensichtlich bzw. von der betreuten/behandelten Person berichtet, können diese nachträglich dokumentiert werden.

Entwurf

Zu Item 2.2 Verwaltungs-/Zugangsdaten

Ab hier müssen im ambulanten Bereich nur noch Betreute mit eigener Problematik und mindestens zwei Kontakten kodiert werden (selbstverständlich darf auch bei Einmalkontakten darüber hinaus dokumentiert werden, sofern die Daten für die Einrichtung relevant sind).

Zu Item 2.2.1 Jemals zuvor aufgrund eigener Problematik suchtbezogene Hilfe beansprucht (BB)

Hier ist zu dokumentieren, ob sich die betreute/behandelte Person bereits früher (Lebenszeitprävalenz) aufgrund einer eigenen Suchtproblematik in irgendeiner Suchtberatung/-betreuung/-behandlung befunden hat. Dabei ist es unerheblich, ob dies in der aktuellen oder einer anderen Einrichtung stattgefunden hat. Es sind nur abgeschlossene (unabhängig von der Art der Beendigung) und individuelle Maßnahmen zu dokumentieren. Universelle Präventionsangebote z. B. in der Schule und Kontakte, die für Angehörige stattgefunden haben, sind hier ausdrücklich nicht zu dokumentieren.

Zu Item 2.2.1.1 Alter bei erstem Kontakt zur Suchthilfe (in Jahren) (BB)

Wenn 2.2.1 mit *ja* dokumentiert wurde, ist das Alter anzugeben, in dem die betreute/behandelte Person das erste Mal aufgrund einer eigenen Problematik suchtbezogene Hilfe in Anspruch genommen hat. Diese Information ist dabei substanzübergreifend zu erheben und muss sich nicht ausschließlich auf die aktuelle Problematik beziehen. Ist das genaue Alter nicht bekannt, ist eine Schätzung vorzunehmen.

Zu Item 2.2.2 Im Jahr des Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsbeginns bereits in einer Suchthilfeeinrichtung vorstellig geworden (BB)

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

Zu Item 2.2.3 Vorbetreuungen/-behandlungen (BB)

Wenn Item 2.2.1 mit *ja* beantwortet wurde, wird hier die Art der Vorberatungen/-betreuungen/-behandlungen differenziert erfasst. Zur Beschreibung der Art der Angebote siehe Erläuterungen zum KDS-E (Teil B). Ist die Art der Vorbetreuung/-behandlung nicht genau bekannt, ist (mit Ausnahme der Bereiche *Suchtmedizinische (Akut)Behandlung* und *Suchtbehandlung/Rehabilitation*) die Angabe einer Oberkategorie ausreichend.

Zu Item 2.2.4 Wiederaufnahme in dieser Einrichtung (BB)

Diese Frage ist mit *ja* zu beantworten, wenn sich die betreute/behandelte Person bereits zu einem früheren Zeitpunkt in derselben Einrichtung zu irgendeiner Art von Beratung/Betreuung/Behandlung befunden hat und für die Person in dieser Einrichtung bereits ein Datensatz angelegt worden ist.

Entwurf

Zu Item 2.2.5 Vermittelnde Instanz (BB)

Hier ist anzugeben, ob und wenn ja, von welchen Personen oder Institutionen die Person zur aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung in die eigene Einrichtung verwiesen worden ist (formale Vermittlung). Es ist nur eine Antwort zulässig. Dabei ist der Hauptgrund für die Inanspruchnahme der Suchthilfe anzugeben.

Zu Item 2.2.6 Hauptkostenträger der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung (BB)

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

Zu Item 2.2.7 Auflagen (BB)

Hier ist anzugeben, ob Auflagen vorliegen. Damit sind Vorgaben durch Dritte gemeint, die in aller Regel schriftlich formuliert sind, die Nutzung einer suchtbezogenen Beratung/Betreuung/Behandlung thematisieren und bei Nichtbefolgung negative Folgen für die Betreuten/Behandelten im Handlungsbereich des Auflagengebers zur Folge haben.

Weiterhin können differenzierte Angaben zu den vorliegenden Auflagen gemacht werden. Mehrfachnennungen sind möglich.

Zu Item 2.2.8 Besteht eine gesetzliche Betreuung? (BB)

Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn die betreute/behandelte Person aktuell gesetzlich betreut wird. Eine Differenzierung nach vorläufiger oder endgültiger Betreuung oder nach dem Umfang der gesetzlichen Betreuung ist nicht vorgesehen.

Zu Item 2.2.9 Betreute derzeit in Haft? (BB)

Hier ist anzugeben, ob sich die betreute/behandelte Person zum Zeitpunkt des Beginns der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung in Haft befindet. Findet während der Betreuung ein Wechsel in Haft statt, bzw. wird die Person aus der Haft entlassen, ist ein neuer Fall anzulegen.

Zu Item 2.3 Soziodemographische Angaben

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

Zu Item 2.3.1 Familiäre (elterliche) Suchtproblematik (BB)

Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn bei mindestens einem Elternteil der betreuten/behandelten Person eine Suchtproblematik vorliegt/vorlag.

Entwurf

Zu Item 2.3.2 Lebenssituation (BB)

Für die Beantwortung der Frage nach der Partnerschaft ist der rechtliche Status des Familienstandes ohne Bedeutung; es geht nur darum, ob die betreute/behandelte Person angibt, in einer Partnerschaft zu leben. Wurde die betreute/behandelte Person innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn der aktuellen Betreuung/Behandlung in Haft genommen, ist hier die Situation in den sechs Monaten vor Haftantritt relevant. Befindet sich die Person schon länger als sechs Monate vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn in Haft oder in einer stationären Behandlung, ist die Frage 2.3.2.2 mit *ja*, die betreute/behandelte Person somit als alleinlebend, zu kodieren.

Zu Item 2.3.3 Schwangerschaft in der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung (BV)

Hier ist anzugeben, ob bei der betreuten/behandelten Person eine Schwangerschaft vorliegt. Eine im Laufe der Betreuung/Behandlung auftretende Schwangerschaft soll im Verlauf (nach)kodiert werden.

Zu Item 2.3.4 Kinder (eigene und/oder im Haushalt lebende) (BB)

Wird Item 2.3.4 mit *ja* beantwortet, können nachfolgend Angaben zu Kindern dokumentiert werden.

Hier sind alle Kinder der betreuten/behandelten Person anzugeben (Anzahl unbegrenzt). Für jedes Kind ist gesondert anzugeben: das Alter, ob das Kind gemeinsam mit der betreuten/behandelten Person in einem Haushalt lebt und ob es sich um ein eigenes Kind handelt. Ist das Alter nicht genau bekannt, soll dieses geschätzt werden. Leibliche und rechtskräftig adoptierte Kinder sind als eigene Kinder zu dokumentieren.

Die Haushaltszugehörigkeit meint die voll- oder teilweise Zugehörigkeit eines Kindes zu einer Familienwohnung. Neben dem örtlich gebundenen Zusammenleben müssen Voraussetzungen materieller (Versorgung, Unterhaltsgewährung) und immaterieller Art (Fürsorge, Betreuung) erfüllt sein. Lebt das Kind z. B. bei getrenntlebenden Eltern oder in anderen Familienkonstellationen und nur zeitweise mit im Haushalt (z. B. regelmäßige Besuche an Wochenenden), ist dieses Kind ebenfalls als “im Haushalt lebend” anzugeben. Bei Betreuten/Behandelten in Haft sind Kinder als „im eigenen Haushalt lebend“ anzugeben, sofern sie (vor Haftantritt) im selben Haushalt gelebt haben.

Zu Item 2.3.5.1 Staatsangehörigkeit (BB)

Hier ist die Staatsangehörigkeit der betreuten/behandelten Person aus der Liste auszuwählen. Besitzt die Person mehrere Staatsbürgerschaften kann hier eine Mehrfachauswahl erfolgen.

Zu Item 2.3.5.2 Migrationshintergrund (BB)

Ein Migrationshintergrund liegt vor, wenn die betreute/behandelte Person selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Dabei ist unerheblich, ob die Person/die Eltern aufgrund politischer Gründe (Flucht vor Krieg, politischer Verfolgung, Menschenrechtsverletzungen, autoritären Regimen, Suche nach politischer Freiheit und Stabilität), wirtschaftlicher Gründe (Arbeitsmigration, Verbesserung der Lebensqualität und Zukunftsperspektiven, Flucht vor Armut und wirtschaftlicher Instabilität), sozialen Gründen

Entwurf

(Familienzusammenführung und Heirat), Bildungsgründen (Zugang zu höherer Bildung und besseren Ausbildungsmöglichkeiten, Erwerb international anerkannter Abschlüsse und Qualifikationen) oder umweltbedingter Gründe (Flucht vor Naturkatastrophen wie Überschwemmungen, Dürren oder Erdbeben, langfristige Umweltveränderungen wie Klimawandel, die die Lebensgrundlage gefährden) migriert ist.

Zu Item 2.3.5.3 Fluchterfahrung (BB)

Diese Frage ist nur zu dokumentieren, wenn Frage 2.3.5.2 mit *selbst migriert* oder *gemeinsam mit Eltern migriert* beantwortet wurde, d. h. die Person selbst migriert ist. Hier ist lediglich die Fluchterfahrung der betreuten/behandelten Person selbst zu kodieren. Flucht ist dabei als Ausweichen vor einer lebensbedrohenden Zwangslage aufgrund von Krieg, Verfolgung, Gewalt oder Naturkatastrophen, u. a. definiert.

Zu Item 2.3.5.4 Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungssprache (BB)

Hier ist die Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungssprache aus der Liste Sprachen auszuwählen, in der die Beratung/Betreuung/Behandlung größtenteils erfolgt.

Zu Item 2.3.6 Schulischer Bildungsweg (BB)

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

Zu Item 2.3.7 Höchster Ausbildungsabschluss (BB)

Diese Frage bezieht sich auf den Abschluss einer berufsqualifizierenden Ausbildung.

Bei Beamtinnen und Beamten erfolgt die Kodierung nach der beamtenrechtlichen Eingruppierung, d. h. der mittlere Dienst entspricht der Kategorie *Abgeschlossene Berufliche Ausbildung*, der gehobene und höhere Dienst entspricht der Kategorie *Abgeschlossene Akademische Ausbildung*.

Zu Item 2.3.8 Wohnverhältnis am Tag vor Beginn (BB)

Hier wird das Wohnverhältnis am Tag vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung dokumentiert (zum Wohnverhältnis am Ende der Betreuung siehe Item 2.6.11). Für die Kodierung der Wohnsituation ist nicht der vertragliche/rechtliche Rahmen (z. B. einer Bedarfsgemeinschaft nach SGB II) von Bedeutung, sondern die von der Person geschilderte Lebensrealität. Erläuterungen zu den einzelnen Kategorien sind Teil B zu entnehmen.

Zu Item 2.3.9 Erwerbsstatus am Tag vor Beginn (BB)

Hier wird der Erwerbsstatus am Tag vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung dokumentiert (zum Erwerbsstatus am Tag nach Ende der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung siehe Item 2.6.12). Erläuterungen zu den einzelnen Kategorien sind Teil B zu entnehmen. Bei Angabe der Kategorie *arbeitslos* sind differenziertere Angaben zu machen. Bei Freigänger:innen, die außerhalb der Haftanstalt einer Arbeit nachgehen, ist die jeweils zutreffende Kategorie anzugeben.

Entwurf

Zu Item 2.4 Konsummuster und suchtbezogene Problembereiche

Bei der Beschreibung der suchtbezogenen Problembereiche wird nach konsumierten Substanzen/Konsummustern bzw. nach Suchtverhalten differenziert. Aus den untenstehenden Listen können beliebig viele Problembereiche ausgewählt werden. Die aus Sicht der Fachkraft beratungs-/betreuungs-/behandlungsleitende Problematik, die den Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsanlass darstellt, soll unter 2.4.31 als *Hauptproblematik* dokumentiert werden.

Der gesamte Itembereich 2.4 ist nur für Personen mit *eigener Problematik* zu kodieren.

Zu Item 2.4.1 Konsum psychotroper Substanzen (BB)

Hier wird nach Substanzen gefragt, die jemals im Leben problematisch konsumiert wurden**.** Ausschließlich für diese sind die Fragen 2.4.2 bis 2.4.8 zu beantworten.

Zu beachten: Bei Personen, die sich aufgrund einer Opioidabhängigkeit in Substitutionsbehandlung befinden, ist immer das der Abhängigkeitsproblematik zugrundeliegende Opioid (z. B. Heroin) zu wählen, auch wenn dieses aktuell nicht mehr konsumiert wird. Diese Substanz (z. B. Heroin) ist als ***aktuell*** auszuwählen, wenn die Suchtberatung/-betreuung/-behandlung aufgrund der zugrundeliegenden Opioidabhängigkeit erfolgt. Das Substitutionsmittel ist hier NICHT als problematisch konsumierte Substanz anzugeben, wenn es ausschließlich im Rahmen der ärztlichen Verordnung (der Substitutionstherapie) konsumiert wird. Unter 2.4.31 ist folglich unter Hauptproblematik ebenfalls die der Problematik zugrundeliegende Substanz (z. B. Heroin) als Hauptsubstanz zu wählen.

Liegt jedoch eine Opioidabhängigkeit vor und werden Substitutionsmittel oder andere opioidhaltige Arzneimittel missbräuchlich (ohne ärztliche Verordnung bzw. über die ärztliche Verordnung hinausgehend) konsumiert, sind diese neben der zugrundeliegenden Substanz (z. B. Heroin) unter 2.4.1 ebenfalls als problematisch konsumierte Substanzen zu dokumentieren.

Für jede ausgewählte Substanz sind folgende Angaben zu machen:

Zu Item 2.4.2 Aktuelle/Frühere Problematik (BB)

Hier ist anzugeben, ob die Substanz *aktuell* oder *früher* problematisch konsumiert wurde. Als *aktuell* ist ein 12-Monats Zeitraum definiert.

Zu Item 2.4.3 Gegenstand der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung (BB)

Hier ist anzugeben, ob die angegebene Substanz Gegenstand der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung ist. Dies ist für alle Substanzen mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, die in der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung adressiert werden. Eine Mehrfachauswahl ist demnach möglich.

Zu Item 2.4.4 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Beginn (BB)

Hier wird die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung erhoben. Auch bei Inhaftierten sind die letzten 30 (ggf. bereits in Haft verbrachten) Tage vor Aufnahme einer Suchtberatung zu berücksichtigen. Ausschließlich bei

Entwurf

einer unmittelbar vorhergehenden stationären Entgiftung (nicht bei einer anderen stationären Behandlungsmaßnahme), deren Ende maximal 30 Tage zurückliegt, sind die 30 Tage vor dem Beginn der Entgiftung heranzuziehen.

Zu Item 2.4.5 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Ende (BE)

Bei der Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Ende der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung ist zu beachten, dass, falls die Betreuung kürzer als 30 Tage dauert, die Anzahl der tatsächlich konsumierten Konsumtage hochzurechnen ist (Beispiel: 2 Konsumtage in einer 10-tägigen Beratung/Betreuung/Behandlung ergeben hochgerechnet 6 Konsumtage in den letzten 30 Tagen der Beratung/Betreuung/Behandlung).

Werden hier 0 Tage eingegeben, ist dies gleichbedeutend mit Abstinenz in den letzten 30 Tagen.

Zu Item 2.4.6 Alter bei Erstkonsum (BB)

Hier ist das Alter bei Erstkonsum anzugeben. Ist das Alter nicht genau bekannt, kann dieses geschätzt werden.

Zu Item 2.4.7 Dauer der Problematik (BB)

Hier ist die Dauer der Problematik anzugeben. Ist die genaue Dauer nicht bekannt, kann diese geschätzt werden.

Zu Item 2.4.8 Jemals ärztlich verordnet (BB)

Hier wird danach gefragt, ob die Substanz jemals im Leben ärztlich verordnet wurde. Diese Frage ist nur zu beantworten, wenn unter 2.4.1 eine grundsätzlich verschreibungsfähige Substanz ausgewählt wurde. Zu beachten: Zu dokumentieren ist hier nur ein von der Verordnung abweichender bzw. über die Verordnung hinausgehender Konsum, d. h. eine missbräuchliche Verwendung der ehemals oder aktuell verordneten Substanz.

In Tabelle 1 findet sich eine Auflistung gängiger Substanzbezeichnungen und Szenenamen (zu den unter 2.4.1 aufgeführten psychotropen Substanzen) sowie Arzneimittelnamen (zu den unter 2.4.17 aufgeführten Arzneimittelgruppen).

Zu Item 2.4.9 Polyvalenter Konsum (BB)

Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn bei 2.4.1 mindestens zwei Substanzen aus unterschiedlichen Substanzklassen ausgewählt wurden (exklusive Tabak/Nikotin), die gleichermaßen problematisch konsumiert werden und unter 2.4.31 die Auswahl einer der unter 2.4.1 gewählten Substanzen als Hauptproblematik erfolgt ist.

Zu Item 2.4.10 Jemals im Leben opioidsubstituiert? (BB)

Hier ist anzugeben, ob die Person aktuell, früher oder niemals in Opioidsubstitution war.

Gibt die Person an, jemals in Opioidsubstitution gewesen zu sein, ist weiterhin anzugeben, in welchem Alter die erste Opioidsubstitution stattgefunden hat. Ist das genaue Alter nicht bekannt, kann dieses geschätzt werden.

Entwurf

Tabelle 1. Gängige Bezeichnungen, Szenenamen und Arzneimittelnamen

Substanz	Bezeichnungen/Szenenamen	Arzneimittel-/Marken-/ Handelsnamen*
Heroin	Dope, H, Gift, Stoff, Junk, Shore, Braunes, Brown (Sugar), White, Black (Tar), Material, Mat, Matti, Smack, Gear, Skag, Horse, Diesel, Boy, Hero, G, China White, Thai H (hochreines weißes Heroin, oft mit Fentanyl gestreckt!)	
Buprenorphin	Bup, Bupe, Bups, Sub, Subu, Subs, Subbis Oranges, Stripes, Bup Strips, Bup Pills, Pille	Subutex®, Suboxone® (Buprenorphin+ Naloxon), Buprenorphin®, Transtec® Butrans®, Norspan®
Diamorphin	Horse, Smack, Brown, Skag (vgl. Heroin)	Diaphin®
Methadon	Dolly, Metha, Pola, Saft, Lösung, Juice, Metha(dose), Dolophine, Dollies, Methi, Staats-H	L-Polamidon®, Methaddict®, Methaliq®, Compensan®, Symoron®, Hephaplus®, Methadose®, Dolophine®, Heptadon®, Mephenon®, Eptadone®, Ketalgin® (Schweiz, Schmerztherapie)
Polamidon	(L) Pola, Saft, Lösung, Meth(i), Levo, Löffel, Pola-Drops, Schore-Ersatz, Kliniksaft	Polamidon®, L-Polamidon®, Methaddict, Levomethadon, Methadon, Dolophine® Heptadon®, Physeptone® Symoron®
Fentanyl	China White, Drop Dead, Fentora, Flatline, Hong-Kong-Rocks, Indian Brown, Mexican Brown	Durogesic®, Actiq®, Effentora®, Instanyl®, Abstral®, Fentora®, Recuvyra®, Fentanyl®
Morphin	Morph, M, M-Smoke, M-Drops Morf, Morfina, Schore, Stoff, Opi, Tabs, Blues, Reds, Caps, Juice, Monkey, Miss Emma, God's Drug, Hustle Dust, Dreamer, Murphy (vgl. Heroin)	
Tilidin	Tilly (Saft), Tidi, Tilidin-Pillen, Tiddy, T-Tabletten, T-Drinks, Tropfen, T-Tabletten, Drinks	Valoron®, Tilidin®, Valoron®
Tramadol	Tram, Trammi, Tramaball, Trammy, T, Tram-Tabletten, Tram-Saft, Tram-Drinks, Tramadol-Pillen, Tram-X	Tramal®, Tramal® SR, Zydol®, Tramadolor®, Tramundin®, Ultram®, Dolrat®, Conzip®, Tramadex®, Tramazac®

Entwurf

Oxycodon	Oxy, Oxys, Oxy-80, OC, Oxycontin, Blues Roxies, Percs, Percies, Cotton, Hillbilly Heroin, Codie, Painkillers, Dillies, Remmies	Endocet®, Endodan®, Oxycontin®, Oxygesic®, Percocet®, Percodan®, Roxicet®, Roxiprin®, Targin®, OxyContin®, Oxygesic®, Roxicodone®, Oxynorm®, Targin®, Percocet®, OxyIR®, Endocodone®, Xtampza®
Andere Opioide (inkl. Opioid-analgetika)		Bronchicum Mono®, Capros®, Diacethylmorphin®, Dihydromorphin®, Dilaudid®, Dimorphon®, Duramorph®, Makatussin®, Codein®, Methylmorphin®, Morphia®, Morphium®, Thebain®, Hydromorphon®, Etorphin®, Oxymorphon®, Dihydrocodein®, Hydrocodon (Vicodin®) Opioidanalgetika: Percocet® (Oxycodon + Paracetamol), Vicodin® (Hydrocodon + Paracetamol), Targin® (Oxycodon + Naloxon zur Verhinderung von Missbrauch), Percodan® (Oxycodon + Aspirin), Endocet® (Oxycodon + Paracetamol), Cocodamol (Codein + Paracetamol), Tramadol + Paracetamol, Fentanyl-Pflaster, Kadian®, Opana® (Oxymorphon)
Nitazene	ISO (für Isotonitazen), N-Dope, Nitaz, Fake Fentanyl, Nitro, Benzo-Dope (wenn mit Benzodiazepinen gemischt)	Nitazenderivate: Protonitazen, Isotonitazen, Metonitazen, Etonitazen, Flunitazen, Clonitazen, Butonitazen
Fentanylanaloga		Alfentanil: Chirurgisches Analgetikum/Narkosemittel Remifentanil: Kurz wirksames Analgetikum in der Anästhesie Sufentanil: Analgetikum in der Anästhesie Carfentanil: Ruhigstellung von Großtieren
Andere neue synthetische		Synthetische Opioide (vollständig synthetisch hergestellt)

Entwurf

Opioide		
Cannabis	Gras, Hasch, Haschisch, Piece, Pot, Weed, Shit, Marihuana, Mary Jane, Mary Warner, Herb, Kiff, Kraut, Grünes, Dope, Ganja/ Gunjah, Maconha, Muggles, Riefer/Reefer, Skunk, Stoff, Tea, Wood, schwarzer Afghane, roter Libanese, Acapulco, Gold, Nugat, Piecer, Sticks, Thai, Bud, Chronic, Dank, Tree, Hecke, White Widow, Zero-Zero Bon, Bendsch, Bhang, Gage	Cesamet, Dronabinol, Marinol, Nabilone
Synthetische Cannabinoide	Räuchermischung, Spice, K2, Spice Gold, Spice Silver, Spice Diamond, Yucatan Fire, Sence, Chill X, Smoke, Genie, Algerian Blend	
Synthetische Cathinone	Badesalz, Flex, Research Chemicals, Drone, Flakka, 3-MMC, 4-MMC	
Andere Neue psychoaktive Substanzen (NPS)		
Barbiturate	Barbies, Barbs, Blie Dolls, Blue Birds, Blue Heaven, Blues, M&Ms, Nebbies, Nembies, Rainbows, Red Devils, Reds, Seccies, Yellow Bullets, Downer	Amytal®, Contagan®, Luminal®, Nembutal®, Seconal®, Quinalbarbitone®, Veronal® Pentobarbital®, Mysoline®, Aphenylbarbit®, Amytal®, Pentothal®, Maliasin®, Veronal®, Cafergot PB®, Seconal®
Benzodiazepin	Kapseln, Pillen, Tabletten, Roofies, Benzos, Ropse, Roiperl, Flunies, Dias Downer, Ropies, Diaz, Flunnis, Handelsnamen	Rohypnol®, Valium®, Faustan®, Brotizolam®, Dormicum®, Flumitrazepam®, Halcion®, Flurazepam®, Loprazolam®, Librium®, Lormetazepam®, Midazolam®, Nitrazepam®, Rohypnol®, Tafil Temazepam®, Triazolam®, Valium®, Diazepam®
Z-Drugs	Zimmers, Zimmies, Zim-Zims, Zoppies, Downer	Zolpidem®, Zopiclon®, Zaleplon®
GHB/GBL	Liquid Ecstasy, Liquid E, Liquid X, G, Fantasy, Soap, G-Juice, Georgia Home Boy, Scoop, Cherry Meth, Blue Nitro, Fantasy	Xyrem®, Somsanit®

Entwurf

Andere Sedativa/Hypnotika/ Anxiolytika	DPH, Emesan-Trips, Robo-Tripping, Downers, Paras	Diphenhydramin (z. B. Benadryl®), Diphenhydramin®
Kokain(pulver)	Koks, Schnee, Base, C, Cocktail, Baseball, Coke, Crack, Free Base, Koka, Koks, Lady, Line, Puder, Rocks, Roxane, Schnee, Coca, Flake, Florida Snow, Heaven Dust, Snow, Speedball, weißes Gold, Llello (Jayjay, Jayjo)	
Crack	Steine, Cracker, Rock	
Kokain andere	Kokainbase	
MDMA, MDA oder verwandte Substanzen (z. B. Ecstasy)	Adam, Cadillac, Designer Droge, Eva, Eve, Golden Eagle, Love Drug, Love Pill, Partydroge, Serenty, Smiley, Tranquility, X, XTC, Adam, Cadillac, E, Essence, Eve, Love, Pille, XTC. Meist werden die Pilen auch nach dem aufgedruckten Motiv benannt z. B. Smiley, Emma, Teile	
Amphetamine (Speed)	Speed, Arbeiterkoks, Black Beauty, Cappies, Free Base Speed, Line, Pep, Peppers, Pink, Power, Uppers, Vitamin A, Amp, Bennies, Co-Pilots, Muntermacher, Pills, Speed, Upper, Schnelles	Amphetaminil®, Captagon®, Dexedrine®, Ritalin/Equasym®
Methamphetamine	Crystal, Crystal Meth, Meth, Crystal-Speed, Speed, Pulver, Glass, Ice, Hard Pep, Crystal Ecstasy und alle gängigen Synonyme für Amphetamine, Crank, Piko, Yaba, Yama, Crank, Pervitin, Batu, Chalk, Doe, Met, Shabu, Zip	Desoxyn®
Methcathinone	Ephedron(e), M-cat, Ketone, Cat, Jeff	
Andere Stimulanzien	Ritas, Pep, Moda, Mod, Smart drugs, Pinkies, Uppers, Pills, Addys, Dexies, Lizzies, Whizz	Methylphenidat (Ritalin®, Concerta®, Medikinet®, Equasym®, Methylphenidat AL®), Amphetamin-Derivate (Elvanse®, Attentin®), Modafinil (Modiodal®, Alertec®), Atomoxetin (Strattera®)
LSD	Acid, Cubes, Deep Purple, Löschpapier, Micros, Paper, Plättchen, Pappe, Trip, Ticket, Zettel	
Mescalin	Mesk, Peyote, Kaktus, Kakteen	

Entwurf

Psilocybin/Pilze	Magic Mushrooms, Shrooms, Mushrooms, Psilos, Psylos, Zauberpilze, Kahlkopf, einzelne Pilznamen	
Andere Halluzinogene	Ayahuasca, Salvia Divinorum, Changa/Xanga, DMT (Dimethyltryptamin)	
Ketamin	Special K, K's, K Keta, Kate, Ket, Kit Kat, Kitty, Lady K, Vitamin K, (Tante) Käthe	Ketanest®, Ketalar®, Ketamin®
PCP (Phenylcyclidin)	Angel Dust, Crystal, Dust, Engelsstaub, Flakes, Hog, Hyperdust, Killerjoint, Magic Wack, Mist, Monkey, Peacepill, Peace Powder, Space Base, Star Tripper, Superweed, Wack, Peace, Tank, Zauberdunst	
Lachgas	Ballons, Distickstoffoxid, N2O, Stickstoffoxydul, Jungle Juice, Explosive, Geilmacher	
Tabak (Rauchen)		
Erhitzen/ Verdampfen von Nikotin oder **Einatmen von Aerosolen**	E-Zigaretten, Vape	
Orale Einnahme von Tabak/Nikotin	Snus, Snooze	
Antidepressiva	Pills, Happy Pills, Meds, Prozac, Mirtaz	Fluoxetin (Fluoxetin HEXAL®, Fluctin®, Prozac®), Sertralin (Zoloft®, Serlain®), Citalopram (Cipramil®, Citalopram-ratiopharm®), Escitalopram (Cipralex®, Lexapro®), Paroxetin (Seroxat®, Paroxat®), Venlafaxin (Trevilor®, Venlafaxin AL®), Duloxetin (Cymbalta®, Duloxetin-ratiopharm®), Amitriptylin (Saroten®, Amitriptylin AL®), Clomipramin (Anafranil®, Imipramin (Tofranil®), Moclobemid (Aurorix®), Mirtazapin (Remeron®), Agomelatin (Valdoxan®), Bupropion (Wellbutrin®)

Entwurf

Nicht-opioidhaltige Analgetika		Ibuprofen (Nurofen®, Dolormin®, IbuHEXAL®, Advil®), Diclofenac (Voltaren®, Diclac®, Diclo-ratiopharm®), Naproxen (Naproxen®), Acetylsalicylsäure (ASS) (Aspirin®, Thomapyrin®, ASS-ratiopharm®, Metamizol (Novalgin®, Metamizol-ratiopharm®), Ketoprofen (Oki®, Ketoprofen AL®), Etoricoxib (Arcoxia®), Paracetamol (Ben-u-ron®, Paracetamol®, Mexalen®)
Pregabalin	Lyrica, Lyris, Pregas, Prees, Lyros, Balin, Schubis, Pfizers	Pregabalin®, Lyrica®, Nervigesic®, Alzain, Rewisca®
Andere Antikonvulsiva	Gabas, Gaba, Gabs, Gabbys, G-pills, Rivy, Cloni, Clonaz, Klon, Rivo	Gabapentin (Neurontin®, Gabapentin-CT®), Clonazepam (Rivotril®)
Laxantien		Laxoberal®, Dulcolax®
Anabole Steroide	Roids, Juice, Gear, Stack, Pumpers, Arnolds, Wins, Test, Anabolics, Dianabol, Sus, Deca, Tren, EQ	Testoviron®, Nebido®, Testim®, Sustanon®, Testogel®, Deca-Durabolin®, Retabolil®, Nandrolon-Depot®, Dianabol®, Winstrol®, Stanazol®, Anavar®, Oxandrin®, Finajet®, Equipoise®, Primobolan®, Primobolan Depot®, Halotestin®
Erythropoietin (Epo)		Eprex®, Aranesp®, Mircera®, NeoRecormon®, Retacrit®, Binocrit®, Abseamed®

* Abweichende Handelsnamen (aus anderen Herstellungsländern) möglich

Entwurf

Zu Item 2.4.11 I.v. – Konsum (BB)

Hier ist anzugeben, ob irgendeine der unter 2.4.1 oder 2.4.17 dokumentierten Substanzen jemals im Leben intravenös (I.v.) konsumiert wurde. Injektionen aus medizinischer Indikation (z. B. bei Diabetes) sind hier nicht einzubeziehen.

Gibt die Person an, jemals im Leben intravenös konsumiert zu haben, ist zudem anzugeben, in welchem Alter der erste intravenöse Konsum stattgefunden hat. Ist das genaue Alter nicht bekannt, kann dieses geschätzt werden.

Zu Item 2.4.12 Gemeinsame Spritzenbenutzung (Needle Sharing) (BB)

Hier ist anzugeben, ob bei intravenösem Konsum (jemals im Leben) die Spritze/Nadel getauscht bzw. geteilt wurde.

Zu Item 2.4.13-16 Infektionsstatus (HIV, Hepatitis B/C) (BB)

Hier ist anzugeben, ob die betreute/behandelte Person auf HIV, Hepatitis B, Hepatitis C getestet wurde. Bei Vorliegen eines Testergebnisses, kann dieses dokumentiert werden.

Zu Item 2.4.17 Medikamentenmissbrauch (BB)

Hier sind alle Medikamente anzugeben, die jemals im Leben missbräuchlich, d. h. nicht ausschließlich im Rahmen einer ärztlichen Verordnung, konsumiert wurden. Ausschließlich für diese sind die Fragen 2.4.18 bis 2.4.23 zu beantworten.

Zu beachten: Zu dokumentieren ist hier nur ein von der Verordnung abweichender bzw. über die Verordnung hinausgehender Konsum, d. h. eine missbräuchliche Verwendung der ehemals oder aktuell verordneten Substanz.

Zu Item 2.4.24 Verhaltensbezogene Problembereiche (BB)

Hier sind alle verhaltensbezogenen Problembereiche anzugeben, die jemals im Leben problematisch praktiziert wurden. Ausschließlich für diese sind die Fragen 2.4.25 bis 2.4.30 zu beantworten.

Zu Item 2.4.31 Hauptproblematik (BB)

Hier ist die aus Sicht der betreuenden/behandelnden Fachkraft am meisten problematische Substanz bzw. Verhalten (aus den Bereichen 2.4.1, 2.4.17 und 2.4.24) zu wählen, die das beratungs-/betreuungs-/behandlungsleitende Problem und damit den Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsanlass darstellt. Hier können nur Substanzen oder Verhaltensweisen ausgewählt werden, die unter 2.4.2, 2.4.18, 2.4.25 als *aktuell problematisch* ausgewählt wurden. Kann aufgrund eines polyvalenten Konsums oder einer polyvalenten Verhaltensproblematik keine Problematik als Hauptproblematik identifiziert werden, ist die Kategorie *keine Hauptproblematik auswählbar, da polyvalenter Konsum/polyvalentes Verhalten* zu wählen.

Entwurf

Zu Item 2.4.32 Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung bei Angabe einer Hauptsubstanz (BB)

Wurde unter 2.4.31 eine Substanz (aus 2.4.1 bzw. 2.4.17) als Hauptproblematik gewählt, ist hier die überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung anzugeben.

Zu Item 2.4.33 ICD-10/ICD-11 Diagnosen aus dem Bereich psychischer (inklusive suchtbezogener) Diagnosen (BB)

An dieser Stelle können ICD-Diagnosen aus dem Bereich psychischer (einschließlich substanz- und verhaltensbezogener) Störungen aus dem ICD-10-Kapitel F (Dilling et al., 2005; Codes unter ICD-10-GM-Codes 2026 (Deutschland)) bzw. zukünftig ICD-11-Kapitel 06 (WHO, 2022) kodiert werden. Eine Übersicht der in Kapitel 06 aufgelisteten Diagnosen mit Diagnoseschlüsseln findet sich in der untenstehenden Tabelle.

Die Erfassung sowohl substanzbezogener als auch anderer psychischer Diagnosen im KDS-F erfolgt nach den Richtlinien des ICD-10 bzw. künftig ICD-11 und bezieht sich auf die Situation bei Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung. Auch wenn nicht sofort bei Aufnahme eine endgültige Diagnose gestellt werden kann, sollten die Einträge immer den Stand zu Beginn der Beratung/Betreuung/Behandlung widerspiegeln. Eine Diagnose für eine Substanzklasse setzt notwendigerweise voraus, dass diese jemals im Leben konsumiert wurde und unter 2.4.1 dokumentiert wurde.

Tabelle 2. Diagnoseschlüssel ICD-11 Kapitel 06

Störungen durch Substanzgebrauch und Verhaltenssüchte	
6C40	**Störungen durch Alkohol**
6C40.0	Episode des schädlichen Gebrauchs von Alkohol
6C40.1	Schädliches Muster des Gebrauchs von Alkohol
6C40.10	Schädliches Muster des Gebrauchs von Alkohol, episodisch
6C40.11	Schädliches Muster des Gebrauchs von Alkohol, kontinuierlich
6C40.1Z	Schädliches Verhaltensmuster bei Gebrauch von Alkohol, nicht näher bezeichnet
6C40.2	Alkoholabhängigkeit
6C40.20	Alkoholabhängigkeit, gegenwärtiger Gebrauch, kontinuierlich
6C40.21	Alkoholabhängigkeit, gegenwärtiger Gebrauch, episodisch
6C40.22	Alkoholabhängigkeit, frühe Vollremission
6C40.23	Alkoholabhängigkeit, anhaltende Teilremission
6C40.24	Alkoholabhängigkeit, anhaltende Vollremission
6C40.2Z	Alkoholabhängigkeit, nicht näher bezeichnet
6C40.3	Alkoholintoxikation
6C40.4	Alkoholentzug
6C40.40	Alkoholentzug, ohne Komplikation
6C40.41	Alkoholentzug, mit Wahrnehmungsstörungen
6C40.42	Alkoholentzug, mit epileptischen Anfällen

Entwurf

6C40.43 Alkoholentzug, mit Wahrnehmungsstörungen und epileptischen Anfällen

6C40.4Z Alkoholentzug, nicht näher bezeichnet

6C40.5 Alkoholinduziertes Delir

6C40.6 Psychotische Störung durch Alkohol

6C40.60 Psychotische Störung durch Alkohol, mit Halluzinationen

6C40.61 Psychotische Störung durch Alkohol, mit Wahnsymptomen

6C40.62 Psychotische Störung durch Alkohol, mit gemischten Symptomen

6C40.6Z Psychotische Störung durch Alkohol, nicht näher bezeichnet

6C40.7 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol

6C40.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Alkohol

6C40.Z Störungen durch Alkohol, nicht näher bezeichnet

6C41 Störungen durch Cannabis

6C41.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von Cannabis

6C41.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von Cannabis

6C41.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von Cannabis, episodisch

6C41.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von Cannabis, kontinuierlich

6C41.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von Cannabis, nicht näher bezeichnet

6C41.2 Cannabisabhängigkeit

6C41.20 Cannabisabhängigkeit, gegenwärtiger Gebrauch

6C41.21 Cannabisabhängigkeit, frühe Vollremission

6C41.22 Cannabisabhängigkeit, anhaltende Teilremission

6C41.23 Cannabisabhängigkeit, anhaltende Vollremission

6C41.2Z Cannabisabhängigkeit, nicht näher bezeichnet

6C41.3 Cannabisintoxikation

6C41.4 Cannabisentzug

6C41.5 Cannabisinduziertes Delir

6C41.6 Psychotische Störung durch Cannabis

6C41.7 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch Cannabis

6C41.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Cannabis

6C41.Z Störungen durch Cannabis, nicht näher bezeichnet

6C42 Störungen durch synthetische Cannabinoide

6C42.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von synthetischen Cannabinoiden

6C42.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von synthetischen Cannabinoiden

6C42.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von synthetischen Cannabinoiden, episodisch

6C42.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von synthetischen Cannabinoiden, kontinuierlich

6C42.1Y Sonstiges näher bezeichnetes schädliches Muster des Gebrauchs von synthetischen Cannabinoiden

6C42.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von synthetischen Cannabinoiden, nicht näher bezeichnet

6C42.2 Abhängigkeit von synthetischen Cannabinoiden

6C42.20 Abhängigkeit von synthetischen Cannabinoiden, gegenwärtiger Gebrauch

Entwurf

6C42.21 Abhängigkeit von synthetischen Cannabinoiden, frühe Vollremission

6C42.22 Abhängigkeit von synthetischen Cannabinoiden, anhaltende Teilremission

6C42.23 Abhängigkeit von synthetischen Cannabinoiden, anhaltende Vollremission

6C42.2Y Sonstige näher bezeichnete Abhängigkeit von synthetischen Cannabinoiden

6C42.2Z Abhängigkeit von synthetischen Cannabinoiden, nicht näher bezeichnet

6C42.3 Intoxikation durch synthetische Cannabinoide

6C42.4 Entzug von synthetischen Cannabinoiden

6C42.5 Delir durch synthetische Cannabinoide

6C42.6 Psychotische Störung durch synthetische Cannabinoide

6C42.7 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch synthetische Cannabinoide

6C42.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch synthetische Cannabinoide

6C42.Z Störungen durch synthetische Cannabinoide, nicht näher bezeichnet

6C43 Störungen durch Opioide

6C43.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von Opioiden

6C43.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von Opioiden

6C43.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von Opioiden, episodisch

6C43.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von Opioiden, kontinuierlich

6C43.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von Opioiden, nicht näher bezeichnet

6C43.2 Opioidabhängigkeit

6C43.20 Opioidabhängigkeit, gegenwärtiger Gebrauch

6C43.21 Opioidabhängigkeit, frühe Vollremission

6C43.22 Opioidabhängigkeit, anhaltende Teilremission

6C43.23 Opioidabhängigkeit, anhaltende Vollremission

6C43.2Z Opioidabhängigkeit, nicht näher bezeichnet

6C43.3 Opioidintoxikation

6C43.4 Opioidentzug

6C43.5 Delir durch Opioide

6C43.6 Psychotische Störung durch Opioide

6C43.7 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch Opioide

6C43.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Opioide

6C43.Z Störungen durch Opioide, nicht näher bezeichnet

6C44 Störungen durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C44.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C44.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C44.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C44.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C44.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, episodisch

6C44.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, kontinuierlich

6C44.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, nicht näher

Entwurf

bezeichnet

6C44.2 Abhängigkeit von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C44.20 Abhängigkeit von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, gegenwärtiger Gebrauch

6C44.21 Abhängigkeit von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, frühe Vollremission

6C44.22 Abhängigkeit von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, anhaltende Teilremission

6C44.23 Abhängigkeit von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, anhaltende Vollremission

6C44.2Z Abhängigkeit von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, nicht näher bezeichnet

6C44.3 Intoxikation durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C44.4 Entzug von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C44.40 Entzug von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, ohne Komplikation

6C44.41 Entzug von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, mit Wahrnehmungsstörungen

6C44.42 Entzug von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, mit epileptischen Anfällen

6C44.43 Entzug von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, mit Wahrnehmungsstörungen und epileptischen Anfällen

6C44.4Z Entzug von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, nicht näher bezeichnet

6C44.5 Delir durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C44.6 Psychotische Störung durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C44.7 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C44.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C44.Z Störungen durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika, nicht näher bezeichnet

6C45 Störungen durch Kokain

6C45.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von Kokain

6C45.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von Kokain

6C45.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von Kokain, episodisch

6C45.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von Kokain, kontinuierlich

6C45.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von Kokain, nicht näher bezeichnet

6C45.2 Kokainabhängigkeit

6C45.20 Kokainabhängigkeit, gegenwärtiger Gebrauch

6C45.21 Kokainabhängigkeit, frühe Vollremission

6C45.22 Kokainabhängigkeit, anhaltende Teilremission

6C45.23 Kokainabhängigkeit, anhaltende Vollremission

6C45.2Z Kokainabhängigkeit, nicht näher bezeichnet

6C45.3 Kokainintoxikation

6C45.4 Kokainentzug

6C45.5 Kokaininduziertes Delir

6C45.6 Psychotische Störung durch Kokain

6C45.7 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch Kokain

6C45.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Kokain

6C45.Z Störungen durch Kokain, nicht näher bezeichnet

Entwurf

6C46 Störungen durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamine oder Methcathinon

6C46.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon

6C46.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon

6C46.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon, episodisch

6C46.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon, kontinuierlich

6C46.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon, nicht näher bezeichnet

6C46.2 Abhängigkeit von Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamine oder Methcathinone

6C46.20 Abhängigkeit von Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon, gegenwärtiger Gebrauch

6C46.21 Abhängigkeit von Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon, frühe Vollremission

6C46.22 Abhängigkeit von Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon, anhaltende Teilremission

6C46.23 Abhängigkeit von Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon, anhaltende Vollremission

6C46.2Z Abhängigkeit von Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamine oder Methcathinone, nicht näher bezeichnet

6C46.3 Intoxikation durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon

6C46.4 Entzug von Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon

6C46.5 Delir durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon

6C46.6 Psychotische Störung durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon

6C46.7 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon

6C46.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamine oder Methcathinone

6C46.Z Störungen durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamine oder Methcathinone, nicht näher bezeichnet

6C47 Störungen durch synthetische Cathinone

6C47.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von synthetischen Cathinonen

6C47.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von synthetischen Cathinonen

6C47.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von synthetischen Cathinonen, episodisch

6C47.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von synthetischen Cathinonen, kontinuierlich

6C47.1Y Sonstiges näher bezeichnetes schädliches Muster des Gebrauchs von synthetischen Cathinonen

6C47.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von synthetischen Cathinonen, nicht näher bezeichnet

6C47.2 Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen

6C47.20 Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen, gegenwärtiger Gebrauch

6C47.21 Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen, frühe Vollremission

Entwurf

6C47.22 Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen, anhaltende Teilremission
6C47.23 Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen, anhaltende Vollremission
6C47.2Y Sonstige näher bezeichnete Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen
6C47.2Z Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen, nicht näher bezeichnet
6C47.20 Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen, gegenwärtiger Gebrauch
6C47.21 Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen, frühe Vollremission
6C47.22 Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen, anhaltende Teilremission
6C47.23 Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen, anhaltende Vollremission
6C47.2Y Sonstige näher bezeichnete Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen
6C47.2Z Abhängigkeit von synthetischen Cathinonen, nicht näher bezeichnet
6C47.3 Intoxikation durch synthetische Cathinone
6C47.4 Entzug von synthetischen Cathinonen
6C47.5 Delir durch synthetische Cathinone
6C47.6 Psychotische Störung durch synthetische Cathinone
6C47.7 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch synthetische Cathinone
6C47.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch synthetische Cathinone
6C47.Z Störungen durch synthetische Cathinone, nicht näher bezeichnet

6C48 Störungen durch Koffein

6C48.0 Episode durch schädlichen Gebrauch von Koffein
6C48.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von Koffein
6C48.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von Koffein, episodisch
6C48.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von Koffein, kontinuierlich
6C48.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von Koffein, nicht näher bezeichnet
6C48.2 Koffeinintoxikation
6C48.3 Koffeinentzug
6C48.4 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch Koffein
6C48.40 Angststörung bedingt durch Koffein
6C48.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Koffein
6C48.Z Störungen durch Koffein, nicht näher bezeichnet
6C48.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Koffein
6C48.Z Störungen durch Koffein, nicht näher bezeichnet

6C49 Störungen durch Halluzinogene

6C49.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von Halluzinogenen
6C49.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von Halluzinogenen
6C49.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von Halluzinogenen, episodisch
6C49.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von Halluzinogenen, kontinuierlich
6C49.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von Halluzinogenen, nicht näher bezeichnet
6C49.2 Halluzinogenabhängigkeit
6C49.20 Halluzinogenabhängigkeit, gegenwärtiger Gebrauch

Entwurf

6C49.21 Halluzinogenabhängigkeit, frühe Vollremission
6C49.22 Halluzinogenabhängigkeit, anhaltende Teilremission
6C49.23 Halluzinogenabhängigkeit, anhaltende Vollremission
6C49.2Z Halluzinogenabhängigkeit, nicht näher bezeichnet
6C49.3 Halluzinogenintoxikation
6C49.4 Halluzinogeninduziertes Delir
6C49.5 Psychotische Störung durch Halluzinogene
6C49.6 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
6C49.60 Affektive Störung bedingt durch Halluzinogene
6C49.61 Angststörung bedingt durch Halluzinogene
6C49.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Halluzinogene
6C49.Z Störungen durch Halluzinogene, nicht näher bezeichnet

6C4A Störungen durch Nikotin

6C4A.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von Nikotin
6C4A.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von Nikotin
6C4A.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von Nikotin, episodisch
6C4A.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von Nikotin, kontinuierlich
6C4A.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von Nikotin, nicht näher bezeichnet
6C4A.2 Nikotinabhängigkeit
6C4A.20 Nikotinabhängigkeit, gegenwärtiger Gebrauch
6C4A.21 Nikotinabhängigkeit, frühe Vollremission
6C4A.22 Nikotinabhängigkeit, anhaltende Teilremission
6C4A.23 Nikotinabhängigkeit, anhaltende Vollremission
6C4A.2 Nikotinabhängigkeit, nicht näher bezeichnet
6C4A.3 Nikotinintoxikation
6C4A.4 Nikotinentzug
6C4A.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Nikotin
6C4A.Z Störungen durch Nikotin, nicht näher bezeichnet

6C4B Störungen durch volatile Inhalanzien

6C4B.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von volatilen Inhalanzien
6C4B.1 Schädliches Muster des Gebrauchs volatiler Inhalanzien
6C4B.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von volatilen Inhalanzien
6C4B.1 Schädliches Muster des Gebrauchs volatiler Inhalanzien
6C4B.10 Schädliches Muster des Gebrauchs volatiler Inhalanzien, episodisch
6C4B.11 Schädliches Muster des Gebrauchs volatiler Inhalanzien, kontinuierlich
6C4B.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs volatiler Inhalanzien, nicht näher bezeichnet
6C4B.2 Abhängigkeit von volatilen Inhalanzien
6C4B.20 Abhängigkeit von volatilen Inhalanzien, gegenwärtiger Gebrauch
6C4B.21 Abhängigkeit von volatilen Inhalanzien, frühe Vollremission
6C4B.22 Abhängigkeit von volatilen Inhalanzien, anhaltende Teilremission

Entwurf

6C4B.23 Abhängigkeit von volatilen Inhalanzien, anhaltende Vollremission

6C4B.2Z Abhängigkeit von volatilen Inhalanzien, nicht näher bezeichnet

6C4B.3 Intoxikation durch volatile Inhalanzien

6C4B.4 Entzug von volatilen Inhalanzien

6C4B.5 Delir durch volatile Inhalanzien

6C4B.6 Psychotische Störung durch volatile Inhalanzien

6C4B.7 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch volatile Inhalanzien

6C4B.70 Affektive Störung bedingt durch volatile Inhalanzien

6C4B.71 Angststörung bedingt durch volatile Inhalanzien

6C4B.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch volatile Inhalanzien

6C4B.Z Störungen durch volatile Inhalanzien, nicht näher bezeichnet

6C4C Störungen durch MDMA oder verwandte Substanzen, einschließlich MDA

6C4C.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von MDMA oder verwandten Substanzen, einschließlich MDA

6C4C.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von MDMA oder verwandten Substanzen, einschließlich MDA

6C4C.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von MDMA oder verwandten Substanzen, einschließlich MDA, episodisch

6C4C.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von MDMA oder verwandten Substanzen, einschließlich MDA, kontinuierlich

6C4C.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von MDMA oder verwandten Substanzen, einschließlich MDA, nicht näher bezeichnet

6C4C.2 Abhängigkeit von MDMA oder verwandten Substanzen, einschließlich MDA

6C4C.20 Abhängigkeit von MDMA oder verwandten Substanzen, einschließlich MDA, gegenwärtiger Gebrauch

6C4C.21 Abhängigkeit von MDMA oder verwandten Substanzen, einschließlich MDA, frühe Vollremission

6C4C.22 Abhängigkeit von MDMA oder verwandten Substanzen, einschließlich MDA, anhaltende Teilremission

6C4C.23 Abhängigkeit von MDMA oder verwandten Substanzen, einschließlich MDA, anhaltende Vollremission

6C4C.2Z Abhängigkeit von MDMA oder verwandten Substanzen, einschließlich MDA, nicht näher bezeichnet

6C4C.3 Intoxikation durch MDMA oder verwandte Substanzen, einschließlich MDA

6C4C.4 Entzug von MDMA oder verwandten Substanzen, einschließlich MDA

6C4C.5 Delir durch MDMA oder verwandte Substanzen, einschließlich MDA

6C4C.6 Psychotische Störung durch MDMA oder verwandte Substanzen, einschließlich MDA

6C4C.7 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch MDMA oder verwandte Substanzen, einschließlich MDA

6C4C.70 Affektive Störung bedingt durch MDMA oder verwandte Substanzen, einschließlich MDA

6C4C.71 Angststörung bedingt durch MDMA oder verwandte Substanzen

6C4D Störungen durch Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin]

6C4D.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin]

Entwurf

6C4D.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin]

6C4D.10 Schädliches Muster des Gebrauchs von Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin], episodisch

6C4D.11 Schädliches Muster des Gebrauchs von Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin], kontinuierlich

6C4D.1Z Schädliches Muster des Gebrauchs von Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin], nicht näher bezeichnet

6C4D.2 Abhängigkeit von Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin]

6C4D.20 Abhängigkeit von Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin], gegenwärtiger Gebrauch

6C4D.21 Abhängigkeit von Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin], frühe Vollremission

6C4D.22 Abhängigkeit von Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin], anhaltende Teilremission

6C4D.23 Abhängigkeit von Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin], anhaltende Vollremission

6C4D.2Z Abhängigkeit von Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin], nicht näher bezeichnet

6C4D.3 Intoxikation durch Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin]

6C4D.4 Delir durch Dissoziativa einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin]

6C4D.5 Psychotische Störung durch Dissoziativa, einschließlich Ketamin und PCP [Phencyclidin]

6C4D.6 Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin]

6C4D.60 Affektive Störung bedingt durch Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phenylcyclidin]

6C4D.61 Angststörung bedingt durch Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin]

6C4D.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin]

6C4D.Z Störungen durch Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin], nicht näher bezeichnet

6C4C.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch MDMA oder verwandte Substanzen, einschließlich MDA

6C4C.Z Störungen durch MDMA oder verwandte Substanzen, einschließlich MDA, nicht näher bezeichnet

6C4E Störungen durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente

6C4E.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von sonstigen näher bezeichneten psychoaktiven Substanzen

6C4E.1 Schädliches Muster des Gebrauchs sonstiger näher bezeichneter psychoaktiver Substanzen

6C4E.2 Abhängigkeit von sonstigen näher bezeichneten psychoaktiven Substanzen

6C4E.3 Intoxikation durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4E.4 Entzug von sonstigen näher bezeichneten psychoaktiven Substanzen

6C4E.5 Delir durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4E.6 Psychotische Störung durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4E.7 Bestimmte andere durch psychoaktive Substanzen bedingte psychische oder Verhaltensstörungen

Entwurf

6C4E.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente

6C4E.Z Störungen durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente, nicht näher bezeichnet

6C4F Störungen durch multiple näher bezeichnete psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente

6C4F.0 Episode des schädlichen Gebrauchs von multiplen näher bezeichneten psychoaktiven Substanzen

6C4F.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von multiplen näher bezeichneten psychoaktiven Substanzen

6C4F.2 Abhängigkeit von multiplen näher bezeichneten psychoaktiven Substanzen

6C4F.3 Intoxikation durch multiple näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4F.4 Entzug von multiplen näher bezeichneten psychoaktiven Substanzen

6C4F.5 Delir durch multiple näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4F.6 Psychotische Störung durch multiple näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4F.7 Bestimmte psychische oder Verhaltensstörungen bedingt durch multiple spezifizierte psychoaktive Substanzen

6C4F.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch multiple näher bezeichnete psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente

6C4F.Z Störungen durch multiple näher bezeichnete psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente, nicht näher bezeichnet

6C4G Störungen durch unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4G.0 Episode durch schädlichen Gebrauch von unbekannten oder nicht näher bezeichneten psychoaktiven Substanzen

6C4G.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von unbekannten oder nicht näher bezeichneten psychoaktiven Substanzen

6C4G.2 Abhängigkeit von unbekannten oder nicht näher bezeichneten psychoaktiven Substanzen

6C4G.3 Intoxikation mit unbekannten oder nicht näher bezeichneten psychoaktiven Substanzen

6C4G.4 Entzug durch unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4G.5 Delir durch unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4G.6 Psychotische Störung durch unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4G.7 Bestimmte psychische oder Verhaltensstörungen bedingt durch unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4G.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4G.Z Störungen durch unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen, nicht näher bezeichnet

6C4H Störungen durch nichtpsychoaktive Substanzen

6C4H.0 Episode durch schädlichen Gebrauch von nichtpsychoaktiven Substanzen

6C4H.1 Schädliches Muster des Gebrauchs von nichtpsychoaktiven Substanzen

6C4H.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch nichtpsychoaktive Substanzen

6C4H.Z Störungen durch nichtpsychoaktive Substanzen, nicht näher bezeichnet

6A41 Katatonie durch Substanzen oder Medikamente

Entwurf

6C4Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Substanzgebrauch

6C4Z Störungen durch Substanzgebrauch, nicht näher bezeichnet

6C50 Glücksspielstörung

6C50.0 Glücksspielstörung, vorwiegend offline

6C50.1 Glücksspielstörung, vorwiegend online

6C50.Z Glücksspielstörung, nicht näher bezeichnet

6C51 Computerspielstörung

6C51.0 Computerspielstörung, vorwiegend online

6C51.1 Computerspielstörung, vorwiegend offline

6C51.Z Computerspielstörung, nicht näher bezeichnet

6C5Y Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Verhaltenssüchte

Weitere ICD-11-Diagnosen (Kapitel 06)

Neuromentale Entwicklungsstörungen

6A00 Störungen der Intelligenzentwicklung

6A00.0 Leichtgradige Störung der Intelligenzentwicklung

6A00.1 Mittelgradige Störung der Intelligenzentwicklung

6A00.2 Schwergradige Störung der Intelligenzentwicklung

6A00.3 Tiefgreifende Störung der Intelligenzentwicklung

6A00.4 Vorläufige Störung der Intelligenzentwicklung

6A00.Z Störungen der Intelligenzentwicklung, nicht näher bezeichnet

6A01 Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung

6A01.0 Entwicklungsstörung der Lautbildung

6A01.1 Entwicklungsstörung des Sprechflusses

6A01.2 Entwicklungsstörung der Sprache

6A01.Y Sonstige näher bezeichnete Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung

6A01.Z Störungen der Sprech- oder Sprachentwicklung, nicht näher bezeichnet

6A02 Autismus-Spektrum-Störung

6A02.0 Autismus-Spektrum-Störung ohne Störung der Intelligenzentwicklung, mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache

6A02.1 Autismus-Spektrum-Störung mit Störung der Intelligenzentwicklung, mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache

6A02.2 Autismus-Spektrum-Störung ohne Störung der Intelligenzentwicklung, mit Beeinträchtigung der funktionellen Sprache

6A02.3 Autismus-Spektrum-Störung mit Störung der Intelligenzentwicklung, mit Beeinträchtigung der funktionellen Sprache

6A02.5 Autismus-Spektrum-Störung mit Störung der Intelligenzentwicklung, Fehlen der funktionellen Sprache

Entwurf

6A02.Y Sonstige näher bezeichnete Autismus-Spektrum-Störung

6A02.Z Autismus-Spektrum-Störung, nicht näher bezeichnet

6A03 Lernentwicklungsstörung

6A03.0 Lernentwicklungsstörung mit Lesebeeinträchtigung

6A03.1 Lernentwicklungsstörung mit Beeinträchtigung im schriftlichen Ausdruck

6A03.2 Lernentwicklungsstörung mit Beeinträchtigung in Mathematik

6A03.3 Lernentwicklungsstörung mit anderer spezifizierter Beeinträchtigung des Lernens

6A03.Z Lernentwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet 6A04 Entwicklungsstörung der motorischen Koordination

6A04 Entwicklungsstörung der motorischen Koordination

6A05 Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung

6A05.0 Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung [ADHS], vorwiegend unkonzentriert

6A05.1 Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung [ADHS], vorwiegend hyperaktiv-impulsiv

6A05.2 Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung [ADHS], kombiniert

6A05.Y Sonstige näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung [ADHS]

6A05.Z Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung [ADHS], nicht näher bezeichnet

6A06 Stereotype Bewegungsstörung

6A06.0 Stereotype Bewegungsstörung ohne Selbstverletzung

6A06.1 Stereotype Bewegungsstörung mit Selbstverletzung

6A06.Z Stereotype Bewegungsstörung, nicht näher bezeichnet

8A05.0 Primäre Tics oder Ticstörungen

8A05.00 Tourette-Syndrom

8A05.01 Chronisch-motorische Ticstörung

8A05.02 Chronisch-phonische Ticstörung

8A05.03 Vorübergehende motorische Tics

8A05.0Y Sonstige näher bezeichnete primäre Tics oder Ticstörungen

8A05.0Z Primäre Tics oder Ticstörungen, nicht näher bezeichnet

6E60 Sekundäres neuromentales Entwicklungssyndrom

6A0Y Sonstige näher bezeichnete neuromentale Entwicklungsstörungen

6A0Z Neuromentale Entwicklungsstörungen, nicht näher bezeichnet

Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen

6A20 Schizophrenie

6A20.0 Schizophrenie, erste Episode

6A20.1 Schizophrenie, mehrfache Episoden

6A20.2 Schizophrenie, kontinuierlich

6A20.Y Sonstige näher bezeichnete Schizophrenie

Entwurf

6A20.Z Schizophrenie, nicht näher bezeichnet

6A21 Schizoaffektive Störung

6A21.0 Schizoaffektive Störung, erste Episode

6A21.1 Schizoaffektive Störung, mehrfache Episoden

6A21.2 Schizoaffektive Störung, kontinuierlich

6A21.Y Sonstige näher bezeichnete schizoaffektive Störung

6A21.Z Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet

6A22 Schizotype Störung

6A23 Akute vorübergehende psychotische Störung

6A23.0 Akute vorübergehende psychotische Störung, erste Episode

6A23.1 Akute vorübergehende psychotische Störung, mehrfache Episoden

6A23.Y Sonstige näher bezeichnete akute vorübergehende psychotische Störung

6A23.Z Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet

6A23 Akute und vorübergehende psychotische Störung

6A23.0 Akute und vorübergehende psychotische Störung, erste Episode

6A23.1 Akute und vorübergehende psychotische Störung, mehrfache Episoden

6A23.Y Sonstige näher bezeichnete akute und vorübergehende psychotische Störung

6A23.Z Akute und vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet

6A24 Wahnhafte Störung

6A24.0 Wahnhafte Störung, gegenwärtig symptomatisch

6A24.1 Wahnhafte Störung, in Teilremission

6A24.2 Wahnhafte Störung, in Vollremission

6A24.Z Wahnhafte Störung, nicht näher bezeichnet

6A25 Symptomatische Manifestationen primärer psychotischer Störungen

6A25.0 Positivsymptome bei primären psychotischen Störungen

6A25.1 Negativsymptome bei primären psychotischen Störungen

6A25.2 Depressive Symptome bei primären psychotischen Störungen

6A25.3 Manische Symptome bei primären psychotischen Störungen

6A25.4 Psychomotorische Symptome bei primären psychotischen Störungen

6A25.5 Kognitive Symptome bei primären psychotischen Störungen

Substanzinduzierte psychotische Störungen

6C40.6 Psychotische Störung durch Alkohol

6C41.6 Psychotische Störung durch Cannabis

6C42.6 Psychotische Störung durch synthetische Cannabinoide

6C43.6 Psychotische Störung durch Opioide

6C44.6 Psychotische Störung durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C45.6 Psychotische Störung durch Kokain

Entwurf

6C46.6 Psychotische Störung durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon

6C47.6 Psychotische Störung durch synthetische Canthinone

6C49.5 Psychotische Störung durch Halluzinogene

6C4B.6 Psychotische Störung durch volatile Inhalanzien

6C4C.6 Psychotische Störung durch MDMA oder verwandte Substanzen, einschließlich MDA

6C4D.5 Psychotische Störung durch Dissoziativa, einschließlich Ketamin und PCP [Phencyclidin]

6C4E.6 Psychotische Störung durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4G.6 Psychotische Störung durch unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6E61 Sekundäres psychotisches Syndrom

6E61.0 Sekundäres psychotisches Syndrom mit Halluzinationen

6E61.1 Sekundäres psychotisches Syndrom mit Wahnsymptomatik

6E61.2 Sekundäres psychotisches Syndrom mit Halluzinationen und Wahnsymptomen

6E61.3 Sekundäres psychotisches Syndrom mit nicht näher bezeichneten Symptomen

6A2Y Sonstige näher bezeichnete Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen

6A2Z Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen, nicht näher bezeichnet

Katatonie

6A40 Katatonie in Verbindung mit einer anderen psychischen Störung

6A41 Katatonie durch Substanzen oder Medikamente

6E69 Sekundäres katatones Syndrom

6A4Z Katatonie, nicht näher bezeichnet

Affektive Störungen

Bipolare oder verwandte Störungen

6A60 Bipolare Störung Typ I

6A61 Bipolare Störung Typ II

6A62 Zyklothyme Störung

6A6Y Sonstige näher bezeichnete bipolare oder verwandte Störungen

6A6Z Bipolare oder verwandte Störungen, nicht näher bezeichnet

Depressive Störungen

6A70 Depressive Störung mit Einzelepisoden

6A71 Rezidivierende depressive Störung

6A72 Dysthyme Störung

6A73 Gemischte depressive Störung und Angststörung

GA34.41 Prämenstruelle dysphorische Störung

6A7Y Sonstige näher bezeichnete depressive Störungen

6A7Z Depressive Störungen, nicht näher bezeichnet

Entwurf

6A80 Symptomatische Verläufe und Erkrankungsverläufe von affektiven Episoden bei affektiven Störungen

6A80.0 Ausgeprägte Angstsymptome bei affektiven Episoden

6A80.1 Panikattacken bei affektiven Episoden

6A80.2 Gegenwärtige depressive Episode, anhaltend

6A80.3 Gegenwärtig depressive Episode mit Melancholie

6A80.4 Saisonaler Beginn einer affektiven Episode

6A80.5 Rapid Cycling

6E20 Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett, ohne psychotische Symptome

6E21 Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett, mit psychotischen Symptomen

Substanzbedingte affektive Störungen

6C40.70 Affektive Störung bedingt durch Alkohol

6C41.70 Affektive Störung bedingt durch Cannabis

6C42.70 Affektive Störung bedingt durch synthetische Cannabinoide

6C43.70 Affektive Störung bedingt durch Opioide

6C44.70 Affektive Störung bedingt durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C45.70 Affektive Störung bedingt durch Kokain

6C46.70 Affektive Störung bedingt durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon

6C47.70 Affektive Störung bedingt durch synthetische Cathinone

6C49.60 Affektive Störung bedingt durch Halluzinogene

6C4B.70 Affektive Störung bedingt durch volatile Inhalanzien

6C4C.70 Affektive Störung bedingt durch MDMA oder verwandte Substanzen, einschließlich MDA

6C4D.60 Affektive Störung bedingt durch Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phenylcyclidin]

6E62 Sekundäres affektives Syndrom

6E62.0 Sekundäres affektives Syndrom mit depressiven Symptomen

6E62.1 Sekundäres affektives Syndrom mit manischen Symptomen

6E62.2 Sekundäres affektives Syndrom mit gemischten Symptomen

6E62.3 Sekundäres affektives Syndrom mit nicht näher bezeichneten Symptomen

6A8Y Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen

6A8Z Affektive Störungen, nicht näher bezeichnet

Angst- oder furchtbezogene Störungen

6B00 Generalisierte Angststörung

6B01 Panikstörung

6B02 Agoraphobie

6B03 Spezifische Phobie

Entwurf

6B04 Soziale Angststörung

6B05 Störung mit Trennungsangst

6B06 Selektiver Mutismus

Substanzinduzierte Angststörungen

6C40.71 Angststörung bedingt durch Alkohol

6C41.71 Angststörung bedingt durch Cannabis

6C42.71 Angststörung bedingt durch synthetische Cannabinoide

6C43.71 Angststörung bedingt durch Opioide

6C44.71 Angststörung bedingt durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6C45.71 Angststörung bedingt durch Kokain

6C46.71 Angststörung bedingt durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon

6C47.71 Angststörung bedingt durch synthetische Cathinone

6C48.40 Angststörung bedingt durch Koffein

6C49.61 Angststörung bedingt durch Halluzinogene

6C4B.71 Angststörung bedingt durch volatile Inhalanzien

6C4C.71 Angststörung bedingt durch MDMA oder verwandte Substanzen

6C4D.61 Angststörung bedingt durch Dissoziativa, einschließlich Ketamin oder PCP [Phencyclidin]

6C4E.71 Angststörung bedingt durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4G.71 Angststörung bedingt durch unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6E63 Sekundäres Angstsyndrom

6B0Y Sonstige näher bezeichnete Angst- oder furchtbezogene Störungen

6B0Z Angst- oder furchtbezogene Störungen, nicht näher bezeichnet

Zwangsstörung oder verwandte Störungen

6B20 Zwangsstörung

6B20.0 Zwangsstörung mit mittelmäßiger bis guter Krankheitseinsicht

6B20.1 Zwangsstörung mit schlechter bis fehlender Krankheitseinsicht

6B20.Z Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet

6B21 Körperdysmorphe Störung

6B21.0 Körperdysmorphe Störung mit mittelmäßiger bis guter Krankheitseinsicht

6B21.1 Körperdysmorphe Störung mit schlechter bis fehlender Krankheitseinsicht

6B21.Z Körperdysmorphe Störung, nicht näher bezeichnet

6B22 Olfaktorische Referenzstörung

6B22 Olfaktorische Referenzstörung

6B22.0 Olfaktorische Referenzstörung mit mittelmäßiger bis guter Krankheitseinsicht

6B22.1 Olfaktorische Referenzstörung mit schlechter bis fehlender Krankheitseinsicht

6B22.Z Eigengeruchswahn, nicht näher bezeichnet

Entwurf

6B23 Krankheitsangststörung

6B23.0 Hypochondrie mit mittelmäßiger bis guter Krankheitseinsicht

6B23.1 Hypochondrie mit schlechter bis fehlender Krankheitseinsicht

6B23.Z Hypochondrie, nicht näher bezeichnet

6B24 Pathologisches Horten

6B24.0 Pathologisches Horten mit mittelmäßiger bis guter Krankheitseinsicht

6B24.1 Pathologisches Horten mit schlechter bis fehlender Krankheitseinsicht

6B24.Z Pathologisches Horten, nicht näher bezeichnet

6B25 Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen

6B25.0 Trichotillomanie

6B25.1 Exkoriationsstörung

6B25.Y Sonstige näher bezeichnete Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen

6B25.Z Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen, nicht näher bezeichnet

Entwurf

Substanzinduzierte Zwangs- oder verwandte Störungen

6C45.72 Zwangsstörung oder verwandte Störungen durch Kokain

6C46.72 Zwangsstörung oder verwandte Störungen durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon

6C47.72 Zwangsstörung oder verwandte Störungen durch synthetische Cathinone

6C4E.72 Zwangsstörung oder verwandte Störungen durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4G.72 Zwangsstörung oder verwandte Störungen durch unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4F.72 Zwangsstörung oder verwandte Störungen durch multiple näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6E64 Sekundäres Zwangssyndrom oder verwandte Syndrome

8A05.00 Tourette-Syndrom

6B2Y Sonstige näher bezeichnete Zwangsstörung oder verwandte Störungen

6B2Z Zwangsstörung oder verwandte Störungen, nicht näher bezeichnet

Spezifisch Belastungs-assoziierte Störungen

6B40 Posttraumatische Belastungsstörung

6B41 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

6B42 Anhaltende Trauerstörung

6B43 Anpassungsstörung

6B44 Reaktive Bindungsstörung

6B45 Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten

6B4Y Sonstige näher bezeichnete spezifisch Belastungs-assoziierte Störungen

6B4Z Spezifische Belastungs-assoziierte Störungen, nicht näher bezeichnet

Dissoziative Störungen

6B60 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen

6B60.0 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen: Sehstörung

6B60.1 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen: Hörstörung

6B60.2 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen: Schwindel oder Benommenheitsgefühl

6B60.3 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen: sonstige sensorische Störung

6B60.4 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen: nichtepileptischer Anfall

6B60.5 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen: Sprech- und Sprachstörungen

6B60.6 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen: Parese oder Muskelschwäche

6B60.7 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen: Gangstörung

6B60.8 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen: Bewegungsstörung

Entwurf

6B60.9 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen: kognitive Symptome

6B60.Y Sonstige näher bezeichnete Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen

6B60.Z Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen, nicht näher bezeichnet

6B61 Dissoziative Amnesie

6B61.0 Dissoziative Amnesie mit dissoziativer Fugue

6B61.1 Dissoziative Amnesie ohne dissoziative Fugue

6B61.Z Dissoziative Amnesie, nicht näher bezeichnet

6B62 Trance-Störung

6B63 Besessenheits-Trance-Störung

6B64 Dissoziative Identitätsstörung

6B65 Partielle dissoziative Identitätsstörung

6B66 Depersonalisations-Derealisationsstörung

6E65 Sekundäres dissoziatives Syndrom

6B6Y Sonstige näher bezeichnete Dissoziative Störungen

6B6Z Dissoziative Störungen, nicht näher bezeichnet

Fütter- oder Essstörungen

6B80 Anorexia nervosa

6B81 Bulimia nervosa

6B82 Binge-Eating-Störung

6B83 Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme

6B84 Pica

6B85 Ruminations-Regurgitationsstörung

6B8Y Sonstige näher bezeichnete Fütter- oder Essstörungen

6B8Z Fütter- oder Essstörungen, nicht näher bezeichnet

Ausscheidungsstörungen

6C00 Enuresis

6C01 Enkopresis

6C0Z Ausscheidungsstörungen, nicht näher bezeichnet

Somatische Belastungsstörung oder Störungen der Körpererfahrung

6C20 Somatische Belastungsstörung

6C21 Körperintegritätsdysphorie

6C2Y Sonstige näher bezeichnete somatische Belastungsstörung oder Störungen der Körpererfahrung

Entwurf

6C2Z Somatische Belastungsstörung oder Störungen der Körpererfahrung, nicht näher bezeichnet

Störungen der Impulskontrolle

6C70 Pyromanie

6C71 Kleptomanie

6C72 Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung

6C73 Intermittierende explosible Störung

Substanzbedingte Impulskontrollstörung

6C45.73 Impulskontrollstörung durch Kokain

6C46.73 Impulskontrollstörung durch Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamin oder Methcathinon

6C4E.73 Impulskontrollstörung durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C4G.73 Impulskontrollstörung durch unbekannte oder nicht näher bezeichnete psychoaktive Substanzen

6C47.73 Impulskontrollstörung durch synthetische Cathinone

6C50 Glücksspielstörung

6C50.0 Glücksspielstörung, vorwiegend offline

6C50.1 Glücksspielstörung, vorwiegend online

6C50.Z Glücksspielstörung, nicht näher bezeichnet

6C51 Computerspielstörung

6C51.0 Computerspielstörung, vorwiegend online

6C51.1 Computerspielstörung, vorwiegend offline

6C51.Z Computerspielstörung, nicht näher bezeichnet6E66 Sekundäres Impulskontrollsyndrom

6E66 Sekundäres Impulskontrollsyndrom

6B25 Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen

6B25.0 Trichotillomanie

6B25.1 Skin-Picking-Störung

6B25.Y Sonstige näher bezeichnete Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen

6B25.Z Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen, nicht näher bezeichnet

6C7Y Sonstige näher bezeichnete Störungen der Impulskontrolle

6C7Z Störungen der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet

Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen

6C90 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

6C90.0 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und chronischer Reizbarkeit oder Wut

6C90.00 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und chronischer Reizbarkeit oder Wut und limitierten prosozialen Emotionen

Entwurf

6C90.01 Störung mit oppositionellem Trotzverhalten mit chronischer Reizbarkeit bzw. Wut und mit typischen prosozialen Emotionen

6C90.0Z Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und chronischer Reizbarkeit oder Wut, nicht näher bezeichnet

6C90.1 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ohne chronische Reizbarkeit oder Wut

6C90.10 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ohne chronische Reizbarkeit oder Wut, mit limitierten prosozialen Emotionen

6C90.11 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ohne chronische Reizbarkeit oder Wut, mit typischen prosozialen Emotionen

6C90.1Z Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ohne chronische Reizbarkeit oder Wut, nicht näher bezeichnet

6C90.Z Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, nicht näher bezeichnet

6C91 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten

6C91.0 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Kindesalter

6C91.00 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Kindesalter, mit eingeschränkten prosozialen Emotionen

6C91.01 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Kindesalter, mit typischen prosozialen Emotionen

6C91.0Z Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Kindesalter, nicht näher bezeichnet

6C91.1 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Jugendalter

6C91.10 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Jugendalter, mit eingeschränkten prosozialen Emotionen

6C91.11 Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Jugendalter, mit eingeschränkten prosozialen Emotionen

6C91.1Y Sonstige näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, Beginn im Jugendalter

6C91.Z Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten, nicht näher bezeichnet

6C9Y Sonstiges näher bezeichnetes disruptives Verhalten oder sonstige näher bezeichnete dissoziale Störungen

6C9Z Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen, nicht näher bezeichnet

Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale

6D10 Persönlichkeitsstörung

6D10.0 Leichtgradige Persönlichkeitsstörung

6D10.1 Mittelgradige Persönlichkeitsstörung

6D10.2 Schwergradige Persönlichkeitsstörung

6D10.Z Persönlichkeitsstörung, Schweregrad nicht näher bezeichnet

6D11 Ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale oder -muster

6D11.0 Negative Affektivität bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik

6D11.1 Distanziertheit bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik

6D11.2 Dissozialität bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik

Entwurf

6D11.3 Enthemmung bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik

6D11.4 Anankasmus bei Persönlichkeitsstörung oder -problematik

6D11.5 Borderline-Muster

6E68 Sekundäre Persönlichkeitsänderung

Paraphile Störungen

6D30 Exhibitionistische Störung

6D31 Voyeuristische Störung

6D32 Pädophile Störung

6D33 Sexuell-sadistische Störung unter Ausübung von Zwang

6D34 Frotteuristische Störung

6D35 Sonstige paraphile Störung mit nicht einwilligenden Individuen

6D36 Paraphile Störung, die Verhaltensweisen als Einzelperson oder mit einwilligenden Personen beinhaltet

6D3Z Paraphile Störungen, nicht näher bezeichnet

Artifizielle Störungen

6D50 Artifizielle Störung an sich selbst

6D51 Artifizielle Störung, auf andere gerichtet

6D5Z Artifizielle Störungen, nicht näher bezeichnet

Neurokognitive Störungen

6D70 Delir

6D70.0 Delir aufgrund einer anderenorts klassifizierten Krankheit

6D70.1 Delir durch psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente

6D70.2 Delir durch multiple ätiologische Faktoren

6D70.Y Delir, sonstige näher bezeichnete Ursache

6D70.Z Delir, nicht näher bezeichnete oder unbekannte Ursache

6D71 Leichtgradige neurokognitive Störung

6D72 Amnestische Störung

6D72.0 Amnestische Störung durch anderenorts klassifizierte Krankheiten

6D72.1 Amnestische Störung durch psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente

6D72.10 Amnestische Störung durch Alkohol

6D72.11 Amnestische Störung durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6D72.12 Amnestische Störung durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente

6D72.13 Amnestische Störung durch Gebrauch von flüchtigen Inhalantien

6D72.Y Amnestische Störung, sonstige näher bezeichnete Ursache

6D72.Z Amnestische Störung, nicht näher bezeichnete oder unbekannte Ursache

Entwurf

6D80 Demenz durch Alzheimer-Krankheit

6D80.0 Demenz durch Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn

6D80.1 Demenz durch Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn

6D80.2 Alzheimer-Demenz, gemischter Typ, mit zerebrovaskulärer Krankheit

6D80.3 Alzheimer-Demenz, gemischter Typ, mit sonstiger nichtvaskulärer Ätiologie

6D80.Z Demenz durch Alzheimer-Krankheit, Beginn unbekannt oder nicht näher bezeichnet

6D81 Demenz durch zerebrovaskuläre Krankheit

6D82 Demenz durch Lewy-Körper-Krankheit

6D83 Frontotemporale Demenz

6D84 Demenz durch psychoaktive Substanzen, einschließlich Medikamente

6D84.0 Demenz durch Alkohol

6D84.1 Demenz durch Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika

6D84.2 Demenz durch flüchtige Inhalantien

6D84.Y Demenz durch sonstige näher bezeichnete psychoaktive Substanz

6D85 Demenz durch anderenorts klassifizierte Krankheiten

6D85.0 Demenz durch Parkinson-Krankheit

6D85.1 Demenz durch Huntington-Krankheit

6D85.2 Demenz durch Exposition von Schwermetallen oder anderen Toxinen

6D85.3 Demenz durch humanes Immundefizienz-Virus [HIV]

6D85.4 Demenz durch Multiple Sklerose

6D85.5 Demenz durch Prionenerkrankung

6D85.6 Demenz durch Normaldruckhydrozephalus

6D85.7 Demenz durch Kopfverletzung

6D85.8 Demenz durch Pellagra

6D85.9 Demenz durch Down-Syndrom

6D85.Y Demenz durch sonstige näher bezeichnete anderenorts klassifizierte Krankheiten

6D86 Verhaltensstörungen oder psychologische Störungen bei Demenz

6D86.0 Psychotische Symptome bei Demenz

6D86.1 Affektive Symptome bei Demenz

6D86.2 Angstsymptome bei Demenz

6D86.3 Apathie bei Demenz

6D86.4 Agitation oder Aggression bei Demenz

6D86.5 Enthemmung bei Demenz

6D86.6 Umherwandern bei Demenz

6D86.Y Sonstige näher bezeichnete Verhaltensstörungen oder psychische Störungen bei Demenz

6D86.Z Verhaltensstörungen oder psychische Störungen bei Demenz, nicht näher bezeichnet

6D8Y Demenz, sonstige näher bezeichnete Ursache

6D8Z Demenz, nicht näher bezeichnete oder unbekannte Ursache

Entwurf

6E67 Sekundäres neurokognitives Syndrom

6E0Y Sonstige näher bezeichnete neurokognitive Störungen

6E0Z Neurokognitive Störungen, nicht näher bezeichnet

Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett

6E20 Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett, ohne psychotische Symptome

6E21 Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett, mit psychotischen Symptomen

6E2Z Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett, nicht näher bezeichnet

Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren, die anderenorts klassifizierte Störungen oder Erkrankungen beeinflussen

6E40.0 Psychische Störung bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen

6E40.1 Psychologische Symptome bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen

6E40.2 Persönlichkeitsmerkmale oder Bewältigungsmechanismen bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen

6E40.3 Maladaptives Gesundheitsverhalten bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen

6E40.4 Belastungsbezogene physiologische Reaktionen bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen

6E40.Y Sonstige näher bezeichnete psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren, die anderenorts klassifizierte Störungen oder Erkrankungen beeinflussen

6E40.Z Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren, die anderenorts klassifizierte Störungen oder Erkrankungen beeinflussen, nicht näher bezeichnet

Sekundäre psychische oder Verhaltenssyndrome bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen

6E60 Sekundäres neuromentales Entwicklungssyndrom

6E60.0 Sekundäres Syndrom des Sprechens oder der Sprache

6E60.Y Sonstiges näher bezeichnetes sekundäres neuromentales Entwicklungssyndrom

6E60.Z Sekundäres neuromentales Entwicklungssyndrom, nicht näher bezeichnet

6E61 Sekundäres psychotisches Syndrom

6E61.0 Sekundäres psychotisches Syndrom mit Halluzinationen

6E61.1 Sekundäres psychotisches Syndrom mit Wahnsymptomatik

6E61.2 Sekundäres psychotisches Syndrom mit Halluzinationen und Wahnsymptomen

6E61.3 Sekundäres psychotisches Syndrom mit nicht näher bezeichneten Symptomen

6E62 Sekundäres affektives Syndrom

6E62.0 Sekundäres affektives Syndrom mit depressiven Symptomen

6E62.1 Sekundäres affektives Syndrom mit manischen Symptomen

6E62.2 Sekundäres affektives Syndrom mit gemischten Symptomen

6E62.3 Sekundäres affektives Syndrom mit nicht näher bezeichneten Symptomen

Entwurf

6E63	**Sekundäres Angstsyndrom**
6E64	**Sekundäres Zwangssyndrom oder verwandte Syndrome**
6E65	**Sekundäres dissoziatives Syndrom**
6E66	**Sekundäres Impulskontrollsyndrom**
6E67	**Sekundäres neurokognitives Syndrom**
6E68	**Sekundäre Persönlichkeitsänderung**
6E69	**Sekundäres katatones Syndrom**
6E6Y	**Sonstige näher bezeichnete sekundäre psychische Syndrome oder Verhaltenssyndrome**
6E6Z	**Sekundäre psychische Syndrome oder Verhaltenssyndrome, nicht näher bezeichnet**

Zu Item 2.5.1 Art der Beratung/Betreuung/Behandlung in der eigenen Einrichtung (BV)

Hier sollen alle Maßnahmen/Angebote angegeben werden, die während der Beratung/Betreuung/Behandlung der betreuten/behandelten Person innerhalb der eigenen Einrichtung zum Einsatz gekommen sind und für die die eigene Einrichtung auch verantwortlich ist/war. Dafür steht die umfassende Liste der Betreuungs- und Behandlungsangebote zur Verfügung, die bereits bei Item 1.6 (Art der Dienste/Angebote) im KDS-E genutzt wurde.

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

Anmerkung: Bei den Kategorien *ARS, TAR, PTS, STR* und *ADA* soll in den Fällen, in denen nur eine dieser Rehaformen in der eigenen Einrichtung in Anspruch genommen wurde, zusätzlich angegeben werden, ob es sich dabei jeweils um ein Modul einer Kombibehandlung handelt. Kombibehandlungen sind jedoch nicht als Hauptmaßnahme auswählbar.

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

Zu Item 2.5.2 Kooperation während der Beratung/Betreuung/Behandlung (BV)

Hier wird erfasst, ob und wenn ja, welche Kooperationen mit anderen Einrichtungen und Diensten während der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung erforderlich geworden sind. Hier wird nach unmittelbar fallbezogenen Kooperationsaktivitäten gefragt, während das Item 1.8 im KDS-E nach formalen Kooperationsregelungen der eigenen Einrichtung fragt. Bei der hier erfragten Kooperation geht es um die konkrete Einbeziehung Dritter in die aktuelle Beratung/Betreuung/Behandlung. Bitte kodieren Sie solche Kooperationen mit Dritten deshalb nur dann, wenn Sie von den entsprechenden Einrichtungen eine verlässliche Rückmeldung darüber erhalten haben, dass die betreute/behandelte Person von der mit Ihnen kooperierenden Institution oder Person tatsächlich (mit-)betreut/-behandelt wird oder wenn Inhalte/Ergebnisse Ihrer Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungstätigkeit mit Einverständnis der betreuten/behandelten Person an diese Kooperationspartner weitergegeben werden. Solche Kooperationskontakte können persönlich, schriftlich oder auch telefonisch erfolgen. Hier sind alle Institutionen, mit denen beratungs-/betreuungs-/behandlungsbezogen eine Kooperation wie oben definiert stattgefunden hat,

Entwurf

anzugeben. Zu beachten: Wenn ein Kontakt mit den Dritten ausschließlich zur Weitervermittlung am Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsende dient, dann ist diese Maßnahme unter Item 2.6.8 als Weitervermittlung zu kodieren.

Zu Item 2.6.1.2 Dauer der Beratung/Betreuung/Behandlung (BE)

Ein Kerndatenbogen gilt bis zum Ende der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung in der eigenen Einrichtung, d. h. gegebenenfalls auch über einen kalendarischen Jahreswechsel hinaus. Die Beratung/Betreuung/Behandlung endet in der stationären Variante mit dem letzten Tag des Aufenthalts und in der ambulanten Variante mit dem Datum des letzten Kontakts in der eigenen Einrichtung. Das Ende einer Beratung/Betreuung/Behandlung kann entweder planmäßig oder - aus unterschiedlichen Gründen - vorzeitig erfolgen.

Die aktuelle Beratung/Betreuung/Behandlung kann aufrechterhalten werden („offener Fall“), wenn die betreute/behandelte Person in eine sozialleistungsrechtlich neue Maßnahme (auch innerhalb der gleichen Einrichtung) überwechselt und während dieser neuen Maßnahme weiterhin Angebote der ursprünglichen Betreuung in Anspruch nimmt („parallele Betreuung“) bzw. diese nach Beendigung der neuen Maßnahme wieder aufnimmt. Dies ist z. B. der Fall bei Betreuten in der Suchtberatung, die (in derselben oder einer anderen Einrichtung) eine Maßnahme der ambulanten Suchtrehabilitation antreten und parallel weiterhin ihre Beratungstermine wahrnehmen. Voraussetzung für das Anlegen paralleler Fälle sind unterschiedliche Hauptmaßnahmen und eine identifizierbare Fallnummer (vgl. Falldefinition in Abschnitt 2a).

Im ambulanten Bereich gilt als verbindliche Regel, dass eine Beratung/Betreuung dann zu beenden ist, wenn eine betreute Person nach dem letzten Kontakt innerhalb von 60 Tagen keinen neuen Kontakt wahrnimmt. Eine Abweichung von dieser 60-Tage-Regel ist nur dann möglich, wenn nach dem letzten Kontakt ein längeres Zeitintervall für einen nächsten Kontakt mit dem/der Betreuten vereinbart und dieser Kontakt dann auch tatsächlich wahrgenommen wurde. Nach Ablauf der 60-Tage-Frist nach einem letzten Beratungs-/Betreuungskontakt ist eine Beratung/Betreuung regelhaft mit *vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch die betreute/behandelte Person* zu kodieren. Als Datum des Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsendes zählt hier der letzte Termin, der tatsächlich stattgefundenen hat.

Liegt der letzte stattgefundene Kontakt im alten Kalenderjahr und wird (durch die 60-Tage-Frist) erst im neuen Kalenderjahr durch die Einrichtung das Ende der Beratung/Betreuung/Behandlung festgestellt, so muss in diesem Fall das Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsende auf den 1. Januar des neuen Kalenderjahres festgelegt werden.

Zu Item 2.6.2 Kontaktart (anzugeben für jeden Kontakt) (BV)

Hier ist für jeden stattgefundenen Kontakt die Kontaktart anzugeben. Nachfolgend ist die Kontaktzahl Gesamt für eine Episode und für das Auswertungsjahr anzugeben. Die Erläuterungen zu den Kategorien sind Teil B zu entnehmen.

Zu Item 2.6.2.1 Kontaktzahl Gesamt Episode (nur ambulanter Bereich; ausgenommen tagesstrukturierende/-begleitende Angebote und AWS) (BE)

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

Entwurf

klient:innenbezogenen Kontakte, also auch solche mit Behörden und sonstigen Bezugspersonen zu berücksichtigen (ggf. auch ohne Anwesenheit der betreuten Person selbst). Dabei gelten folgende Vorgaben: Eine Gesprächsdauer von in der Regel mehr als 10 Minuten mit substanziell beratendem oder behandelndem (persönlich, telefonisch, per Brief/E-Mail, digital).

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

Zu Item 2.6.2.2 Kontaktzahl Auswertungsjahr (nur ambulanter Bereich; ausgenommen tagesstrukturierende/-begleitende Angebote und AWS) (BV)

Hier sind im ambulanten Bereich Angaben analog zu 2.6.2.1 bezogen auf das Auswertungsjahr zu machen.

Zu Item 2.6.3 Medium der Beratung/Betreuung/Behandlung (BE)

Hier ist im Hinblick auf die gesamte Dauer der Beratung/Betreuung/Behandlung das hauptsächliche Medium auszuwählen.

Beispiel: Bei einer auf Präsenz ausgelegten Beratung/Betreuung/Behandlung wird der Charakter der Beratung/Betreuung/Behandlung durch einzelne Kontakte einer anderen Form nicht verändert und ist somit überwiegend als *Präsenz* zu definieren. Gibt es jedoch einen nicht zu vernachlässigenden relevanten Anteil an Kontakten in anderer Form (z. B. digital), ist die Kategorie *Mischform* auszuwählen.

Zu Item 2.6.3.1 Liegt ein „Blended Counselling“ Konzept vor? (BV)

Diese Frage ist nur zu beantworten, wenn unter 2.6.3 *Mischform* ausgewählt wurde. *Ja* ist nur zu wählen, wenn die Beratung/Betreuung/Behandlung von vornherein konzeptuell als Kombination von digitalen, d. h. online- bzw. appbasierten Modulen und Präsenzanteilen ausgelegt war. Dabei können sowohl synchrone als auch asynchrone digitale Kontaktarten zum Einsatz kommen. Sich zufällig ergebende Mischformen sind hierunter nicht zu dokumentieren.

Zu Item 2.6.4 KI-Unterstützung während der Beratung/Betreuung/Behandlung (BV)

Diese Frage bezieht sich auf den Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Beratung/Betreuung/Behandlung. Sofern KI-unterstützte Anwendungen Bestandteil sind oder unterstützend hinzugezogen werden, sollte diese Frage mit *true* beantwortet bzw. angekreuzt werden. KI-Unterstützung kann in digitalen Beratungssettings bereits programmseitig eingebunden sein, ist aber nicht auf diese Form begrenzt. Mögliche Anwendungsbeispiele sind KI-gestützte Auswertungen von Eingaben betreuter/behandelter Personen im Kontext einer Beratungsplattform, aber auch das Einbeziehen von KI-generierten Auswertungen und Rückmeldungen von Selbsttests oder Konsumdokumentationen, die in einem Beratungskontext thematisiert werden.

Entwurf

Zu Item 2.6.5 Wurde im Laufe der Beratung/Betreuung/Behandlung ein erfolgreicher Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hergestellt? (BV)

Diese Frage bezieht sich nicht auf eine Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe. Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn ein Kontakt zwischen der betreuten/behandelten Person und einer Selbsthilfegruppe erfolgreich gefördert bzw. vermittelt wurde. Eine bloße Empfehlung des Besuchs einer Selbsthilfegruppe ist hier nicht zu kodieren.

Zu Item 2.6.6 Hat die betreute/behandelte Person im Laufe der Beratung/Betreuung/ Behandlung eine Selbsthilfegruppe besucht? (BV)

Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn nach glaubwürdiger Kenntnis der betreuenden Einrichtung mehr als ein nur einmaliges „Ausprobieren“, sondern eine wiederholte oder regelmäßige Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe erfolgt ist.

Zu Item 2.6.7 Art der Beendigung (BE)

Hier ist die Art der Beendigung der Beratung/Betreuung/Behandlung zu wählen. Die aufgeführten Entlassformen stellen eine suchtspezifische Präzisierung der im Leitfaden Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung definierten Entlassformen dar.

In Bezug auf die Disziplinarische Beendigung ist eine abweichende Definition der Rentenversicherungsträger zu berücksichtigen. Dies kann zu abweichenden Beendigungsgründen im Sinne der DRV und des KDS führen.

Eine ausführliche Erläuterung der Kategorien ist Teil B zu entnehmen.

Zu Item 2.6.8 Weitervermittlung (BE)

Eine Weitervermittlung an die nachfolgend genannten Angebote/Maßnahmen soll nur dann kodiert werden, wenn eine feste Vereinbarung über die Weiterbetreuung/-behandlung der betreuten/behandelten Person in dieser Institution besteht. Dies setzt voraus, dass im Verlauf der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung zumindest ein persönlicher, telefonischer oder schriftlicher Kontakt mit der entsprechenden Institution in Bezug auf die Weiterbetreuung/-behandlung stattgefunden hat. Ob die betreute/behandelte Person die vermittelte Beratung/Betreuung/Behandlung tatsächlich aufnimmt, spielt für die Kodierung keine Rolle. Wurde lediglich eine unverbindliche Empfehlung ausgesprochen, sich an eine der nachfolgenden Institutionen zu wenden, so darf dies nicht als Vermittlung kodiert werden. Zu beachten: Wenn parallel zur externen Mitbetreuung/-behandlung die eigene Beratung/Betreuung/Behandlung fortgesetzt wird, so ist dies ebenfalls nicht als Vermittlung, sondern als Kooperation unter 2.5.2 zu kodieren.

Anmerkung: Bei einer Weitervermittlung in die Kategorien ARS, TAR, PTS, STR, ADA ist zusätzlich anzugeben, ob es sich dabei um ein Modul einer Kombibehandlung handelt.

Zu Item 2.6.9 Problematik am Tag des Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsendes

Hier ist die Problematik am Tag des Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsendes durch die beratende/behandelnde Person in Bezug auf die anfangs unter 2.1.6 als belastend/problematisch eingeschätzten Bereiche einzuschätzen. Es soll für jeden Bereich angegeben werden, inwieweit sich die Situation im Vergleich zu Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsbeginn verändert hat. Für

Entwurf

die Feststellung einer Veränderung ist es unerheblich, ob diese Veränderung durch die Beratung/Betreuung/Behandlung ausgelöst/bewirkt wurde (keine Wirkungsfeststellung!). Für Bereiche ohne Belastung zu Beginn der Beratung/Betreuung/Behandlung muss keine Einschätzung abgegeben werden (keine Angaben), es sei denn die Problematik ist im Laufe der Beratung/Betreuung/Behandlung neu aufgetreten. Eine neu aufgetretene Substanzkonsum-/Suchtverhaltensproblematik ist unter 2.6.10 zu kodieren.

Zu Item 2.6.10 Neu aufgetretene Substanzkonsum-/Suchtverhaltensproblematik (BV)

Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn eine Substanz- oder Suchtverhaltensproblematik im Verlauf der Beratung/Betreuung/Behandlung neu aufgetreten ist.

Entwurf

GLOSSAR

Aggregierung	Bündelung von Daten, die Informationen über eine Personengruppe (meist in Form von Anteils- oder Mittelwerten) wiedergeben. Durch die Bündelung der Daten ist kein Rückschluss auf einzelne Personen bzw. Fälle mehr möglich.
Ärztliche Verordnung	Ärztliche Verordnung eines verschreibungspflichtigen Medikamentes aufgrund medizinischer Indikation
Angehörigenberatung	Beratung einer Person aus dem sozialen Umfeld
Antwortkategorien	Der KDS enthält zwei Arten von Antwortkategorien: Checkboxen und Auswahlfelder
Basisdaten	Basisdaten sind für alle Kontakte (inkl. Einmalkontakte und Angehörigenberatung) zu dokumentieren.
Beendigungen	Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsepisode, die innerhalb des jeweiligen Datenjahres abgeschlossen wurde
Behandlung	Überbegriff für die verschiedenen durch stationäre Suchthilfeeinrichtungen angebotenen Hilfeleistungen
Behandlungsepisode	→ siehe Fall
Beratung	Überbegriff für verschiedene durch ambulante Suchthilfeeinrichtungen angebotene Beratungsleistungen
Betreuung	Sammelbegriff für in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen angebotene Hilfeleistungen
Betreuungsepisode	→ siehe Fall
Blended Counselling	Als kombinierte Form aus Online-Elementen und persönlichen (Face-to-Face-) Elementen konzipierte Beratung oder Behandlung
DSHS	Die DSHS (Deutsche Suchthilfestatistik) ist ein bundesweites Dokumentations- und Monitoringsystem, welches Daten zu zentralen Charakteristika des deutschen ambulanten und stationären Suchthilfesystems und der dort betreuten/behandelten Personen nach bundesweit einheitlichen Standards erfasst und deskriptiv auswertet
Dokumentationssystem	Software zur Dokumentation mit dem KDS, welches durch die Einrichtung von zertifizierten Softwareanbietern bezogen werden kann
E-Code	Der E-Code (Einrichtungscode) ist eine bundesweit eindeutige und zentral vergebene Identifikationsnummer für jede Einrichtung (Anfragen zum E-Code sind an das IFT zu richten)
Eingliederungshilfe	Bezeichnet Angebote der sozialen Teilhabe
Einmalkontakt	Ist eine ambulante Betreuungsepisode, die aus einem einzigen Kontakt mit der jeweiligen Suchthilfeeinrichtung besteht. Stationäre Behandlungsepisoden bestehen per Definition aus einem einzigen

Entwurf

	Kontakt, der sich über die gesamte Zeitspanne zwischen Aufnahme und Entlassung erstreckt
Einrichtungsdatensatz	Hier werden Angaben zur Einrichtung (z. B. Dienste und Angebote) erfasst
Einrichtungstyp	Jede Einrichtung ist entsprechend ihres (überwiegenden) Leistungsangebotes einem entsprechenden übergeordneten Typ zuzuordnen.
Fall	Bündelung aller Kontakte, die eine bestimmte Person innerhalb einer leistungsrechtlich eigenständigen Maßnahme (Beratungs-/ Betreuungs-/Behandlungsepisode) mit ein und derselben Suchthilfeeinrichtung hat
Fallnummer	Jeder Fall muss eine eindeutig zuweisbare Fallnummer erhalten
Hauptmaßnahme	Maßnahme, die die jeweilige Beratungs-/Betreuungs-/ Behandlungsepisode dominiert hat und somit betreuungs-/ behandlungsleitend war. Somit können in jeder Betreuungs-/ Behandlungsepisode vielfältige Maßnahmen, aber nur eine Hauptmaßnahme erbracht werden
Hauptproblematik	Die aus Sicht der betreuenden/behandelnden Fachkraft am meisten problematische bzw. betreuungs-/behandlungsleitende Suchtproblematik (Hauptsubstanz, Hauptspielform oder Haupt-verhaltensproblematik), die damit den vorrangigen Betreuungs-/ Behandlungsanlass darstellt
Hauptsubstanz	Substanz, die Personen mit einer substanzbezogenen Störung die meisten Probleme (körperlich, psychisch oder sozial) bereitet und damit den Betreuungs-/Behandlungsanlass darstellt
Item	Jede im KDS enthaltene Frage wird als „Item“ bezeichnet
KDS-Einrichtung (KDS-E)	Im KDS-E (Einrichtungsdatensatz) werden Angaben zur Einrichtung, in der die Beratung/Betreuung/Behandlung durchgeführt wird, erfasst. Hier sind u. a. Angaben zur grundsätzlichen Typisierung sowie Angaben zum Leistungsspektrum zu machen. Weiterhin werden Informationen zur personellen Besetzung und zur formalisierten Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen/Angeboten dokumentiert
KDS-Fall (KDS-F)	Im KDS-F werden fallbezogene (soziodemographische, klinische und betreuungs-/behandlungsrelevante) Daten zu einer individuellen Beratung/Betreuung/Behandlung erfasst
Klient:in	Person, die Leistungen ambulanter Suchthilfeeinrichtungen in Anspruch nimmt
Kerntabellen	Durch den Fachausschuss Statistik der DHS abgestimmte Tabellenformate für die einheitliche Auswertung und Darstellung der

Entwurf

	Ergebnisse
Kooperation	Unter einer Kooperation werden auf übergeordneter (Einrichtungs-) Ebene schriftliche Verträge, gemeinsame Konzepte sowie alle weiteren Vereinbarungen mit anderen Einrichtungen verstanden
Kontakt	Für einen dokumentationsrelevanten Kontakt (Anlage eines Falls) im ambulanten Bereich gelten folgende Vorgaben: Eine Gesprächsdauer von in der Regel mehr als 10 Minuten mit substanziell beratendem oder behandelndem Charakter (persönlich, telefonisch, per Brief/E-Mail, digital).
Maßnahme	Bezeichnet Angebote/Dienste, die durch die Einrichtung vorgehalten werden bzw. von einer Person in Anspruch genommen wurden. Die Maßnahmen sind nach Leistungsbereichen gegliedert
Medikamentenmissbrauch	Konsum von Arzneimitteln ohne medizinisch begründete, bestimmungsgemäße Verwendung im Rahmen einer ärztlichen Verordnung bzw. einer Substitutionstherapie
Opioidsubstitution	Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigkeit
Patient:in	Person, die Leistungen stationärer Suchthilfeeinrichtungen in Anspruch nimmt
Rehabilitand:in	Person, die Leistungen der Suchtrehabilitation in Anspruch nimmt
Suchtrehabilitation	Suchtrehabilitation ist ein Teil der medizinischen Rehabilitation und richtet sich an Menschen mit einer diagnostizierten Abhängigkeitserkrankung
Soziale Teilhabe	ehemalige Bezeichnung: Eingliederungshilfe
TDI	Treatment Demand Indicator = europaweit verpflichtender Berichtsstandard in der Suchthilfe
Teilstelle	Zu einem Einrichtungsverbund gehörige Teilstelle
Zugänge	Betreuungsepisode, die innerhalb des jeweiligen Datenerhebungsjahres begonnen wurde

Entwurf

Teil B. KDS-Items und Definitionen

1 Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)

1a) Einleitung

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

Vereinfachung im Sinne einer leichteren Anwendbarkeit, u. a. durch geänderte Antwortkategorien, die die Bearbeitung verkürzen und vereinfachen sollen.

- Umstrukturierung und Umbenennung von Kategorien zur besseren Verständlichkeit.
- Kürzung durch Streichung bislang im Einrichtungsdatensatz enthaltener Items, die nicht in die Bundesauswertung eingehen und auf Einrichtungsebene anderweitig erfasst werden, wie z. B. Qualitätskriterien.
- Ergänzung neuer Items, um strukturelle und inhaltliche Veränderungen abbilden zu können.
- Durch eine sinnvolle Gliederung soll eine Vergleichbarkeit, der den einzelnen Einrichtungen zugeordneten fallbezogenen Datensätze, ermöglicht werden.

Jede Gesamteinrichtung ist genau einem Einrichtungstyp zuzuordnen und kann mehrere Neben-/ Teilstellen beinhalten (die ggf. unterschiedlichen Einrichtungstypen zuzuordnen wären). Jede Teilstelle, die mit mindestens einer Vollzeitstelle an Personal ausgestattet ist, ist als Einrichtung zu beschreiben und 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

Für eine differenzierende Darstellung der mit dem Einrichtungsdatensatz verknüpften fallbezogenen Datensätze wird zunächst nach der Art der Einrichtung bzw. dem Einrichtungstyp und ggf. nach einer Spezifizierung des Einrichtungstyps gefragt. Für die dokumentierende Einrichtung werden alle Dienste und Angebote dokumentiert, die im Berichtsjahr tatsächlich genutzt wurden. Abschließend werden Informationen zur personellen Besetzung und die formalisierte Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen bzw. Angeboten dokumentiert.

Entwurf

1b) Items zum Kerndatensatz Einrichtung

EINRICHTUNGSDATEN

Anschrift

Item-Nr.	Item Kategorie	Eingabefeld
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	E-Mail-Adresse	
1.1.8	Web-Adresse	
1.1.9	Einrichtungscode	

Bundesland

Item-Nr.	Item Kategorie	
1.2	Baden-Württemberg	☐
	Bayern	☐
	Berlin	☐
	Brandenburg	☐
	Bremen	☐
	Hamburg	☐
	Hessen	☐
	Mecklenburg-Vorpommern	☐
	Niedersachsen	☐
	Nordrhein-Westfalen	☐
	Rheinland-Pfalz	☐
	Saarland	☐
	Sachsen	☐
	Sachsen-Anhalt	☐
	Schleswig-Holstein	☐
	Thüringen	☐

Trägerschaft

Item-Nr.	Item Kategorie	
1.3	Öffentlich-rechtlicher Träger	☐
	Freie Wohlfahrtspflege/gemeinnütziger Träger	☐
	Privatwirtschaftlicher Träger	☐
	Sonstiger Träger	☐

Entwurf

Art der Einrichtung/Einrichtungstyp

Item-Nr.	Item Kategorie	
1.4	Ambulante Einrichtung	☐
	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	☐
	Einrichtung der Tagesklinischen Akutbehandlung	☐
	Einrichtung der sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe)	☐
	Niedrigschwellige Einrichtung	☐
	Andere (z. B. Maßregelvollzug, Justizvollzugsanstalt, Krankenhaus(-abteilung), Ärztliche/Psychotherapeutische Praxis)	☐

Spezifizierung des Einrichtungstyps

Item-Nr.	Item Kategorie	
1.4.1	Beratungs- und/oder Behandlungsstelle/Fachambulanz (nur wenn 1.4 = ambulante Einrichtung)	☐
	Institutsambulanz (nur wenn 1.4 = ambulante Einrichtung)	☐
	Externer Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug (nur wenn 1.4 = ambulante Einrichtung oder Andere)	☐
	Interner Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug (nur wenn 1.4 = Andere)	☐
	Maßregelvollzug (nur wenn 1.4 = Andere)	☐
	Krankenhaus (-abteilung) (nur wenn 1.4 = Andere)	☐
	Ärztliche/Psychotherapeutische Praxis (nur wenn 1.4 = Andere)	☐
	Sonstige (nur wenn 1.4 = Andere)	☐

Personelle Besetzung (im Suchtbereich; Stichtag: 30.11.)

Bitte wählen Sie aus der Liste alle in der Einrichtung tätigen Berufsgruppen aus. Ausschließlich für diese sind die nachfolgenden Fragen 1.5.2 bis 1.5.5 zu beantworten.

Berufsgruppen

Item-Nr.	Item Kategorie	
1.5.1	Ärztinnen und Ärzte	☐
	Psychologinnen und Psychologen ((Fach-)Hochschulabschluss)	☐
	Psychotherapeut:in in Ausbildung	☐
	Pädagogik, Sozialwissenschaften, Soziologie ((Fach-)Hochschulabschluss)	☐
	Sozialarbeit, Sozialpädagogik	☐
	Suchttherapeut:in in Weiterbildung	☐
	Erziehung, Fachkräfte für Soziale Arbeit	☐
	Pflegefach- und -hilfskräfte	☐
	Ergo-, Arbeits-, Beschäftigungstherapie	☐
	Kreativtherapie (Kunst, Musik, Theater)	☐

Entwurf

	Sport- und Bewegungstherapie	☐
	Physiotherapie	☐
	Sonstige in Beratung und Therapie tätige Personen	☐
	Wirtschaftswissenschaften (akademischer Abschluss)	☐
	Büro-, Verwaltungspersonal	☐
	Technisches Personal, Wirtschaftsbereich	☐
	Praktikum/Ausbildung	☐
	Freiwilligendienstleistende	☐

Für jede ausgewählte Berufsgruppe sind folgende Angaben zu machen:

Vertragsart

Item-Nr.	Item Kategorie	
1.5.2	Festanstellung	☐
	Honorarvertrag	☐

Anzahl Mitarbeitende

Item-Nr.	Item Kategorie	
1.5.3	Anzahl Mitarbeitende	

Anzahl Wochenstunden

Item-Nr.	Item Kategorie	
1.5.4	Anzahl Wochenstunden	

Fachspezifische Qualifikationen

Item-Nr.	Item Kategorie	Anzahl
1.5.5	Fachärztliche Aus- oder Weiterbildung für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik oder Psychoanalyse	
	Ausbildung Psychologische Psychotherapie	
	Von der Deutschen Rentenversicherung anerkannte suchttherapeutische Weiterbildung	
	Andere suchtspezifische Zusatzausbildung	

Art der Dienste/Angebote

Item-Nr.	Item Kategorie	
1.6.1	Prävention und Frühintervention	☐
1.6.2	Suchtmedizinische (Akut)Behandlung	
	ENT – Entgiftung	☐
	QET – Qualifizierter Entzug	☐
	MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe	☐

Entwurf

Item-Nr.	Item Kategorie	
	SUB – Ambulante Opioidsubstitution	☐
	StäB – Stationsäquivalente Behandlung	☐
1.6.3	Beratung und Betreuung	
	SBS – Sucht- und Drogenberatung	☐
	PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	☐
	SPDi – Sozialpsychiatrischer Dienst	☐
	SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug	☐
1.6.4	Niedrigschwellige Hilfen	
	DKR – Drogenkonsumraum	☐
	KSC – Kontaktstelle/-café	☐
	SWA – Aufsuchende Arbeit/Streetwork	☐
	DRC – Drug Checking	☐
1.6.5	Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)	☐
1.6.6	Suchtberatung im Betrieb	☐
1.6.7	Arbeitsförderung, Beschäftigung, Qualifizierung	☐
1.6.8	Suchtbehandlung/Rehabilitation	
	ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation	☐
	Falls ja, auch unter Substitution?	☐
	TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	☐
	Falls ja, auch unter Substitution?	☐
	PTS – Psychiatrische Ambulanz/Tagesklinik Sucht	☐
	Falls ja, auch unter Substitution?	☐
	STR – Stationäre medizinische Rehabilitation	☐
	Falls ja, auch unter Substitution?	☐
	ADA – Adaption	☐
	Falls ja, auch unter Substitution?	☐
	NAS – (Reha-)Nachsorge	☐
	SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)	☐
1.6.9	Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe)	
	AWS – Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum	☐
	BWF – Besondere Wohnformen	☐
	ÜEW – Übergangswohnen	☐
	TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen	☐
1.6.10	Selbsthilfe	☐

Anzahl nicht dokumentierter Betreuter

Item-Nr.	Item Kategorie	
1.7	Nicht dokumentierte Betreute (nur ambulant)	

Entwurf

Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen/Angeboten

Item-Nr.	Item Kategorie	
1.8	Prävention und Frühintervention	☐
	Ärztliche Praxis	☐
	Psychotherapeutische Praxis	☐
	Psychiatrisches Krankenhaus	☐
	Entgiftungseinrichtung (inkl. QET)	☐
	Krankenhaus allgemein	☐
	Ganztägig ambulante Einrichtung	☐
	Ambulante Suchthilfeeinrichtung	☐
	Stationäre Suchthilfeeinrichtung	☐
	Niedrigschwellige Einrichtung	☐
	Einrichtung der Sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe)	☐
	Andere Beratungsdienste (z. B. Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Schuldnerberatung)	☐
	Arbeitgeber, Betrieb, Schule	☐
	Arbeitsförderung, Beschäftigung, Qualifizierung	☐
	Agentur für Arbeit	☐
	Jobcenter	☐
	Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt/Jugendgerichtshilfe	☐
	Rechtliche Betreuung	☐
	Justiz/Bewährungshilfe/Polizei	☐
	Gesundheitsamt (Sozialpsychiatrischer Dienst/Jugendpsychiatrischer Dienst)	☐
	Kosten-/Leistungsträger	☐
	Wohnungslosenhilfe	☐
	Altenhilfe	☐
	Pflege	☐
	Selbsthilfe	☐
	Sonstige Einrichtung/Institution	☐

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

Art der Kooperation

Item-Nr.	Item Kategorie	
1.8.1	Keine Auskunft	0
	Regelhaft	1
	Im Einzelfall	2
	Nein	3

Entwurf

1c) Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Einrichtung

In den Erläuterungen zu den Items des KDS-E sind übergeordnete Items, z. B. **1.6 Art der Dienste/Angebote,** sowie die innerhalb dieser Erhebungsbereiche jeweils übergeordneten Items z. B. **1.6.3 Beratung und Betreuung** fett, Unteroptionen bzw. -items sind kursiv geschrieben, z. B. *SBS – Sucht und Drogenberatung.*

EINRICHTUNGSDATEN

Zu Item 1.1 Anschrift

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

Zu Item 1.2 Bundesland

Hier ist das Bundesland, in dem sich die Einrichtung befindet zu kodieren.

Zu Item 1.3 Trägerschaft

Öffentlich-rechtlicher Träger

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

Freie Wohlfahrtspflege/gemeinnütziger Träger

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

Privatwirtschaftlicher Träger

Sonstiger Träger

Die Trägerschaft lässt sich nicht den oben genannten Kategorien zuordnen (z. B. Stiftung).

Zu Item 1.4 Art der Einrichtung/Einrichtungstyp

Die Einrichtung ist – unabhängig von ihrer Rechtsform oder Trägerstruktur – einer der Kategorien zuzuordnen. Falls mehrere Kategorien zutreffen, so ist die im Kontext der Suchthilfestatistik spezifischere bzw. eher zutreffende zu wählen.

Ambulante Einrichtung

entspricht den Einrichtungstypen Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz und Institutsambulanz.

Stationäre Rehabilitationseinrichtung

entspricht den Einrichtungstypen teilstationäre, d. h. ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtung, stationäre Rehabilitationseinrichtung und Adaptionseinrichtung. Maßgebend für die Kodierung als Rehabilitationseinrichtung sind die Kriterien des SGB V §

Entwurf

107.2 sowie SGB VI § 9 u. § 15.

Einrichtung der Tagesklinischen Akutbehandlung

Hierunter sind ausschließlich ganztägig ambulante Einrichtungen mit suchtmedizinischer, tagesklinischer Akutbehandlung zu dokumentieren. Es sind ausdrücklich keine Einrichtungen der ganztägig ambulanten Rehabilitation (Zuordnung zu *Stationäre Rehabilitationseinrichtung*) oder Ganztageseinrichtungen der Sozialen Teilhabe (Zuordnung zu *Einrichtungen der Sozialen Teilhabe*) zu dokumentieren.

Einrichtung der Sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe)

Hierunter fallen soziotherapeutische Einrichtungen, Eingliederungshilfe sowie Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten. Im Speziellen zählen dazu Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte, teilstationäre (ganztägig ambulante) und stationäre Einrichtung der Sozialtherapie sowie Tagesstätten nach Teil 2 des SGB IX und § 67ff. SGB XII, besondere Wohnformen, Wohnheime und Übergangswohnheime nach den Kriterien des § 67ff. SGB XII sowie § 35a des SGB VIII (KJHG). Die Aufzählung ist nicht als abschließend zu verstehen.

Zur sozialen Teilhabe zählen Leistungen und Angebote der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des SGB IX sowie Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67 ff. SGB XII.

Niedrigschwellige Einrichtung

Hierunter fallen niedrigschwellige Angebote der existenzsichernden und gesundheitlichen Grundversorgung wie Notschlafstellen, Konsumräume, Alltagsstrukturierung, Streetwork, Spritzentausch etc., die der Sofort- und Überlebenshilfe dienen. Sie sind suchtbegleitend, können ohne Voraussetzungen in Anspruch genommen werden und bieten gleichzeitig Zugang zu weiterführenden Hilfen. Niedrigschwellige Hilfen können in andere Dienste integriert sein, z. B. Notfallambulanzen, Krisendienste, Frauenhäuser, Wohnungslosenhilfe, Telefonseelsorge.

Andere

Hierunter fallen z. B. Pflegeheim, Maßregelvollzug, Justizvollzugsanstalt, Ärztliche/Psychotherapeutische Praxen, Krankenhaus(-abteilung) (in diese Kategorie fallen alle Einrichtungen, die den Kriterien des SGB V § 107.1 entsprechen).

Zu Item 1.4.1 Spezifizierung des Einrichtungstyps

Hier kann eine Spezifizierung des Einrichtungstyps erfolgen, wenn unter 1.4 der Einrichtungstyp *Ambulante Einrichtung* oder *Andere* ausgewählt wurde.

Beratungs- und/oder Behandlungsstelle/Fachambulanz

Hierunter fallen ambulante Einrichtungen mit niedrigschwelligem Zugang, die sich auf Beratung und Unterstützung konzentrieren. Sie richten sich sowohl an Betroffene als auch an deren Angehörige und arbeiten häufig eng mit anderen Hilfesystemen zusammen, um eine ganzheitliche Betreuung zu ermöglichen.

Entwurf

Institutsambulanz
Hierunter fallen spezialisierte ambulante Einrichtungen, die oft an psychiatrische Kliniken oder Suchtfachkliniken angegliedert sind. Sie bieten eine umfassende medizinische, psychotherapeutische und psycho-soziale Betreuung für Menschen mit Suchterkrankungen, insbesondere wenn eine intensive oder langfristige Therapie erforderlich ist, die über die Angebote einer regulären Suchtberatungsstelle hinausgeht. Institutsambulanzen arbeiten eng mit stationären Einrichtungen zusammen und können eine Brücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bilden.

Externer Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug

Interner Dienst zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug

Maßregelvollzug
Einrichtungen nach StGB § 64 (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt)

Krankenhaus(-abteilung)
In diese Kategorie fallen alle Einrichtungen, die den Kriterien des SGB V § 107.1 entsprechen.

Ärztliche/Psychotherapeutische Praxis

Sonstige

Zu Item 1.5 Personelle Besetzung (Stichtag 30.11.)

Hier sind unter 1.5.1 alle in der Einrichtung tätigen *Berufsgruppen* aus der aufgeführten Liste auszuwählen. Für jede Berufsgruppe sind weiterhin folgende Angaben zu machen:

zur *Vertragsart* (1.5.2), d. h. ob eine Festanstellung oder Honorarvertrag vorliegt

zur *Anzahl der Mitarbeitenden (*1.5.3)

zur *Anzahl der Wochenstunden* (1.5.4)

zur Anzahl der Mitarbeitenden mit folgenden *(abgeschlossenen) fachspezifischen Qualifikationen* (1.5.5):

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

Ausbildung Psychologische Psychotherapie
Hierunter sind Psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen mit Approbation nach PsychThG im Bereich Psychologische Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie sowie dem Abschluss MSc. Klinische Psychologie und Psychotherapie mit abgeschlossener Weiterbildung zu dokumentieren.

Von der Deutschen Rentenversicherung anerkannte suchttherapeutische Weiterbildung
Hier sind suchttherapeutische Weiterbildungen zu kodieren, welche von der Deutschen Rentenversicherung anerkannt sind.

Andere suchtspezifische Zusatzausbildung

Da es im Laufe eines Jahres personelle Schwankungen geben kann, ist der Stichtag für die Kodierung dieser Frage der 30. November.

Entwurf

Zu Item 1.6 Art der Dienste/Angebote

Hier sollen alle Angebote aufgeführt werden, die durch die Einrichtung vorgehalten und im Berichtsjahr von mindestens einer Person in Anspruch genommen wurden. Im Berichtsjahr nicht genutzte oder ausschließlich geplante Angebote sind nicht zu dokumentieren.

Eine Spezifizierung der Angebote (Auswahl mindestens einer Unterkategorie) ist erforderlich.

Die Art der Dienste/Angebote ist nach Leistungsbereichen gegliedert.

Zu Item 1.6.1 Prävention und Frühintervention

Aktivitäten und Maßnahmen, die sich an eine definierte Zielgruppe richteten und denen ein Curriculum zu Grunde lag. Hierzu zählen Veranstaltungen wie Jugendfilmtage des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG; vormals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)) oder Schulprojekttage. Auch Projekte wie HaLT oder Programme wie FreD und SKOLL sind zu erfassen. Nicht zu zählen sind ad-hoc Veranstaltungen wie z. B. Diskussionsrunden in Jugendzentren und Schulelternabenden oder unspezifische Maßnahmen wie z. B. massenmediale Kampagnen.

Zu Item 1.6.2 Suchtmedizinische (Akut)Behandlung

ENT - Entgiftung
Krankenhausbehandlung nach SGB V, die eine Reihe vordergründig medikamentöser Maßnahmen zur Behandlung akuter Intoxikationen und Entzugserscheinungen umfasst. Entgiftung wird in internistischen Krankenhausabteilungen oder psychiatrischen Krankenhäusern durchgeführt.

QET – Qualifizierter Entzug
Multiprofessionelle Krankenhausbehandlung nach SGB V, in Anlehnung an §§ 17b KHG, die die Motivation zur Behandlung einer Substanzkonsumstörung und die Eigenverantwortung der behandelten Person stärken soll. Die Behandlung umfasst eine umfassende Diagnostik, Information und Aufklärung und ein individuelles Programm zur Förderung der Veränderungskompetenz, Stabilisierung psychosozialer Ressourcen und Erarbeitung gesunder Bewältigungsstrategien im Anschluss an den körperlichen Entzug. Ein qualifizierter Entzug kann sowohl in psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachkliniken als auch in Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Fachabteilungen durchgeführt werden.

MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe
Medikamentenvergabe (z. B. Acamprosat (Campral®), Disulfiram (Antabus®), Naltrexon (z. B. Nemexin®, Revia®), Nalmefen (Selincro®)) in Praxis, Ambulanz oder Krankenhaus.

SUB – Ambulante Opioidsubstitution
Durch zugelassene substituierende Ärzte und Ärztinnen (in Praxis, Ambulanz, ambulanter Fachstelle, Krankenhaus oder in Haft). Hierzu zählt die Vergabe der Substitutionsmittel Methadon (Methaddict®, Eptadone®), Levomethadon (L-Polamidon®), Buprenorphin (Subutex®, Suboxone®), Diamorphin (Diaphin®), Morphin (Substitol®) und andere.

Entwurf

StäB – Stationsäquivalente Behandlung
Krankenhausbehandlung, die in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung, im häuslichen Umfeld, durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams erbracht wird. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität einer vollstationären Behandlung.

Zu Item 1.6.3 Beratung und Betreuung

SBS – Sucht- und Drogenberatung
In Suchtberatungsstellen mit/ohne Spezialisierung auf bestimmte Zielgruppen oder Hilfebereiche. Hierunter sind auch an anderen Orten erbrachte Leistungen der Sucht- und Drogenberatung zu dokumentieren, wie z. B. Konsiliardienst in Kliniken/Entzugseinrichtungen.

PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter
Durch verschiedene Anbieter, insbesondere Suchtberatungsstellen

SPDi – Sozialpsychiatrischer Dienst
Außerklinische psychiatrische Angebote/Beratungsdienste als Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Diese können in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände liegen oder an öffentliche Träger ausgelagert sein. Landesspezifische Unterschiede sind zu beachten.

SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug
Externe Dienste zur Beratung/Betreuung im Strafvollzug, z. B. durch eine Einrichtung der Suchtberatung durchgeführte externe Beratung in Haft (inkl. Erstgespräche und Klientelvermittlung).

Zu Item 1.6.4 Niedrigschwellige Hilfen

DKR – Drogenkonsumraum
Angebot, welches dazu dient, die Risiken des Drogenkonsums zu minimieren, indem illegale Substanzen unter hygienischen Bedingungen und unter medizinischer Aufsicht konsumiert werden können. Zu den Aufgaben gehören Gesundheits- und Infektionsschutz (Spritzentausch, Bereitstellung steriler Konsumutensilien, medizinische Erstversorgung bei Überdosierungen und anderen Notfällen, Aufklärung), Überlebenshilfe und Schadensminimierung (Reduktion der Risiken durch unsachgemäßen Konsum, Bereitstellung von Notfallmedikamenten, Krisenintervention und soziale Unterstützung), Zugang zu Beratung und Therapieangeboten sowie soziale und psychologische Beratung.

KSC – Kontaktstelle/-café
Niedrigschwellige Anlaufstellen (sozialer Schutzraum) mit Angeboten zur Grundversorgung (Ruhe, Hygiene, Essen und Trinken, Ausgabe von Safer-Use-Materialien, Vermittlung von Kleidung oder anderen grundlegenden Hilfen), Beratung und Unterstützung, Krisenintervention und Notfallhilfe (z. B. bei Rückfällen, Überdosierungsgefahr, Gewalt, Erste Hilfe, Vermittlung in medizinische Versorgung, Notunterkünfte oder Schutzräume bei Obdachlosigkeit oder Gewaltproblemen), sozialer Anschluss und Beschäftigungsmöglichkeiten, Angebote zur Alltagsstrukturierung, Aktivitäten zur Förderung der sozialen Teilhabe.

Entwurf

SWA – Aufsuchende Arbeit/Streetwork
Niedrigschwellige, akzeptanzorientierte Angebote für suchtkranke Personen, die durch einrichtungsgebundene Angebote nicht (mehr) erreicht werden. Hierzu werden die Lebensräume oder Treffpunkte aktiv aufgesucht, um psychosoziale und gesundheitsbezogene Unterstützung anzubieten.

DRC – Drug Checking
Angebot zum Zweck der Harm-Reduction. Analyse psychoaktiver Substanzen auf ihre genaue Zusammensetzung und potenziell gefährliche Verunreinigungen. Konsumierende erhalten dadurch Informationen über Inhaltsstoffe, Dosierung und Risiken der getesteten Substanzen, um das Gesundheitsrisiko zu minimieren. Bei Auftreten von gefährlichen Stoffen oder Verunreinigungen können Warnmeldungen erfolgen und Konsumrisiken dadurch minimiert werden.

Zu Item 1.6.5 Kinder und Jugendhilfe (SGB VIII)

Ambulante und stationäre Angebote mit Spezialisierung auf Suchtproblematik, wie z. B. präventive Maßnahmen (§ 14 SGB VIII), Familienunterstützende Hilfen (§ 16 – 21 SGB VIII), Hilfen zur Erziehung (§ 27 ff. SGB VIII – Unterstützung bei Erziehungsproblemen), Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII), Jugendsozialarbeit (§ 13 SGB VIII) und Schutzmaßnahmen bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII).

Zu Item 1.6.6 Suchtberatung im Betrieb

Durch interne betriebliche Suchtberatungen oder externe Dienste.

Zu Item 1.6.7 Arbeitsförderung, Beschäftigung, Qualifizierung

Maßnahmen zur *Arbeitsmarktorientierten Beratung* (Unterstützende Suchtberatung zur Eingliederung in Arbeit (i. w. nach § 16a SGB II)), *Beschäftigung* (Spezifische Angebote bzw. Projekte zur (niedrigschwelligen) Beschäftigung von Menschen mit Suchtproblematik, z. B. Arbeitsgelegenheiten (AGH) (§ 16d SGB II), Betreute Arbeit (§§ 53/54 SGB XII), therapeutisch betreute Tagesstätte (Individueller Anspruch gem. §§ 53 ff. SGB XII), Zuverdienst (nach SGB XII)), *Qualifizierung* (Spezifische Angebote bzw. Projekte zur Qualifizierung und Arbeitsförderung für Menschen mit Suchtproblematik, z. B. Förderung der beruflichen Weiterbildung nach §§ 81 ff. SGB III i. V. m. § 16 Abs. 1 SGB II), *Arbeitsförderung* (Maßnahmen zur Arbeitsförderung von/mit Arbeitsagentur und Jobcentern speziell für Menschen mit Suchtproblematik, z. B. Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 SGB III (evtl. in Verbindung mit § 16 Abs. 1 SGB II)), *Beruflichen Rehabilitation* (Angebote von/mit Berufsförderungswerken (BFW), Berufsbildungswerken (BBW) und Beruflichen Trainingszentren (BTZ) nach SGB IX) und *Beschäftigung für Menschen mit Behinderung* (in anerkannten Werkstätten für Menschen mit Behinderung (§ 136 SGB IX)).

Zu Item 1.6.8 Suchtbehandlung/Rehabilitation

ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation
In von den Leistungsträgern (DRV/GKV) anerkannten Einrichtungen (insbesondere Beratungsstellen, Fachambulanzen). Diese Behandlungsform erfolgt berufsbegleitend mit

einzelnen Behandlungseinheiten pro Woche (in Abgrenzung zur ganztägig ambulanten Rehabilitation TAR). Weiterhin ist anzugeben, ob ARS auch unter Substitution angeboten wird.

TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation
Ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung in von den Leistungsträgern (DRV/GKV) anerkannten Einrichtungen oder Abteilungen (synonyme Begriffe: teilstationäre Rehabilitation oder Tagesrehabilitation). Weiterhin ist anzugeben, ob TAR auch unter Substitution angeboten wird.

PTS – Psychiatrische Ambulanz/Tagesklinik Sucht
Spezifisches Versorgungsangebot für Personen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Psychiatrische Institutsambulanzen sind in der Regel an psychiatrische Fachkrankenhäuser oder psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern angegliedert und können tagesklinische Plätze anbieten. Weiterhin ist anzugeben, ob PTS auch unter Substitution angeboten wird.

STR – Stationäre medizinische Rehabilitation
Stationäre Entwöhnungsbehandlung in, von den Leistungsträgern (DRV/GKV) anerkannten Fachkliniken, Therapieeinrichtungen oder Stationen/Abteilungen von Krankenhäusern. Weiterhin ist anzugeben, ob STR auch unter Substitution angeboten wird.

ADA – Adaption
Zweite/letzte Phase der stationären medizinischen Rehabilitation (i. d. R. im Anschluss an eine stationäre Entwöhnung), in von den Leistungsträgern (DRV/GKV) anerkannten Einrichtungen. Weiterhin ist anzugeben, ob ADA auch unter Substitution angeboten wird.

NAS – Reha-Nachsorge
*A*mbulante Nachsorge nach Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gem. Rahmenkonzept DRV/GKV. Es handelt sich hierbei nur um die Nachsorge, die im leistungsrechtlichen Rahmen der medizinischen Rehabilitation durchgeführt wird. Andere Maßnahmen außerhalb der medizinischen Reha, die ebenfalls gelegentlich als ‚Nachsorge' bezeichnet werden, sind bei dem jeweiligen Leistungstyp zu kodieren (bspw. die Leistungstypen im Bereich der Sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe) 1.6.9 ff).

SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (§ 64 StGB)
Suchtbehandlung als spezifische Behandlungsoption für straffällige Menschen mit Suchtproblemen in Entziehungsanstalten mit entsprechender Zulassung durch das jeweilige Bundesland.

Zu Item 1.6.9 Einrichtungen der Sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe)

AWS – Assistenzleistung im Wohn- und Sozialraum
Suchtspezifische Betreuung in eigenem oder bereitgestelltem (trägereigenem) Wohnraum. Hierunter sind sowohl Leistungen nach SGB IX als auch nach SGB XII (Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten) zu dokumentieren.

BWF – Besondere Wohnformen
In Einrichtungen mit unterschiedlichen Konzepten und Behandlungsdauern für spezielle Zielgruppen (bspw. für CMA-Patient:innen = Menschen mit chronisch mehrfach

Entwurf

beeinträchtigenden Abhängigkeitserkrankungen)

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

TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen
In (teil-)stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Zu Item 1.6.10 Selbsthilfe

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

Zu Item 1.7 Anzahl nicht dokumentierter Betreuter

Anzugeben ist die Anzahl der Betreuten (Einmal- oder Mehrfachkontakt), die aus Datenschutz- oder sonstigen Gründen nicht als Datensatz im Dokumentationssystem erfasst, aber dennoch betreut wurden.

Diese Angabe ist ausschließlich von ambulanten Einrichtungen zu machen.

Zu Item 1.8 Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen/Diensten

Für jede der unter 1.8 aufgeführten Einrichtungstypen bzw. Angebote ist anzugeben, ob die Einrichtung regelhaft, im Einzelfall oder nicht mit einer solchen Einrichtung kooperiert.

Keine Auskunft

Regelhaft

Im Einzelfall

Nein

Entwurf

2 Kerndatensatz Fall (KDS-F)

2 a) Einleitung

Der Kerndatensatz Fall (KDS-F) und die bisherigen Items wurden insbesondere unter folgenden Perspektiven überarbeitet:

→ Schwerpunkt auf Konsum- und Problemverhalten, Abkehr von Diagnostik

→ Anpassung der Angebotsstrukturen

→ Erweiterung um Items, die in den letzten Jahren in den Mittelpunkt der Fachdiskussion gerückt sind (bspw. Kinder in suchtbelasteten Familien, Beratungs-/Betreuungs-/ Behandlungsmedium, KI-Unterstützung)

→ Orientierung an ICD-11, BTHG und TDI (Treatment Demand Indicator)

Der KDS stellt eine gemeinsame Basis der gesamten Dokumentation im Suchtbereich dar und kann von den einzelnen Dokumentationssystemen entsprechend den jeweils spezifischen Erfordernissen und Zielsetzungen ergänzt werden.

Die Auswahl der Items für den Kerndatensatz Fall berücksichtigt die Angaben, die für die Bereiche Epidemiologie, Prävention, Beratung, Betreuung, Behandlung sowie Verbesserung sozialer und beruflicher Teilhabe von besonderer Bedeutung sind. Es wurden die Fragen ausgewählt, die nach der Einschätzung und Erfahrung der beteiligten Expertinnen und Experten mit hinreichender Genauigkeit und Objektivität routinemäßig zu erheben sind. Mit der Auswahl und Struktur der Items soll auch eine Hilfestellung für das anamnestische Gespräch gegeben werden, im Sinne eines Leitfadens für die Erhebung von Informationen, die für die weitere Beratung, Betreuung oder Behandlung relevant sein könnten. Der Bezugszeitpunkt, auf den sich die Fragestellung bezieht, ist bei allen Items jeweils durch „BB“ (Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsbeginn), „BV“ (Beratungs-/ Betreuungs-/Behandlungsverlauf) oder „BE“ (Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsende) gekennzeichnet.

Die fallbezogenen Kerndaten sind in folgende sechs Bereiche unterteilt:

→ **2.1 Basisdaten**
(u. a. Personenbezug, Informationen zur Kontaktaufnahme und zum Anlass der Beratung/Betreuung/Behandlung)

→ **2.2 Verwaltungs- und Zugangsdaten**
(u. a. Vorberatung /-betreuung /-behandlung, Vermittlungswege, Kostenträger, Auflagen)

→ **2.3 Soziodemografische Angaben**
(u. a. Lebenssituation, Kinder, Staatsangehörigkeit/Migration/Flucht, Schule/Ausbildung, Erwerbsstatus, Wohnsituation)

→ **2.4 Suchtbezogene Problembereiche**
(u. a. Substanz- und Verhaltenssüchte, Konsumformen, Diagnosen, weitere medizinische Informationen)

→ **2.5 Maßnahmen und Interventionen**
(u. a. durchgeführte Maßnahmen aus dem Leistungsspektrum, Kooperationen)

→ **2.6 Abschlussdaten**

Entwurf

(u. a. Dauer und Kontakthäufigkeit, Art der Kontakte, Medium der Beratung/Betreuung/Behandlung, Art der Beendigung, Einschätzung des Beratungs-/ Betreuungs-/Behandlungserfolgs bezüglich der Problematik, Weitervermittlung, Kontakt zur Selbsthilfe)

Um differenzierte Datenauswertungen nach den einzelnen Leistungsbereichen, Interventionsformen und Maßnahmenarten zu ermöglichen, sollen in der Regel für alle leistungsrechtlich eigenständigen Maßnahmen gesonderte fallbezogene Datensätze angelegt werden (Anlegen paralleler Fälle nur bei abweichender Hauptmaßnahme und gleicher Fallnummer zulässig).

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

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

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

Entwurf

2 b) Items zum Kerndatensatz Fall

2.1 BASISDATEN

(alle Items bis 2.1.7 sind auch für Einmalkontakte und Angehörige anzugeben)

Datum des Beginns der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (BB)	
2.1.1	Datum des Beginns der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung	(TT:MM:JJJJ)

Alter bei Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (BB)	
2.1.2	Alter bei Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung (in Jahren)	

Geschlecht

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.1.3	Keine Auskunft	☐
	Männlich	☐
	Weiblich	☐
	Divers	☐

Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsgrund

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.1.4	Eigene Problematik	☐
	Problematik von Personen im sozialen Umfeld	☐

Wenn Person im sozialen Umfeld, Art der Beziehung/Person kommt als

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.1.5	Keine Auskunft	☐
	Partner:in	☐
	Kind	☐
	Geschwister	☐
	Eltern(-teil)	☐
	Andere	☐

Entwurf

Problem(e) aus Sicht dieser Person

Bitte alle Bereiche auswählen, die aktuell beratungs-/betreuungs-/behandlungsrelevant sind

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.1.6	Konsum von Alkohol	☐
	Konsum von Opioiden	☐
	Konsum von Cannabinoiden	☐
	Konsum von Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika (nur Missbrauch)	☐
	Konsum von Kokain	☐
	Konsum von Stimulanzien	☐
	Konsum von Halluzinogenen	☐
	Konsum von Dissoziativa	☐
	Konsum von Volatilen Inhalantien (Schnüffelstoffen)	☐
	Konsum von Nikotin/Tabak	☐
	Konsum von Neuen psychoaktiven Substanzen (NPS)	☐
	Medikamentenmissbrauch (außer der oben genannten)	☐
	Glücksspielen	☐
	Mediennutzung	☐
	Essverhalten	☐
	Sonstige Verhaltenssüchte	☐
	Sonstiges	☐

Weitere Problembereiche der befragten Person (außer Sucht)

Bitte für alle Bereiche auswählen, ob bei der befragten Person aktuell eine Belastung vorliegt.

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.1.7	Körperliche/s Gesundheit/Befinden	ja/nein
	Psychische Gesundheit/Seelischer Zustand	ja/nein
	Sexualisierte Gewalterfahrung	ja/nein
	Andere Gewalterfahrung	ja/nein
	Familiäre Situation (Partnerschaft/Eltern/Kinder)	ja/nein
	Weiteres soziales Umfeld	ja/nein
	Einsamkeit	ja/nein
	Diskriminierung/Ausgrenzungserfahrung	ja/nein
	Schul-/Ausbildungs-/Arbeits-/Beschäftigungssituation	ja/nein
	Alltagsstrukturierung/Tagesstruktur/Freizeit(bereich)	ja/nein

Entwurf

	Finanzielle Situation/Schulden	ja/nein
	Rechtliche Situation	ja/nein
	(Beschaffungs-)Prostitution	ja/nein
	Chemsex	ja/nein
	Wohnsituation	ja/nein
	Fahreignung	ja/nein
	Gewaltausübung	ja/nein

2.2 ZUGANGSDATEN

(wenn 2.1.4 = *eigene Problematik*)

Jemals zuvor suchtbezogene Hilfe aufgrund eigener Problematik beansprucht

Item-Nr.	Item (BB)	
2.2.1	Jemals zuvor suchtbezogene Hilfe aufgrund eigener Problematik Beansprucht	ja/nein/ keine Auskunft*
2.2.1.1	Alter bei erstem Kontakt zur Suchthilfe (in Jahren)	

* Fortfolgend „k. A." abgekürzt

Im Jahr des Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsbeginns bereits in einer Suchthilfeeinrichtung vorstellig geworden (nur wenn 2.2.1 = *ja*)

Item-Nr.	Item (BB)	
2.2.2	Im Jahr des Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsbeginns bereits in einer Suchthilfeeinrichtung vorstellig geworden	ja/nein/k. A.

Vorberatungen/-betreuungen/-behandlungen (nur wenn 2.2.1 = *ja*)

Bitte jedes einzelne der nachfolgenden Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsangebote auswählen, welches jemals in der Vergangenheit in Anspruch genommen wurde.

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.2.3.1	Prävention und Frühintervention	☐
2.2.3.2	Suchtmedizinische (Akut)Behandlung	
	ENT – Entgiftung	☐
	QET – Qualifizierter Entzug	☐
	SUB – Ambulante Opioidsubstitution	☐
	StäB – Stationsäquivalente Behandlung	☐
2.2.3.3	Beratung und Betreuung	☐

Entwurf

	SBS – Sucht- und Drogenberatung	☐
	PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	☐
	SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	☐
	SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug	☐
2.2.3.4	Psychiatrische/Psychotherapeutische Suchtbehandlung	☐
2.2.3.5	Niedrigschwellige Hilfen	☐
	DKR – Drogenkonsumraum	☐
	KSC – Kontaktstelle/-café	☐
	SWA – Aufsuchende Arbeit/Streetwork	☐
	DRC – Drug Checking	☐
2.2.3.6	Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)	☐
2.2.3.7	Suchtberatung im Betrieb	☐
2.2.3.8	Arbeitsförderung, Beschäftigung, Qualifizierung	☐
2.2.3.9	Suchtbehandlung/Rehabilitation	
	ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation	☐
	TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	☐
	PTS – Psychiatrische Ambulanz/Tagesklinik Sucht	☐
	STR – Stationäre medizinische Rehabilitation	☐
	ADA – Adaption	☐
	NAS – (Reha-)Nachsorge	☐
	SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)	☐
2.2.3.10	Soziale Teilhabe (Eingliederungshilfe)	☐
	AWS – Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum	☐
	BWF – Besondere Wohnformen	☐
	ÜEW – Übergangswohnen	☐
	TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen	☐
2.2.3.11	Selbsthilfe	☐

Wiederaufnahme in dieser Einrichtung

Item-Nr.	Item (BB)	
2.2.4	Wiederaufnahme in dieser Einrichtung	ja/nein/k. A.

Entwurf

Vermittelnde Instanz

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.2.5	Keine Auskunft	☐
	Keine/Selbstmeldung	☐
	Soziales Umfeld	☐
	Selbsthilfe	☐
	Arbeitgeber, Betrieb	☐
	Schule	☐
	Ärztliche Praxis	☐
	Psychotherapeutische Praxis	☐
	Psychiatrisches Krankenhaus	☐
	Entgiftungseinrichtung (inkl. QET)	☐
	Krankenhaus allgemein	☐
	Ganztägig ambulante Einrichtung	☐
	Ambulante Suchthilfeeinrichtung	☐
	Stationäre Suchthilfeeinrichtung	☐
	Niedrigschwellige Einrichtung	☐
	Einrichtung der sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe)	☐
	Andere Beratungsdienste (z. B. Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Schuldnerberatung)	☐
	Arbeitsförderung, Beschäftigung, Qualifizierung	☐
	Gesundheitsamt (Sozialpsychiatrischer/Jugendpsychiatrischer Dienst)	☐
	Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt/Jugendgerichtshilfe	☐
	Rechtliche Betreuung	☐
	Justiz/Bewährungshilfe	☐
	Jobcenter	☐
	Agentur für Arbeit	☐
	Kosten-/Leistungsträger	☐
	Anbieterseitig (z. B. Glücksspielanbieter, Anbauvereinigungen, Verkaufsstellen)	☐
	Sonstige Einrichtung/Institution	☐

Entwurf

Hauptkostenträger der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.2.6	Keine Auskunft	☐
	Pauschale/Institutionelle Einrichtungsfinanzierung (z. B. ÖGD)	☐
	Rentenversicherung	☐
	Krankenversicherung	☐
	Sozialhilfe	☐
	Leistungen nach SGB IX und SGB XII	☐
	Eigenfinanzierung	☐
	Jugendhilfe	☐
	Jobcenter	☐
	Sonstige (z. B. Pflegeversicherung)	☐

Auflagen

Item-Nr.	Item (Kategorie) (BB)	
2.2.7	Auflagen	ja/nein/k. A.
2.2.7.1	Wenn ja, welche (Mehrfachnennung möglich)	
	Nach § 35 BtMG	☐
	Nach anderen strafrechtlichen Grundlagen	☐
	Nach Psych-KG/Landesunterbringungsgesetz	☐
	Durch Renten-/Krankenversicherung	☐
	Durch Arbeitgeber/Schule/Ausbildungsstätte	☐
	Durch Jugendamt/Jugendhilfe/Familiengericht	☐
	Durch Jobcenter/Agentur für Arbeit	☐
	Durch sonstige Institutionen	☐

Gesetzliche Betreuung

Item-Nr.	Item (BB)	
2.2.8	Besteht eine gesetzliche Betreuung?	☐

Inhaftierung

Item-Nr.	Item (BB)	
2.2.9	Betreute Person derzeit in Haft?	ja/nein/k. A.

Entwurf

2.3 SOZIODEMOGRAPHISCHE ANGABEN

(wenn 2.1.4 = *eigene Problematik*)

Familiäre Suchtproblematik

Item-Nr.	Item (BB)	
2.3.1	Familiäre (elterliche) Suchtproblematik	ja/nein/k. A.

Lebenssituation

Item-Nr.	Item (Kategorie) (BB)	
2.3.2.1	Partnerschaft	ja/nein/k. A.
2.3.2.2	Alleinlebend	ja/nein/k. A.
2.3.2.3	Wenn nicht alleinlebend, lebt zusammen mit	
	Partner:in	☐
	Kind(ern)	☐
	Eltern(-teil)	☐
	Andere Familienangehörige	☐
	Sonstige Person(en)	☐

Schwangerschaft

Item-Nr.	Item (BV)	
2.3.3	Schwangerschaft in der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung	ja/nein/k. A.

Kinder (eigene und/oder im Haushalt lebende)

Item-Nr.	Item (BE)			
2.3.4	Kinder (eigene und/oder im Haushalt lebende)			ja/nein/k. A.
2.3.4.1	Wenn ja, Angaben zu Kindern *(Anzahl unbegrenzt)*	Alter	Eigenes Kind	Im Haushalt lebend
	Kind 1		ja/nein/k. A.	ja/nein/k. A.
	Kind 2		ja/nein/k. A.	ja/nein/k. A.
	Kind 3		ja/nein/k. A.	ja/nein/k. A.
	Kind 4		ja/nein/k. A.	ja/nein/k. A.
	Kind 5 …		ja/nein/k. A.	ja/nein/k. A.

Entwurf

Staatsangehörigkeit/Sprache/Migration/Flucht

Item-Nr.	Item (Kategorie) (BB)	
2.3.5.1	Staatsangehörigkeit (Auswahl Liste Nationencode; Mehrfachauswahl möglich)	
2.3.5.2	Migrationshintergrund	
	Keine Auskunft	☐
	Nein	☐
	Selbst migriert	☐
	Gemeinsam mit Eltern migriert	☐
	Eltern migriert	☐
2.3.5.3	Fluchterfahrung (wenn 2.3.5.2 = *selbst migriert* oder *gemeinsam mit Eltern migriert*)	☐
2.3.5.4	Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungssprache (Auswahl Liste Sprachen)	

Schulischer Bildungsweg

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.3.6	Keine Auskunft	☐
	Derzeit in Schulausbildung	☐
	Schulabbruch	☐
	Hauptschul-/Mittelschulabschluss	☐
	Realschulabschluss (Mittlere Reife)/Polytechnische Oberschule	☐
	(Fach-)Hochschulreife	☐
	Anderer Schulabschluss	☐

Höchster beruflicher/akademischer Ausbildungsabschluss

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.3.7	Keine Auskunft	☐
	Derzeit in Ausbildung	☐
	Abgeschlossene berufliche Ausbildung	☐
	Abgeschlossene akademische Ausbildung	☐
	Kein Ausbildungsabschluss	☐

Entwurf

Wohnverhältnis am Tag vor Beginn der Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (Kategorie) (BB)	
2.3.8	Keine Auskunft	☐
	Stabile Wohnsituation	☐
	Instabile Wohnsituation	☐
	Obdachlos	☐
	Institutionelle Wohnsituation	☐
	JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	☐

Erwerbsstatus am Tag vor Beginn der Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (Kategorie) (BB)	
2.3.9	Keine Auskunft	☐
	In schulischer/akademischer Ausbildung	☐
	Erwerbstätig	☐
	Arbeitslos	☐
	Hausfrau/Hausmann	☐
	In Rente/pensioniert	☐
	Sonstige Nicht-Erwerbsperson	☐
2.3.9.1	Wenn arbeitslos zu Beginn, dann (BB)	
	Keine Auskunft	
	Arbeitslos – Bezug von ALG I	☐
	Arbeitslos – Bezug von Bürgergeld (Grundsicherung)	☐
	Arbeitslos – ohne Bezug von Sozialleistungen	☐

Entwurf

2.4 KONSUMMUSTER UND SUCHTBEZOGENE PROBLEMBEREICHE

(wenn 2.1.4 = *eigene Problematik*)

KONSUM VON PSYCHOTROPEN SUBSTANZEN

Bitte wählen Sie aus der Liste diejenigen Substanzen aus, die jemals im Leben problematisch konsumiert wurden. Ausschließlich für diese sind die nachfolgenden Fragen 2.4.2 bis 2.4.8 zu beantworten.

Item-Nr.	Substanz (BB)		Substanzklasse
2.4.1	Alkohol	☐	Alkohol
	Heroin	☐	Opioide
	Buprenorphinmissbrauch	☐	
	Diamorphinmissbrauch	☐	
	Methadonmissbrauch	☐	
	Polamidonmissbrauch	☐	
	Fentanylmissbrauch	☐	
	Morphinmissbrauch	☐	
	Tilidinmissbrauch	☐	
	Tramadolmissbrauch	☐	
	Oxycodonmissbrauch	☐	
	Andere Opioide (inkl. Opioidanalgetika) Missbrauch	☐	
	Nitazene	☐	
	Fentanylderivate	☐	
	Andere Neue synthetische Opioide	☐	
	Cannabis	☐	Cannabinoide
	Synthetische Cannabinoide	☐	
	Synthetische Cathinone (inkl. Methcathinone)	☐	NPS
	Andere Neue psychoaktive Substanzen (NPS)	☐	
	Barbituratemissbrauch	☐	Sedativa/ Hypnotika/ Anxiolytika
	Benzodiazepinmissbrauch	☐	
	Z-Drugs-Missbrauch	☐	
	GHB/GBL	☐	
	Andere Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika – Missbrauch	☐	
	Kokain(pulver)	☐	Kokain

Entwurf

Item-Nr.	Substanz (BB)		Substanzklasse
	Crack	☐	
	Kokain andere	☐	
	MDMA, MDA oder verwandte Substanzen (z. B. Ecstasy)	☐	Stimulanzien
	Amphetamine	☐	
	Methamphetamine	☐	
	Andere Stimulanzien	☐	
	LSD	☐	Halluzinogene
	Mescalin	☐	
	Psilocybin/Pilze	☐	
	Andere Halluzinogene	☐	
	Ketamin	☐	Dissoziativa
	PCP (Phenylcyclidin)	☐	
	Andere Dissoziativa	☐	
	Lachgas	☐	Flüchtige Lösungsmittel
	Andere Volatile Inhalanzien (Schnüffelstoffe)	☐	
	Tabak (Rauchen)	☐	Tabak/Nikotin
	Erhitzen/Verdampfen von Nikotin oder Einatmen von Aerosolen	☐	
	Orale Einnahme von Tabak/Nikotin	☐	
	Sonstige psychoaktive Substanzen	☐	Sonstige

Bitte machen Sie pro ausgewählte Substanz folgende Angaben:

Aktuelle/Frühere Problematik

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.4.2	Aktuell	☐
	Früher	☐

Gegenstand der Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (BB)	
2.4.3	Gegenstand der Beratung/Betreuung/Behandlung	☐

Entwurf

Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Beratungs-/Betreuungs-/ Behandlungsbeginn

Item-Nr.	Item (BB)	
2.4.4	Anzahl Konsumtage 30 Tage vor Beginn (in Tagen)	

Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Beratungs-/Betreuungs-/ Behandlungsende

Item-Nr.	Item (BE)	
2.4.5	Anzahl Konsumtage 30 Tage vor Ende (in Tagen)	

Alter bei Erstkonsum (in Jahren)

Item-Nr.	Item (BB)	
2.4.6	Alter bei Erstkonsum (in Jahren)	

Jemals ärztlich verordnet

Item-Nr.	Item (BB)	
2.4.7	Jemals ärztlich verordnet	☐

Dauer der Problematik (in Jahren)

Item-Nr.	Item (BB)	
2.4.8	Dauer der Problematik (in Jahren)	

Polyvalenter Konsum

Item-Nr.	Item (BB)	
2.4.9	Liegt ein polyvalenter Konsum vor? Nur bei Auswahl von mehr als zwei Substanzen aus unterschiedlichen Substanzklassen unter 2.4.1 als *aktuell problematisch* und Auswahl einer Substanz aus 2.4.1 als Hauptproblematik unter 2.4.31	☐

Jemals im Leben opioidsubstituiert?

Item-Nr.	Item (Kategorie) (BB)	
2.4.10	Keine Auskunft	☐
	Aktuell in Substitution	☐
	Früher in Substitution (aber nicht aktuell)	☐
	Niemals in Substitution	☐
2.4.10.1	Wenn jemals opioidsubstituiert: Alter bei erster Opioidsubstitution	

Entwurf

I. v.-Konsum

Bitte geben Sie an, ob irgendeine der unter 2.4.1 genannten Substanzen jemals im Leben intravenös konsumiert wurde.

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.4.11	Keine Auskunft	☐
	Nein, nie	☐
	Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung	☐
	Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung	☐
	Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung	☐
2.4.11.1	Falls jemals i. v.-Konsum: In welchem Alter das erste Mal? (in Jahren)	

Gemeinsame Spritzenbenutzung (Needle Sharing) (wenn jemals i. v. Konsum)

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.4.12	Keine Auskunft	☐
	Nein, nie	☐
	Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung	☐
	Ja, in den letzten 12 Monaten, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung	☐
	Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung	☐

Infektionsstatus

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.4.13	HIV	☐
	Hepatitis B	☐
	Hepatitis C	☐

Bitte machen Sie zu jedem ausgewählten Infektionsstatus folgende Angaben:

Teststatus

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.4.14	Keine Auskunft	☐
	Noch nie getestet	☐
	Getestet vor mehr als 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung	☐

Entwurf

	Getestet in den letzten 12 Monaten vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung	☐

Wenn getestet, können folgende Angaben gemacht werden

HIV - Testergebnis

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.4.15	Negativ	☐
	Positiv	☐
	Unbekannt	☐

Hepatitis B/Hepatitis C - Testergebnis

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.4.16	Nicht aktiv, Antikörper negativ	☐
	Nicht aktiv, Antikörper positiv, Virusnachweis negativ	☐
	Aktiv, Virusnachweis positiv	☐
	Unbekannt	☐

MEDIKAMENTENMISSBRAUCH

Bitte wählen Sie aus der Liste diejenigen Medikamente aus, die jemals im Leben missbräuchlich konsumiert wurden. Ausschließlich für diese sind die nachfolgenden Fragen 2.4.18 bis 2.4.23 zu beantworten.

Item-Nr.	Medikamentenmissbrauch (BB)	
2.4.17	Antidepressiva	☐
	Nicht-Opioidanalgetika	☐
	Pregabalin	☐
	Andere Antikonvulsiva	☐
	Laxantien	☐
	Anabole Steroide	☐
	Hormone	☐
	Erythropoietin (Epo)	☐
	Andere Arznei- oder Volksheilmittel	☐

Entwurf

Bitte machen Sie pro ausgewähltes Medikament folgende Angaben:

Aktuelle/Frühere Problematik

Item-Nr.	Item-Kategorie (BB)	
2.4.18	Aktuell	☐
	Früher	☐

Gegenstand der Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (BB)	
2.4.19	Gegenstand der Beratung/Betreuung/Behandlung	☐

Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Beratungs-/Betreuungs-/ Behandlungsbeginn

Item-Nr.	Item (BB)	
2.4.20	Anzahl Konsumtage 30 Tage vor Beginn (in Tagen)	

Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Beratungs-/Betreuungs-/ Behandlungsende

Item-Nr.	Item (BE)	
2.4.21	Anzahl Konsumtage 30 Tage vor Ende (in Tagen)	

Jemals ärztlich verordnet

Item-Nr.	Item (BB)	
2.4.22	Jemals ärztlich verordnet	☐

Dauer der Problematik (in Jahren)

Item-Nr.	Item (BB)	
2.4.23	Dauer der Problematik (in Jahren)	

Entwurf

VERHALTENSBEZOGENE PROBLEMBEREICHE

Bitte diejenigen der untenstehenden Verhaltensbereiche auswählen, die jemals im Leben problematisch praktiziert wurden. Ausschließlich für diese sind die Fragen 2.4.25 bis 2.4.30 beantworten.

Item-Nr.	Verhaltensbezogene Problembereiche (BB)	
2.4.24	Geldspielautomaten in Spielhallen *Terrestrisch*	☐
	Geldspielautomaten in der Gastronomie *Terrestrisch*	☐
	Kleines Spiel in der Spielbank *Terrestrisch*	☐
	Großes Spiel in der Spielbank (Ausnahme Poker) *Terrestrisch*	☐
	Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten) *Online*	☐
	Casinospiel (großes Spiel in der Spielbank, mit Ausnahme von Poker) *Online*	☐
	Poker	☐
	Sportwetten	☐
	Lotterien	☐
	Börsenspekulation	☐
	Computerspiel-Nutzung	☐
	Soziale-Netzwerke-Nutzung	☐
	Pornographie-Nutzung	☐
	Sonstige Medien-Nutzung	☐
	Shopping	☐
	Sonstige	☐
	Anorexie	☐
	Bulimie	☐
	Binge-Eating	☐
	Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme	☐
	Sonstige Problematik im Essverhalten	☐

Bitte machen Sie pro ausgewählte Verhaltensweise folgende Angaben:

Aktuelle/Frühere Problematik

Item-Nr.	Item-Kategorie (BB)	
2.4.25	Aktuell	☐
	Früher	☐

Entwurf

Spielform

Item-Nr.	Item-Kategorie (BB)	
2.4.26	Terrestrisch	☐
	Online	☐
	Beides	☐

Gegenstand der Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (BB)	
2.4.27	Gegenstand der Beratung/Betreuung/Behandlung	☐

Anzahl der Tage mit problematischem Verhalten in den letzten 30 Tagen vor Beratungs-/ Betreuungs-/Behandlungsbeginn

Item-Nr.	Item (BB)	
2.4.28	Anzahl Tage mit problematischem Verhalten 30 Tage vor Beginn	

Anzahl der Tage mit problematischem Verhalten in den letzten 30 Tagen vor Beratungs-/ Betreuungs-/Behandlungsende

Item-Nr.	Item (BE)	
2.4.29	Anzahl Tage mit problematischem Verhalten 30 Tage vor Ende	

Dauer der Problematik (in Jahren)

Hauptproblematik

Bitte aus allen unter 2.4.1, 2.4.17 und 2.4.24 (als aktuell problematisch) ausgewählten Problembereichen (inkl. Polyvalentem Konsum/Verhalten) eine Hauptproblematik auswählen.

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.4.31	Hauptproblematik	

Entwurf

Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung (bei Auswahl einer Substanz als Hauptproblematik unter 2.4.31)

Item-Nr.	Item Kategorie (BB)	
2.4.32	Keine Auskunft	☐
	Injektion	☐
	Rauchen/Inhalieren/Schnüffeln	☐
	Rauchen zusammen mit Tabak	☐
	Essen/Trinken	☐
	Schnupfen/Schniefen	☐
	Andere Arten	☐

Diagnosen aus dem Bereich psychischer (inklusive suchtbezogener) Störungen

Item-Nr.	Item Kategorie (BB) *Anzahl unbegrenzt*	ICD-Diagnose
2.4.33	ICD-10/11-Diagnose (Kapitel F bzw. Kapitel 06)	
	ICD-10/11-Diagnose (Kapitel F bzw. Kapitel 06)	
	ICD-10/11-Diagnose (Kapitel F bzw. Kapitel 06)	
	ICD-10/11-Diagnose (Kapitel F bzw. Kapitel 06)	
	ICD-10/11-Diagnose (Kapitel F bzw. Kapitel 06)	

2.5 MAßNAHMEN UND INTERVENTIONEN

(wenn 2.1.4 = *eigene Problematik*)

Art der Beratung/Betreuung/Behandlung in der eigenen Einrichtung

Bitte alle Maßnahmen angeben und daraus eine Hauptmaßnahme wählen (mit Ausnahme von Kombibehandlung)

Item-Nr.	Item Kategorie (BV)	
2.5.1	Hauptmaßnahme	
2.5.1.1	Prävention und Frühintervention	☐
2.5.1.2	Suchtmedizinische (Akut)Behandlung	
	ENT – Entgiftung	☐
	QET – Qualifizierter Entzug	☐
	MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe	☐
	SUB – Ambulante Opioidsubstitution	☐
	StäB – Stationsäquivalente Behandlung	☐
2.5.1.3	Beratung und Betreuung	

Entwurf

	SBS – Sucht- und Drogenberatung	☐
	PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	☐
	SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	☐
2.5.1.4	Niedrigschwellige Hilfen	
	DKR – Drogenkonsumraum	☐
	KSC – Kontaktstelle/-café	☐
	SWA – Aufsuchende Arbeit/Streetwork	☐
	DRC – Drug Checking	☐
2.5.1.5	Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)	☐
2.5.1.6	Suchtberatung im Betrieb	☐
2.5.1.7	Arbeitsförderung, Beschäftigung, Qualifizierung	☐
2.5.1.8	Suchtbehandlung/Rehabilitation	
	ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation	☐
	Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?	☐
	TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	☐
	Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?	☐
	PTS - Psychiatrische Ambulanz/Tagesklinik Sucht	☐
	Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?	☐
	STR – Stationäre medizinische Rehabilitation	☐
	Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?	☐
	ADA – Adaption	☐
	Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?	☐
	NAS – (Reha-)Nachsorge	☐
	SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB	☐
2.5.1.9	Einrichtungen der sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe)	
	AWS – Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum	☐
	BWF – Besondere Wohnformen	☐
	ÜEW – Übergangswohnen	☐
	TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen	☐
2.5.1.10	Selbsthilfe	☐

Entwurf

Kooperation während der Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (Kategorie) (BV)	
2.5.2	Kooperation während der Beratung/Betreuung/Behandlung	ja/nein/k. A.
2.5.2.1	Wenn ja, Kooperation während der Beratung/Betreuung/Behandlung mit	
	Soziales Umfeld	☐
	Ärztliche Praxis	☐
	Psychotherapeutische Praxis	☐
	Psychiatrisches Krankenhaus	☐
	Entgiftungseinrichtung (inkl. QET)	☐
	Krankenhaus allgemein	☐
	Ganztägig ambulante Einrichtung	☐
	Ambulante Suchthilfeeinrichtung	☐
	Stationäre Suchthilfeeinrichtung	☐
	Niedrigschwellige Einrichtungen	☐
	Einrichtung der sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe)	☐
	Andere Beratungsdienste (z. B. Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Schuldner-beratung)	☐
	Arbeitgeber, Betrieb, Schule	☐
	Arbeitsförderung Beschäftigung, Qualifizierung	☐
	Agentur für Arbeit	☐
	Jobcenter	☐
	Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt/Jugendgerichtshilfe	☐
	Rechtliche Betreuung	☐
	Justiz/Bewährungshilfe/Polizei	☐
	Gesundheitsamt (Sozialpsychiatrischer/Jugendpsychiatrischer Dienst)	☐
	Wohnungslosenhilfe	☐
	Altenhilfe	☐
	Pflege	☐
	Kosten-/Leistungsträger	☐
	Selbsthilfe	☐
	Sonstige Einrichtung/Institution	☐

Entwurf

2.6 ABSCHLUSSDATEN

(wenn 2.1.4 = *eigene Problematik;* mit Ausnahme 2.6.1.1: auszufüllen auch für Einmalkontakte)

Dauer der Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (BE)	
2.6.1.1	Datum des Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsendes	TT:MM:JJJJ
2.6.1.2	Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsdauer in Tagen	*(wird von der Software automatisch berechnet)*

Kontaktart

Item-Nr.	Item (Kategorie) (BV)	
2.6.2	Präsenz	☐
	Telefon/Sprachanruf/Sprachnachricht	☐
	Video	☐
	Textbasiert Synchron (Messenger, Chat)	☐
	Textbasiert Asynchron (Brief, Mail, Webmail im Onlineportal)	☐
2.6.2.1	Kontaktzahl Gesamt Episode (nur ambulanter Bereich) (BV)	
2.6.2.2	Kontaktzahl Auswertungsjahr (nur ambulanter Bereich) (BV)	

Medium der Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (Kategorie) (BE)	
2.6.3	Keine Auskunft	☐
	Präsenz	☐
	Digital	☐
	Telefon	☐
	Mischform	☐
2.6.3.1	Liegt ein „Blended Counseling“ Konzept vor? (BV) (nur wenn 2.6.3 = Mischform)	☐

KI-Unterstützung der Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (BV)	
2.6.4	KI-Unterstützung während der Beratung/Betreuung/Behandlung	☐

Entwurf

Kontakt zur Selbsthilfegruppe

Item-Nr.	Item (BV)	
2.6.5	Wurde im Laufe der Beratung/Betreuung/Behandlung ein erfolgreicher Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hergestellt?	☐

Besuch einer Selbsthilfegruppe

Item-Nr.	Item (BV)	
2.6.6	Hat die betreute/behandelte Person im Laufe der Beratung/Betreuung/ Behandlung eine Selbsthilfegruppe besucht?	☐

Art der Beendigung

Item-Nr.	Item Kategorie (BE)	
2.6.7	Keine Auskunft	☐
	Regulär nach Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsplan	☐
	Vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung	☐
	Vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	☐
	Vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch die betreute/behandelte Person	☐
	Disziplinarisch	☐
	Außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	☐
	Planmäßiger Wechsel in andere Beratungs-/Betreuungs-Behandlungsform	☐
	Verstorben	☐

Weitervermittlung bei Beendigung

Item-Nr.	Item Kategorie (BE)	
2.6.8	Weitervermittlung nach Beendigung der Beratung/Betreuung/ Behandlung	ja/nein/ k. A.
	Wenn ja, wohin (BE)	
2.6.8.1	Prävention und Frühintervention	☐
2.6.8.2	Suchtmedizinische (Akut)Behandlung	☐
	ENT – Entgiftung	☐
	QET – Qualifizierter Entzug	☐
	MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe	☐
	SUB – Ambulante Opioidsubstitution	☐

Entwurf

	StäB – Stationsäquivalente Behandlung	☐
2.6.8.3	Beratung und Betreuung	☐
	SBS – Sucht- und Drogenberatung	☐
	PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter	☐
	SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung	☐
	SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug	☐
2.6.8.4	Niedrigschwellige Hilfen	☐
	DKR – Drogenkonsumraum	☐
	KSC – Kontaktstelle/-café	☐
	SWA - Aufsuchende Arbeit/Streetwork	☐
	DRC – Drug Checking	☐
2.6.8.5	Psychiatrische/Psychotherapeutische Suchtbehandlung	☐
2.6.8.6	Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)	☐
2.6.8.7	Suchtberatung im Betrieb	☐
2.6.8.8	Arbeitsförderung, Beschäftigung, Qualifizierung,	☐
2.6.8.9	Suchtbehandlung/Rehabilitation	☐
	ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation	☐
	Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?	☐
	TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	☐
	Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?	☐
	PTS – Psychiatrische Ambulanz/Tagesklinik Sucht	☐
	Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?	☐
	STR – Stationäre medizinische Rehabilitation	☐
	Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?	☐
	ADA – Adaption	☐
	Falls ja, als Teil einer Kombibehandlung?	☐
	NAS – (Reha-)Nachsorge	☐
	SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)	☐
2.6.8.10	Einrichtungen der sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe)	☐
	AWS – Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum	☐
	BWF – Besondere Wohnformen	☐
	ÜEW – Übergangswohnen	☐
	TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen	☐
2.6.8.11	Sonstige Einrichtungen	☐

Entwurf

Problematik am Tag des Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsendes

Item-Nr.	Item Kategorie (BE)	
2.6.9	Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsleitende (Haupt-) Substanz-/ Verhaltensproblematik	☐
	Körperliche/s Gesundheit/Befinden	☐
	Psychische Gesundheit/Seelischer Zustand	☐
	Sexualisierte Gewalterfahrung	☐
	Andere Gewalterfahrung	☐
	Familiäre Situation (Partnerschaft/Eltern/Kinder)	☐
	Weiteres soziales Umfeld	☐
	Einsamkeit	☐
	Diskriminierung/Ausgrenzungserfahrung	☐
	Schul-/Ausbildungs-/Arbeits-/Beschäftigungssituation	☐
	Alltagsstrukturierung/Tagesstruktur/Freizeit(bereich)	☐
	Finanzielle Situation/Schulden	☐
	Rechtliche Situation	☐
	(Beschaffungs-)Prostitution	☐
	Chemsex	☐
	Wohnsituation	☐
	Fahreignung	☐
	Gewaltausübung	☐

Bitte für alle ausgewählten Bereiche angeben, wie sich die Problematik im Vergleich zum Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsbeginn darstellt

Entwicklung der Problematik

Item-Nr.	Item (BV)	
2.6.9.1	Keine Auskunft	0
	Gebessert	1
	Unverändert	2
	Verschlechtert	3
	Neu aufgetreten	4

Entwurf

Neu aufgetretene Substanzkonsum-/Suchtverhaltensproblematik

Item-Nr.	Item Kategorie (BE)	
2.6.10	Neu aufgetretene Substanzkonsum-/Suchtverhaltensproblematik	☐

Wohnverhältnis am Tag nach Ende der Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (Kategorie) (BE)	
2.6.11	Keine Auskunft	☐
	Stabile Wohnsituation	☐
	Instabile Wohnsituation	☐
	Obdachlos	☐
	Institutionelle Wohnsituation	☐
	JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	☐

Erwerbsstatus am Tag nach Ende der Beratung/Betreuung/Behandlung

Item-Nr.	Item (Kategorie) (BE)	
2.6.12	Keine Auskunft	☐
	In schulischer/akademischer Ausbildung	☐
	Erwerbstätig	☐
	Arbeitslos	☐
	Hausfrau/Hausmann	☐
	In Rente/pensioniert	☐
	Sonstige Nicht-Erwerbsperson	☐
2.6.12.1	Wenn arbeitslos am Tag nach Ende, dann (BE)	
	Keine Auskunft	☐
	Arbeitslos – Bezug von ALG I	☐
	Arbeitslos – Bezug von Bürgergeld (Grundsicherung)	☐
	Arbeitslos – ohne Bezug von Sozialleistungen	☐

Item Kategorie
Konsumstatus/Problematisches Verhalten in den letzten 30 Tagen vor Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsende *(siehe 2.4.5, 2.4.21, 2.4.29)*

Codeliste Nationalität (Sortierung nach Staat)			
Staat	**Code**	**Staat**	**Code**
Keine Auskunft	null	Dominica	DMA
Afghanistan	AFG	Dominikanische Republik	DOM
Ägypten	EGY	Dschibuti	DJI
Albanien	ALB	Ecuador	ECU
Algerien	DZA	Mazedonien	MKD
Andorra	AND	El Salvador	SLV
Angola	AGO	Elfenbeinküste	CIV
Anguilla	AIA	Eritrea	ERI
Antigua und Barbuda	ATG	Estland	EST
Äquatorialguinea	GNQ	Eswatini	SWZ
Argentinien	ARG	Falklandinseln	FLK
Armenien	ARM	Färöer	FRO
Aruba	ABW	Fidschi	FJI
Aserbaidschan	AZE	Finnland	FIN
Äthiopien	ETH	Frankreich	FRAU
Australien	AUS	Französisch-Guayana	GUF
Bahamas	BHS	Französisch-Polynesien	PYF
Bahrain	BHR	Gabun	GAB
Bangladesch	BGD	Gambia	GMB
Barbados	BRB	Gazastreifen	PSE
Belarus	BLR	Georgien	GEO
Belgien	BEL	Ghana	GHA
Belize	BLZ	Gibraltar	GIB
Benin	BEN	Grenada	GRD
Bermuda	BMU	Griechenland	GRC
Bhutan	BTN	Grönland	GRL
Bolivien	BOL	Guadeloupe	GLP
Bosnien und Herzegowina	BIH	Guam	GUM
Botswana	BWA	Guatemala	GTM
Brasilien	BRA	Guernsey	GGY
Bulgarien	BGR	Guinea	GIN
Burkina Faso	BFA	Guinea-Bissau	GNB
Burundi	BDI	Guyana	GUY
Chile	CHL	Haiti	HTI
China	CHN	Honduras	HND
Cookinseln	COK	Honkong	HKG
Costa Rica	CRI	Indien	IND
Curaçao	CUW	Indonesien	IDN
Dänemark	DNK	Irak	IRQ
Deutschland	DEU	Iran	IRN

Entwurf

Irland	IRL	Mali	MLI
Island	ISL	Malta	MLT
Israel	ISR	Marokko	MAR
Italien	ITA	Marshall-Inseln	MHL
Jamaica	JAM	Martinique	MTQ
Japan	JPN	Mauretanien	MRT
Jemen	YEM	Mauritius	MUS
Jersey	JEY	Mayotte	MYT
Jordanien	JOR	Mexiko	MEX
Kaiman-Inseln	CYM	Moldawien	MDA
Kambodscha	KHM	Monaco	MCO
Kamerun	CMR	Mongolei	MNG
Kanada	CAN	Montenegro	MNE
Kap Verde	CPV	Montserrat	MSR
Kasachstan	KAZ	Mozambique	MOZ
Katar	QAT	Myanmar	MMR
Kenia	KEN	Namibia	NAM
Kirgisistan	KGZ	Nauru	NRU
Kiribati	KIR	Nepal	NPL
Kolumbien	COL	Neukaledonien	NCL
Komoren	COM	Neuseeland	NZL
Kongo	COG	Nicaragua	NIC
Kongo, Demokratische Republik	COD	Niederlande	NLD
Korea, Demokratische Republik	PRK	Niger	NER
Korea, Republik	KOR	Nigeria	NGA
Kosovo	RKS	Nordmazedonien	MKD
Kroatien	HRV	Norwegen	NOR
Kuba	CUB	Oman	OMN
Kuwait	KWT	Österreich	AUT
Laos	LAO	Pakistan	PAK
Lesotho	LSO	Palau	PLW
Lettland	LVA	Panama	PAN
Libanon	LBN	Papua-Neuguinea	PNG
Liberia	LBR	Paraguay	PRY
Liechtenstein	LIE	Peru	PER
Litauen	LTU	Philippinen	PHL
Luxemburg	LUX	Polen	POL
Macau	MAC	Portugal	PRT
Madagaskar	MDG	Puerto Rico	PRI
Malawi	MWI	Réunion	REU
Malaysia	MYS	Ruanda	RWA
Malediven	MDV	Rumänien	ROU

Entwurf

Russische Föderation	RUS	Ungarn	HUN
Sambia	ZMB	Uruguay	URY
Samoa	WSM	Usbekistan	UZB
San Marino	SMR	Vanuatu	VUT
Saudi-Arabien	SAU	Vatikan	VAT
Schweden	SWE	Venezuela	VEN
Schweiz	CHE	Vereinigte Arabische Emirate	ARE
Senegal	SEN	Vereinigte Republik Tansania	TZA
Serbien	SRB	Vereinigte Staaten von Amerika	USA
Seychellen	SYC	Vereinigtes Königreich, Großbritannien	GBR
Sierra Leone	SLE	Vietnam	VNM
Simbabwe	ZWE	Wallis und Futuna	WLF
Singapur	SGP	Westjordanland	PSE
Slowakei	SVK	Westsahara	ESH
Slowenien	SVN	Zentralafrikanische Republik	CAF
Somalia	SOM	Zypern	CYP
Spanien	ESP	Andere Staaten	XXX
Spitzbergen	SJM	Staatenlos	YYY
Sri Lanka	LKA		
Südafrika	ZAF		
Sudan	SDN		
Südsudan	SSD		
Suriname	SUR		
Swasiland	SWZ		
Syrien	SYR		
Tadschikistan	TJK		
Taiwan	TWN		
Thailand	THA		
Timor-Leste	TLS		
Togo	TGO		
Tokelau-Inseln	TKL		
Tonga	TON		
Trinidad und Tobago	TTO		
Tschad	TCD		
Tschechische Republik	CZE		
Tunesien	TUN		
Türkei	TUR		
Turkmenistan	TKM		
Tuvalu	TUV		
Uganda	UGA		
Ukraine	UKR		

Entwurf

Codeliste Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungssprache			
Sprache	**Code**	**Sprache**	**Code**
Keine Auskunft	null	Esperanto	EPO
Deutsch	DEU	Estnisch	EST
Türkisch	TUR	Ewe	EWE
Polnisch	POL	Färöisch	FAO
Russisch	RUS	Fidschi	FIJ
Arabisch	ARA	Finnisch	FIN
Persisch	FAS	Fulfulde	FUL
Rumänisch	RON	Galicisch, Galegisch	GLG
Englisch	ENG	Georgisch	KAT
Französisch	FRA	Griechisch	ELL
Spanisch	SPA	Grönländisch, Kalaallisut	KAL
Serbisch	SRP	Guaraní	GRN
		Gujarati	GUJ
Abchasisch	ABK	Haitianisch-Kreolisch	HAT
Afar	AAR	Hausa	HAU
Afrikaans	AFR	Hebräisch	HEB
Akan	AKA	Hindi	HIN
Albanisch	SQI	Hiri Motu	HMO
Amharisch	AMH	Ido	IDO
Aragonesisch	ARG	Igbo	IBO
Armenisch	HYE	Indonesisch	IND
Aserbaidschanisch	AZE	Interlingua	INA
Assamesisch	ASM	Interlingue	ILE
Avarisch	AVA	Inuktitut	IKU
Avestisch	AVE	Inupiaq	IPK
Aymara	AYM	Irisch	GLE
Bambara	BAM	isiXhosa	XHO
Baschkirisch	BAK	isiZulu	ZUL
Baskisch	EUS	Isländisch	ISL
Belarussisch	BEL	Italienisch	ITA
Bengalisch	BEN	Japanisch	JPN
Bihari	BIH	Javanisch	JAV
Birmanisch	MYA	Jiddisch	YID
Bislama	BIS	Kannada	KAN
Bokmål	NOB	Kanuri	KAU
Bosnisch	BOS	Kasachisch	KAZ
Bretonisch	BRE	Kashmiri	KAS
Bulgarisch	BUL	Katalanisch, Valencianisch	CAT
(Bündner)Romanisch	ROH	Khmer	KHM
Chamorro	CHA	Kikongo	KON
Chichewa	NYA	Kikuyu	KIK
Chinesisch	ZHO	Kiluba	LUB
Cree	CRE	Kinyarwanda, Ruandisch	KIN
Dänisch	DAN	Kirchenslawisch, Altkirchenslawisch	CHU
Dhivehi	DIV	Kirgisisch	KIR
Dzongkha	DZO	Kirundi	RUN

Entwurf

Komi	KOM	Sardisch	SRD
Koreanisch	KOR	Schottisch-gälisch	GLA
Kornisch	COR	Schwedisch	SWE
Korsisch	COS	Serbokroatisch	HBS
Kroatisch	HRV	Sesotho, Süd-Sotho	SOT
Kurdisch	KUR	Setswana	TSN
Laotisch	LAO	Shona	SNA
Latein	LAT	Sindhi	SND
Lettisch	LAV	Singhalesisch	SIN
Limburgisch, Südniederfränkisch	LIM	Siswati	SSW
Lingála	LIN	Slowakisch	SLK
Litauisch	LIT	Slowenisch	SLV
Luganda	LUG	Somali	SOM
Luxemburgisch	LTZ	Süd-Ndebele	NBL
Malagasy, Malagassi	MLG	Sundanesisch	SUN
Malaiisch	MSA	Swahili	SWA
Malayalam	MAL	Tadschikisch	TGK
Maltesisch	MLT	Tagalog	TGL
Manx	GLV	Tahitianisch, Tahitisch	TAH
Maori	MRI	Tamil	TAM
Marathi	MAR	Tatarisch	TAT
Marshallesisch	MAH	Telugu	TEL
Mazedonisch	MKD	Thai	THA
Mongolisch	MON	Tibetisch	BOD
Nauruisch	NAU	Tigrinya	TIR
Navajo	NAV	Tongaisch	TON
Ndonga	NDO	Tschechisch	CES
Nepali	NEP	Tschetschenisch	CHE
Niederländisch (Belgisches)	NLD	Tschuwaschisch	CHV
Nord-Ndebele	NDE	Tshivenda	VEN
Nordsamisch	SME	Turkmenisch	TUK
Norwegisch	NOR	Twi	TWI
Nynorsk	NNO	Uigurisch	UIG
Ojibwe	OJI	Ukrainisch	UKR
Okzitanisch	OCI	Ungarisch	HUN
Oriya	ORI	Urdu	URD
Oromo	ORM	Usbekisch	UZB
Oshikwanyama	KUA	Vietnamesisch	VIE
Ossetisch	OSS	Volapük	VOL
Otjiherero	HER	Walisisch	CYM
Pali	PLI	Wallonisch	WLN
Panjabi, Pandschabi	PAN	Westfriesisch	FRY
Paschtunisch	PUS	Wolof	WOL
Portugiesisch	POR	Xitsonga	TSO
Quechua	QUE	Yi	III
Samoanisch	SMO	Yoruba	YOR
Sanskrit	SAN	Zhuang	ZHA
Sango	SAG		

Entwurf

2 c) Erläuterungen zu den Items des Kerndatensatzes Fall

In den Erläuterungen zu den Items des KDS-F sind die übergeordneten Erhebungsbereiche fett, z. B. **2.1 Basisdaten**, die innerhalb dieser Erhebungsbereiche jeweils übergeordneten Items sind fett, z. B. **2.1.3 Geschlecht,** Unteroptionen bzw. -items sind kursiv, z. B. *1 männlich* oder bei **2.2.6 Hauptkostenträger** *1 Pauschale/Institutionelle Einrichtungsfinanzierung (z. B. Öffentlicher Gesundheitsdienst).*

BASISDATEN

Zu Item 2.1 Basisdaten

Die unter Ziffer 2.1.1- 2.1.7 aufgelisteten Basisdaten dienen der Bestimmung der Fallzahl und sind grundsätzlich für alle Beratungen und Betreuungen im ambulanten Bereich, also auch für Einmalkontakte und Angehörige zu dokumentieren.

Für einen dokumentationsrelevanten Kontakt (Anlage eines Falls) im ambulanten Bereich gelten dabei folgende Vorgaben: Eine Gesprächsdauer von in der Regel mehr als 10 Minuten mit substanziell beratendem oder behandelndem Charakter (persönlich, telefonisch, per Brief/E-Mail, digital). Bitte berücksichtigen Sie zur Bestimmung der Kontaktzahl in einem angelegten Fall die ergänzenden Vorgaben unter 2.6.2. Grundlegende Überlegungen zur Falldefinition finden sich am Ende des Abschnitts 2a.

Im stationären Bereich erfolgt keine Differenzierung zwischen Einmal- und Mehrfachkontakten. Dort sind alle Fragebereiche von Beginn an zu kodieren.

Zu Item 2.1.1 Datum des Beginns der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung

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

Zu Item 2.1.2 Alter bei Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung

Hier ist das Alter der betreuten/behandelten Person zu Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung anzugeben. Ist das genaue Alter nicht bekannt, ist eine Schätzung vorzunehmen.

Zu Item 2.1.3 Geschlecht

Hier ist das Geschlecht der betreuten/behandelten Person anzugeben.

männlich

weiblich

divers

keine Auskunft

Kategorie *divers* ist bei intergeschlechtlichen Personen zu wählen. Kategorie *keine Auskunft* ist zu wählen, wenn keine Zuordnung zu den bestehenden Kategorien erfolgen soll bzw. keine Angaben vorliegen. Diese Regelung ergibt sich aus § 22 Abs. 3 Personenstandsgesetz (PStG) sowie der Verwendung im Meldewesen.

Die Angabe des Geschlechts ist nur bei Beratungen mit Präsenzanteilen verpflichtend.

Entwurf

Zu Item 2.1.4 Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsgrund

Hier ist anzugeben, ob die Beratung/Betreuung/Behandlung aufgrund einer eigenen Problematik oder aufgrund einer Problematik von Personen im sozialen Umfeld erfolgt.

Eigene Problematik
Diese Kategorie wird kodiert, wenn die betreute/behandelte Person ein auf sich selbst bezogenes Problem als Anlass zur Kontaktaufnahme benennt. Entscheidend ist hier nicht, ob die erwartete Hilfe präventiv, beratend oder behandelnd ist und auch nicht, ob eine eigene Problemeinsicht erkennbar ist, sondern allein die Tatsache, dass diejenige Person aufgrund einer eigenen Problematik kommt.

Wenn eine eigene Problematik kodiert wird, müssen ergänzend (auch bei Einmalkontakten) in Item 2.1.6 bis 2.1.7 differenzierende Angaben gemacht werden.

Im stationären Bereich ist grundsätzlich die Kategorie *eigene Problematik* zu wählen.

Problematik von Personen im sozialen Umfeld
Diese Kategorie ist nur im ambulanten Bereich relevant und wird dokumentiert, wenn die hilfesuchende Person nicht selbst von einer eigenen suchtbezogenen Problematik betroffen ist, sondern die geschilderte Problematik eine andere Person in der Familie bzw. im sozialen Umfeld betrifft (z. B. Vater einer Drogenabhängigen, Partnerin eines Inhaftierten).

Für Personen im sozialen Umfeld müssen nur die Basisdaten im Abschnitt 2.1 sowie das Datum bei Betreuungsende (Item 2.6.1.1) angegeben werden (selbstverständlich kann auch darüber hinaus dokumentiert werden).

Wenn sich im Verlauf zeigt, dass bei einer zunächst mit 2 kodierten Person eine eigene Betroffenheit vorliegt und diese Problematik hauptsächlicher Gegenstand der Beratung wird, so wird regelhaft ein eigener Datensatz angelegt (Kodierung als *eigene Problematik*). Als Beispiel sei der Vater einer drogenabhängigen Tochter genannt, der mit diesem Anliegen in die Einrichtung kommt, im Verlauf der Beratung aber beispielsweise seine eigene Alkoholproblematik Hauptgegenstand der Beratung wird.

Wenn im Verlauf einer Beratung für eine Person mit eigener Problematik auch eine angehörige Person in Kontakt mit der Einrichtung tritt, ergibt sich folgende Regelung: Bei einer eigenständigen Beratung/Betreuung/Behandlung der angehörigen Person wird regelhaft ein eigener Datensatz angelegt. Wenn die Kontakte mit der Bezugsperson dagegen vorwiegend mit dem Ziel einer Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsunterstützung für die betroffene Person (in der Regel als gemeinsame Termine) zustande kommen, dann wird kein eigener Datensatz angelegt, sondern die Kontakte lediglich im Datensatz der betreuten/behandelten Person gezählt.

Zu Item 2.1.5 Wenn Person im sozialen Umfeld, Art der Beziehung/Person kommt als

Diese Frage ist nur für Personen aus dem sozialen Umfeld, nicht für Personen mit eigener Problematik, zu beantworten (d. h. Frage 2.1.4 wurde mit *Problematik von Personen im sozialen Umfeld* beantwortet).

Gefragt wird nach der Art der Beziehung aus Sicht der befragten Person („Person kommt als…“)

Entwurf

Keine Auskunft

Partner:in

Kind

Geschwister

Eltern(-teil)

Andere

Zu Item 2.1.6 Problem(e) aus Sicht der Person

Hier sind alle suchtbezogenen Problembereiche zu dokumentieren, die aus Sicht/Kenntnis der betreuten/behandelten Person als problematisch berichtet werden und damit aktuell beratungs-/betreuungs-/behandlungsrelevant sind.

Die Auswahl der Problembereiche wird sowohl für Personen mit einer eigenen Problematik als auch für Personen im sozialen Umfeld erfasst. Im Falle einer Angehörigenberatung erfolgt die Dokumentation bezogen auf die Person mit der Suchterkrankung.

Konsum von Alkohol
Hierunter sind Probleme aufgrund des Konsums von Alkohol zu dokumentieren.

Konsum von Opioiden
Hierunter sind Probleme aufgrund des Konsums von Opioiden zu dokumentieren. Dazu zählen sowohl Heroin als auch der missbräuchliche Konsum verschreibungsfähiger opioidhaltiger Substanzen inklusive Substitutionsmitteln, opioidhaltigen Analgetika sowie der Konsum neuer synthetischer Opioide (z. B. O-Desmethyltramadol, Fentanylderivate, Nitazene, Brorphin etc.). Eine medizinisch begründete, bestimmungsgemäße Verwendung im Rahmen einer ärztlichen Verordnung bzw. einer Substitutionstherapie ist hier ausdrücklich nicht zu erfassen.

Konsum von Cannabinoiden
Hierunter sind Probleme aufgrund des Konsums von Cannabinoiden zu dokumentieren. Hierzu zählt sowohl der Konsum von Cannabis als auch synthetischer Cannabinoide (in Form von Räucher-/Kräutermischungen wie „Spice“).

Konsum von Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika (nur Missbrauch)
Hierunter sind Probleme aufgrund des Missbrauchs von Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika zu dokumentieren. Eine medizinisch begründete, bestimmungsgemäße Verwendung im Rahmen einer ärztlichen Verordnung bzw. einer Substitutionstherapie ist hier ausdrücklich nicht zu erfassen.

Konsum von Kokain
Hierunter sind Probleme aufgrund des Konsums von Kokain zu dokumentieren. Hierzu zählt sowohl der Konsum von Kokainpulver als auch der Konsum von Crack und Freebase.

Konsum von Stimulanzien
Hierunter sind Probleme aufgrund des Konsums von Stimulanzien zu dokumentieren. Hierzu zählen MDMA, MDA oder verwandte Substanzen (z. B. Ecstasy) sowie (Meth-) Amphetamine und andere.

Entwurf

Konsum von Halluzinogenen
Hierunter sind Probleme aufgrund des Konsums von Halluzinogenen zu dokumentieren. Hierzu zählen LSD, Mescalin, Psilocybin/Pilze und andere.

Konsum von Dissoziativa
Hierunter sind Probleme aufgrund des Konsums von Dissoziativa zu dokumentieren. Hierzu zählen Ketamin, PCP (Phenylcyclidin) und andere.

Konsum von Volatilen Inhalanzien (Schnüffelstoffen)
Hierunter sind Probleme aufgrund des Konsums von Flüchtigen Lösungsmitteln, wie Lachgas und anderen zu dokumentieren.

Konsum von Nikotin/Tabak
Hierunter sind Probleme aufgrund des Konsums von Tabak/Nikotin zu dokumentieren. Hierzu zählt sowohl das Rauchen als auch die nasale Aufnahme von Tabak sowie das Erhitzen/Verdampfen von Aerosolen (E-Zigaretten, Vapes) sowie die orale Aufnahme von Nikotin (Snooze, Nikotinbeutel, u. a.)

Konsum von Neuen psychoaktiven Substanzen (NPS)
Hierunter sind Probleme aufgrund des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen (auch „Legal Highs“ genannt) zu dokumentieren, welche nicht bereits unter *Synthetischen Cannabinoide*n oder *Synthetischen Opioiden* genannt wurden. Dazu zählen synthetische Cathinone (inkl. Mephedron) in Form von Research Chemicals oder „Badesalze“, Designer-Benzodiazepine, Halluzinogene Research Chemicals und andere.

Medikamentenmissbrauch (außer der oben genannten)
Hierunter sind Probleme aufgrund des Missbrauchs von Medikamenten zu dokumentieren, die nicht bereits unter *Opioiden* oder *Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika* genannt wurden.

Glücksspielen
Hierunter sind Probleme aufgrund von Glücksspielen zu dokumentieren.

Mediennutzung
Hierunter sind Probleme aufgrund von Mediennutzung, wie z. B. exzessive Internet- oder Soziale-Netzwerke-Nutzung oder Computerspielen zu dokumentieren.

Essverhalten
Hierunter sind Probleme des Essverhaltens zu dokumentieren. Dazu zählen Anorexie, Bulimie, Binge-Eating und andere.

Sonstige Verhaltenssüchte
Hierunter sind Probleme aufgrund anderer Verhaltenssüchte, außer der bereits genannten, wie z. B. exzessives Shopping zu nennen.

Sonstiges
Hierunter sind alle Suchtproblematiken zu dokumentieren, die nicht bereits genannt wurden und nicht einer der oben genannten Kategorien zugeordnet werden können.

Entwurf

Zu Item 2.1.7 Weitere Problembereiche der befragten Person (außer Sucht)

Frage 2.1.7 wird sowohl für Personen mit eigener Problematik als auch für Personen im sozialen Umfeld beantwortet.

Anders als bei Item 2.1.6 wird hier danach gefragt, ob bei der befragten Person selbst relevante Probleme in den verschiedenen Lebensbereichen vorliegen, die aktuell zu einer Belastung führen. D. h. bei einer Angehörigenberatung ist diese Frage in Bezug auf die befragte Person selbst zu beantworten. Alle zutreffenden Bereiche sind mit *ja* zu kodieren. Die Problembereiche können, müssen aber nicht in Zusammenhang mit einer Suchtproblematik (ursächlich und/oder als Folge) stehen.

Werden Problembereiche, die bereits zu Anfang bestanden, erst im Verlauf der Beratung/Betreuung/Behandlung offensichtlich bzw. von der betreuten/behandelten Person berichtet, können diese nachträglich dokumentiert werden.

Es sollen alle Problembereiche ausgewählt werden, die aktuell zu einer Belastung führen.

Körperliche/s Gesundheit/Befinden
Hierunter sind Probleme im Bereich der körperlichen Gesundheit zu dokumentieren, wie z. B. Lebererkrankungen (z. B. Leberzirrhose, Fettleber, Hepatitis), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt), Lungenerkrankungen (z. B. COPD, Lungenkrebs), Neurologische Störungen (Kognitive Beeinträchtigungen, Polyneuropathie, Krampfanfälle, Schlaganfall), Gastrointestinale Probleme, Infektionskrankheiten (Hepatitis B und C, HIV), Stoffwechselkrankheiten (z. B. Diabetes), Mangelernährung, Störungen des Immunsystems, Krebs, Amputation, Injektionsabszesse, u. a.

Psychische Gesundheit/Seelischer Zustand
Hierunter sind Probleme im Bereich der psychischen Gesundheit zu dokumentieren, wie z. B. Impulsivität, (Auto)Aggression, Traumata, Suizidalität, Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Scham und Schuldgefühle. Komorbide psychische Störungen wie Depression, Angst-, Zwangs-, Persönlichkeits- und Posttraumatische Belastungsstörungen, Schizophrenie, Psychosen, ADHS, u. a. sind ebenfalls hierunter zu dokumentieren und können zudem unter Item 1.4.33 als ICD-11-Diagnose erfasst werden.

Sexualisierte Gewalterfahrung
Dieser Bereich umfasst alle sexuellen Handlungen, die einer Person gegen ihren Willen aufgedrängt oder aufgezwungen werden oder an Menschen, die nicht zustimmen oder ablehnen können, begangen werden. Neben den nach §174 StGB (Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen), §176 ff. StGB (Sexueller Missbrauch von Kindern) und §177 StGB (Sexueller Übergriff, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung) strafbaren Formen sexueller Gewalt zählen hierzu auch jegliche unerwünschten sexuellen Handlungen und Grenzüberschreitungen, bei denen eine Person in ihrer sexuellen Selbstbestimmung und Unversehrtheit beeinträchtigt wird. Dies kann sich in verbalen, nonverbalen oder physischen Formen manifestieren und tritt zunehmend auch in digitalem Kontext auf.

Andere Gewalterfahrung
Hierunter sind körperliche (physische) Gewalterfahrungen und psychische Gewalterfahrungen zu erfassen. Auch die Misshandlung von Schutzbefohlenen (§225 StGB)

Entwurf

und die Beteiligung an einer Schlägerei (§231 StGB) fallen in den Bereich der Körperverletzung. Psychische Gewalt zielt auf die emotionale und mentale Gesundheit einer Person ab. Hierzu zählen z. B. Beleidigungen, Demütigungen, Beschimpfungen, Drohungen, Einschüchterung, Erpressung, Manipulation, Gaslighting (das bewusste Verunsichern einer Person, sodass sie an ihrer Wahrnehmung zweifelt), Liebesentzug oder soziale Isolation, Kontrolle und extreme Eifersucht sowie Mobbing und systematische Abwertung. Beide Formen der Gewalt können in unterschiedlichen Kontexten auftreten, wie z. B. häusliche Gewalt (in der Familie), Partnerschaftsgewalt, Mobbing in der Schule/Arbeitsplatz, staatliche Gewaltanwendung, Cybermobbing.

Familiäre Situation (Partnerschaft/Eltern/Kinder)
Hierzu zählen z. B. Beziehungskonflikte, Kindeswohlgefährdung, Sorgerechtsstreit, Trennung/Scheidung, Tod/Verlust von Familienmitgliedern und andere.

Weiteres soziales Umfeld
Hierunter sind Probleme zu dokumentieren, die im Zusammenhang mit dem weiteren sozialen Umfeld stehen, wie z. B. andere Personen, Freundeskreis, u. a.

Einsamkeit
Dieser Bereich ist zu dokumentieren, wenn Probleme durch soziale Isolation, Rückzug, Verlust sozialer Kontakte bzw. Schwierigkeiten beim (Wieder)Aufbau sozialer Beziehungen sowie ein fehlendes Zugehörigkeitsgefühl bestehen.

Diskriminierung/Ausgrenzungserfahrung
Hierzu zählt die erfahrene Benachteiligung oder Herabwürdigung einer Person aufgrund bestimmter Merkmale. Hierunter sind alle Arten von Diskriminierungs-/ Ausgrenzungserfahrungen zu dokumentieren, sowohl solche, die in Zusammenhang mit der Suchterkrankung stehen, als auch auf andere Gründe (z. B. psychische Erkrankungen, ethnischer Herkunft, etc.) zurückzuführen sind. Hierzu zählen u. a. ungleiche Behandlungsmöglichkeiten, Ausgrenzung oder Benachteiligung in verschiedenen Lebensbereichen (Arbeits- oder Wohnungsmarkt) und damit verbundene gesellschaftliche Nicht-Teilhabe.

Schul-/Ausbildungs-/Arbeits-/Beschäftigungssituation
Hierzu zählen z. B. Fehlzeiten und Unregelmäßigkeiten, Leistungseinbußen, Unzuverlässigkeit, Konzentrations- und Leistungsprobleme, Schul-/Ausbildungsabbruch, Konflikte und Stigmatisierung, erhöhtes Risiko von Arbeitsplatzverlust, Abmahnungen, Kündigung, Gefährdung der Berufstätigkeit, Berufsverbot in Berufen mit hoher Verantwortung.

Alltagsstrukturierung/Tagesstruktur/Freizeit(bereich)
Hierzu zählen z. B. fehlende Tagesstruktur (durch fehlende Routinen und Verpflichtungen), Vernachlässigung von Alltagsaufgaben (Schwierigkeiten bei der Erledigung von Haushaltsaufgaben, persönlicher Pflege oder administrativen Pflichten), fehlende Teilnahme an gemeinschaftlichen oder gesellschaftlichen Aktivitäten, Verlust von Interessen und Hobbys, Unfähigkeit, langfristige Ziele zu setzen oder zu verfolgen, mangelnde Motivation und Zielsetzung (durch fehlende Perspektiven).

Finanzielle Situation/Schulden
Hierzu zählen z. B. Einkommensverlust und Arbeitsunfähigkeit, unkontrollierte Ausgaben für

Entwurf

Suchtmittel, Schuldenaufbau (Aufnahme von Krediten), Mahnverfahren, Inkassomaßnahmen und Zwangsvollstreckungen. Nicht die absolute Höhe der Schulden steht hier im Blickpunkt, sondern die Frage, ob diese Schulden in Anbetracht der wirtschaftlichen Gesamtsituation der betreuten/behandelten Person (Vermögenswerte, Hausbesitz, Einkommenssituation) für sie/ihn ein besonderes Problem darstellen.

Rechtliche Situation
Hierzu zählen z. B. strafrechtliche Probleme (Drogenbesitz und -handel/Fahren unter Alkohol- oder Drogeneinfluss/Diebstahl, Betrug oder Beschaffungskriminalität/Gewalt- oder Aggressionsdelikte), zivilrechtliche Probleme (Verlust des Sorgerechts/Zwangseinweisung/Überschuldung und Zwangsvollstreckungen), sozialrechtliche Probleme (Verlust von Sozialleistungen/arbeitsrechtliche Probleme) sowie das Vorliegen gerichtlicher Auflagen, z. B. Therapie statt Strafe (§ 35 BtMG) oder anderer gerichtlicher Auflagen.

(Beschaffungs-)Prostitution
Dieser Problembereich ist zu dokumentieren, wenn die Person sexuelle Dienstleistungen anbietet, um sich Geld oder Sachwerte zu beschaffen, u. a. zur Finanzierung ihrer Sucht. In diesem Zusammenhang können Probleme u. a. durch die wahrgenommene Zwangslage, Abhängigkeit von Personen im Bereich des Drogenhandels oder der sexuellen Ausbeutung (finanziell und sozial), hohe Risikobereitschaft und fehlenden Schutz (gesundheitliche Risiken, Gewalt durch Freier oder Zuhälter), strafrechtliche Risiken und soziale Stigmatisierung auftreten.

Chemsex
Probleme im Bereich Chemsex sind zu dokumentieren, wenn bewusstseinsverändernde Substanzen (z. B. Mephedron, Methamphetamin, GHB/GBL, Ketamin) gezielt während sexueller Aktivitäten eingesetzt werden, um Hemmungen abzubauen, Lust zu steigern und das sexuelle Erleben zu intensivieren.

Wohnsituation
Hierzu zählen z. B. instabile Wohnverhältnisse, Wohnungskündigung, Schwierigkeiten bei Pflege und Instandhaltung der Wohnung, ein schlechter Zustand der Wohnung (gesundheitliche Risiken) an sich, eine schlechte Wohnumgebung, Konflikte und soziale Spannungen mit Mitbewohner:innen sowie Obdachlosigkeit.

Fahreignung
Hierzu zählen z. B. Einschränkungen durch fehlende Fahrtüchtigkeit, Entzug der Fahrerlaubnis wegen Fahren unter Alkohol- oder Drogeneinfluss, Medizinische Psychologische Untersuchung.

Gewaltausübung
Dieser Problembereich bezieht sich auf die aktive Ausübung physischer, psychischer und sexueller Gewalthandlungen gegenüber Dritten durch die betreute/behandelte Person selbst.

Entwurf

ZUGANGSDATEN

Zu Item 2.2 Verwaltungs- und Zugangsdaten

Ab hier müssen im ambulanten Bereich nur noch Betreute mit *eigener Problematik* und mindestens zwei Kontakten kodiert werden.

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

Zu Item 2.2.1 Jemals zuvor aufgrund eigener Problematik suchtbezogene Hilfe beansprucht

Bei dieser Frage ist zu dokumentieren, ob sich die betreute/behandelte Person bereits früher (Lebenszeitprävalenz) aufgrund einer eigenen Suchtproblematik in irgendeiner Suchtberatung/-betreuung/-behandlung befunden hat. Dabei ist es unerheblich, ob dies in der aktuellen oder einer anderen Einrichtung stattgefunden hat. Es sind nur abgeschlossene (unabhängig von der Art der Beendigung) und individuelle Maßnahmen zu dokumentieren. Universelle Präventionsangebote z. B. in der Schule und Kontakte, die für Angehörige stattgefunden haben, sind hier ausdrücklich nicht zu dokumentieren. Diese Information ist dabei substanzübergreifend zu erheben und muss sich nicht ausschließlich auf die aktuelle Problematik beziehen.

Zu Item 2.2.1.1 Alter bei erstem Kontakt zur Suchthilfe (in Jahren)

Wenn 2.2.1 mit *ja* dokumentiert wurde, ist hier das Alter anzugeben, in dem die betreute/behandelte Person das erste Mal aufgrund einer eigenen Problematik suchtbezogene Hilfe in Anspruch genommen hat. Diese Information ist dabei substanzübergreifend zu erheben und muss sich nicht ausschließlich auf die aktuelle Problematik beziehen. Ist das genaue Alter nicht bekannt, ist eine Schätzung vorzunehmen.

Zu Item 2.2.2 Im Jahr des Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsbeginns bereits in einer Suchthilfeeinrichtung vorstellig geworden

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

Zu Item 2.2.3 Vorbetreuungen/-behandlungen

Wenn Item 2.2.1 mit *ja* beantwortet wurde, soll in diesem Item nun für die Lebenszeitprävalenz die Art der Vorberatungen/-betreuungen/-behandlungen differenziert erfasst werden (unabhängig von der Art der Beendigung dieser Vorberatungen/-betreuungen/-behandlungen). Zur Beschreibung der Art der Angebote siehe Frage 1.6 im KDS-E.

Ist die Art der Vorbetreuung/-behandlung nicht genau bekannt, ist (mit Ausnahme der Bereiche *Suchtmedizinische (Akut)Behandlung* und *Suchtbehandlung/Rehabilitation*) die Angabe einer Oberkategorie ausreichend.

Anmerkungen: Im Falle einer erfolgten Kombibehandlung ist die stationäre Behandlung

Entwurf

vorrangig zu dokumentieren.

Zu Item 2.2.4 Wiederaufnahme in der Einrichtung

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

Zu Item 2.2.5 Vermittelnde Instanz

Hier ist anzugeben, ob und wenn ja, von welchen Personen oder Institutionen die Person zur aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung in die eigene Einrichtung verwiesen worden ist (formale Vermittlung). Es ist nur eine Antwort möglich. Dabei ist der Hauptgrund für die Inanspruchnahme der Suchthilfe anzugeben.

Keine Auskunft

Keine/Selbstmeldung
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person sich selbst direkt bei der aktuellen Einrichtung um die Aufnahme einer Beratung/Betreuung/Behandlung bemüht hat, also nicht durch Angehörige, sonstige Personen oder Institutionen formal vermittelt wurde.

Soziales Umfeld
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn z. B. Partner:in, Eltern, Geschwister, Kinder, weitere Verwandte und/oder befreundete Personen selbst konkret den Kontakt zur aktuell betreuenden Einrichtung hergestellt haben.

Selbsthilfe

Arbeitgeber, Betrieb
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person von den entsprechenden Diensten der Arbeit/des Betriebs (mit oder ohne Auflagen) vermittelt wurde.

Schule
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person von der Schule (mit oder ohne Auflagen) vermittelt wurde.

Ärztliche Praxis
Diese Kategorie ist bei Vermittlung durch Ärzte und Ärztinnen zu wählen. Hierunter fallen keine ärztlichen Psychotherapeuten und -therapeutinnen, diese werden unter Kategorie *Psychotherapeutische Praxis* kodiert.

Psychotherapeutische Praxis
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die Vermittlung durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen erfolgt ist.

Psychiatrisches Krankenhaus
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person durch ein psychiatrisches Krankenhaus vermittelt wurde.

Entgiftungseinrichtung (inkl. QET)
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person durch eine

Entwurf

Entgiftungseinrichtung vermittelt wurde.

Krankenhaus allgemein
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person durch ein Allgemeinkrankenhaus vermittelt wurde.

Ganztägig ambulante Einrichtung
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person durch eine ganztägig ambulante Einrichtung vermittelt wurde.

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

Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)
Hierunter fallen auch teilstationäre (ganztägig ambulante) Rehabilitationseinrichtungen.

Niedrigschwellige Einrichtung
Hierunter fallen niedrigschwellige Angebote der existenzsichernden und gesundheitlichen Grundversorgung (Notschlafstellen, Konsumräume, Streetwork, Spritzentausch etc.)

Einrichtung der Sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe)
Hierunter fallen Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum, teilstationäre (d. h. ganztägig ambulante) Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.) und stationäre Einrichtung der Sozialtherapie.

Andere Beratungsdienste (z. B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung)
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person durch andere Beratungsdienste, wie Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung und andere in die Einrichtung vermittelt wurde.

Arbeitsförderung, Beschäftigung, Qualifizierung
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person im Rahmen einer Arbeitsförderung, Beschäftigung, Qualifizierung vermittelt wurde.

Gesundheitsamt (Sozialpsychiatrischer Dienst/Jugendpsychiatrischer Dienst)
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person durch das Gesundheitsamt bzw. den sozial- oder jugendpsychiatrischen Dienst vermittelt wurde.

Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt/Jugendgerichtshilfe
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person durch eine Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt/Jugendgerichtshilfe vermittelt wurde.

Rechtliche Betreuung
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person im Rahmen einer rechtlichen Betreuung vermittelt wurde.

Justiz/Bewährungshilfe
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person aus einer Justizvollzugsanstalt in die Einrichtung vermittelt wurde oder bei Betreuten/Behandelten, deren Strafvollstreckung per Gerichtsurteil ausgesetzt oder bei denen von der Verfolgung der Strafe abgesehen wurde (§§35, 36, 37, 38 BtMG) oder die seitens der Jugendgerichtshilfe oder der Bewährungshilfe vermittelt wurden. Auch Straßenverkehrs-behörden oder

Entwurf

Führerscheinstellen fallen darunter.

Jobcenter
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person durch das Jobcenter vermittelt wurde.

Agentur für Arbeit
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person durch die Agentur für Arbeit vermittelt wurde.

Kosten-/Leistungsträger
Rentenversicherung, Krankenversicherung, örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger

Anbieterseitig (z. B. Glücksspielanbieter, Anbauvereinigungen, Verkaufsstellen)
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die betreute/behandelte Person anbieterseitig vermittelt wurde.

Sonstige Einrichtung/Institution
Hierunter fallen alle Einrichtung oder Institutionen, die nicht in eine der zuvor genannten Kategorien fallen (z. B. Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt, gesetzliche Betreuung).

Anmerkung zur externen Suchtberatung von Inhaftierten in der JVA: Wenn die Einrichtung eine regelmäßige Suchtberatung in der JVA anbietet, zu der die betreute Person auf Wunsch kommen kann, wird in der Regel die Kategorie *Selbstmelder* zutreffen. Nur dann, wenn tatsächlich der Sozialdienst der JVA beim Anbietenden der Suchtberatung explizit eine Beratung/Betreuung einer bestimmten Person initiiert, ist die entsprechende Kodierung unter Kategorie *Justiz/Bewährungshilfe* zu wählen.

Zu Item 2.2.6 Hauptkostenträger der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung

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

Keine Auskunft

Pauschale/institutionelle Einrichtungsfinanzierung (z. B. Öffentlicher Gesundheitsdienst)
Diese Kategorie ist immer dann zu wählen, wenn die Finanzierung der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung nicht personenbezogen bei einem bestimmten Kostenträger beantragt und/oder bewilligt werden muss und es sich auch nicht um Selbstzahlende bei einer ansonsten sozialleistungsfinanzierten Maßnahme handelt. Diese pauschale einrichtungsbezogene Finanzierungsform trifft im ambulanten Bereich auf die meisten Beratungen/Betreuungen zu, auch wenn diese öffentliche Finanzierung der Einrichtung oft nicht die einzige Finanzierungsquelle für die Einrichtung ist.

Rentenversicherung

Krankenversicherung

Sozialhilfe

Leistungen nach SGB IX und SGB XII
Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX/SGB XII (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen/Bundesteilhalbegesetz (BTHG), (§ 67 (SGB XII) „Hilfen in

Entwurf

besonderen sozialen Schwierigkeiten")

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

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

Jugendhilfe

Jobcenter

Sonstige (z. B. Pflegeversicherung)
In diese Kategorie fallen sonstige unmittelbar für die Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsmaßnahme genutzte Projektförderungen oder auch Ko-Finanzierungen durch den Europäischen Sozialfonds.

RECHTLICHE SITUATION

Zu Item 2.2.7 Auflagen

Hier ist anzugeben, ob Auflagen vorliegen. Mit Auflagen sind Vorgaben durch Dritte gemeint, die in aller Regel schriftlich formuliert sind, die Nutzung einer suchtbezogenen Beratung/Betreuung/Behandlung thematisieren und bei Nichtbeachtung bzw. Nichtbefolgung erhebliche negative Folgen für die betreute/behandelte Person im Handlungsbereich des Auflagengebers zur Folge haben.

Liegen Auflagen vor, sind im Folgenden alle vorliegenden Auflagen auszuwählen (Mehrfachnennung möglich)

Nach § 35 BtMG

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

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

Nach Psych-KG/Landesunterbringungsgesetz
Die Auflage zur Suchtbehandlung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) oder dem Landesunterbringungsgesetz betrifft Maßnahmen zur zwangsweisen Unterbringung und Behandlung von Personen mit einer schweren Suchterkrankung, wenn eine akute Selbst-

Entwurf

oder Fremdgefährdung vorliegt.

Durch Rentenversicherung, Krankenversicherung
Sowohl die Finanzierung einer Entwöhnungsbehandlung durch die Rentenversicherung als auch die Finanzierung einer Entgiftung (Akutbehandlung) und bestimmter Reha-Maßnahmen durch die Krankenversicherung ist mit bestimmten Voraussetzungen und Auflagen verbunden.

Durch Arbeitgeber/Schule/Ausbildungsstätte
Seitens des Arbeitgebers/der Ausbildungsstätte können Maßnahmen wie die Inanspruchnahme einer Suchberatung oder Entwöhnungsbehandlung angeordnet werden. Die Nichteinhaltung der angeordneten Maßnahmen kann eine Abmahnung, Versetzung oder Kündigung zur Folge haben. Auch die Schule kann im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht Maßnahmen anordnen. Eine Nichtbeachtung dieser Anordnung kann Verwarnungen, Schulverweise oder Suspendierung zur Folge haben.

Durch Jugendamt/Jugendhilfe/Familiengericht
Im Falle einer Kindeswohlgefährdung kann das Jugendamt Auflagen zur Suchtbehandlung eines suchtkranken Elternteils erteilen. Nichteinhaltung der Auflagen kann die Fremdunterbringung des Kindes oder den Sorgerechtsentzug zur Folge haben. Bei Jugendlichen mit einer Suchterkrankung kann das Jugendamt Auflagen zur ambulanten oder stationären Suchtberatung/-betreuung/-behandlung, die Betreuung durch Sozialarbeiter oder Jugendhilfeeinrichtungen, den Aufenthalt in einer betreuten Wohngruppe oder Entziehungsklinik, Teilnahme an Präventionsprogrammen oder Sozialstunden anordnen.

Bei Missachtung der Maßnahmen oder im Zusammenhang mit Straftaten kann das Familiengericht Auflagen anordnen. Möglich sind richterliche Anordnungen zur Therapie oder stationären Suchtbehandlung, den Entzug des Sorgerechts, bzw. Teilentzug (z. B. Aufenthaltsbestimmungsrecht), Fremdunterbringung des Kindes, Betreute Umgangsregelungen, Medizinische Abstinenznachweise, Erziehungsberatung oder Verhaltenstherapie für Eltern.

Durch Jobcenter/Agentur für Arbeit
Mögliche Auflagen durch das Jobcenter sind u. a. die Teilnahme an einer Suchtberatung oder Therapie (freiwillig, aber oft empfohlen), Nachweis von Abstinenz (z. B. Drogentests, ärztliche Bestätigungen), Arbeitsvermittlung nur nach erfolgreicher Behandlung, Meldepflicht für Arzt- und Therapietermine. Nichteinhaltung der Auflagen können Sanktionen (Kürzung oder Streichung der Leistungen) und die Überstellung zur Sozialhilfe (Beantragung von Grundsicherung aufgrund dauerhafter Arbeitsunfähigkeit) zur Folge haben.

Auflagen durch die Agentur für Arbeit können strenger ausfallen, da Arbeitslosengeld (ALG) eine versicherungsbasierte Leistung darstellt. Mögliche Auflagen sind die Teilnahme an einer Therapie als Bedingung für Arbeitsvermittlung, Suchtberatung und Abstinenznachweise (z. B. für Berufe mit Sicherheitsanforderungen). Die Nichteinhaltung führt zu einer Sperrzeit von bis zu 12 Wochen (kein ALG I) oder die Rückstufung in Bürgergeld.

Durch sonstige Institutionen
Hier sind Auflagen durch sonstige, oben nicht genannte, Institutionen zu dokumentieren.

Entwurf

Zu Item 2.2.8 Besteht eine gesetzliche Betreuung?

Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn die betreute/behandelte Person zum Zeitpunkt des Beginns der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung gesetzlich betreut wird. Eine Differenzierung nach vorläufiger oder endgültiger Betreuung oder nach dem Umfang der gesetzlichen Betreuung ist nicht vorgesehen.

Zu Item 2.2.9 Betreute derzeit in Haft?

Hier ist anzugeben, ob sich die betreute/behandelte Person zum Zeitpunkt des Beginns der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung in Haft befindet. Findet während der Betreuung ein Wechsel in Haft statt, bzw. wird die Person aus der Haft entlassen, ist ein neuer Fall anzulegen.

SOZIODEMOGRAPHIE

Zu Item 2.3 Soziodemographische Angaben

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

Zu Item 2.3.1 Familiäre (elterliche Suchtproblematik)

Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn bei mindestens einem Elternteil der betreuten/behandelten Person eine Suchtproblematik vorliegt/vorlag.

Zu Item 2.3.2 Lebenssituation

Für die Beantwortung der Frage nach der Partnerschaft ist der rechtliche Status des Familienstandes ohne Bedeutung. Es geht nur darum, ob die betreute/behandelte Person angibt, in einer Partnerschaft zu leben.

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

Wurde die betreute/behandelte Person innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung in Haft genommen, ist hier die Situation in den sechs Monaten vor Haftantritt relevant. Befindet sich die Person schon länger als sechs Monate vor Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsbeginn in Haft oder in einer stationären Behandlung, ist die Frage 2.3.2.2 mit *ja,* die betreute/behandelte Person somit als *alleinlebend* zu kodieren.

Zu Item 2.3.2.1 Partnerschaft

Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn die betreute/behandelte Person angibt, dass eine Partnerschaft besteht.

Entwurf

Zu Item 2.3.2.2 Alleinlebend

Hier ist zunächst anzugeben, ob die betreute/behandelte Person allein lebt.

nein

ja

Wenn nicht alleinlebend, lebt zusammen mit

Partner:in

Kind(ern)
Es zählen alle Kinder, für die eine Erziehungsverantwortung besteht. Es muss sich nicht um leibliche Kinder handeln.

Eltern(-teil)
Hier sind die eigenen Eltern der betreuten/behandelten Person gemeint. Dies können auch Pflegeeltern/Adoptiveltern sein.

Andere Familienangehörige
Hier sind weitere Familienangehörige wie Geschwister, Großeltern, Cousins, Cousinen etc. gemeint.

Sonstige Person/en
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.

Zu Item 2.3.3 Schwangerschaft in der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung

Hier ist anzugeben, ob bei der betreuten/behandelten Person eine Schwangerschaft vorliegt. Eine im Laufe der Beratung/Betreuung/Behandlung auftretende Schwangerschaft soll im Verlauf (nach)kodiert werden.

Zu Item 2.3.4 Kinder

Hier ist anzugeben, ob die Person eigene und/oder im Haushalt lebende Kinder hat. Wurde diese Frage mit *ja* beantwortet, können nachfolgend Angaben zu Kindern dokumentiert werden (Anzahl unbegrenzt).

Folglich ist für jedes Kind anzugeben:

das Alter
Ist das Alter nicht genau bekannt, ist eine Schätzung vorzunehmen.

ob es sich um ein eigenes Kind handelt
Leibliche und rechtskräftig adoptierte Kinder sind als eigene Kinder zu dokumentieren.

ob das Kind gemeinsam mit der/dem Betreuten/Behandelten in einem Haushalt lebt
Die Haushaltszugehörigkeit meint die voll- oder teilweise Zugehörigkeit eines Kindes zu einer Familienwohnung. Neben dem örtlich gebundenen Zusammenleben müssen Voraussetzungen materieller (Versorgung, Unterhaltsgewährung) und immaterieller Art (Fürsorge, Betreuung) erfüllt sein. Lebt das Kind z. B. bei getrenntlebenden Eltern oder in

Entwurf

anderen Familienkonstellationen und daher nur zeitweise mit im Haushalt, ist dieses Kind ebenfalls als *im Haushalt lebend* anzugeben. Bei Betreuten/Behandelten in Haft sind Kinder als *im Haushalt lebend* anzugeben, sofern sie (vor Haftantritt) im selben Haushalt gelebt haben.

Zu Item 2.3.5 Staatsangehörigkeit/Sprache/Migration/Flucht

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

Zu Item 2.3.5.1 Staatsangehörigkeit (Auswahl Nationencode)

Die Staatsangehörigkeit(en) sind aus der Liste der internationalen Nationencodes auszuwählen. Die Angabe einer doppelten Staatsbürgerschaft ist möglich. Als staatenlos sind betreute/behandelte Personen 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).

Zu Item 2.3.5.2 Migrationshintergrund

Ein Migrationshintergrund liegt vor, wenn die betreute/behandelte Person selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Dabei ist unerheblich, ob die Person bzw. die Eltern aufgrund politischer Gründe (Flucht vor Krieg, politischer Verfolgung, Menschenrechtsverletzungen, autoritären Regimen, Suche nach politischer Freiheit und Stabilität), wirtschaftlicher Gründe (Arbeitsmigration, Verbesserung der Lebensqualität und Zukunftsperspektiven, Flucht vor Armut und wirtschaftlicher Instabilität), sozialer Gründen (Familienzusammenführung und Heirat), Bildungsgründen (Zugang zu höherer Bildung und besseren Ausbildungsmöglichkeiten, Erwerb international anerkannter Abschlüsse und Qualifikationen) oder umweltbedingter Gründe (Flucht vor Naturkatastrophen wie Überschwemmungen, Dürren oder Erdbeben, Langfristige Umweltveränderungen wie Klimawandel, die die Lebensgrundlage gefährden) migriert sind.

Keine Auskunft

Nein

Selbst migriert
Wurde die betreute/behandelte Person nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren und ist selbst nach Deutschland migriert, so ist die Kategorie *selbst migriert* zu wählen. Es gelten die oben beschriebenen Kriterien für Migration.

Gemeinsam mit Eltern migriert
Diese Kategorie ist auszuwählen, wenn die betreute/behandelte Person nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde und gemeinsam mit den Eltern migriert ist. Es gelten die oben beschriebenen Kriterien für Migration.

Eltern migriert
Diese Kategorie ist auszuwählen, wenn die Eltern der betreuten/behandelten Person migriert sind und die betreute/behandelte Person selbst in Deutschland geboren ist. Es gelten die oben beschriebenen Kriterien für Migration.

Entwurf

Zu Item 2.3.5.3 Eigene Fluchterfahrung

Diese Frage ist nur zu dokumentieren, wenn Frage 2.3.5.2 mit *selbst migriert* oder *gemeinsam mit Eltern migriert* beantwortet wurde, d. h. die Person selbst migriert ist. Hier ist lediglich die Fluchterfahrung der betreuten/behandelten Person selbst zu kodieren. Flucht ist dabei als Ausweichen vor einer lebensbedrohenden Zwangslage aufgrund von Krieg, Verfolgung, Gewalt, Naturkatastrophen, u. a. definiert.

Zu Item 2.3.5.4 Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungssprache

Hier ist die Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungssprache aus der Liste Sprachen auszuwählen, in der die Beratung/Betreuung/Behandlung größtenteils erfolgt.

Zu Item 2.3.6 Schulischer Bildungsweg

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

Derzeit in Schulausbildung
Diese Kategorie ist zu kodieren, wenn die betreute/behandelte Person bei Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung eine Schule besucht.

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

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

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

(Fach-)Hochschulreife
Mit erfolgreichem Abschluss der 12. Klasse eines Gymnasiums (zzgl. berufspraktischer Nachweise) bzw. dem Abschluss einer Fachoberschule oder Berufsoberschule ist die Fachhochschulreife verbunden. Die Hochschulreife (Abitur) wird erreicht nach Abschluss eines Gymnasiums oder durch entsprechende Sonderprüfungen.

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

Entwurf

Zu Item 2.3.7 Höchster Ausbildungsabschluss

Diese Frage bezieht sich auf den Abschluss einer berufsqualifizierenden Ausbildung.

Bei Personen im Beamtenstatus erfolgt die Kodierung nach der beamtenrechtlichen Eingruppierung, d. h. der mittlere Dienst entspricht der Kategorie *abgeschlossene berufliche Ausbildung*, der gehobene und höhere Dienst entspricht der Kategorie *abgeschlossene akademische Ausbildung*.

Keine Auskunft

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

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

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

Kein Ausbildungsabschluss
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn die Person bislang über keinen Hochschul- oder Berufsabschluss verfügt und sich derzeit auch nicht in einer entsprechenden Ausbildung befindet. Dies gilt sowohl für Personen, die eine Ausbildung begonnen und nicht abgeschlossen haben, keine Ausbildung anstreben oder ihre Ausbildung noch nicht angetreten haben.

Zu Item 2.3.8 Wohnverhältnis am Tag vor Beginn

Hier wird das Wohnverhältnis am Tag vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung nach den untenstehenden Kategorien dokumentiert. Für die Kodierung der Wohnsituation ist nicht der vertragliche/rechtliche Rahmen (z. B. einer Bedarfsgemeinschaft nach dem SGB II) von Bedeutung, sondern nur die von der Person geschilderte Lebensrealität.

Keine Auskunft

Stabile Wohnsituation
Dies soll kodiert werden, wenn die Person selbstständig wohnt (eigene(s)/gemietete(s) Zimmer/Wohnung/bzw. in eigenem/r Haus/Eigentumswohnung). Lebt die betreute/behandelte Person bei einem bzw. einer Ehe-/Lebenspartner:in (eheähnliche Lebensgemeinschaft), gilt dies auch als stabile Wohnsituation, wenn die betreute/behandelte Person nicht im Mietvertrag steht, da durch die Form des Familienstands eine rechtliche

Entwurf

Absicherung gewährleistet ist. Lebt die Person stabil mit anderen Personen zusammen, z. B. in einer Wohngemeinschaft ist dies ebenfalls als stabile Wohnsituation zu kodieren. Das Wohnverhältnis von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die im Elternhaus wohnen, ist ebenfalls hierunter zu kodieren, ebenso wie Volljährige, die stabil bei den Eltern oder anderen Bezugspersonen wohnen. In allen Fällen kann die Zuordnung zu dieser Kategorie auch ohne Vorliegen eines eigenen Mietvertrags erfolgen, solange das Wohnverhältnis stabil ist.

Instabile Wohnsituation
Wenn die betreute/behandelte Person bei jemand anderem in der Wohnung oder im Haus wohnt, z. B. beim Partner oder bei Freunden etc. und das Wohnverhältnis nicht stabil ist, d. h. sich jederzeit verändern kann, ist diese Kategorie anzugeben. Die rechtliche Absicherung im Sinne eines Mietvertrages bzw. durch entsprechende Eigentumsverhältnisse kann eine Rolle spielen, ist aber nicht das ausschlaggebende Kriterium. Gleiches gilt, wenn die betreute/behandelte Person in Notunterkünften, Übernachtungsstellen oder (Übergangs)Wohnheimen untergebracht ist. Wohnt die betreute/behandelte Person z. B. in einem Hotel o. ä., das vom Sozialamt als Notunterkunft ausgewiesen ist und bezahlt wird, so ist dies die anzugebende Kategorie. Auch der Aufenthalt in einem Frauenhaus ist hier zu kodieren.

Obdachlos
Wenn die betreute/behandelte Person wohnungslos ist und/oder keinen festen Wohnsitz hat. Es ist immer die spezifischere Antwort zu kodieren. Wenn also z. B. eine Notunterkunft vorhanden ist, ist dies als *instabile Wohnsituation* zu kodieren.

Institutionelles Wohnen
Hierunter fällt ambulant betreutes Wohnen (z. B. eine sozialpädagogisch betreute Wohngemeinschaft oder betreutes Einzelwohnen) sowie der Aufenthalt in einer (Fach) Klinik oder stationären Rehabilitationseinrichtung,

JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung
Diese Kategorie ist bei 2.3.8.1 auszuwählen, wenn die Person im letzten halben Jahr vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung überwiegend im (Untersuchungs-) Gefängnis war.

Zu Item 2.3.9 Erwerbsstatus am Tag vor Beginn

Hier wird der Erwerbsstatus am Tag vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung nach den untenstehenden Kategorien dokumentiert.

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

Keine Auskunft

In schulischer/akademischer Ausbildung
Hierunter sind Personen in schulischer oder akademischer Ausbildung zu kodieren.

Erwerbstätig
Hierunter fallen Auszubildende (Personen, die in der praktischen Berufsausbildung stehen, einschließlich Praktika, Umschulung und Volontariat), Angestellte/Beamte (Alle Lohn- und

Entwurf

Gehaltsempfänger: innen, unabhängig von der Lohnzahlungs- und Lohnabrechnungsperiode sowie ihrem dienst- und arbeitsrechtlichen Status), Selbständige/Freiberufler (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/Ärztinnen, Psychotherapeuten/-therapeutinnen, Juristen/Juristinnen etc.) arbeiten) und Sonstige Erwerbspersonen ((Hier werden z. B. mithelfende Familienangehörige (Familienangehörige, die in einem Betrieb, der von einem Familienmitglied selbstständig geleitet wird, mithelfen, ohne hierfür Lohn oder Gehalt zu erhalten) kodiert. Ebenso werden hier Personen in besonderen Dienstverhältnissen wie Wehrdienst oder Bundesfreiwilligendienst sowie Abgeordnete oder Richter:innen kodiert. Hier sind auch Inhaftierte zu kodieren, die innerhalb der JVA geringfügige Einkünfte durch eine Arbeitstätigkeit haben). Auch Personen in längerfristigem Krankenstand sind hierunter zu dokumentieren, sofern ein Arbeitsvertrag besteht.

Arbeitslos
Hierunter fallen Personen, die arbeitslos sind. Wird diese Kategorie gewählt, sind unter 2.3.9.1 weitere Angaben zu machen.

In Rente/pensioniert
Hierunter fallen berentete/pensionierte Personen. Hierzu zählen sowohl die reguläre Altersrente, Frührente sowie die reguläre/vorzeitige Pensionierung.

Hausfrau/Hausmann
In diese Gruppe gehören Personen, die vorrangig mit der Haushaltsführung und evtl. mit der Kindererziehung beschäftigt sind und keiner bezahlten Arbeit nachgehen.

Sonstige Nichterwerbspersonen
Hierunter fallen Personen, die nicht erwerbstätig sind. Zu den Sonstigen Nicht-Erwerbspersonen zählen sowohl arbeitsunfähige Personen (aufgrund von Behinderung oder gesundheitliche Einschränkungen), Personen in unbezahltem Urlaub oder Sabbatical, die ggf. später wieder arbeiten wollen, ehrenamtlich Tätige und vermögende Privatpersonen. Hierunter sind sowohl Nicht-Erwerbspersonen mit Bezug von Sozialleistungen (Erwerbsminderungsrente, Elterngeld, Grundsicherung, Sozialhilfe, Leistungen nach AsylbLG) als auch Personen ohne Bezug von Sozialleistungen zu dokumentieren.

Zu Item 2.3.9.1 Wenn arbeitslos, dann

Wird unter 2.3.9 *arbeitslos* gewählt, sind hier weitere Angaben zu machen.

Keine Auskunft

Arbeitslos – Bezug von ALG I
Hier werden kurzzeitarbeitslose Personen kodiert, die gemäß SGB III Arbeitslosengeld I beziehen.

Arbeitslos – Bezug von Bürgergeld
Hier werden langzeitarbeitslose Personen kodiert, die gemäß SGB II Bürgergeld beziehen. Diese Kategorie trifft z. B. auch für Personen mit Leistungen nach § 16.3 SGB II zu („Ein-Euro-Jobs“), und für Personen, die Grundsicherung durch Jobcenter beziehen (Hinweis: Grundsicherung vom Sozialamt fällt in Kategorie 6). Diese Kategorie darf nicht gewählt werden, wenn es sich lediglich um die Aufstockung des Lohns/Gehalts durch SGB-II-

Entwurf

Leistungen bei Niedrigverdienenden handelt.

Arbeitslos – ohne Bezug von Sozialleistungen
Hier werden Personen kodiert, die arbeitslos gemeldet sind aber keine der oben genannten Sozialleistungen beziehen, da sie keinen Anspruch auf Sozialleistungen haben (z. B. Privatiers) bzw. diese nicht erhalten oder nicht beantragt haben.

PROBLEMBEREICH SUBSTANZEN

Zu Item 2.4 Konsummuster und suchtbezogene Problembereiche

Bei der Beschreibung der suchtbezogenen Problembereiche wird nach konsumierten Substanzen/Konsummustern bzw. nach Suchtverhalten differenziert. Aus den untenstehenden Listen können beliebig viele Problembereiche ausgewählt werden. Die aus Sicht der betreuenden/behandelnden Fachkraft beratungs-/betreuungs-/ behandlungsleitende Problematik, soll unter 2.4.31 als *Hauptproblematik* dokumentiert werden.

Informationen unter 2.4 sind nur für Personen mit *eigener Problematik* zu kodieren.

Zu Item 2.4.1 Konsum psychotroper Substanzen

Hier wird nach Substanzen gefragt, die jemals im Leben problematisch konsumiert wurden. Ausschließlich für diese sind die Fragen 2.4.2 bis 2.4.8 zu beantworten. Die Einschätzung des Konsums als „problematisch“ erfolgt durch die Fachkraft. Ergänzende Informationen zu den Substanzen inklusive gängiger Bezeichnungen/Szenenamen finden sich in Teil A.

Es sind alle Substanzen aus der Liste auswählen, die jemals im Leben problematisch konsumiert wurden. In Tabelle 1 (Teil A) findet sich eine Auflistung gängiger Substanzbezeichnungen und Szenenamen.

Alkohol

Heroin
Hier ist der problematische Konsum von Heroin zu dokumentieren.

Zu beachten: Befindet sich eine Person aufgrund einer Opioidabhängigkeit in Substitutionsbehandlung ist immer das der Abhängigkeitsproblematik zugrundeliegende Opioid (z. B. Heroin) zu wählen, auch wenn dieses nicht mehr konsumiert wird. Diese Substanz (z. B. Heroin) ist als ***aktuell*** auszuwählen, wenn die Suchtberatung/-betreuung/-behandlung aufgrund der zugrundeliegenden Opioidabhängigkeit erfolgt. Das Substitutionsmittel ist hier NICHT als problematisch konsumierte Substanz anzugeben, wenn es ausschließlich im Rahmen der ärztlichen Verordnung (Substitutionstherapie) konsumiert wird. Unter 2.4.31 ist folglich unter Hauptproblematik ebenfalls die der Problematik zugrundeliegende Substanz (z. B. Heroin) als Hauptsubstanz zu wählen, sofern diese den hauptsächlichen Betreuungs-/Behandlungsanlass darstellt.

Liegt jedoch eine Opioidabhängigkeit vor und werden Substitutionsmittel oder andere opioidhaltige Arzneimittel missbräuchlich (ohne ärztliche Verordnung bzw. über die ärztliche Verordnung hinausgehend) konsumiert, sind diese neben der zugrundeliegenden Substanz (z. B. Heroin) unter 2.4.1 ebenfalls als problematisch konsumierte Substanzen zu

Entwurf

dokumentieren.

Buprenorphinmissbrauch
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Buprenorphin zu kodieren. Bei Konsum von Buprenorphin ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung bei Substitutionstherapie ist unter 2.4.1 das Opioid zu dokumentieren, welches der Suchtproblematik zugrunde liegt.

Diamorphinmissbrauch
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Diamorphin zu kodieren. Bei Konsum von Diamorphin ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung bei Substitutionstherapie ist unter 2.4.1 das Opioid zu dokumentieren, welches der Suchtproblematik zugrunde liegt.

Methadonmissbrauch
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Methadon zu kodieren. Bei Konsum von Methadon ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung bei Substitutionstherapie ist unter 2.4.1 das Opioid zu dokumentieren, welches der Suchtproblematik zugrunde liegt.

Polamidonmissbrauch
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Polamidon zu kodieren. Bei Konsum von Polamidon ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung bei Substitutionstherapie ist unter 2.4.1 das Opioid zu dokumentieren, welches der Suchtproblematik zugrunde liegt.

Fentanylmissbrauch
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Fentanyl (meist in Form von Pflastern) zu kodieren. Der Konsum ausschließlich im Rahmen einer ärztlichen Verordnung ist hier nicht anzugeben.

Morphinmissbrauch
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Morphin zu kodieren. Der Konsum ausschließlich im Rahmen einer ärztlichen Verordnung ist hier nicht anzugeben.

Tilidinmissbrauch
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Tilidin zu kodieren. Der Konsum ausschließlich im Rahmen einer ärztlichen Verordnung ist hier nicht anzugeben.

Tramadolmissbrauch
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Tramadol zu kodieren. Der Konsum ausschließlich im Rahmen einer ärztlichen Verordnung ist hier nicht anzugeben.

Oxycodonmissbrauch
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Oxycodon zu kodieren. Der Konsum ausschließlich im Rahmen ärztlicher Verordnung ist hier nicht anzugeben.

Andere Opioide (inkl. Opioidanalgetika)
Hierunter ist der Konsum anderer, nicht anderweitig aufgeführter Opioide (inkl. Opioidanalgetika) zu kodieren.

Nitazene
Hierunter ist der Konsum von Nitazenen zu kodieren.

Entwurf

Fentanylderivate
Hierunter ist der Konsum von Fentanylderivaten, wie z. B. Acetylfentanyl zu kodieren. Bei Missbrauch von verschreibungsfähigem Fentanyl (z. B. in Form von Pflastern) ist *Fentanylmissbrauch* auszuwählen.

Andere Neue synthetische Opioide
Hierunter ist der Konsum anderer neuer synthetischer Opioide, z. B. O-Desmethyl-tramadol, Brorphin etc. zu dokumentieren.

Cannabis
Hierunter ist der Konsum von Cannabis zu dokumentieren.

Synthetische Cannabinoide
Hierunter ist der Konsum von synthetischen Cannabinoiden, wie z. B. MDMB-4en-PINACA etc. in Form von Räucher-/Kräutermischungen wie „Spice“, (C-)Liquids, aber auch als Research Chemical zu dokumentieren.

Synthetische Cathinone (inkl. Methcathinone)
Hierunter ist der Konsum von synthetischen Cathinonen, wie 3-MMC oder 4-MMC (Mephedron), „Alphas“ etc. in Form von Research Chemicals oder “Badesalz” zu dokumentieren. Methcathinone sind ebenfalls dieser Kategorie zuzuordnen.

Andere Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)

Hierunter ist der Konsum von anderen, nicht bereits unter *Synthetische Cannabinoide und Synthetische Cathinone g*enannten „Neuen psychoaktiven Substanzen“ („Legal Highs“/ „Research Chemicals“) zu dokumentieren, wie z. B. Designer-Benzodiazepine (z. B. Etizolam, Flualprazolam), Halluzinogene Research Chemicals (z. B. 2C-X-Derivate (inkl. 2C-B), 1S-LSD etc.) und andere.

Barbituratemissbrauch
Hier ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Barbituraten zu kodieren. Der Konsum ausschließlich im Rahmen einer ärztlichen Verordnung ist hier nicht anzugeben.

Benzodiazepinmissbrauch
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Benzodiazepinen zu kodieren. Der Konsum ausschließlich im Rahmen einer ärztlichen Verordnung ist hier nicht anzugeben.

Z-Drugs – Missbrauch
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von "Z-Drugs" (Hypnotika wie Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon zu kodieren. Der Konsum ausschließlich im Rahmen einer ärztlichen Verordnung ist hier nicht anzugeben.

GHB/GBL
Hierunter ist der Konsum von GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure**;** Liquid Ecstasy) und GBL (Gamma-Butyrolacton) zu dokumentieren.

Andere Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika – Missbrauch
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von anderen nicht genannten Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika zu dokumentieren. Der Konsum ausschließlich im Rahmen einer ärztlichen Verordnung ist hier nicht anzugeben.

Entwurf

Kokain(pulver)
Hierunter ist der Konsum von Kokain(pulver) zu dokumentieren.

Crack
Hierunter ist der Konsum von Crack zu dokumentieren.

Kokain andere
Hierunter sind andere, nicht genannte Formen von Kokain zu dokumentieren, wie z. B. Kokainbase (Freebase).

MDMA, MDA oder verwandte Substanzen (z. B. Ecstasy)
Hierunter ist der Konsum von MDMA (3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin), MDA (3,4-Methylendioxyamphetamin) oder verwandten Subtanzen, wie z. B. Ecstasy zu dokumentieren.

Amphetamine
Hierunter ist der Konsum von Amphetaminen zu dokumentieren.

Methamphetamine
Hierunter ist der Konsum von Metamphetaminen, i. d. R. bezeichnet als “Crystal (Meth)” zu dokumentieren.

Andere Stimulanzien
Hierunter ist der Konsum von anderen, nicht bereits genannten, Stimulanzien zu dokumentieren.

LSD
Hierunter ist der Konsum von LSD zu dokumentieren.

Mescalin
Hierunter ist der Konsum von Mescalin zu dokumentieren.

Psilocybin/Pilze
Hierunter ist der Konsum von Psilocybin/Pilzen (i. d. R. als Magic Mushrooms bezeichnet) zu dokumentieren.

Andere Halluzinogene
Hierunter ist der Konsum von anderen, nicht bereits genannten, Halluzinogenen zu dokumentieren.

Ketamin
Hierunter ist der Konsum von Ketamin zu dokumentieren.

PCP (Phenylcyclidin)
Hierunter ist der Konsum von PCP (Phenylcyclidin) (i. d. R. als „Angel Dust“ bezeichnet“) zu dokumentieren.

Andere Dissoziativa
Hierunter ist der Konsum anderer, nicht bereits genannter, Dissoziativa zu dokumentieren.

Lachgas
Hierunter ist der Konsum von Lachgas zu dokumentieren.

Andere Volatile Inhalanzien (Schnüffelstoffe)
Hierunter ist der Konsum von anderen Flüchtigen Lösungsmitteln zu dokumentieren.

Entwurf

Tabak (Rauchen)
Hierunter ist das Rauchen von Tabak zu dokumentieren.

Erhitzen/Verdampfen von Nikotin oder Einatmen von Aerosolen
Hierunter ist das Erhitzen/Verdampfen von Nikotin oder das Einatmen von Aerosolen zu dokumentieren (E-Zigaretten, E-Liquids, Heatsticks, Vapes, u. a.).

Orale Einnahme von Tabak/Nikotin
Hierunter ist die orale Einnahme von Tabak/Nikotin in Form von Snooze/Snus, Nikotinpouches, Tabak-/Nikotinbeutel u. a. zu dokumentieren.

Sonstige psychotrope Substanzen
Hierunter ist der Konsum von sonstigen, nicht genannten psychotropen Substanzen zu dokumentieren.

Für jede ausgewählte Substanz sind folgende Angaben zu machen:

Zu Item 2.4.2 Aktuelle/Frühere Problematik

Für jede gewählte Substanz ist anzugeben, ob diese *aktuell* oder *früher* problematisch konsumiert wurde. *Aktuell* ist zu wählen, wenn die Substanz innerhalb der letzten 12 Monate problematisch konsumiert wurde.

Zu beachten: Bei Personen in Substitution ist immer das der Suchtproblematik zugrundeliegende Opioid als *aktuell* auszuwählen. Das Substitutionsmittel ist bei ausschließlich bestimmungsgemäßem Gebrauch unter 2.4.1 nicht anzugeben.

Zu Item 2.4.3 Gegenstand der Beratung/Betreuung/Behandlung

Hier ist anzugeben, ob die ausgewählte Substanz Gegenstand der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung ist, d. h. in der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung adressiert wird. Eine Mehrfachauswahl ist möglich (d.h. mehrere Problembereiche können Gegenstand der Beratung sein).

Zu Item 2.4.4 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung

Es ist die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung anzugeben. Auch bei Inhaftierten sind die letzten 30 (ggf. bereits in Haft verbrachten) Tage vor Aufnahme einer Suchtberatung zu berücksichtigen. Ausschließlich bei einer unmittelbar vorhergehenden stationären Entgiftung (nicht bei einer anderen stationären Behandlungsmaßnahme), deren Ende maximal 30 Tage zurückliegt, sind die 30 Tage vor dem Beginn der Entgiftung heranzuziehen.

Zu Item 2.4.5 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Ende der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung

Analog ist hier, bei Ende der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor dem letzten Tag der Beratung/Betreuung/Behandlung anzugeben. Falls diese kürzer als 30 Tage dauert, ist die Anzahl der tatsächlichen Konsumtage hochzurechnen (Beispiel: 2 Konsumtage in einer 10-

Entwurf

tägigen Betreuung/Behandlung ergeben hochgerechnet 6 Konsumtage in den letzten 30 Tagen der Betreuung/Behandlung). Werden hier 0 Tage eingegeben, ist dies gleichbedeutend mit Abstinenz in den letzten 30 Tagen.

Zu Item 2.4.6 Alter bei Erstkonsum

Hier ist das Alter bei Erstkonsum, bezogen auf die ausgewählte Substanz, anzugeben. Ist das Alter nicht genau bekannt, ist eine Schätzung vorzunehmen.

Zu Item 2.4.7 Jemals ärztlich verordnet

Hier ist anzugeben, ob die Substanz jemals im Leben ärztlich verordnet wurde. Diese Frage ist nur zu beantworten, wenn unter 2.4.1 eine grundsätzlich verschreibungsfähige Substanz ausgewählt wurde.

Zu beachten: Zu dokumentieren ist hier nur ein von der Verordnung abweichender bzw. über die Verordnung hinausgehender Konsum, d. h. eine missbräuchliche Verwendung der ehemals oder aktuell verordneten Substanz.

Zu Item 2.4.8 Dauer der Problematik

Hier ist (in Jahren) anzugeben, wie lange die Problematik in Bezug auf die ausgewählte Substanz besteht. Ist die genaue Dauer nicht bekannt, ist sie zu schätzen.

Zu Item 2.4.9 Polyvalenter Konsum

Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn bei 2.4.1 mindestens zwei Substanzen aus unterschiedlichen Substanzklassen ausgewählt wurden (exklusive Tabak/Nikotin), die gleichermaßen problematisch konsumiert werden und unter 2.4.31 eine der unter 2.4.1 ausgewählten Substanzen als Hauptproblematik festgelegt wurde.

SUBSTITUTION, I.v. KONSUM, INFEKTIONSSTATUS

Zu Item 2.4.10 Jemals im Leben opioidsubstituiert?

Hier ist anzugeben, ob jemals im Leben eine Opioidsubstitution in Anspruch genommen wurde.

Keine Auskunft

Aktuell in Substitution

Früher in Substitution (aber nicht aktuell)

Niemals in Substitution

Zu Item 2.4.10.1 Alter bei erster Opioidsubstitution (in Jahren)

Wurde unter 2.4.10 angegeben, dass die betreute/behandelte Person aktuell oder früher in Opioidsubstitution ist bzw. war, ist hier anzugeben, in welchem Alter die erste Opioidsubstitution stattgefunden hat. Ist das genaue Alter nicht bekannt, ist eine Schätzung vorzunehmen.

Entwurf

Zu Item 2.4.11 I. v.-Konsum

Hier ist anzugeben, ob irgendeine der unter 2.4.1 oder 2.4.17 genannten Substanzen (zumindest einmal im Lebensverlauf) intravenös konsumiert wurde. Injektionen aus medizinischer Indikation (z. B. bei Diabetes) sind hier nicht einzubeziehen.

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

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

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

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

Keine Auskunft

Zu Item 2.4.11.1 Falls jemals i. v.-Konsum, in welchem Alter das erste Mal?

Wurde unter 2.4.11 angegeben, dass jemals im Leben i. v.-Konsum stattgefunden hat, ist hier das Alter beim ersten intravenöser (i. v.) Konsum anzugeben. Ist das genaue Alter nicht bekannt, ist eine Schätzung vorzunehmen.

Zu Item 2.4.12 Gemeinsame Spritzenbenutzung (Needle Sharing)

Wurde unter 2.4.11 angegeben, dass jemals im Leben i. v.-Konsum stattgefunden hat, ist hier anzugeben, ob hierbei (zumindest einmal im Lebensverlauf) die Spritze/Nadel getauscht bzw. geteilt wurde.

Nein, nie

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

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

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

Keine Auskunft

Zu Item 2.4.13 Infektionsstatus

An dieser Stelle können Angaben zum Infektionsstatus gemacht werden. Für jede Auswahl können unter 2.4.14-2.4.16 weitere Angaben gemacht werden.

HIV

Hepatitis B

Hepatitis C

Entwurf

Zu Item 2.4.14 Teststatus

Hier ist für alle unter 2.4.13 ausgewählten Infektionskrankheiten anzugeben, ob die betreute/behandelte Person auf diese getestet wurde, unabhängig vom Ergebnis.

Noch nie getestet

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

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

Keine Auskunft

Zu Item 2.4.15 HIV - Testergebnis

Wurde unter 2.4.14 angegeben, dass die betreute/behandelte Person auf HIV getestet wurde, kann an dieser Stelle das Testergebnis angegeben werden.

Negativ

Positiv

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

Falls die betreute/behandelte Person es ablehnt, ein Testergebnis mitzuteilen, ist hier keine Angabe zu machen.

Zu Item 2.4.16 Hepatitis B/Hepatitis C - Testergebnis

Wurde unter 2.4.14 angegeben, dass die betreute/behandelte Person auf Hepatitis B und/oder Hepatitis C getestet wurde, kann an dieser Stelle das Testergebnis angegeben werden.

Nicht aktiv, Antikörper negativ

Nicht aktiv, Antikörper positiv, Virusnachweis negativ

Aktiv, Virusnachweis positiv

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

Falls die betreute/behandelte Person es ablehnt, ein Testergebnis mitzuteilen, ist für diese Frage keine Angabe zu machen.

PROBLEMBEREICH MEDIKAMENTE

Zu Item 2.4.17 Medikamentenmissbrauch

Hier sind alle der untenstehenden Medikamente auszuwählen, die jemals im Leben missbräuchlich, d. h. nicht ausschließlich im Rahmen einer ärztlichen Verordnung, konsumiert wurden. Ausschließlich für diese sind die Fragen 2.4.18 bis 2.4.23 zu beantworten. Eine medizinisch begründete, bestimmungsgemäße Verwendung im Rahmen

Entwurf

einer ärztlichen Verordnung ist hier ausdrücklich nicht zu erfassen.

Ergänzende Informationen zu den Medikamenten inklusive gängiger Bezeichnungen/Szenenamen bzw. Arzneimittelnamen findet sich in Tabelle 1 (Teil A).

Antidepressiva
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Antidepressiva zu kodieren.

Nicht-Opioidanalgetika
Hierunter sind schmerzstillende Arzneimittel (Analgetika) zu dokumentieren, die ihre Wirkung nicht durch Bindung an Opioidrezeptoren entfalten. Es ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von nicht-opioidhaltigen Analgetika (Schmerzmittel) zu kodieren.

Pregabalin
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum des Antikonvulsivums Pregabalin zu kodieren.

Andere Antikonvulsiva
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum anderer, nicht bereits als *Pregabalin* dokumentierter, Antikonvulsiva zu kodieren.

Laxantien
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum des Laxantien zu kodieren.

Anabole Steroide
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum anaboler Steroide zu kodieren.

Hormone
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Hormonen zu kodieren.

Erythropoietin (Epo)
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum von Erythropoietin zu kodieren.

Andere Arznei- und Volksheilmittel
Hierunter ist ausschließlich der missbräuchliche Konsum anderer Arznei- und Volksheilmittel zu kodieren.

Für alle ausgewählten Medikamente sind folgende Angaben zu machen:

Zu Item 2.4.18 Aktueller/Früherer Konsum

Hier ist anzugeben, ob das Medikament *aktuell* oder *früher* missbräuchlich konsumiert wurde. *Aktuell* ist zu wählen, wenn das Medikament innerhalb der letzten 12 Monaten problematisch konsumiert wurde.

Zu Item 2.4.19 Gegenstand der Beratung/Betreuung/Behandlung

Hier ist anzugeben, ob das ausgewählte Medikament Gegenstand der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung ist, d. h. in der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung adressiert wird. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

Zu Item 2.4.20 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung

Es ist die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme der aktuellen

Entwurf

Beratung/Betreuung/Behandlung anzugeben.

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

Zu Item 2.4.21 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Ende der aktuellen Betreuung/Behandlung

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

Zu Item 2.4.22 Jemals im Leben ärztlich verordnet

Hier ist anzugeben, ob das Medikament jemals im Leben ärztlich verordnet wurde.

Zu Item 2.4.23 Dauer der Problematik

Hier ist (in Jahren) anzugeben, wie lange die Problematik in Bezug auf das ausgewählte Medikament besteht. Ist die genaue Dauer nicht bekannt, ist eine Schätzung vorzunehmen.

PROBLEMBEREICH VERHALTEN

Zu Item 2.4.24 Verhaltensbezogene Problembereiche

Hier sind alle verhaltensbezogenen Problembereiche anzugeben, die jemals im Leben problematisch praktiziert wurden. Ausschließlich für diese sind die Fragen 2.4.25 bis 2.4.30 zu beantworten.

Geldspielautomaten in Spielhallen (Terrestrisch)
Hierbei handelt es sich um sogenannte „Spielautomaten mit Gewinnmöglichkeit“ (rechtlich zu unterscheiden von Glücksspielautomaten in Spielbanken, allerdings vom Spielablauf her faktisch ein Glücksspiel). Die Spezifizierung „in Spielhallen“ dient der Abgrenzung zur nächsten Kategorie „in der Gastronomie“. Spielhalle/Spielothek/Spielkasino meint konzessionierte Einrichtungen, in denen volljährigen Personen Unterhaltungsspiele angeboten werden.

Geldspielautomaten in der Gastronomie (Terrestrisch)
Hierbei handelt es sich um sogenannte „Spielautomaten mit Gewinnmöglichkeit“ (rechtlich zu unterscheiden von Glücksspielautomaten in Spielbanken, allerdings vom Spielablauf her faktisch ein Glücksspiel). In der Gastronomie besteht dieses Spielangebot neben dem

gastronomischen Angebot, nach aktuellem rechtlichem Stand (6. Novellierung der SpielV) mit maximal 2 Geldspielgeräten.

Kleines Spiel in der Spielbank (Terrestrisch)
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.

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

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

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

Poker

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

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

Börsenspekulationen
Exzessives, risikoreiches Handeln mit Aktien, Kryptowährungen, u. ä.

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

Computerspiel-Nutzung
Übermäßiges Spielverhaltens (Computerspiele, Videospiele), das entweder online oder offline stattfinden kann.

Soziale-Netzwerke-Nutzung
Übermäßige, zwanghafte Nutzung sozialer Netzwerke (z. B. Instagram, TikTok, X/Twitter, Facebook, Snapchat)

Pornographie-Nutzung
Wiederholter, exzessiver Gebrauch von Pornografie (online oder offline)

Sonstige Medien-Nutzung
Andere Formen der Medien-Nutzung, außer der bereits genannten, werden hier kodiert (z. B. Streaming, Internetnutzungsstörung)

Entwurf

Shopping
Wiederkehrendes, exzessives Kaufverhalten (online oder offline), häufig verbunden mit finanziellen Schwierigkeiten.

Sonstige
Hierunter sind sonstige, nicht bereits genannte Verhaltensproblematiken zu dokumentieren.

Anorexie
Essstörung, die durch ein niedriges Körpergewicht, eine starke Angst vor Gewichtszunahme und eine gestörte Wahrnehmung des eigenen Körpers gekennzeichnet ist. Es kann zwischen einem restriktiven Typ (übermäßige Maßnahmen zur Gewichtsreduktion) und Binge-Eating/Purging-Typ (Essanfälle und/oder kompensatorische Maßnahmen) unterschieden werden.

Bulimie
Essstörung, die durch wiederkehrende Essanfälle (Kontrollverlust beim Essen großer Nahrungsmengen) und kompensatorisches Verhalten (z. B. Erbrechen, Abführmittel, Fasten oder exzessiver Sport) gekennzeichnet ist, um eine Gewichtszunahme zu verhindern.

Binge-Eating
Wiederkehrende Episoden von Essanfällen, in denen in einem begrenzten Zeitraum ungewöhnlich große Mengen an Nahrung gegessen werden, verbunden mit einem Gefühl des Kontrollverlusts. Im Gegensatz zur Bulimie folgen keine regelmäßigen kompensatorischen Maßnahmen (z. B. Erbrechen oder Abführmittel).

Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme
Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel oder der Nahrungsaufnahme im Allgemeinen zu einem Grad, der für Betroffene negative gesundheitliche und/oder persönliche Konsequenzen hat. Dies kann sowohl Mangelerscheinungen infolge eines nicht gedeckten Nährstoff- und Energiebedarfs umfassen als auch Beeinträchtigungen im Berufs- und Privatleben, z. B. durch Nicht-Teilnahme an bestimmten sozialen Aktivitäten. Das Essverhalten ist nicht durch die Beschäftigung mit dem Körpergewicht oder der Körperform motiviert.

Sonstige Problematik im Essverhalten
Diese Kategorie umfasst klinisch signifikante Essverhaltensstörungen, die nicht vollständig die diagnostischen Kriterien für eine bestimmte Essstörung erfüllen, aber dennoch Behandlungsbedarf verursachen (z. B. atypische Anorexia nervosa/Bulimia nervosa/Binge-Eating-Störung, nicht näher bezeichnete Essstörungen und gestörtes Essverhalten bei anderen psychischen Störungen).

Für alle ausgewählten Problembereiche sind folgende Angaben zu machen:

Zu Item 2.4.25 Aktuelle/Früher Problematik

Für jeden Verhaltensproblembereich ist anzugeben, ob dieser *aktuell* oder *früher* problematisch praktiziert wurde. *Aktuell* ist zu wählen, wenn das Verhalten innerhalb der letzten 12 Monaten problematisch praktiziert wurde.

Zu Item 2.4.26 Spielform

Die Angabe zur Spielform erfolgt nur bei Auswahl einer Problematik aus dem Bereich

Entwurf

Glücksspielen.

Terrestrisch
Terrestrisches Glücksspiel bedeutet, dass die Glücksspiele physisch vor Ort, also nicht im Internet, gespielt werden. Videolotterie-Terminals sowie über Terminals laufende, aber in einem Wettbüro platzierte Sportwetten fallen unter terrestrisches Glücksspiel.

Online
Online-Glücksspiel bedeutet, dass an Glücksspielen über das Internet (i. d. R. anbieterseitig bereitgestellte Websites) teilgenommen wird.

Viele online Glücksspiele unterscheiden sich inhaltlich kaum von ihren terrestrischen Pendants, so dass größtenteils auf eine erneute Beschreibung verzichtet wird. Die unterschiedliche Kategorisierung im Gegensatz zu den terrestrischen Spielformen trägt einem teilweise unterschiedlichen Angebotsschwerpunkt Rechnung.

Beides
Diese Kategorie ist zu wählen, wenn bestimmte Glücksspiele sowohl terrestrisch als auch online genutzt werden.

Zu Item 2.4.27 Gegenstand der Beratung/Betreuung/Behandlung

Hier ist anzugeben, ob die ausgewählte Verhaltensproblematik Gegenstand der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung ist, d. h. in der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung adressiert wird. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

Zu Item 2.4.28 Anzahl der Tage mit problematischem Verhalten in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung

Es ist die Anzahl der Tage mit problematischem Verhalten in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung anzugeben.

Zu Item 2.4.29 Anzahl der Tage mit problematischem Verhalten in den letzten 30 Tagen vor Ende der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung

Analog ist hier, bei Ende der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung die Anzahl der Tage mit problematischem Verhalten in den letzten 30 Tagen vor dem letzten Tag der Beratung/Betreuung/Behandlung anzugeben. Falls diese kürzer als 30 Tage ist, ist die Anzahl der tatsächlichen Tage hochzurechnen (Beispiel: 2 Tage in einer 10-tägigen Betreuung/Behandlung ergeben hochgerechnet 6 Tage in den letzten 30 Tagen der Betreuung/Behandlung). Werden hier 0 Tage eingegeben, ist dies gleichbedeutend mit Abstinenz in den letzten 30 Tagen.

Zu Item 2.4.30 Dauer der Problematik

Hier ist (in Jahren) anzugeben, wie lange die Problematik in Bezug auf das ausgewählte Verhalten besteht. Ist die genaue Dauer nicht bekannt, kann diese geschätzt werden.

Entwurf

HAUPTPROBLEMATIK, POLYVALENTER KONSUM, DIAGNOSTIK

Zu Item 2.4.31 Hauptproblematik

Hier ist die aus Sicht der betreuenden/behandelnden Fachkraft am meisten problematische Substanz- bzw. Verhaltensproblematik (aus den Bereichen 2.4.1, 2.4.17 und 2.4.24) zu wählen, die das beratungs-/betreuungs-/behandlungsleitende Problem und damit den Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsanlass darstellt.

Hier können nur Substanz- oder Verhaltensproblematiken ausgewählt werden, die unter 2.4.2, 2.4.18, 2.4.25 als *aktuell problematisch* ausgewählt wurden.

Kann aufgrund eines polyvalenten Konsums oder einer polyvalenten Verhaltensproblematik keine Problematik als Hauptproblematik identifiziert werden, ist die Kategorie *keine Hauptproblematik auswählbar, da polyvalenter Konsum/polyvalentes Verhalten* zu wählen.

Zu Item 2.4.32 Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung bei Angabe einer Hauptsubstanz

Wurde unter 2.4.31 eine Substanz (aus 2.4.1/2.4.17) als Hauptproblematik gewählt, ist hier die überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung anzugeben.

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

Keine Auskunft

Injektion
Hauptsächlich bei Opioiden. Als Synonyme für intravenösen Konsum werden häufig „ballern“, „drücken“, „fixen“, „slammen“ gebraucht.

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

Rauchen zusammen mit Tabak
Diese Kategorie ist auszuwählen, wenn eine Substanz (z. B. Cannabis) gemeinsam mit Tabak geraucht wird.

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

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

Entwurf

Andere Arten

Diese Kategorie ist zu vergeben, wenn keine der Kategorien 1 bis 4 zutrifft. Hier ist die überwiegend praktizierte Art und Weise des Konsums der vorrangigen Problemsubstanz der/des Betreuten/Behandelten bezogen auf die letzten 30 Tage vor Aufnahme der aktuellen Betreuung/Behandlung anzugeben.

Zu Item 2.4.33 ICD-10/ICD-11 Diagnosen aus dem Bereich psychischer (inklusive suchtbezogener) Diagnosen

An dieser Stelle können ICD-Diagnosen aus dem Bereich psychischer (einschließlich substanz- und verhaltensbezogener) Störungen aus dem ICD-10-Kapitel F (WHO, 2022; Codes unter ICD-10-GM-Codes 2026 (Deutschland)) bzw. zukünftig ICD-11-Kapitel 06 kodiert werden. Eine Übersicht der in Kapitel 06 aufgelisteten Diagnosen mit Diagnoseschlüsseln findet sich in der untenstehenden Tabelle.

Die Erfassung sowohl substanzbezogener als auch anderer psychischer Diagnosen im KDS-F erfolgt nach den Richtlinien des ICD-10 bzw. künftig ICD-11 und bezieht sich auf die Situation bei Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung. Auch wenn nicht sofort bei Aufnahme eine endgültige Diagnose gestellt werden kann, sollten die Einträge immer den Stand zu Beginn der Beratung/Betreuung/Behandlung widerspiegeln. Eine Diagnose für eine Substanzklasse setzt notwendigerweise voraus, dass diese jemals im Leben konsumiert wurde und unter 2.4.1 dokumentiert wurde.

MAßNAHMEN & KOOPERATION

Zu Item 2.5 Maßnahmen und Interventionen

In diesem Abschnitt wird zum einen für die aktuelle Beratung/Betreuung/Behandlung die Art der Maßnahmen in der eigenen Einrichtung erfasst. Dafür steht die umfassende Liste der Betreuungs- und Behandlungsangebote zur Verfügung, die bereits bei Item 1.6 (Art der Dienste/Angebote) im KDS-E genutzt wurde.

Zum anderen wird hier erfasst, ob und wenn ja, welche Kooperationen mit anderen Einrichtungen und Diensten während der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung erforderlich geworden sind. Hier wird also nach unmittelbar fallbezogenen Kooperationsaktivitäten gefragt, während das Item 1.8 im KDS-E nach formalen Kooperationsregelungen der eigenen Einrichtung fragt.

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

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

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

Entwurf

Weiterhin soll aus allen durchgeführten Maßnahmen eine Hauptmaßnahme ausgewählt und angegeben werden.

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

Prävention und Frühintervention

Suchtmedizinische (Akut)Behandlung

ENT – Entgiftung

QET – Qualifizierter Entzug

MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe

SUB – Ambulante Opioidsubstitution

StäB – Stationsäquivalente Behandlung

Beratung und Betreuung

SBS – Sucht- und Drogenberatung

PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter

SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung

Niedrigschwellige Hilfen

DKR – Drogenkonsumraum

KSC – Kontaktstelle/-café

SWA – Aufsuchende Arbeit/Streetwork

DRC – Drug Checking

Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)

Suchtberatung im Betrieb

Arbeitsförderung Beschäftigung, Qualifizierung

Suchtbehandlung/Rehabilitation

ARS – Ambulante medizinische Rehabilitation

TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation

PTS – Psychiatrische Ambulanz/Tagesklinik Sucht

STR – Stationäre medizinische Rehabilitation

ADA – Adaption

NAS – (Reha-)Nachsorge

Entwurf

SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB

Einrichtungen der sozialen Teilhabe (Eingliederungshilfe)

AWS – Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum

BWF – Besondere Wohnformen

ÜEW – Übergangswohnen

TSM – Tagesstrukturierende Maßnahmen

Selbsthilfe

Anmerkung: Bei den Kategorien *ARS, TAR, PTS, STR* und *ADA* soll in den Fällen, in denen nur eine dieser Rehaformen in der eigenen Einrichtung in Anspruch genommen wurde, zusätzlich angegeben werden, ob es sich dabei jeweils um ein Modul einer Kombibehandlung handelt. Kombibehandlungen sind jedoch nicht als Hauptmaßnahme auswählbar.

Zu Item 2.5.3 Kooperation während der Beratung/Betreuung/Behandlung

Hier wird zunächst erfragt, ob eine Kooperation während der Beratung/Betreuung/Behandlung stattgefunden hat. Falls ja, sind alle Institutionen, mit denen beratungs-/betreuungs-/behandlungsbezogen eine Kooperation stattgefunden hat, anzugeben. Dabei geht es um die konkrete Einbeziehung Dritter in die aktuelle Beratung/Betreuung/Behandlung. Bitte kodieren Sie solche Kooperationen mit Dritten nur dann, wenn Sie von den entsprechenden Einrichtungen eine verlässliche Rückmeldung darüber erhalten haben, dass die betreute/behandelte Person von der mit Ihnen kooperierenden Institution oder Person tatsächlich (mit-)betreut/-behandelt wird oder wenn Inhalte/Ergebnisse Ihrer Beratungs-/Betreuungs- /Behandlungstätigkeit mit Einverständnis der betreuten/behandelten Person an diese Kooperationspartner weitergegeben werden. Solche Kooperationskontakte können persönlich, schriftlich oder auch telefonisch erfolgen.

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

Für Erläuterungen zu den einzelnen Institutionen siehe Item 2.2.5.

ABSCHLUSSDATEN

Zu Item 2.6.1.2 Dauer der Beratung/Betreuung/Behandlung

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

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

Die aktuelle Beratung/Betreuung/Behandlung kann aufrechterhalten werden („offener Fall“),

Entwurf

wenn die betreute/behandelte Person in eine sozialleistungsrechtlich neue Maßnahme (auch innerhalb der gleichen Einrichtung) überwechselt und während dieser neuen Maßnahme weiterhin Angebote der ursprünglichen Betreuung in Anspruch nimmt („parallele Betreuung“) bzw. diese nach Beendigung der neuen Maßnahme wieder aufnimmt. Dies ist z. B. der Fall bei Betreuten in der Suchtberatung, die (in derselben oder einer anderen Einrichtung) eine Maßnahme der ambulanten Suchtrehabilitation antreten und parallel weiterhin ihre Beratungstermine wahrnehmen. Voraussetzung für das Anlegen paralleler Fälle sind unterschiedliche Hauptmaßnahmen und eine identifizierbare Fallnummer (vgl. Falldefinition in Abschnitt 2a).

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

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

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

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

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

Zu Item 2.6.2 Kontaktart (anzugeben für jeden Kontakt)

Hier ist für jeden stattgefundenen Kontakt die Kontaktart anzugeben.

Präsenz
Diese Kategorie ist auszuwählen, wenn der Kontakt in Präsenz (face-to-face) erfolgt.

Telefon/Sprachanruf/Sprachnachricht
Diese Kategorie ist auszuwählen, wenn der Kontakt telefonisch (Sprachanruf) erfolgt. Hierunter auch Sprachnachrichten zu kodieren.

Video
Diese Kategorie ist auszuwählen, wenn der Kontakt per Video erfolgt.

Entwurf

Textbasiert Synchron (Messenger, Chat)
Diese Kategorie ist auszuwählen, wenn der Kontakt synchron (zeitgleich) in Form eines Chats oder Messangerdienstes erfolgt.

Textbasiert Asynchron (Brief, Mail, Webmail im Onlineportal)
Diese Kategorie ist auszuwählen, wenn der Kontakt asynchron (zeitversetzt), in Form eines Briefs, einer E-Mail oder Webmail im Onlineportal erfolgt.

Zu Item 2.6.2.1 Kontaktzahl Gesamt Episode (nur ambulanter Bereich; ausgenommen tagesstrukturierende/-begleitende Angebote und AWS)

Diese Angabe ist nur von ambulanten Einrichtungen (ausgenommen tagesstrukturierende/-begleitende Angebote) zu machen, da eine stationäre Behandlungsepisode grundsätzlich nur in „einem“ Kontakt besteht. Es sind alle klient:innenbezogenen Kontakte, also auch solche mit Behörden und sonstigen Bezugspersonen zu berücksichtigen (ggf. auch ohne Anwesenheit der betreuten Person selbst).

Analog zu den Erläuterungen zu einem dokumentationsrelevanten Kontakt (siehe Erläuterung zu 2.1) gelten dabei folgende Vorgaben: Eine Gesprächsdauer von in der Regel mehr als 10 Minuten mit substanziell beratendem oder behandelndem Charakter (persönlich, telefonisch, per Brief/E-Mail, digital).

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

Zu Item 2.6.2.2 Kontaktzahl Auswertungsjahr (nur ambulanter Bereich; ausgenommen tagesstrukturierende/-begleitende Angebote und AWS)

Hier sind im ambulanten Bereich Angaben analog zu 2.6.2.1 bezogen auf das Auswertungsjahr zu machen.

Zu Item 2.6.3 Medium der Beratung/Betreuung/Behandlung

Hier ist im Hinblick auf die gesamte Dauer der Beratung/Betreuung/Behandlung das hauptsächliche Medium auszuwählen. Bei einer z. B. auf Präsenz ausgelegten Beratung/Betreuung/Behandlung wird der Charakter der Beratung/Betreuung/Behandlung durch einzelne Kontakte einer anderen Form nicht verändert und ist als überwiegend zu definieren. Gibt es jedoch einen nicht zu vernachlässigten/relevanten Anteil an Kontakten in anderer Form, ist die Kategorie *Mischform* auszuwählen.

Keine Auskunft

Präsenz
Diese Kategorie ist auszuwählen, wenn die Beratung/Betreuung/Behandlung hauptsächlich in Präsenz stattgefunden hat.

Entwurf

Digital
Diese Kategorie ist auszuwählen, wenn die Beratung/Betreuung/Behandlung hauptsächlich digital (sowohl synchron als auch asynchron oder beides) erfolgte.

Telefon
Diese Kategorie ist auszuwählen, wenn die Beratung/Betreuung/Behandlung hauptsächlich telefonisch stattfand.

Mischform
Hierunter sind Mischformen zu dokumentieren, welche sowohl Anteile einer Präsenz- als auch einer digitalen bzw. telefonischen Beratung/Betreuung/Behandlung zu etwa gleichen Anteilen enthalten.

Zu Item 2.6.3.1 Liegt ein „Blended Counseling“ Konzept vor?

Diese Frage ist nur zu beantworten, wenn unter 2.6.3 *Mischform* ausgewählt wurde. *Ja* ist nur zu wählen, wenn die Beratung/Betreuung/Behandlung von vornherein konzeptuell als Kombination von digitalen, d. h. online- bzw. appbasierten Modulen und Präsenzanteilen ausgelegt war. Dabei können sowohl synchrone als auch asynchrone digitale Kontaktarten zum Einsatz kommen. Sich zufällig ergebende Mischformen sind hierunter nicht zu dokumentieren.

Zu Item 2.6.4 KI-Unterstützung während der Beratung/Betreuung/Behandlung

Diese Frage bezieht sich auf den Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Beratung/Betreuung/Behandlung. Sofern KI-unterstützte Anwendungen Bestandteil sind oder unterstützend hinzugezogen werden, sollte diese Frage mit *true* beantwortet werden. KI-Unterstützung kann in digitalen Beratungssettings bereits programmseitig eingebunden sein, ist aber nicht auf diese Form eingegrenzt. Mögliche Anwendungsbeispiele sind KI-Gestützte Auswertungen von Eingaben betreuter/behandelter Personen im Kontext einer Beratungsplattform, das Einbeziehen von KI-generierten Auswertungen und Rückmeldungen von Selbsttests oder Konsumdokumentationen, die in einem Beratungskontext thematisiert werden.

Zu Item 2.6.5 Wurde im Laufe der Beratung/Betreuung/Behandlung ein erfolgreicher Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hergestellt?

Diese Frage bezieht sich nicht auf eine Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe, wie dies in Item 2.5.2 erfragt wurde und bei der es um einen wechselseitigen Informationsaustausch zur Beratung/Betreuung/Behandlung ging. Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn ein Kontakt zwischen der betreuten/behandelten Person und einer Selbsthilfegruppe erfolgreich gefördert bzw. vermittelt wurde. Die bloße Empfehlung des Besuchs einer Selbsthilfegruppe ist nicht ausreichend für eine entsprechende Kodierung.

Zu Item 2.6.6 Hat die betreute/behandelte Person im Laufe der Beratung/Betreuung/Behandlung eine Selbsthilfegruppe besucht?

Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn nach glaubwürdiger Kenntnis der betreuenden/behandelnden Person eine wiederholte bzw. regelmäßige Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe erfolgt ist. Ein nur einmaliges „Ausprobieren“ ist nicht

Entwurf

ausreichend für eine entsprechende Kodierung.

Zu Item 2.6.7 Art der Beendigung

Hier ist die Art der Beendigung der Beratung/Betreuung/Behandlung zu wählen. Die folgenden Entlassformen stellen eine suchtspezifische Präzisierung der im Leitfaden Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung definierten Entlassformen dar.

Regulär nach Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsplan
Als regulär abgeschlossen gilt eine Beratung/Betreuung/Behandlung, wenn diese (v.a. im stationären Bereich) einschließlich einer evtl. erforderlichen Verlängerung ausgeschöpft wurde oder wenn der Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungszeitraum nicht vollständig benötigt wurde, weil das Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsziel früher erreicht werden konnte. Als regulär abgeschlossen gilt die Beratung/Betreuung/Behandlung auch dann, wenn die Beratung/Betreuung/Behandlung in gegenseitigem Einvernehmen beendet wird, weil die zu Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsbeginn bestandenen Probleme soweit angegangen oder gelöst sind, dass zurzeit keine weitere Beratung/Betreuung/Behandlung in dieser Einrichtung notwendig ist. Im Bereich der ambulanten Suchthilfe ist eine Beratung/Betreuung aber auch dann als regulär beendet zu kodieren, wenn die Beratung/Betreuung noch zu keiner konkreten Betreuungsvereinbarung/Behandlungsplanung geführt hat und die betreute Person die Beratung/Betreuung beendet. Als regulär beendet sind auch Fälle zu kodieren, in denen eine Suchtberatung im Strafvollzug endet, weil der Inhaftierte wegen guter Führung vorzeitig aus der Haft entlassen wurde.

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

Vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis
Die Beratung/Betreuung/Behandlung wird auf Initiative bzw. auf Wunsch der betreuten/ behandelten Person aus dringenden persönlichen Gründen beendet, aber mit Einverständnis der Einrichtung. Die zu Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungs-beginn bestehenden Probleme sind nicht vollständig gelöst oder die Ziele des Behandlungsplanes wurden nicht vollständig erreicht.

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

Entwurf

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

In Bezug auf die Disziplinarische Beendigung ist zu berücksichtigen, dass die Definition der Rentenversicherungsträger leicht abweicht. Dies kann zu abweichenden Beendigungsgründen nach Definition der DRV und des KDS führen.

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

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

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

Zu Item 2.6.8 Weitervermittlung

Hier wird zunächst danach gefragt, ob nach Ende der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung eine Weitervermittlung stattfindet.

Eine Weitervermittlung an die nachfolgend genannten Angebote/Maßnahmen soll nur dann kodiert werden, wenn eine feste Vereinbarung über die Weiterbetreuung/-behandlung der

Entwurf

betreuten/behandelten Person in dieser Institution besteht. Dies setzt voraus, dass im Verlauf der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung zumindest ein persönlicher, telefonischer oder schriftlicher Kontakt mit der entsprechenden Institution in Bezug auf die Weiterbetreuung/-behandlung stattgefunden hat. Ob die betreute/behandelte Person die vermittelte Beratung/Betreuung/Behandlung tatsächlich aufnimmt, spielt für die Kodierung keine Rolle. Wurde lediglich eine unverbindliche Empfehlung ausgesprochen, sich an eine der nachfolgenden Institutionen zu wenden, darf dies nicht als Vermittlung kodiert werden. Wenn parallel zur externen Mitbetreuung/-behandlung die eigene Beratung/Betreuung/Behandlung fortgesetzt wird, so ist dies ebenfalls nicht als Vermittlung, sondern als Kooperation unter 2.5.2 zu kodieren. Diese Frage ist unabhängig von der Frage nach der Art der Beendigung immer auszufüllen (ausgenommen für Verstorbene).

Bei einer Weitervermittlung in die Kategorien ARS, TAR, PTS, STR, ADA ist zusätzlich anzugeben, ob es sich dabei um ein Modul einer Kombibehandlung handelt.

Bei der Weitervermittlung steht die Vermittlung in Maßnahmen auf institutioneller Ebene im Vordergrund, daher ist die Kategorie „in Selbsthilfe“ hier nicht aufgeführt. Eine Vermittlung in den Selbsthilfesektor wird differenzierter und valider durch die Items 2.6.5 und 2.6.6 abgebildet.

Für Erläuterungen zu den einzelnen Angeboten siehe KDS-E Item 1.6.

Zu Item 2.6.9 Problematik am Tag des Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsendes

Die beratende/behandelnde Person schätzt am Ende der Beratung/Betreuung/Behandlung die Situation der betreuten/behandelten Person in Bezug auf die anfangs als belastend/problematisch eingeschätzten (und unter 2.1.7 dokumentierten) Bereiche ein, d. h. für Bereiche ohne Belastung zu Beginn der Beratung/Betreuung/Behandlung muss keine Einschätzung abgegeben werden (keine Angaben), es sei denn, man möchte dies einrichtungsintern differenzieren über die Angabe *unverändert*. Ist eine Problematik erst im Laufe der Beratung/Betreuung/Behandlung neu aufgetreten, kann dieser Problembereich als *neu aufgetreten* dokumentiert werden.

Zu beachten ist, dass eine im Laufe der Beratung/Betreuung/Behandlung neu aufgetretene Suchtproblematik unter Item 2.6.10 zu dokumentieren ist.

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

Keine Auskunft

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

Gleichgeblieben (=unverändert)
Für diesen Bereich ist im Vergleich zum Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsbeginn weder eine Besserung noch eine Verschlechterung festzustellen.

Entwurf

Verschlechtert
Die Belastung in Bezug auf diesen Bereich hat sich im Vergleich zum Beratungs-/ Betreuungs-/Behandlungsbeginn verschlechtert.

Neu aufgetreten

Zu Item 2.6.10 Neu aufgetretene Substanzkonsum-/Suchtverhalten- Problematik

Diese Frage ist mit *true* zu beantworten bzw. anzukreuzen, wenn eine Substanz- oder Suchtverhaltensproblematik im Verlauf der Beratung/Betreuung/Behandlung neu aufgetreten ist.

Zu Item 2.6.11 Wohnverhältnis am Tag nach Ende

Hier wird das Wohnverhältnis am Tag nach Ende der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung dokumentiert. Für die Kodierung der Wohnsituation ist nicht der vertragliche/rechtliche Rahmen (z. B. einer Bedarfsgemeinschaft nach dem SGB II) von Bedeutung, sondern nur die von der Person geschilderte Lebensrealität. Erläuterungen zu den Kategorien sind Item 2.3.8 zu entnehmen.

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

Zu Item 2.6.12 Erwerbsstatus am Tag nach Ende

Hier wird der Erwerbsstatus am Tag nach Ende der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung dokumentiert. Erläuterungen zu den Kategorien sind Item 2.3.9 zu entnehmen.

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

Wird hier arbeitslos gewählt, sind unter 2.6.12.1 differenzierte Angaben zu machen.

Entwurf

3 Kerntabellensatz Fall

Der Kerntabellensatz baut auf dem fallbezogenen Kerndatensatz auf. Während die Daten über die Einrichtung (KDS-E) direkt für die Auswertung verwendet werden, werden die Falldaten (KDS-F) in zusammengefasster Form für die Auswertung verwendet. 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 Beratung/Betreuung/Behandlung 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 (Beendigungen). Die erste Gruppe beschreibt die Situation der Personen, die in den Einrichtungen eine Beratung/Betreuung/Behandlung aufsuchen, während sich anhand der zweiten Gruppen die Situation am Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsende beschreiben lässt.

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

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

Die Datenweitergabe geschieht durch eine Auszählung der Fallzahlen in den jeweiligen Einrichtungen bzw. Dokumentationssystemen entsprechend den hier gemachten Vorgaben. Die Daten werden als Absolutzahlen weitergegeben und können aus verschiedenen Quellen zusammengeführt, zellenweise aufaddiert und danach prozentuiert werden.

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

Die Problematik, die aus Sicht der beratenden/behandelnden Person die wichtigste oder behandlungsleitende ist, wird als Hauptproblematik erfasst. Auch wenn dies eine Vereinfachung darstellt, erlaubt diese Gruppenbildung doch die Bildung gewisser Falltypen. Die Tabellen werden untenstehend in einer Übersichtsliste dargestellt.

Die untenstehende Tabelle wird aktualisiert, sobald die Auswertungsroutinen für KDS 4.0 festgelegt wurden.

Entwurf

Deutsche Suchthilfestatistik – Kerntabellensatz 4.0 Aktualisierung erfolgt bis 01.2027 Deutscher Kerntabellensatz 1)						
A	Einrichtungsdaten		M/F	Z	B	E
	E1	Bundesland				
	E2	Trägerschaft				
	E3	Personelle Besetzung				
	E4	Art der Dienste/Angebote				
	E5	Kooperation und Vernetzung				
B	Basisdaten		M/F	Z	B	E
	1.01	Übersicht Beratungen/Betreuungen/Behandlungen	X	x	x	
	1.02	Eigene Symptomatik + Problembereiche	X	x		
	1.03	Bezugspersonen + Beziehungsverhältnis	X	x		
	1.04	Bezugspersonen + Problem(e) aus Sicht dieser Person		x		
	1.05	Hauptsubstanz/-verhalten + Weitere Problembereiche	X	x		
C	Zugangsdaten		M/F	Z	B	E
	2.02	Hauptsubstanz/-verhalten + Vorbehandlung + Erst-/Wiederaufnahme	x	x		
	2.03	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Vorbehandlungen	x	x		
	2.04	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Vorbehandlung Suchtmedizinische (Akut)Behandlung	x	x		
	2.05	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Vorbehandlung Beratung und Betreuung	x	x		
	2.06	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Vorbehandlung Psychiatrische/Psychotherapeutische Suchtbehandlung	x	x		
	2.07	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Vorbehandlung Niedrigschwellige Hilfen	x	x		
	2.08	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Vorbehandlung Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	x	x		
	2.09	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Vorbehandlung Suchtbehandlung/Rehabilitation	x	x		
	2.10	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Vorbehandlung Soziale Teilhabe (Eingliederungshilfe)	x	x		
	2.11	Hauptsubstanz/-verhalten + Vermittlung	x	x		

Entwurf

	2.12	Hauptsubstanz/-verhalten + Hauptkostenträger	x	x		
	2.13	Hauptsubstanz/-verhalten + Auflagen	x	x		
	2.14	Hauptsubstanz/-verhalten + gesetzliche Betreuung	x	x		
	2.15	Inhaftierung	x	x		
D	Soziodemographische Daten		M/F	Z	B	E
	3.01	Familiäre Suchtproblematik	x	x		
	3.02	Hauptsubstanz/-verhalten + Geschlecht		x		
	3.03	Hauptsubstanz/-verhalten + Alter bei Betreuungsbeginn	x	x		
	3.04	Hauptsubstanz/-verhalten + Partnerschaft	x	x		
	3.05	Hauptsubstanz/-verhalten + Lebenssituation	x	x		
	3.06	Hauptsubstanz/-verhalten + Schwangerschaft	x	x		
	3.07	Hauptsubstanz/-verhalten + eigene Kinder	x	x		
	3.08	Hauptsubstanz/-verhalten + Kinder im Haushalt	x	x		
	3.09	Hauptsubstanz/-verhalten + Staatsangehörigkeit	x	x		
	3.10	Hauptsubstanz/-verhalten + Migrationshintergrund	x	x		
	3.11	Hauptsubstanz/-verhalten + Fluchterfahrung	x	x		
	3.12	Hauptsubstanz/-verhalten + Staatsangehörigkeit	x	x		
	3.13	Hauptsubstanz/-verhalten + Beratungssprache	x	x		
	3.14	Hauptsubstanz/-verhalten + Schulischer Bildungsweg	x	x		
	3.15	Hauptsubstanz/-verhalten + Ausbildungsabschluss	x	x		
	3.16	Hauptsubstanz/-verhalten + Wohnverhältnis am Tag vor Betreuungsbeginn	x	x		
	3.17	Hauptsubstanz/-verhalten + Erwerbsstatus am Tag vor Betreuungsbeginn	x	x		
E	Konsummuster und Diagnosen					
E1	Konsummuster		M/F	Z	B	E
	4.01	Substanzen/Verhalten + Anzahl der Konsumtage im letzten Monat vor Betreuungsbeginn	x	x		
	4.02	Hauptsubstanz/-verhalten + Anzahl der Konsumtage im letzten Monat vor Betreuungsbeginn	x	x		
	4.03	Hauptsubstanz/-verhalten + aktuell/früher	x	x		
	4.04	Hauptsubstanz/-verhalten + Gegenstand der	x	x		

Entwurf

		Beratung/Betreuung/Behandlung				
	4.05	Substanzen + jemals ärztlich verordnet	x	x		
	4.06	Substanzen/Verhalten + Alter bei Erstkonsum	x	x		
	4.07	Hauptsubstanz/-verhalten + Alter bei Erstkonsum	x	x		
	4.08	Hauptsubstanz/-verhalten + Dauer der Problematik	x	x		
	4.09	Hauptsubstanz + Konsumart	x	x		
	4.10	Hauptsubstanz + i. v.-Konsum	x	x		
	4.11	Hauptsubstanz + Alter beim ersten i.v.-Konsum	x	x		
	4.12	Hauptsubstanz + gemeinsame Spritzennutzung	x	x		
	4.13	Hauptsubstanz + Substitution	x	x		
	4.14	Hauptsubstanz + Alter bei erster Substitution				
	4.15	Hauptsubstanz/-verhalten + Dauer Erstkonsum bis aktueller Betreuungsbeginn	x	x		
	4.16	Hauptsubstanz/-verhalten + Dauer der Störung	x	x		
	4.17	Psychische Diagnosen	x	x		
	4.18	Hauptsubstanz + HIV-Status	x	x		
	4.19	Hauptsubstanz + Hepatitis B-Status	x	x		
	4.20	Hauptsubstanz + Hepatitis C-Status	x	x		
	Verlaufsdaten		M/F	Z	B	E
	5.01	Hauptsubstanz/-verhalten + Hauptmaßnahme in eigener Einrichtung	x		x	x
	5.02	Hauptsubstanz/-verhalten + Maßnahmen in eigener Einrichtung	x		x	x
	5.03	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Maßnahmen(gruppen)	x		x	
	5.04	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Maßnahme Suchtmedizinische (Akut)Behandlung	x		x	
	5.05	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Maßnahme Beratung und Betreuung	x		x	
		Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Maßnahme Niedrigschwellige Hilfen				
	5.06	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Maßnahme Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	x		x	
	5.07	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Maßnahme	x		x	

Entwurf

		Suchtbehandlung/Rehabilitation				
	5.08	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Maßnahme Soziale Teilhabe (Eingliederungshilfe)	x		x	
	5.11	Hauptsubstanz/-verhalten + Maßnahme Kombibehandlung	x		x	
	5.12	Hauptsubstanz/-verhalten + Maßnahme unter Substitution	x		x	
	5.16	Hauptsubstanz/-verhalten + Kooperation (Spaltenprozent)	x		x	x
G	Abschlussdaten		M/F	Z	B	E
	6.01	Hauptsubstanz/-verhalten + Dauer der Betreuung	x		x	x
	6.02	Hauptsubstanz/-verhalten + Anzahl der Kontakte	x		x	x
	6.03	Hauptsubstanz/-verhalten + Selbsthilfe (Kontakt/Besuch)	x		x	
	6.04	Hauptsubstanz/-verhalten + Art der Beendigung	x		x	
	6.05	Hauptsubstanz/-verhalten + Weitervermittlung/Verlegung	x		x	
	6.06	Hauptsubstanz/-verhalten + Weitervermittlung Suchtmedizinische (Akut)Behandlung	x		x	
	6.07	Hauptsubstanz/-verhalten + Weitervermittlung Beratung und Betreuung	x		x	
	6.08	Hauptsubstanz/-verhalten + Weitervermittlung Niedrigschwellige Hilfen	x		x	
	6.09	Hauptsubstanz/-verhalten + Weitervermittlung Psychiatrische/Psychotherapeutische Suchtbehandlung	x		x	
	6.10	Hauptsubstanz/-verhalten + Weitervermittlung Arbeitsförderung, Beschäftigung, Qualifizierung	x		x	
	6.11	Hauptsubstanz/-verhalten + Weitervermittlung Suchtbehandlung	x		x	
	6.12	Hauptsubstanz/-verhalten + Weitervermittlung Eingliederungshilfe	x		x	
	6.13	Hauptsubstanz/-verhalten + Weitervermittlung Justiz	x		x	
	6.14	Hauptsubstanz/-verhalten + Weitervermittlung Altenhilfe	x		x	
	6.15	Hauptsubstanz/-verhalten + Weitervermittlung Kombibehandlung	x		x	
H	Beschreibung der Situation bei Betreuungsende		M/F	Z	B	E
	7.01	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik	x		x	x

Entwurf

		Suchtmittel/Substanzkonsum/Suchtverhalten bei Betreuungsende				
	7.02	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Körperliche/s Gesundheit/Befinden bei Betreuungsende	x		x	
	7.03	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Psychische Gesundheit/Seelischer Zustand bei Betreuungsende	x		x	
	7.04	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Familiäre Situation (Partner/Eltern/Kinder) bei Betreuungsende	x		x	
	7.05	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Weiteres soziales Umfeld bei Betreuungsende	x		x	
	7.06	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Schul-/Ausbildungs-/Arbeits-/Beschäftigungssituation bei Betreuungsende	x		x	
	7.07	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Freizeit(bereich) bei Betreuungsende	x		x	
	7.08	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Alltagsstrukturierung/Tagesstruktur bei Betreuungsende	x		x	
	7.09	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Finanzielle Situation bei Betreuungsende	x		x	
	7.1	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Wohnsituation bei Betreuungsende	x		x	
	7.11	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Rechtliche Situation bei Betreuungsende	x		x	
	7.12	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Fahreignung bei Betreuungsende	x		x	
	7.13	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Sexuelle Gewalterfahrungen bei Betreuungsende	x		x	
	7.14	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Andere Gewalterfahrungen bei Betreuungsende	x		x	
	7.15	Hauptsubstanz/-verhalten + Problematik Gewaltausübung bei Betreuungsende	x		x	
	7.16	Substanzen/Verhalten + Anzahl der Konsumtage im letzten Monat vor Betreuungsende	x		x	x
	7.17	Hauptsubstanz/-verhalten + Anzahl der Konsumtage im letzten Monat vor Betreuungsende	x		x	x
	7.18	Substanzen/Verhalten + Veränderung der Konsummenge	x		x	x
	7.19	Hauptsubstanz/-verhalten + Veränderung der Konsummenge	x		x	x

Entwurf

	7.2	Hauptsubstanz/-verhalten + Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende	x		x	
	7.21	Hauptsubstanz/-verhalten + Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende	x		x	
	7.22	Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn + am Tag nach Betreuungsende	x		x	
	7.23	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn + am Tag nach Betreuungsende	x		x	

1) nach Standards des Statistikausschusses der DHS für den deutschen Kerndatensatz Sucht
M/F: Männer/Frauen; Z: Zugänge; B: Beender; E: nach planmäßiger und unplanmäßiger Art der Beendigung

Entwurf

4 Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat)

Einleitung

Der Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat) stellt eine Ergänzung zum „Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS)" dar und wurde im Fachausschuss Statistik der DHS entwickelt. Das Katamnesemodul ist jeweils an den geltenden Kerndatensatz angepasst. Die erste Fassung des Kerndatensatzes Katamnese wurde 2004 in die überarbeitete Fassung des „Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS)" aufgenommen.

Bedeutung von Katamnesen

Die Behandlungs- und Betreuungsangebote in der Suchthilfe haben sich kontinuierlich weiterentwickelt und erweitert. Parallel zur Differenzierung der Angebote ist es für die Leistungsträger und für die Leistungserbringer zunehmend wichtig geworden, die Effektivität (anwendungsorientierte Wirksamkeit) und die Effizienz (als Kosten-Nutzen-Verhältnis von Intervention bzw. Maßnahme und erzielten Effekten) der Interventionsangebote nachzuweisen.

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

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

Die Ergebnisse von Katamnesen belegen aber nicht nur den Erfolg von Behandlungen, sie liefern auch Hinweise für eine Verbesserung der Indikationsstellungen, der Behandlungs- und Betreuungsangebote sowie der Nachsorge. Katamnesen können nach innen als eine wichtige Rückmeldung für alle am Behandlungsprozess Beteiligten verstanden und für die Bewertung und Weiterentwicklung der diagnostischen und der therapeutischen Arbeit im Team genutzt werden. Sie

Entwurf

können aber auch dafür verwendet werden, die Qualität des Angebots und der konkreten Arbeit nach außen sichtbar, überprüfbar und nachvollziehbar zu machen. Davon profitieren Klient:innen und Patient:innen, Leistungserbringer und Leistungsträger, aber auch die allgemeine und die politische Öffentlichkeit. Auch die Bundesländer und die Bundesregierung haben ein begründetes Interesse an qualifizierten Katamnesedaten, denn diese liefern – neben anderen Daten – auch Angaben zur Beurteilung der Qualität der Versorgung suchtkranker Menschen.

Durchführung von Nachbefragungen

Nachbefragungen können sowohl für die eigene Statistik und Erfolgskontrolle erstellt werden als auch für die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Auswertungen. Diese Möglichkeit bietet sich ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen, die den KDS-Kat verwenden, an. Solche Auswertungen können von einem Träger oder einem (Fach-)Verband für die eigenen Einrichtungen organisiert werden, sie können regional (z. B. für ein Bundesland) oder bundesweit ausgerichtet sein. Einrichtungen, die eine selbst konzipierte und organisierte Katamnese-Erhebung durchführen und an einer einrichtungsübergreifenden Auswertung teilnehmen wollen, sollten daher neben den einrichtungsspezifischen Fragen auch das Kernmodul Katamnese aufnehmen, welches die Vergleichbarkeit sicherstellt.

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

- Die (schriftliche oder mündliche) Beantwortung des Katamnesefragebogens erfolgt durch die Klient:innen/Patient:innen selbst. Dies bedeutet, dass nur Angaben, die von den Klient:innen/Patient:innen selbst stammen, als Katamneseantwort erhoben und verwendet werden. Dem Bogen wird ein Rückumschlag beigelegt mit dem Vermerk „Gebühr bezahlt Empfänger“.
- Der Katamnesebogen muss im vorgesehenen Zeitraum zurückgeschickt worden sein.
- Für jeden Katamnesefall muss ein Katamneseprotokoll vorliegen.
- Die Behandlung/Betreuung wurde im Rahmen einer Basisdokumentation dokumentiert, so dass Vergleichswerte über den Ausgangszustand der Klient:innen/Patient:innen vorliegen, über den Zustand zum Zeitpunkt der Beendigung sowie Daten über die Behandlung/Betreuung. Die Einrichtung stellt auch die für die Auswertung vorgesehenen Daten aus der Basisdokumentation (KDS-F) zur Verfügung.
- Für einrichtungsübergreifende Auswertungen von Katamnesedaten (gilt analog auch für Daten des Kerndatensatzes Fall) ist im Sinne des Datenschutzes eine Daten-Aggregierung vorzusehen.

Die Ausführungen stellen einen verbindlichen Rahmen her. Er gewährt den Einrichtungen allerdings einen Spielraum, damit sie ihre besonderen Interessen und Vorgaben auch angemessen berücksichtigen können.

Entwurf

Voraussetzungen

Die Durchführung einer Katamnese-Erhebung verlangt eine systematische, sorgfältige und kontrollierte Erhebung.

Für die praktische Umsetzung einer Katamneseuntersuchung empfiehlt sich die Einsetzung eines/einer **Dokumentationsbeauftragten**, für den/die auch Ressourcen für die Durchführung der Katamnese bereitgestellt werden müssen. Es ist sinnvoll, ein **Datenschutzkonzept** auszuarbeiten und es mit dem/der zuständigen Datenschutzbeauftragten abzustimmen.

Der/die Dokumentationsbeauftragte
Die/der Dokumentationsbeauftragte (DB) übernimmt folgende Aufgaben, die er/sie selbst ausführt oder aber auch delegieren kann:

- Anleitung der Kolleginnen und Kollegen zur Durchführung der Katamnese
- Rechtzeitige Vorbereitung der Katamnese-Erhebung: Überprüfung der Adressen und sorgfältige Adresspflege, Kodierung der Fragebögen, Organisation des Versandes
- Durchführung der Katamnese-Erhebung
- Führen des Katamneseprotokolls
- Archivierung der Unterlagen
- Dateneingabe in ein spezielles Katamnesemodul einer Klientenverwaltungs-Software (bzw. einer Dokumentations-Datenbank)
- Organisation der Auswertung (eigenständige Auswertung oder Delegierung an externe Stelle
- Weitergabe der aggregierten Daten für eine einrichtungsübergreifende Auswertung
- Datenschutzmanagement

Sofern es nicht möglich ist, Katamnesefälle per Filterfunktion aus der EDV-gestützten Dokumentation zu identifizieren, sorgt die/der Datenbeauftragte dafür, dass die Kolleg:innen regelmäßig die definierten Fälle melden. Sie/er führt darüber eine Liste. Auch für den Fall einer längeren Abwesenheit (z. B. Krankheit, Elternzeit) sorgt die/der Datenbeauftragte dafür, dass die Kolleg:innen die entsprechenden Fälle leicht zugänglich machen.

Ablaufplan

Der Durchführungsplan gliedert sich in **vier Hauptbereiche**: Vorbereitung, Durchführung, Auswertung und Bewertung der Ergebnisse.

I.	**Vorbereitung der Datenerhebung**
1	Bildung der Ausgangsstichprobe: Identifizierung der Fälle – Entlassene des Vorjahres
2	Erstellen der Liste der Katamnesefälle
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 Aufnahmenummer oder die Einrichtungs-Registrierungsnummer zu verwenden. Es wird davon ausgegangen, dass der

Entwurf

	Registrierungsmodus in jeder Einrichtung in schriftlicher und verbindlicher Form vorliegt. Die Registrierungsnummer/Fall-Code wird nur einmal vergeben, so dass sie einen Fall eindeutig identifiziert. Der Fall-Code stellt sicher, dass der Katamnesefragebogen dem/r jeweiligen Klient/in /Patient/in zugeordnet und damit die Auswertung der Katamnesen auch die Eingangs- und Verlaufsdaten einbeziehen kann. .
4	Erfassung der Größe der Ausgangsstichprobe als Basisinformation für die konkrete Durchführung der Katamnese-Erhebung (Anzahl der Fälle = Anzahl der Fragebogen = Anzahl der Versandumschläge usw.).
5	Bereitstellung der erforderlichen Materialien (Anzahl Fragebogen u. a.)
6	Vorbereitung der Datenerhebung: - Kodierung der Katamnesefragebogen und Versandumschläge mit Fall-Code - Überprüfung der Adresse (ggf. Durchführung einer ergänzenden Adressrecherche) - Anschreiben und Versand vorbereiten, Klärung der Rücksendeadresse
7	Zeitplan für Versand und Erinnerungsschreiben justieren.
II.	**Durchführung der Erhebung**
8	Versand - postalisch/digital (Datenschutz beachten)
9	Kontrolle des Rücklaufs (mit Hilfe des Katamneseprotokolls bzw. der Fall-Liste)
10	Erinnerungsschreiben bei Nichtantwortenden (4-6 Wochen nach Erstversendung bei 1-Jahres-Katamnesen)
11	Katamneseprotokoll ausfüllen (Vorschlag: pro Monat nach Abschluss der Erinnerungsaktion)
12	Archivieren der eingegangenen Katamnesefragebogen
III.	**Auswertung der erhobenen Daten**
13	Vorbereitung der Dateneingabe (Kontrolle der Unterlagen auf Vollständigkeit)
14	Bildung der Katamnesestichproben (s. 0)
15	Dateneingabe
16	Datenauswertung (s. 0)
17	Weiterleitung der Daten in aggregierter Form (für einrichtungsübergreifende Auswertung)
18	Datenlöschung (in der Einverständniserklärung benennen)
IV.	**Bewertung der Ergebnisse der Katamnese**
19	(schriftlicher) Bericht/Dokumentation (Vergleich mit Vorjahren oder mit externen Ergebnissen)
20	Einrichtungsinterne Diskussion/Verwertung
21	Evaluation der Katamnese-Erhebung im Sinne einer Überprüfung und Optimierung des Verfahrens
22	Veröffentlichungen (Jahresbericht u. a.)

Entwurf

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

- Setting: stationäre, ganztägig ambulante, ambulante Einrichtungen
- Art der Befragung: Face to face, telefonisch, postalisch, online
- Hilfesuchende: Erreichbarkeit, Kooperationsbereitschaft, legale/illegale Suchtmittel
- interne oder externe Erledigung der einzelnen Aufgaben (insbesondere bei externer Auswertung der Katamnesefragebogen)
- Art der Auswertung: EDV-gestützt oder manuell.

Die vorgesehene Katamnese-Erhebung verfolgt zwei Hauptziele:

a) Sie erfasst zum einen die Ausprägung relevanter Merkmale der Klient:innen und Patient:innen im Zeitfenster der Katamnese wie z. B. die Lebens- und Wohnsituation, den Konsum von Substanzen oder auch die Inanspruchnahme einschlägiger Hilfe, und ist insofern Statusdiagnostik.
b) Sie erfasst zum anderen im Sinne einer Verlaufsdiagnostik auch Veränderungen, die im Verlauf des Zeitfensters in relevanten Lebens- und Problembereichen aufgetreten sind.

Items des Kerndatensatzes Katamnese

Die Struktur und die Auswahl der Items für den Katamnesefragebogen (> Verweis auf Anlage Katamnesefragebogen) sind auf den Kerndatensatz Fall (KDS-F) ausgerichtet. Somit können aus den Angaben aus dem KDS-F und dem KDS-Kat Vorher-Nachher-Vergleiche abgebildet und Veränderungen im Behandlungserfolg erfasst werden:

1. Überwiegende Lebenssituation in den letzten 12 Monaten
2. Überwiegendes Wohnverhältnis in den letzten 12 Monaten
3. Überwiegende Erwerbssituation in den letzten 12 Monaten
4. In Einrichtungen erhaltene Hilfen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung in den letzten 12 Monaten
5. Veränderungen/Entwicklungen in verschiedenen Lebensbereichen und Zufriedenheit in den letzten 12 Monaten

Modul B: Konsum von psychotropen Substanzen – Konsumveränderung

Modul C: Glücksspielverhalten – Veränderung Spielverhalten

Modul D: Problematischer Internetgebrauch – Veränderung Internetgebrauch

Fragebogen für einrichtungsübergreifende Auswertungen

Um bei den Befragten eine möglichst hohe Akzeptanz für eine Beantwortung zu erhalten, ist der Fragebogen so kurz und übersichtlich wie möglich gehalten. Der Aufbau des KDS-Kat ist modular angelegt: Neben einen allgemeinen Teil zur Lebens- und Wohnsituation werden je nach Diagnosestellung krankheitsbezogene Module versendet

Entwurf

(Substanzkonsumstörung/Glücksspielen/problematischer Internetgebrauch). (>Verweis auf Anlage Fragebogen)

Die ausgewählten Items gelten als „Minimalstandard“, sie sollen in jedem Fall und in der vorliegenden Form in den Katamnesefragebogen der Verbände, Träger–und Einrichtungen aufgenommen werden. Es steht jedem Verband, Träger oder Einrichtung jedoch frei, die vorliegenden Items um weitere Items zu ergänzen, damit spezifische, den Verband, Träger oder die Einrichtung interessierende Fragestellungen, untersucht werden können.

Welche Fälle werden für die Katamnese-Erhebung vorgesehen?

Die Grundgesamtheit der Katamnese-Erhebung umfasst jeweils alle Fälle, die eine Behandlung oder Betreuung in der eigenen Einrichtung (nach KDS-Fall 2.5.1) erhalten und im Bezugskalenderjahr abgeschlossen haben (= Entlassjahrgang). Die Behandlung/Betreuung kann vollständig in der Zuständigkeit und entsprechend dem Versorgungsauftrag der eigenen Einrichtung durchgeführt worden sein oder in Kooperation mit einer (externen) Einrichtung (s. KDS-F 2.5.4).

Für eine Aufnahme in die Katamnesestichprobe gelten darüber hinaus folgende Bedingungen:

- Die Grundgesamtheit bzw. der Entlassjahrgang muss vollständig mit einem Dokumentationssystem, welches den Deutschen Kerndatensatz Fall (KDS-F) enthält, erfasst und dokumentiert werden, um den Bezug zwischen Behandlungs- und Katamnesedaten herstellen zu können, aber auch um Vergleiche zwischen Einrichtungen zu ermöglichen.
- über den Behandlungsbeginn und das Behandlungsende liegen tagesgenau definierte Angaben vor. Mit "Beendigung" ist nicht gemeint, dass die Behandlung planmäßig abgeschlossen sein muss, sondern dass sie formal beendet wurde (s. KDS-F 2.6.7). Die Nachbefragung umfasst somit auch unplanmäßig beendete Behandlungen.
- für jeden Behandlungs-/Betreuungsfall liegt eine Hauptmaßnahme vor.
- für jeden Behandlungs-/Betreuungsfall liegt eine datenschutzrechtliche Einverständniserklärung bezüglich Dokumentation und Teilnahme an der Katamnese vor.

Der Fachausschuss Statistik der DHS sieht für die Katamnese-Erhebung eine Vollerhebung vor. Im Bereich stationären/teilstationären Rehabilitation wird eine auf einer Vollerhebung basierende Katamnese empfohlen, die kontinuierlich (d. h. fortlaufend, ohne Erhebungspause) als prospektive Routinekatamnese durchgeführt wird. Eine Vollerhebung umfasst alle Fälle eines Entlassjahrgangs, welche die vorgesehenen Kriterien (s. o.) erfüllen.

Dieselbe Empfehlung gilt auch für den höherschwelligen Bereich der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe, im niedrigschwelligen Bereich ist eine Einjahres-Katamnese zumindest in regelmäßigen Abständen anzustreben. Vollerhebungen, die nicht kontinuierlich durchgeführt werden, erfordern, dass ein Erhebungszeitraum angegeben wird (z. B.: Abschlussjahrgänge 2010 - 2015).

Angehörige werden nicht in die Katamnese aufgenommen.

Entwurf

Ermittlung der Stichproben

Im Sinne der vorgesehenen Vollerhebung bilden alle Fälle, für welche die oben genannten Kriterien zutreffen, die Grundgesamtheit. Die Bildung der Stichprobe erfolgt zwar unter der Zielsetzung, von möglichst allen Fällen Katamnesen zu erheben, es ist jedoch davon auszugehen, dass nicht alle Klient:innen/Patient:innen an der Untersuchung teilnehmen werden.

Die Durchführungsstrategie erfolgt in mehreren Schritten, in welchen zugleich zwischen Teilnahme (Responder) und Nicht-Teilnahme (Nonresponder) differenziert wird.

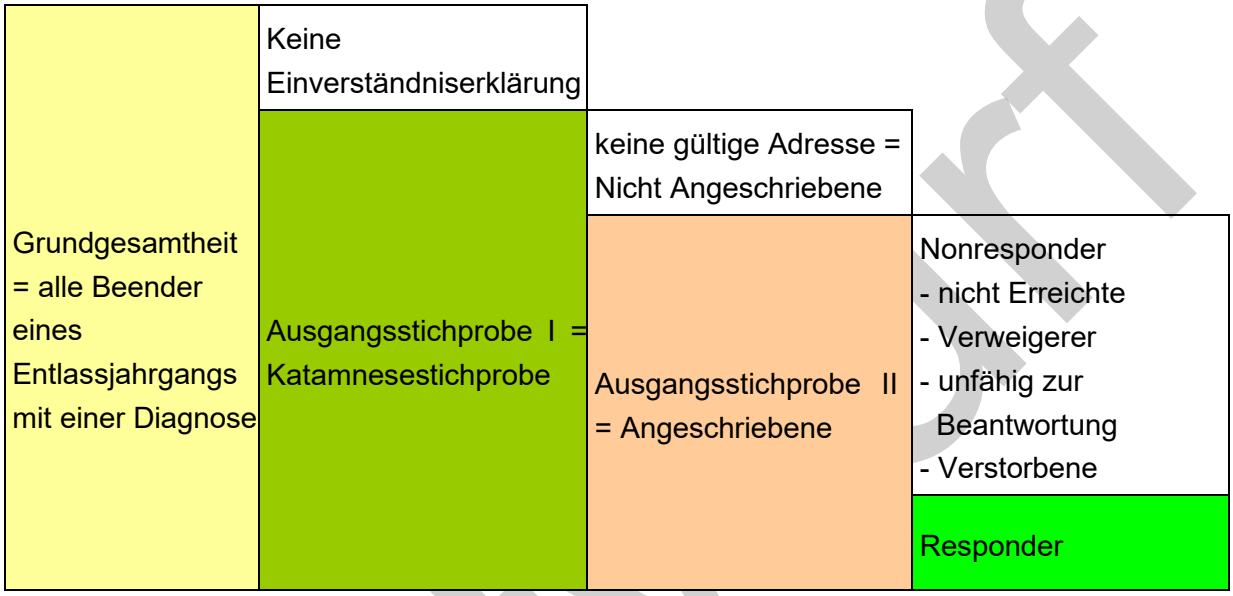


Abbildung 1: Bildung der Stichprobe und „Katamneseschwund“

Für alle Stichproben sind absolute und relative Häufigkeiten anzugeben.

(1) die Grundgesamtheit wird um die Fälle reduziert, von welchen während der Behandlung keine Einverständniserklärung vorliegt; denn diese Fälle dürfen nicht in die Katamnese-Erhebung einbezogen werden. Die so reduzierte Stichprobe ist Katamnesestichprobe oder Ausgangsstichprobe (**Ausgangsstichprobe I**).

(2) Die Ausgangsstichprobe I wird sodann um die Fälle bereinigt, von welchen keine gültige Adresse vorliegt oder keine aktuell gültige ermittelt werden konnte, so dass diese Fälle auch nicht angeschrieben werden können. Diese bereinigte Stichprobe bildet die **Ausgangsstichprobe II**, d. h. die Stichprobe der „angeschriebenen“ Fälle (s. Abbildung 1). Nicht angeschrieben werden somit alle Fälle, für die keine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Katamnese vorliegt, sowie die Fälle, für die trotz Bemühungen keine gültige Adresse vorliegt. Angeschrieben werden somit nur die Fälle mit einer aktuell gültigen Adresse.

(3) Ein Teil dieser Stichprobe (Ausgangsstichprobe II) sendet den beantworteten Fragebogen zurück; sie nimmt an der Katamnesestudie teil und bildet die Stichprobe der Responder (Antworter, Teilnehmer). In der Stichprobe der Responder sind sowohl solche, die "postwendend" geantwortet haben (Früh-Responder) als auch solche, die erst auf das Erinnerungsschreiben hin geantwortet haben (Spät-Responder).

Entwurf

(4) Ein anderer Teil sendet keine beantworteten Katamnesebogen zurück, es handelt sich um die Stichprobe der Nonresponder oder „Nicht-Teilnehmer“ („Ausfälle“). Die Teilstichprobe der Nonresponder enthält verschiedene Unterstichproben, je nach Grund der Nichtbeantwortung bzw. Nicht-Teilnahme:

- die „nicht Erreichten“: die richtige Adresse liegt vor, die Personen waren jedoch zum Zeitpunkt der Befragung nicht an ihrem Wohnsitz (z. B. Reise, Klinikaufenthalt).
- Personen, die „unfähig zur Beantwortung“ waren (z. B. aufgrund einer schweren Erkrankung)
- verstorbene Personen.
- Verweigerer: Personen, welche die Beantwortung erst zum Zeitpunkt der Erhebung aktiv oder passiv verweigern und den Fragebogen mit oder ohne Kommentar zurückschicken oder unbeantwortet lassen bzw. die telefonische oder Online-Kontaktaufnahme abbrechen. Auch diese Personen nehmen an der Katamnesestudie nicht teil.

4.c.8 Katamneseprotokoll

Eine vollständige Katamnese-Erhebung beinhaltet das Katamneseprotokoll und den Katamnesefragebogen. Das Katamneseprotokoll (s. Tabelle 4) dokumentiert die Art und das Ergebnis der Durchführung der Katamnese für jede/n Klient/in bzw. Patient/in. Das Katamneseprotokoll ist eng an die Vorschläge der „Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001) angelehnt.

Das Katamneseprotokoll enthält alle Fälle, von welchen eine Einverständniserklärung vorliegt (Ausgangsstichprobe I) also auch die Fälle, von welchen keine aktuelle Adresse vorliegt und die daher nicht angeschrieben wurden.

Tabelle 3: Katamneseprotokoll

Name Kl./Pt.	Code Kl./Pt.	Versanddatum	Datum Erinnerungsschreiben	Eingangsdatum Katamnesebogen	Grund, falls keine Rücksendung erfolgt ist
Müller, Xaver	213/2014	18.01.2016	28.02.2016	30.03.2016	
Endlos, Hanna	214/2014	18.01.2016	-	25.01.2016	
Weitweg, Fritz	215/2014	18.01.2016	13.02.2016	-	verstorben
Mann, Paul	216/2014	keine Adresse	-	-	
Maier, Peter	217/2014	18.01.2016	13.02.2016	-	unbekannt verzogen
Müllejans, Eva	232/2014	18.01.2016	13.02.2016	30.03.2016	Beantwortung verweigert
Schiffler, Claas	246/2015	18.01.2016	13.02.2016	-	Annahme verweigert

(> Verweis auf Katamneseprotokoll im Anhang)

Entwurf

Bildung der Katamnesestichproben

Entsprechend der Erhebungsstrategie wird die Grundgesamtheit (Entlassjahrgang) in mehrere Teilstichproben unterteilt. Tabelle 3 enthält diese Teilstichproben und ermöglicht, die jeweilige Anzahl der Fälle und den prozentualen Anteil übersichtlich darzustellen. Die Angaben dienen dazu, die Erhebungsstrategie transparent zu machen und die Ausschöpfungsquote zu berechnen. Zur Veranschaulichung enthält die Tabelle fiktive Zahlen.

Tabelle 4: Bildung der Katamnesestichprobe

Erhebungsstrategie	alle Fälle		planmäßige Beender	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Fälle ohne Einverständniserklärung	20	2	10	5
keine gültige Adresse/nicht angeschrieben	20	2	5	2,5
nicht erreicht/unbekannt verzogen	50	5	20	10
Verstorben	10	1	5	2,5
unfähig zur Beantwortung	20	2	10	5
Beantwortung verweigert, Fragebogen zurückgeschickt	10	1	5	2,5
kein Rücklauf	200	20	30	15
keine Daten, Sonstiges	20	2	15	7,5
Nonresponder	350	35	100	50
Fragebogen liegt vor: Früh-Responder	500	50	20	10
Fragebogen liegt vor: Spät-Responder	150	15	80	40
Grundgesamtheit (Entlassjahrgang)	1000	100	200	100

Bei den Respondern kann es aufschlussreich sein, zwischen Früh-Respondern (Antwort/Rücksendung erfolgt im vorgesehenen Zeitraum) und Spät-Respondern (Antwort/Rücksendung erfolgt erst nach Erinnerungsschreiben) zu unterscheiden. Eine weitere Differenzierung, die sich auf alle Untergruppen der Grundgesamtheit anwenden lässt, ergibt sich durch die Unterscheidung zwischen den Fällen mit planmäßiger Beendigung und den Fällen mit nicht planmäßiger Beendigung (s. auch Berechnungsformen)

Datenschutzaspekte

Da die Standardkatamnese als prospektive Katamnese durchgeführt werden soll, muss sie bereits zu Beginn der Behandlung eingeplant und organisiert werden. Es besteht die Verpflichtung, die Klient:innen/Patient:innen zu Beginn über die Behandlung /Betreuung und über den Datenschutz zu informieren.

Die ambulanten und stationären Einrichtungen haben Anleitungen und Anweisungen für ihre Mitarbeiter/innen entwickelt, welche nicht nur die Dokumentation der erhobenen Sozialdaten, sondern auch den Datenschutz und die Datensicherheit betreffen. Insofern gilt es, in diese Vorlagen auch die für die Katamnese erforderlichen Informationen einschließlich der Aufgaben zum Datenschutz (speziell Einwilligungserklärung) und zur Datensicherheit einzuarbeiten bzw. die

Entwurf

Vorlagen zu ergänzen.

Für Suchthilfemaßnahmen, die in (enger) Kooperation mit anderen Einrichtungen erfolgen, ist auch eine **„Schweigepflichtentbindung“** von den Klient:innen/Patient:innen vorzusehen und zu Beginn der Maßnahme einzuholen.

Detaillierte Informationen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen und Vorgaben die bei der Durchführung von Katamnese-Erhebungen sowie bei der Dokumentation, Speicherung und Auswertung der Katamnesedaten finden sich in Kapitel 6.

Entwurf

5 Nutzung der Daten

BP = Berichterstattung Politik, E = Einrichtung, EU = Europäische Berichterstattung (TDI)
L = Länderberichte/Anforderungen Länder, V = Verbandsauswertungen, W = Wissenschaftliche Berichte

Item Nr.	Item	Nutzung der Daten
1.1	Anschrift	
1.2	Bundesland	
1.3	Trägerschaft	BP, W
1.4	Art der Einrichtung/Einrichtungstyp	W, EU
1.4.1	Spezifizierung des Einrichtungstyps	W, EU
1.5	Personelle Besetzung	L, W, E
1.6	Art der Dienste/Angebote	W
1.7	Anzahl nicht dokumentierter Betreuter *(ambulant)*	Fallzahlen Gesamt
1.8	Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen/Angeboten	L, W
2.1	Datum des Beginns der aktuellen Beratung/Betreuung/ Behandlung	L, W
2.1.2	Alter bei Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/ Behandlung	L, V, W
2.1.3	Geschlecht	L, V, W, EU
2.1.4	Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsgrund	L, W
2.1.5	Wenn Person im sozialen Umfeld, Art der Beziehung	E
2.1.6	Problem(e) aus Sicht der Person	L, W, V
2.1.7	Weitere Problembereiche (außer Sucht)	L, W
2.2.1	Jemals zuvor aufgrund eigener Problematik suchtbezogene Hilfe beansprucht	V, W, EU
2.2.2.1	Alter bei erstem Kontakt zur Suchthilfe (in Jahren)	W
2.2.2	Im Jahr des Beratungs-/Betreuungs-/ Behandlungsbeginns bereits in einer Suchthilfeeinrichtung vorstellig geworden	V, W, EU
2.2.3	Vorberatungen/-betreuungen/-behandlungen	V, W
2.2.4	Wiederaufnahme in dieser Einrichtung	E
2.2.5	Vermittelnde Instanz	BP, L, V, W

Entwurf

2.2.6	Hauptkostenträger	L, V
2.2.7	Auflagen	E, V
2.2.8	Gesetzliche Betreuung	E
2.2.9	Betreute Person derzeit in Haft?	W, EU
2.3.1	Familiäre (elterliche) Suchtproblematik?	V, W, EU
2.3.2	Lebenssituation	BP, V, W, EU
2.3.3	Schwangerschaft	BP
2.3.4	Kinder	BP, W, EU
2.3.5	Staatsangehörigkeit/Sprache/Migration/Flucht	W, L, V, BP
2.3.6	Schulischer Bildungsweg	L, V, W, EU
2.3.7	Höchster beruflicher/akademischer Ausbildungsabschluss	L, V, EU
2.3.8	Wohnverhältnis am Tag vor Beginn	L, V, W, EU
2.3.9	Erwerbsstatus am Tag vor Beginn	L, V, W, EU
2.4.1	Konsum von psychotropen Substanzen	W, EU
2.4.2	Aktuelle/Frühere Problematik	W
2.4.3	Gegenstand der Beratung/Betreuung/Behandlung	W, E
2.4.4	Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen zu Beginn	L, EU
2.4.5	Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen am Ende	L, EU
2.4.6	Alter bei Erstkonsum	W, EU
2.4.7	Jemals ärztlich verordnet	W
2.4.8	Dauer der Problematik (in Jahren)	W
2.4.9	Polyvalenter Konsum	EU, E, W
2.4.10	Jemals im Leben opioidsubstituiert	W, EU
2.4.10.1	Alter bei erster Opioidsubstitution (in Jahren)	W, EU
2.4.11	I.v.-Konsum	W, EU
2.4.11.1	Falls jemals i.v.-Konsum: In welchem Alter das erste Mal?	EU
2.4.12	Gemeinsame Spritzenbenutzung (Needle Sharing)	EU
2.4.13	Infektionsstatus	EU
2.4.14	Teststatus	EU
2.4.15	HIV - Testergebnis	EU

Entwurf

2.4.16	HBV/HCV - Testergebnis	EU
2.4.17	Medikamentenmissbrauch	V, W
2.4.18	Aktuelle/Frühere Problematik	W
2.4.19	Gegenstand der Beratung/Betreuung/Behandlung	W, E
2.4.20	Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen zu Beginn	L
2.4.21	Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Ende	L
2.4.22	Jemals ärztlich verordnet	W
2.4.23	Dauer der Problematik (in Jahren)	W
2.4.24	Verhaltensbezogene Problembereiche	W
2.4.25	Aktuelle/Frühere Problematik	W
2.4.26	Spielform	L, V, W
2.4.27	Gegenstand der Beratung/Betreuung/Behandlung	W, E
2.4.28	Anzahl der Tage mit problematischem Verhalten in den letzten 30 Tagen vor Beginn	L, W
2.4.29	Anzahl der Tage mit problematischem Verhalten in den letzten 30 Tagen vor Ende	L, W
2.4.30	Dauer der Problematik (in Jahren)	W
2.4.31	Hauptproblematik	W
2.4.32	Überwiegende Konsumart vor Beginn bei der Hauptsubstanz	EU
2.4.33	ICD-Diagnosen aus dem Bereich psychischer (inklusive suchtbezogener) Störungen	V, W
2.5.1	Maßnahmen	L, V, W
2.5.2	Kooperation während der Beratung/Betreuung/Behandlung	BP, V, W
2.6.1.1	Datum bei Beginn der Beratung/Betreuung/Behandlung	L, V, W, E
2.6.1.2	Dauer der Beratung/Betreuung/Behandlung	L, V, W, E
2.6.2	Kontaktart	W
2.6.2.1	Kontaktzahl Gesamt Episode *(ambulant)*	BP, L, V, W
2.6.2.2	Kontaktzahl Auswertungsjahr *(ambulant)*	E
2.6.3	Medium der Beratung/Betreuung/Behandlung	W
2.6.4	KI-Unterstützung während der Beratung/Betreuung/ Behandlung	W
2.6.5	Kontakt zu Selbsthilfegruppe	L
2.6.6	Besuch einer Selbsthilfegruppe	BP, L

Entwurf

2.6.7	Art der Beendigung	BP, L, V, W
2.6.8	Weitervermittlung	BP, L, W
2.6.9	Problematik am Tag des Beratungs-/Betreuungs-/ Behandlungsendes	BP, L, W
2.6.10	Neu aufgetretene Substanzkonsum-/Suchtverhalten-Problematik	W
2.6.11	Wohnverhältnis am Tag nach Ende	L, V
2.6.12	Erwerbsstatus am Tag nach Ende	L, V

Entwurf

6 Datenschutz

6a) Einleitung

Die europäische Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) liefert seit ihrem Inkrafttreten im Jahr 2018 „einen einheitlichen Rechtsrahmen zum Schutz der Menschen in der digitalen Welt“ (BfDI, 2019, S. 6). Die DSGVO richtet den Blick auf die grundrechtlich geschützte freie Selbstbestimmung des Einzelnen, auf das verfassungsrechtlich gesicherte Recht auf informationelle Selbstbestimmung, wonach jede betreute/behandelte Person grundsätzlich selbst entscheiden kann, wann und innerhalb welcher Grenzen persönliche Lebenssachverhalte offenbart werden dürfen“ (Hauser & Haag, 2019, S. 63). Vorrangiges Ziel des Datenschutzes ist es, „eine Gefährdung des Persönlichkeitsrechts des Einzelnen von vornherein durch das Aufstellen von Verarbeitungsregeln für personenbezogene Daten und über die Gestaltung und den Einsatz von Informationstechnik zu verhindern“ (BfDI, 2019, S. 10). Die DSGVO und die nationalen Gesetze – Bundesdatenschutzgesetz, Landesdatenschutzgesetze – „verpflichten die Datenverarbeiter, die rechtlichen „Spielregeln“ der Datenverarbeitung zu beachten und die Betroffenen über die Verarbeitung ihrer Daten zu informieren“ (BfDI, S. 9).

Die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt in erster Linie auf der Grundlage der DSGVO. Das neue Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist nachrangiges Recht, die darin formulierten Regelungen sind entweder an die DSGVO angepasst oder gelten nur dann, soweit die DSGVO nicht unmittelbar gilt und nicht der bereichsspezifische Datenschutz (z. B. SGB). Die Landesdatenschutzgesetze (LDSG) enthalten DSGVO ergänzende Regelungen. Für öffentliche Stellen der Länder liegen bereichsspezifische Regelungen vor wie z. B. die Landeskrankenhausgesetze. Datenschutz ergibt sich somit aus dem „Zusammenspiel von DSGVO, BDSG und LDSGen“ (Kühling et al., 2018, S. 99ff).

Die Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates, die DSGVO, besteht aus zwei Teilen: Der erste Teil enthält die „Erwägungsgründe“, in welchen Ziele und Erläuterungen formuliert werden, die aufzeigen, welche Überlegungen für die Ausarbeitung der Verordnung verfolgt wurden, insofern sind sie für die Interpretation der Verordnung hilfreich. Der zweite Teil enthält die Grundverordnung; sie ist in 11 Kapitel gegliedert und umfasst insgesamt 99 Artikel.

Im Folgenden werden nach einer kurzen Darstellung allgemeiner Vorgaben ausgewählte und in erster Linie für die Fallarbeit relevante Bestimmungen der DSGVO kurz referiert und kommentiert; es handelt sich vor allem um Bestimmungen, die einer besonders strengen Vorschrift unterliegen, denn ihre Einhaltung muss nachgewiesen werden („Rechenschaftspflicht“).

6b) Allgemeiner Teil

Grundsätzlich verbietet die DSGVO – wie auch das BDSG – die Verarbeitung personenbezogener Daten; sie ist nur zulässig, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage vorliegt oder der Betroffene eingewilligt hat („Verbot mit Erlaubnisvorbehalt bzw. mit Zulässigkeitstatbeständen“).

Der **Artikel 4 DSGVO** enthält **Begriffsbestimmungen**; hier eine Auswahl:

(1) personenbezogene Daten sind „Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person („betroffene Person“) beziehen. Identifizierbar ist eine Person dann, wenn sie

Entwurf

direkt oder indirekt mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann.

(2) Verarbeitung: „jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung“. Verarbeitung ist somit Oberbegriff und umfasst alle denkbaren Möglichkeiten des (fachlichen) Umganges mit personenbezogenen Daten.

(5) Pseudonymisierung; „die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden“. Das BDSG in der Fassung von 2010 beschreibt in §3 Abs. 6a das **Pseudonymisieren** als „das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.“ Die Werte von identifizierenden Merkmalen werden mit Hilfe einer Zuordnungsregel durch geänderte Werte – Pseudonyme oder Codes – ersetzt. Da die potentiell verfügbaren zusätzlichen Informationen die Zuordnung der Daten zu einer natürlichen Person ermöglichen und sie damit potentiell identifizieren, sind pseudonymisierte Daten personenbezogene Daten und unterliegen der DSGVO.

(7) Verantwortlicher: „die natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten entscheidet“. Mit Blick auf die weite Definition von Verarbeitung kann es sich um eine hauptverantwortliche Person handeln oder die Verantwortung ist „vorgangsspezifisch“ aufgeteilt und mehreren Personen zugeordnet. So kann z. B. Verantwortung für die Erhebung und Erfassung bei einer Person liegen und die Speicherung bei einer anderen Person.

(8) Auftragsverarbeiter: eine natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die personenbezogene Daten im Auftrag des Verantwortlichen verarbeitet. Auch hier gilt es zu beachten, auf welche Verarbeitungsvarianten sich der Auftrag bezieht und ob er von der jeweils zuständigen verantwortlichen Person erteilt und kontrolliert wird.

(11) Einwilligung der betroffenen Person: jede freiwillig für den bestimmten Fall, in informierter Weise und unmissverständlich abgegebene Willensbekundung in Form einer Erklärung oder einer sonstigen eindeutigen bestätigenden Handlung, mit der die betroffene Person zu verstehen gibt, dass sie mit der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten einverstanden ist.

(13-16) genetische, biometrische Daten, Gesundheitsdaten: sie unterliegen einem verstärkten Schutz; die Einwilligung muss sich ausdrücklich auf die Verarbeitung dieser Daten beziehen (vgl. Artikel 9).

Entwurf

6c) Spezieller Teil

6.c.1 „Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten“ (Artikel 5 DSGVO)

Die im Artikel behandelten Grundsätze korrespondieren mit der Informationspflicht gegenüber den Betroffenen, die in den Artikeln 12-14 DSGVO behandelt wird.

Artikel 5, Absatz 1 zählt die folgenden Grundsätze auf:

- Rechtmäßigkeit, Verarbeitung nach Treu und Glauben, Transparenz
- Zweckbindung
- Datenminimierung (BDSG: Datensparsamkeit).
- Richtigkeit
- Speicherbegrenzung; Speicherung der Daten nur solange dies erforderlich ist
- Integrität (Echtheit, Unverfälschtheit der Daten), Vertraulichkeit.

Der Verantwortliche ist für die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Grundsätze verantwortlich und muss deren Einhaltung nachweisen können („**Rechenschaftspflicht**“) (Artikel 5, Absatz 2).

6.c.2 „Rechtmäßigkeit der Verarbeitung“ (Artikel 6 DSGVO)

Zentrale Grundlage für die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung ist das Verbotsprinzip. „Dieses besagt, dass grundsätzlich jede Verarbeitung personenbezogener Daten erst einmal verboten ist. Sie ist nur auf der Basis einer freiwilligen Entscheidung der betroffenen Person oder einer Rechtsgrundlage erlaubt" (BfDI, S 26). Die freiwillige Entscheidung ergibt sich durch die **Einwilligung der betroffenen Person**, die Rechtsgrundlage durch „**Zulässigkeitstatbestände**“. Bei diesen ist die Verarbeitung nur dann zulässig, wenn sie im Rahmen des Zulässigkeitstatbestandes erforderlich ist („**Erforderlichkeitsprinzip**“) und „wenn es zur beabsichtigten Art und Weise der Datenverarbeitung keine sinnvolle oder zumutbare Alternative gibt, um die verfolgte Zielsetzung zu erreichen“ (Kühling et al., S. 141). Artikel 6 DSGVO Absatz 1 listet sechs Zulässigkeitstatbestände auf.

6.c.3 „Einwilligung der betroffenen Person“ (Artikel 7 DSGVO)

In der DSGVO kommt der „Einwilligung eine zentrale Rolle als Zulässigkeitstatbestand für eine rechtmäßige Datenverarbeitung zu. Eine Einwilligung ist nur wirksam, wenn sie freiwillig und informiert abgegeben wird. Entscheidend ist, dass es eine „unmissverständlich abgegebene Willensbekundung in Form einer Erklärung oder einer sonstigen eindeutigen bestätigenden Handlung", „ein aktives Verhalten der betroffenen Person" ist (BfDI, S. 28). Die Freiwilligkeit setzt voraus, dass „die betroffene Person eine echte und freie Wahl hat, also in der Lage ist, die Einwilligung zu verweigern oder zurückzuziehen, ohne Nachteile zu erleiden (Erwägungsgrund 42)" (BfDI, S. 28). Die Einwilligung hat in informierter Weise zu erfolgen; das umfasst alle in Artikel 7 DSGVO aufgezählten Bedingungen. Der Verantwortliche wird ausdrücklich verpflichtet, **die Erteilung der Einwilligung nachweisen** zu können (Artikel 7 Absatz 1).

Datenschutzrechtlich ist für die Erteilung einer wirksamen Einwilligung „die Geschäftsfähigkeit der betroffenen Person im Sinne bürgerlich-rechtlicher Vorschriften“ nicht erforderlich, jedoch die entsprechende **Einsichtsfähigkeit** (Buchner, Kühling, S. 305, Rn 9). Hauser & Haag (2019) gehen

Entwurf

davon aus, „dass der Patient die natürliche Einsichtsfähigkeit in die Bedeutung und Tragweite seiner Einwilligung besitzt. Diese kann jedoch – z. B. bei Patienten in psychiatrischer Behandlung – mitunter fehlen“, so dass nur der gesetzliche Vertreter sie erteilen kann (S. 39). Eine ähnliche Situation tritt bei Kindern auf, so dass die DSGVO diese gesondert in Artikel 8 behandelt. Die DSGVO bleibt bei dem „Grundsatz, dass die Wirksamkeit einer Einwilligung eine entsprechende Einsichtsfähigkeit der betroffenen Person voraussetzt und diese Frage jeweils **einzelfallbezogen zu beurteilen** ist (Buchner & Kühling, 2018, S. 305, Rz 70).

6 d) Rechte der betroffenen Person

Die in der DSGVO in den Artikeln 12 bis 23 vorgesehenen Rechte der betroffenen Person korrespondieren mit den Aufgaben und Pflichten der Verantwortlichen und der Auftragsverarbeiter. Diese wechselseitige Ausrichtung verstärkt ihre jeweilige Bedeutung, macht aber auch darauf aufmerksam, dass ein konstruktives Zusammenspiel beider Akteure voraussetzt, dass jede der beiden ihre (teilweise) „komplementären“ Aufgaben (z. B. Informieren – Auskunft einholen) auch aktiv wahrnehmen. Die DSGVO nimmt den Verantwortlichen stärker in die Pflicht; er muss die betroffene Person über ihre Rechte informieren und auch darüber, wie sie ihre Rechte praktisch wahrnehmen kann und er muss nicht zuletzt auch Voraussetzungen schaffen, dass die betroffene Person ihre Rechte auch wahrnimmt.

6.d.1 „Transparente Information, Kommunikation und Modalitäten für die Ausübung der Rechte der betroffenen Person“ (Artikel 12 DSGVO)

Der Verantwortliche ist verpflichtet, „geeignete Maßnahmen zu treffen, um der betroffenen Person alle Informationen **in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form in einer klaren und einfachen Sprache zu übermitteln.** Die Information erfolgt schriftlich oder in anderer Form, gegebenenfalls auch elektronisch. Falls von der betroffenen Person verlangt, kann die Information mündlich erteilt werden, sofern die Identität der betroffenen Person in anderer Form nachgewiesen wurde“ (Absatz 1).

Der Verantwortliche muss nachweisen können, dass er die Informationen übermittelt hat, was gegen eine (nur) mündliche Form spricht, nicht aber gegen die Möglichkeit, eine schriftliche Information mündlich zu erläutern, um so zur Verständlichkeit beizutragen. Hier stellt sich auch die Frage, in welcher **Sprache** die Information erfolgen soll! Grundsätzlich gilt, dass sie in der jeweiligen Landessprache – also in deutscher Sprache – gegeben werden soll, wodurch erfahrungsgemäß Verständigungsschwierigkeiten auftreten können. Somit ist zu überlegen, ob es notwendig ist, in der Landessprache des jeweiligen Klienten zu informieren. Deutschsprachige Texte lassen sich in den Varianten „Leichte Sprache“ oder „Einfache Sprache“ abfassen, wobei „Einfache Sprache“ für Personen gedacht ist, deren Erstsprache nicht Deutsch ist. Bei Online-/Internetauftritten gilt die Forderung, die Wahl der Sprache nach der Zielgruppe auszurichten, die durch den Internetauftritt anvisiert wird.

6.d.2 „Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten“ (Artikel 13 und 14 DSGVO)

Die Ausführungen zur Informationspflicht und zum Recht auf Auskunft unterscheiden, ob die

Entwurf

Erhebung der personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person (Artikel 13) oder nicht bei der betroffenen Person (Artikel 14) erhoben wurden. Die Ausführungen sind weitgehend deckungsgleich; wenn die Daten aus dritter Quelle erhoben wurden, muss die Quelle genannt werden.

In Absatz 1 wird aufgezählt, welche Informationen zum Zeitpunkt der Erhebung gegeben werden müssen: Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen, die Zwecke für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen sowie die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung.

Absatz 2 enthält Angaben bezüglich weiterer Informationen, die zur Verfügung gestellt werden müssen, weil sie notwendig sind, „um eine faire und transparente Verarbeitung zu gewährleisten“ (Absatz 2). Dazu zählen u. a. Informationen über die Dauer für die die Daten gespeichert werden, gegebenenfalls die Kriterien für die Festlegung der Dauer, über das Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten sowie über das Recht auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung, über das Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie über das Recht auf Datenübertragbarkeit. Informiert werden muss auch über das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Informiert wird außerdem über das Bestehen eines Beschwerderechts bei einer Aufsichtsbehörde.

6.d.4 „Recht auf Auskunft zu personenbezogenen Daten“ (Artikel 15 DSGVO)

Im Artikel 15 wird der betroffenen Person ein Recht auf Auskunft eingeräumt; vorausgesetzt wird, dass sie vom Verantwortlichen die Bestätigung darüber erhält, dass sie betreffende personenbezogenen Daten verarbeitet werden. „Ist dies der Fall, so hat sie ein Recht auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten und auf folgende Informationen“ (Absatz 1).

6.d.5 Recht auf Löschung und auf Vergessenwerden (Artikel 17 DSGVO)

Absatz 1 zählt Gründe auf, die zu einem unverzüglichen löschen führen: z.B. falls die Daten nicht mehr notwendig sind, unrechtmäßig verarbeitet wurden oder bei Widerruf der Einwilligung. Absatz 2 enthält Ausführungen zum neu aufgenommenen „Recht auf Vergessenwerden“ („digitales Vergessen“).

6e) Pflichten des Verantwortlichen

Die folgenden Artikel (24, 25, 30 und 32) thematisieren den Zusammenhang von Datenschutz und Datensicherheit für personenbezogene Daten. Dabei gilt es, zwischen Datenschutz und Datensicherheit zu unterscheiden. Datenschutz schützt die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen, in der DSGVO insbesondere die digital erfassten Daten. Datensicherheit ist demgegenüber „weiter gefasst als Datenschutz, da es hier nicht nur um den Schutz personenbezogener Daten, sondern um den Schutz von Daten aller Art geht. Datensicherheit sorgt durch technische und organisatorische Maßnahmen (kurz TOM) dafür, dass Daten nicht verloren gehen, nicht manipuliert und nicht gestohlen werden“ (Bühler et al., 2019, S. 80).

Die relevanten Artikel (24, 25 und 30) werden teilweise im Wortlaut zitiert, da sie an den Verantwortlichen hohe Anforderungen stellen und deren Einhaltung per Nachweis einfordern („Rechenschaftspflicht“).

Entwurf

6.e.1 „Verantwortung des für die Verarbeitung Verantwortlichen (Artikel 24 DSG-VO)

(1) Der Verantwortliche setzt unter Berücksichtigung der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere der Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen **geeignete technische und organisatorische Maßnahmen** um, um **sicherzustellen** und den **Nachweis** dafür erbringen zu können, dass die Verarbeitung gemäß dieser Verordnung erfolgt. Diese Maßnahmen werden erforderlichenfalls überprüft und aktualisiert.

6.e.2 „Datenschutz durch Technikgestaltung und durch datenschutzfreundliche Voreinstellungen“ (Artikel 25 DSGVO)

(1) Unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeiten und Schwere der mit der Verarbeitung verbundenen Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen trifft der Verantwortliche sowohl zum Zeitpunkt der Festlegung der Mittel für die Verarbeitung als auch zum Zeitpunkt der eigentlichen Verarbeitung **geeignete technische und organisatorische Maßnahmen** – wie z. B. Pseudonymisierung – die dafür ausgelegt sind, die **Datenschutzgrundsätze** wie etwa Datenminimierung **wirksam umzusetzen** und die notwendigen Garantien in die Verarbeitung aufzunehmen, um den Anforderungen dieser Verordnung zu genügen und die Rechte der betroffenen Personen zu schützen.

(2) Der Verantwortliche trifft **geeignete technische und organisatorische Maßnahmen**, die sicherstellen, dass durch Voreinstellung **grundsätzlich nur personenbezogene Daten, deren Verarbeitung für den jeweiligen bestimmten Verarbeitungszweck erforderlich ist, verarbeitet werden.** Diese Verpflichtung gilt für die Menge der erhobenen personenbezogenen Daten, den Umfang der Verarbeitung, ihre Speicherfrist und ihre Zugänglichkeit. Solche Maßnahmen müssen insbesondere sicherstellen, dass personenbezogene Daten durch Voreinstellungen nicht ohne Eingreifen der Person einer unbestimmten Zahl von natürlichen Personen zugänglich gemacht werden.

6.e.3 Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten (Artikel 30 DSGVO)

Das „Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten“ ist für den Verantwortlichen und den Auftragsverarbeiter verpflichtend und schriftlich zu führen. Es wird als eine weitere Verpflichtung zur Dokumentation verstanden und ist zugleich Nachweis der Einhaltung der Datenschutzverordnung. Ein Verstoß gegen diese Verpflichtung ist bußgeldbewehrt. Die Pflicht zur Führung des Verzeichnisses entfällt, wenn der Verantwortliche oder der Auftragsverarbeiter weniger als 250 Mitarbeiter beschäftigt (s. Absatz 5), jedoch nicht, wenn z. B. besondere Kategorien von Daten (Artikel 9 Absatz 1 DSGVO) verarbeitet werden, was im Rahmen der Suchthilfe üblicherweise stattfindet. Absatz 1 behandelt das vom Verantwortlichen zu führende Verzeichnis und zählt auf, welche Angaben es enthalten muss, Absatz 2 das vom Auftragsverarbeiter zu führende Verzeichnis.

6.e.6 Der/Die Datenschutzbeauftragte (Artikel 37-39 DSGVO)

Die DSGVO hat erstmals das Konzept eines/einer Beauftragten als Teil effektiver Selbstkontrolle

Entwurf

europaweit eingeführt. Die Artikel 37 (Benennung), 38 (Stellung) und 39 (Aufgaben) enthalten wesentliche Vorgaben. Die DSGVO belässt durch Öffnungsklauseln den Mitgliedsstaaten jedoch Ausgestaltungsspielraum.

Die DSGVO formuliert keine generelle Pflicht zur Benennung. Sie formuliert jedoch in Artikel 37, Absatz 1 drei Situationen, bei welchen die Benennung verpflichtend ist. Das gilt u. a., dann, wenn „die Kerntätigkeit des Verantwortlichen oder des Auftraggebers in der umfangreichen Verarbeitung besonderer Kategorien von Daten gemäß Artikel 9 … besteht“ (Absatz 1, c).

Die Öffnungsklausel führt dazu, dass das BDSG in Artikel 38 dazu ergänzend vorschreibt, dass eine Benennung erfolgt, wenn sich in der Regel mindestens 10 Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigen. Eine Benennung erfolgt zwingend, wenn der Verantwortliche oder der Auftragsverarbeiter bei Verwendung neuer Technologien … voraussichtlich ein hohes Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen zur Folge hat (Artikel 35 DSGVO).

Die Ernennung des Datenschutzbeauftragten erfolgt „auf der Grundlage der beruflichen Qualifikation und insbesondere des Fachwissens, das er auf dem Gebiet des Datenschutzrechts und der Datenschutzpraxis besitzt, sowie auf der Grundlage seiner Fähigkeiten zur Erfüllung der in Artikel 39 DSGVO genannten Aufgaben“ (Artikel 37, Absatz 5). Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten sind zu veröffentlichen (z. B. in der Datenschutzerklärung) und der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

In Artikel 38 (Stellung des/der Datenschutzbeauftragten) wird gefordert, dass er/sie in alle dem Datenschutz zusammenhängenden Fragen eingebunden, bei der Erfüllung seiner/ihrer Aufgaben unterstützt wird und keine Anweisungen erhält („Stabsstelle“). Er/Sie berichtet unmittelbar der höchsten Managementebene und ist zur Geheimhaltung und Vertraulichkeit verpflichtet. Betroffene Personen können ihn/sie zu Rate ziehen.

Artikel 39 DSGVO zählt in Absatz 1 Aufgaben auf: Beratung und Unterrichtung, Überwachung der Einhaltung dieser Verordnung und anderer Datenschutzvorschriften sowie der Strategien des Verantwortlichen oder des Auftragsverarbeiters bezüglich des Datenschutzes, der Sensibilisierung und Schulung der an Verarbeitungsvorgängen beteiligten Mitarbeiter einschließlich der diesbezüglichen Überprüfung. Er/Sie kann Aufgaben bei der Datenschutz-Folgenabschätzung übernehmen, ist Anlaufstelle für die Aufsichtsbehörde und zuständig für die Zusammenarbeit mit dieser.

Entwurf

Literatur

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) (Hrsg.) (2019). DSGVO-BDSG. Texte und Erläuterungen. Bonn: BfDI (www.datenschutz.bund.de).

Buchner, B., Kühling, J. (2018). Art. 7 Bedingungen für die Einwilligung (Zweite Auflage, S. 284-308). In J. Kühling & B. Buchner (Hrsg.), Datenschutzgrundverordnung/BDSG. Kommentar. München: C.H. Beck.

Bundesdatenschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Januar 2003 (BGBl. I S. 66), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. Februar 2015 (BGBl. I S. 162).www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bdsg_1990/gesamt.pdf

Dilling, H., W. Mombour & M. H. Schmidt (Hrsg.) (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

European Union Drugs Agency (EUDA) (Ed.) (2012): Treatment demand indicator. Standard protocol 3.0. Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries. Lissabon.

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

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

Hauser, A., Haag, I. (2019). Datenschutz im Krankenhaus – mit allen Neuerungen durch die DSGVO. Fünfte Auflage. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus-Verlagsgesellschaft mbH.

Kühling, J., Klar, M. & Sackmann, F. (2018). Datenschutzrecht. Vierte, völlig neu bearbeitete Auflage. Heidelberg: C.F. Müller.

Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016).

World Health Organization (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). Verfügbar unter: https://icd.who.int/

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R. et. al. (2004). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 von Suchtkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 11, 11-20.

Entwurf