

# Version 2017

**im Rahmen eines Projektes**

***gefördert durch:***

Freistaat  
**Thüringen**



Ministerium  
für Arbeit, Soziales,  
Gesundheit, Frauen und Familie

***durchgeführt durch:***

**Thüringer Fachstelle GlücksspielSucht**

Träger: Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.  
Dubliner Str. 12 · 99091 Erfurt  
Tel. 0361 3461746  
Fax 0361 3462023  
gluecksspielsucht@fdr-online.info  
gluecksspielsucht-thueringen.de  
Aktualisierte Version aus 2011  
Einsatz ab 01.08.2017

# [MANUAL]

**zur Dokumentation  
im Bereich pathologisches Glücksspielen in Thüringen**

**Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch**



## Inhalt

<b>Vorbemerkungen zum Manual</b> .....	<b>1</b>
<b>1       Erstkontakt-Bogen (Fragebogen 1)</b> .....	<b>2</b>
1.1     Basisdaten .....	2
1.1.1 Datum des Betreuungsbegins .....	2
1.1.2 Alter .....	3
1.1.3 Geschlecht.....	3
1.1.4 Betreuungsgrund .....	3
1.1.5 Angehörige .....	3
1.1.6 Kontaktaufnahme.....	3
1.1.7 Gesprächsinhalt.....	3
<b>2       Anamnesebogen (Fragebogen 2 inkl. Zusatzblatt A)</b> .....	<b>4</b>
2.1     Verwaltungs- und Zugangsdaten.....	4
2.1.1 suchtbezogene Hilfe .....	4
2.1.2 Vermittelnde Instanz .....	4
2.1.3 Warum diese Einrichtung .....	6
2.1.4 Welche persönlichen Gründe gibt es für den Kontakt.....	6
2.1.5 Kosten-/ Leistungsträger .....	6
2.1.6 Auflagen durch Gerichtsbeschluss .....	7
2.1.7 Weitere Auflagen .....	7
2.1.8 Vorgeschichte .....	7
2.2     Soziodemographische Daten .....	10
2.2.1 Familienstand .....	10
2.2.2 Partnerbeziehung.....	10
2.2.3 Lebenssituation.....	10
2.2.4 Kinder .....	11
2.2.5 Staatsangehörigkeit / Migration.....	11
2.2.6 Schulabschluss .....	12
2.2.7 Ausbildung .....	12
2.2.8 Wohnverhältnis .....	13
2.2.9 Erwerbssituation .....	14
2.2.10 Lebensunterhalt .....	15
2.3     Problembereiche .....	16

2.3.1	Problematische Schulden .....	17
2.3.2	Konsum psychotroper Substanzen .....	18
2.3.3	Polytoxikomanie.....	21
2.3.4	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55).....	22
2.3.5	pathologisches Glücksspiel (F63.0) .....	22
2.3.6	Essstörungen (F50) .....	25
2.3.7	Hauptdiagnose Hauptdiagnose aus 2.3.2, 2.3.4, 2.3.5 oder 2.3.6 (4-stelliger IDC-10-Code).....	26
2.3.8	weitere Diagnosen (mindestens 3-stellig).....	27
2.3.9	HIV – Infektionsstatus .....	28
2.3.10	Hepatitis B – Infektionsstatus.....	28
2.3.11	Hepatitis C – Infektionsstatus.....	28
2.3.12	I.v-Konsum.....	29
2.4	Problembereich Glücksspiel.....	29
2.4.1	Glücksspiel in den letzten 12 Monaten.....	29
2.4.2	Zeit für das Glücksspiel.....	29
2.4.3	höchster Tagesverlust im letzten Jahr.....	29
2.4.4	negative Folgen .....	30
2.5	<b>Glücksspielverhalten (Zusatzblatt A) .....</b>	<b>30</b>
2.5.1	Glücksspielformen .....	30
2.5.2	Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn.....	31
2.5.3	Alter beim ersten Spielen um Geld.....	31
<b>3</b>	<b>Einzelkontaktbogen - Verlauf (Fragebogen 3).....</b>	<b>32</b>
3.0	Datum des Einzelkontaktes .....	32
3.1	aktuelle Kontaktzahl .....	32
3.2	Einzelmaßnahmen der BS .....	32
3.3	Themen der Beratung .....	32
3.4	überwiegendes Glücksspielverhalten .....	33
3.5	Kooperation während der Betreuung mit .....	33
3.6	fortsetzende Maßnahmen vereinbart.....	34
<b>4</b>	<b>Abschlussbogen (Fragebogen 4 inkl. Zusatzblatt B).....</b>	<b>35</b>
4.1	Dauer der Betreuung.....	35
4.1.1	Datum des Betreuungsendes.....	35
4.2	Kontaktzahl (nur ambulanter Bereich) .....	35
4.3	Art der Beendigung .....	36

4.4	Steht die vorzeitige Beendigung im Zusammenhang mit? .....	37
4.5	Weitervermittlung .....	37
4.6	Maßnahmen und Interventionen.....	38
4.6.1	Art der Betreuung.....	38
4.6.2	Einzelmaßnahmen während der Betreuung .....	41
4.7	Wenn Substitution (4.6.1.2 oder 4.6.1.3), welches Mittel (Wirkstoff)? .....	41
4.8	Kooperation während der Betreuung .....	42
4.9	Problematik am Tag des Betreuungsendes.....	43
4.10	Konsumstatus in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsende.....	43
4.11	Wohnverhältnis am Tag nach Betreuungsende .....	43
4.12	Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende .....	43
4.13	Lebensunterhalt in der Woche nach Betreuungsende .....	43
4.14	Problematik am Tag des Betreuungs-/Behandlungsendes (Zusatzblatt B) .....	44
<b>5</b>	<b>Katamnese (Fragebogen 5).....</b>	<b>45</b>
5.0	Soziodemographische Daten .....	45
5.1	gegenwärtiger Familienstand .....	45
5.1.1	überwiegende Partnersituation in den letzten 12 Monaten .....	46
5.1.2	überwiegende Wohnsituation in den letzten 12 Monaten .....	46
5.1.3	überwiegende Erwerbssituation in den letzten 12 Monaten.....	47
5.2	In Einrichtungen erhaltene Hilfen .....	48
5.3	Teilnahme an Maßnahmen in den letzten 12 Monaten .....	49
5.4	Suchtmittelkonsum .....	50
5.5	Name anderer Substanz .....	50
5.6	Intravenöser Substanzkonsum .....	50
5.7 / 5.8	Lebenssituation .....	50
5.9	Abstinenz in den letzten 12 Monaten.....	51
5.10	Zeit für das Glücksspielen .....	51
5.11	Maßnahmen und Interventionen.....	51
<b>6</b>	<b>Formales.....</b>	<b>51</b>
6.1	Fragestil .....	51
6.1.1	konkrete Angabe von Zahlen .....	52
6.1.2	„ja“ – „nein“ – Fragen: .....	52
6.1.3	Angabe von zutreffenden Nummern.....	52
6.2	Einrichtungscodes.....	52



## Vorbemerkungen zum Manual

Das vorliegende Manual beschreibt im Wesentlichen den Deutschen Kerndatensatz in der aktuellen Version, welcher allerdings um einige Items erweitert wurde. Diese zusätzlichen Fragen erfassen das pathologische Glücksspiel im konkreten und werden farblich (blau) in diesem Manual abgehoben.

Für zielgerichtete effektive Hilfen in diesem Bereich ist es wichtig, die Zugänge für pathologische Glücksspieler/innen zu störungsspezifischen Hilfen sowie den Ausbau von Angeboten zu verstärken. Aus diesem Grund wurde der Deutsche Kerndatensatz um diverse Abfragen bezüglich des Glücksspielens erweitert, damit die daraus resultierenden Ergebnisse für die Prävention und Hilfsangebote hinreichend genutzt werden können.

Die Erhebung wird vom Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., Fachstelle GlücksspielSucht, in Erfurt durchgeführt und durch den Thüringer Arbeitskreis Netzwerk „Netzwerk pathologisches Glücksspielen“ tatkräftig unterstützt.

Die Erhebung der Daten verteilt sich auf insgesamt 5 verschiedene Fragebögen. Beginnend mit dem Bogen für den Ersten Kontakt (1) zieht sich die Befragung über die Anamnese (2), den Verlauf (3), den Abschluss (4) bis hin zur Katamnese (5). Die Kerndaten sind in 6 Bereiche unterteilt.

Die Abfrage der Kerndaten erfolgt über:

<u>Basisdaten</u>	(Fragebogen 1)
<u>Verwaltungs-/Zugangsdaten</u>	(Fragebogen 2)
<u>soziodemographische Angaben</u>	(Fragebogen 2)
<u>Problembereiche</u>	(Fragebogen 2)
<u>Maßnahmen und Interventionen</u>	(Fragebogen 4)
<u>Abschlussdaten</u>	(Fragebogen 4)

Fragebogen 3, welcher den Verlauf der Betreuung dokumentieren soll, beinhaltet keine Abfrage von neuen Kerndaten, sondern wiederholt die Abfrage von bereits gestellten Daten zur Erkennung einer möglichen Entwicklung des/r Klienten/in bzw. seines pathologischen Spielverhaltens. Die Richtung der Entwicklung ist an dieser Stelle vakant und soll auch keine Rolle spielen.

Für Angehörige (s. Erläuterung unter 1.1.5 „Personen im sozialen Umfeld“) werden in den Basisdaten unter 1.1.5 zusätzliche Angaben erfasst (bei Klienten/innen mit eigener Problematik sind dort keine Angaben zu machen, es wird nur 1.1.1-1.1.4 kodiert). Die Punkte 1.1.6 und 1.1.7 gelten wieder für beide Personengruppen und sind zu beantworten.

Umgekehrt ist der Bereich 2.3 (Fragebogen 2) nur für Klienten/innen mit eigener Problematik zu beantworten. Die Bereiche 2.1, 2.2, 2.4 und 2.5 werden dagegen sowohl für Klienten/innen mit eigener Problematik als auch für Angehörige erfasst.

## **Durchführung der Evaluation**

Wie Sie die Erhebung durchführen, steht Ihnen völlig frei. Basierend auf Ihren jeweiligen Erfahrungen gibt es die verschiedensten Möglichkeiten. Wir empfehlen das Ausfüllen nach dem Beratungsgespräch.

Machen Sie sich Ihre Notizen während der Beratung und notieren Sie im Anschluss die erarbeiteten Informationen im Fragebogen.

# **1 Erstkontakt-Bogen (Fragebogen 1)**

Dieser Bogen erfasst die ersten Basisdaten eines/r Klienten/in.

Der erste Kontakt mit Ihrer Einrichtung kann sowohl durch den Betroffenen/die Betroffene selbst als auch durch ihm nahestehende Personen aufgenommen werden. Ziel ist es daher vorerst, jeden Hinweis auf eine individuelle pathologische Glücksspielproblematik aufzunehmen. Es spielt demzufolge keine Rolle, ob sich ein Betroffener selbst meldet und um Hilfe bittet, oder Personen aus seinem Umfeld dies tun. Der Bogen ist von Ihnen für beide Seiten gleichermaßen auszufüllen. Da nicht abzuschätzen ist, ob eine Betreuung aus dieser ersten Begegnung hervorgeht, werden diese Basisdaten bei jedem ersten Kontakt aufgenommen.

Es muss jedoch nicht jedes Gespräch in Bezug auf pathologisches Glücksspielen zur Dokumentation führen. Fälle, in denen es nicht konkret um eine Person geht, allgemeine Anfragen bspw. zu Informationsmaterial, Veranstaltungen o.ä. müssen nicht erhoben werden. Sinn und Zweck der Abfrage ist eine gewisse Bestandsaufnahme in Thüringen von Betroffenen und ihrem Umfeld.

## **1.1 Basisdaten**

Basisdaten sind für alle Kontakte einschließlich Einmalkontakte anzugeben; Unterpunkt 1.1.5 ist nur für Angehörige (auch hier einschließlich Einmalkontakte) auszufüllen. Angehörige sind Personen, die aufgrund der Problematik einer Person in ihrem sozialen Umfeld eine Beratungsstelle aufsuchen (weitere Erläuterung s. 1.1.4).

### **1.1.1 Datum des Betreuungsbegins**

Im ersten Feld ist der Kontaktaufnahmetag mit Angabe des Monats und des Jahres anzugeben. Diese Informationen dienen dazu, die mögliche anschließende Betreuung in ihrer Länge korrekt berechnen zu können.

Eine Kontaktaufnahme kann in Form eines Anrufes oder einer persönlichen Vorsprache der Betroffenen stattfinden. Selbst eine einfache Terminabsprache für ein persönliches Gespräch sollte genutzt werden, bereits die marginalen Daten zu Alter, Geschlecht und Betreuungsgrund in Erfahrung zu bringen. Sollte es aus irgendwelchen Gründen nicht zu weiteren Gesprächen kommen, haben wir wenigstens den Hinweis auf einen Betroffenen/eine Betroffene und können gewisse „Zielgruppen“ besser definieren.



### 1.1.2 Alter

Alter bei Betreuungsbeginn (in Jahren)

### 1.1.3 Geschlecht

1 männlich 2 weiblich

### 1.1.4 Betreuungsgrund

Die Angabe des Betreuungsgrundes ist von Wichtigkeit, damit herausgefunden werden kann, wie man Betroffene zukünftig am günstigsten erreicht. Melden sich angehende Klienten/innen eher von selbst oder werden sie von ihrem Umfeld dahingehend „gedrängt“.

- 1 Eigene Problematik: wird kodiert, wenn der/die Klient/in aufgrund eigener Probleme kommt. Entscheidend ist hier nicht, ob die erwartete Hilfe präventiv, beratend oder behandelnd ist, sondern allein die Tatsache, dass die um Hilfe nachsuchende Person eine zu kodierende Problematik (in diesem Fall pathologisches Glücksspielen) aufweist.
- 2 Problematik von Personen im sozialen Umfeld: wird kodiert, wenn die um Hilfe suchende Person nicht selbst von einer Substanz-, Spiel- oder Ess-Problematik betroffen ist, sondern es sich dabei um einen Angehörigen oder eine sonstige Person im nahen sozialen Umfeld handelt (z.B. Vater einer/eines Drogenabhängigen, Partner/in eines/einer Inhaftierten etc.). Wenn sich im Verlauf der Betreuung zeigt, dass u.U. bei einer zunächst mit 2 kodierten Person eine eigene Betroffenheit vorliegt und diese hauptsächlich Gegenstand der Beratung/Behandlung ist, so muss nachträglich die Kodierung auf 1 geändert und bei einer eigenständigen Beratung/Behandlung ein eigener Datensatz angelegt werden.

Im stationären Bereich sollte diese Kategorie jedoch nicht von Relevanz sein.

### 1.1.5 Angehörige

Diese Frage ist nur zu beantworten, wenn es sich bei der Kontaktperson um eine Person aus dem sozialen Umfeld handelt. Dann bitten wir Sie, dies mit den darunter vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zu definieren. Gefragt wird unter 1.1.5.1 somit nach dem Beziehungsverhältnis und unter 1.1.5.2 nach dem vorrangigen Suchtproblem aus Sicht des Angehörigen.

Wenn ein Angehöriger sich nicht auf eine vorrangige Problemsubstanz des/der Betroffenen festlegen kann (1.1.5.2) d.h. unter anderem dann, wenn möglicherweise Polytoxikomanie vorliegt, wird Kategorie 4 (sonstige Drogen) gewählt.

### 1.1.6 Kontaktaufnahme

Hier ist anzugeben, in welcher Form der Erstkontakt stattgefunden hat.

### 1.1.7 Gesprächsinhalt

Unter der Bezeichnung „Information“ fassen wir Abfragen zusammen, die sich mit ersten Auskünften zum Thema „pathologisches Glücksspielen“ beschäftigen:

*„Wo kann man sich noch hinwenden“- „Welche Möglichkeiten gibt es“- „Welche Angebote gibt es, usw.“*

Diese Auskünfte sollten allerdings im Zusammenhang mit einer Person stehen. Nicht dokumentiert werden Kontakte mit einem allgemeinen Informationshintergrund, d.h. Fragen allgemein zum pathologischen Glücksspielen. „Was ist das, wie zeichnet es sich aus, wie ist der Verlauf,...“ Der Bezug zu einem/r potentiellen Klienten/in muss für die Evaluation gegeben sein.

Die Bezeichnung „Problematik“ beschreibt bereits konkrete Angaben zu einem/einer Betroffenen, ob von sich selbst oder von Angehörigen, d.h. es gibt Informationen über *eine pathologische Spielproblematik, konkrete Probleme im Leben des/der Betroffenen (Arbeit, Familie, ...), konkrete Hilfesuche der Kontaktperson, o.ä.*

## **2 Anamnesebogen (Fragebogen 2 inkl. Zusatzblatt A)**

### **2.1 Verwaltungs- und Zugangsdaten**

Ab hier werden nur noch Klienten/innen mit zwei und mehr Kontakten kodiert. Klienten/innen mit Einmalkontakten werden nicht mehr erfasst. Begonnen wird mit der Abfrage von Verwaltungs- und Zugangsdaten der Klienten/innen.

Der Anamnesebogen ist sehr umfangreich und muss selbstverständlich nicht in einer Beratung abgearbeitet werden.

Sie haben die Möglichkeit, über zwei bis drei Sitzungen die Items zu erheben. Länger sollten Sie allerdings nicht benötigen, da Sie sonst nicht mit dem Ausfüllen der Verlaufsbögen hinterher kommen, sofern Sie diese nicht parallel dazu führen.

#### **2.1.1 suchtbezogene Hilfe**

Bei dieser Frage ist zu berücksichtigen, ob sich der/die Klient/in bereits früher wegen einer Suchtproblematik in Beratung / Behandlung befunden hat. Dabei ist es unerheblich, ob dies in der aktuellen oder einer anderen Behandlungseinrichtung stattgefunden hat.

##### **2.1.1.1 Wiederaufnahme**

Diese Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn sich der/die Klient/in bereits zu einem früheren Zeitpunkt in derselben Einrichtung in Behandlung befunden hat. In diesem Fall muss ein neuer Datensatz angelegt werden.

##### **2.1.2 Vermittelnde Instanz**

Hier ist die Stelle anzugeben, die die Vermittlung des/der Klienten/in in die aktuelle Einrichtung hergestellt hat. Dabei sind nicht so sehr inhaltliche Aspekte von Bedeutung, sondern der Weg der formalen Vermittlung. Es ist nur eine Antwort möglich. Die meisten dieser Kategorien sind selbsterklärend. Zur externen Suchtberatung von Inhaftierten in der JVA: wenn die Einrichtung eine regelmäßige Suchtberatung in der JVA anbietet, zu der die Klienten/innen auf Wunsch kommen können, wird in der Regel die Kategorie „Selbstmelder“ zutreffen. Nur dann, wenn tatsächlich der Sozialdienst der JVA beim Anbieter der Suchtberatung explizit eine Betreuung eines/r bestimmten Klienten/in initiiert, ist die entsprechende Kodierung unter Kategorie 18 zu wählen.

- 1.0 Keine/Selbstmelder: Dies ist der Fall, wenn der/die Klient/in sich direkt bei der aktuellen Einrichtung um eine Aufnahme bemüht hat, also nicht durch Angehörige oder institutionell vermittelt wurde. Hier sind diejenigen Klienten/innen zu kategorisieren, die ohne Fremdinitiative eine Einrichtung aufsuchen.
- 2.1 Familie: Partner, Eltern, Geschwister, Kinder, weitere Verwandte (und/oder Freunde).
- 2.2 gesetzliche Betreuung: Besteht eine gesetzliche Betreuung für den/die Klienten/innen und diese hat ihn in die Beratung geschickt, dann geben Sie bitte diesen Unterpunkt an. Wurde der/die Klient/in trotz gesetzlicher Betreuung von einer anderen Instanz geschickt, dann geben Sie bitte deren Nummer an.
- 3.0 Wurde der/die Klient/in von der Schule oder den entsprechenden Diensten des Arbeitgebers/Betriebs vermittelt, so ist diese Kategorie zu wählen.
- 4.0 Abstinenz-, Selbsthilfegruppe
- 5.0 Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis: Niedergelassene Ärzte oder Psychotherapeuten in eigener Praxis
- 6.0 Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)
- 7.0 Suchtberatungs- und/oder -behandlungsstelle, Fachambulanz
- 8.0 Institutsambulanz
- 9.0 Ambulantes betreutes Wohnen
- 10 Arbeits- und Beschäftigungsprojekt
- 11.0 Krankenhaus/Krankenhausabteilung: Alle Krankenhäuser, außer Rehabilitationseinrichtungen für Suchtkranke
- 12.0 Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung
- 13.0 Stationäre Rehabilitationseinrichtung
- 14.0 Adaptionseinrichtung
- 15.0 Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)
- 16.0 Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie
- 17.0 Pflegeheim
- 18.0 Sozialdienst JVA/Maßregelvollzug: Diese Kodierung ist bei den Klient/-innen zu wählen, die aus einer Justizvollzugsanstalt in die Einrichtung vermittelt wurden.
- 19.0 Sozialpsychiatrischer Dienst  
Im Manual des KDS wird an dieser Stelle der hier bezifferte Punkt 20.3 abgefragt – für eine differenzierte Befragung zum Thema pathologisches Glücksspielen reicht dies allerdings nicht aus. Daher wurde dieser Punkt weiter untergliedert und mit zusätzlichen Beratungsstellen versehen:
- 20.1 Schuldnerberatungsstellen
- 20.2 Verbraucherinsolvenzberatungsstellen
- 20.3 andere Beratungsstellen (Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, etc.)
- 21.0 Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt
- 22.0 Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)
- 23.0 Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)
- 24.0 Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle

- 25.0 Justizbehörden/Bewährungshilfe: Diese Kodierung ist bei den Klient/-innen zu wählen, deren Strafvollstreckung per Gerichtsurteil ausgesetzt oder bei denen von der Verfolgung der Strafe abgesehen wurde (§§35, 36, 37, 38 BtMG) oder die seitens der Jugendgerichtshilfe oder der Bewährungshilfe vermittelt wurden.
- 26.0 Kosten-, Leistungsträger: Rentenversicherung, Krankenversicherung, örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger
- 27 Sonstige: Hierunter fallen alle Personen oder Institutionen, die noch nicht in eine der zuvor genannten Einteilungen passen.
- 27.1 bis 27.4 Der Punkt „Sonstiges“ wird dabei noch einmal in themenspezifische Kategorien zum Glücksspiel unterschieden.

Benennen Sie bitte nur eine mögliche Antwort aus dem gesamten Bereich 2.1.2. Sollte selbst unter den Ergänzungen zum Glücksspiel keine passende Antwort vorgegeben worden sein, dann antworten Sie bitte mit „andere sonstige“ unter 27.4

### 2.1.3 Warum diese Einrichtung

Diese Frage soll nur für die Klienten/innen geklärt werden, welche die Frage 2.1.2 zuvor mit 1.0 = Selbstmelder beantwortet haben. Alle anderen Klienten/innen machen mit Frage 2.1.4 weiter. Es gilt herauszufinden, über welche Informationswege sich potentielle Klienten/innen informieren. Mehrfachnennungen sind selbstverständlich, da bitte jede Antwortmöglichkeit mit einem ja oder nein beantwortet werden soll.

### 2.1.4 Welche persönlichen Gründe gibt es für den Kontakt

Diese Frage gilt wieder für alle Klienten/innen. Es soll auch hier bei jeder Antwortmöglichkeit ein ja oder nein angegeben werden. Mehrfachnennungen sind somit vorgegeben.

### 2.1.5 Kosten-/ Leistungsträger

Hier ist für jeden der angeführten Kostenträger anzugeben, ob er einen Teil der aktuellen Betreuung finanziert.

- ...1 Pauschal/institutionell finanziert (z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst): Ist immer dann zu wählen, wenn die jeweilige Betreuung nicht bei einem bestimmten Kostenträger beantragt und/oder bewilligt wurde und es sich nicht um einen Selbstzahler handelt. Diese Finanzierungsform trifft im ambulanten Bereich auf die meisten Betreuungen zu, wenn sie auch meist nicht die einzige Finanzierungsquelle ist.
- ...2 Selbstzahler: Ist anzugeben, wenn sich der/die Klient/in in einem relevanten Ausmaß an den Kosten der Betreuung beteiligt. Symbolische Beiträge (eine Kostenbeteiligung von 5.-- oder 10.-- Euro pro Gruppentermin oder ähnliches) werden hier nicht kodiert.
- ...3 Rentenversicherung
- ...4 Krankenversicherung
- ...5 Sozialhilfe
- ...6 Jugendhilfe
- ...7 Arbeitsagenturen, Jobcenter
- ...8 Pflegeversicherung
- ...9 Sonstiges: In diese Kategorie fallen auch Ko-Finanzierungen durch den Europäischen Sozialfonds.

### 2.1.6 Auflagen durch Gerichtsbeschluss

Es sind keine Mehrfachantworten möglich, bei Zutreffen mehrerer der angeführten Kategorien, ist die aus Sicht des Behandelnden prioritäre Auflage zu kodieren.

- 1 eine gerichtlichen Auflagen
  - 2 BtMG
  - 3 Psych.-KG/Landesunterbringungsgesetz
- andere strafrechtliche Grundlagen

Neben dem BtMG können noch andere Strafverfahren z.B. bei Gewalttaten im Zusammenhang mit Alkohol oder Drogen eine Rolle spielen. Sie sind an dieser Stelle zu kodieren. Es sind auch Fälle zu kodieren, in denen die gerichtliche Auflage nicht explizit eine Beratung/Behandlung wegen Substanzproblemen fordert (sondern nur allgemein die Behebung der Probleme, die mit dem Gewaltdelikt in Zusammenhang stehen), auf Anraten des Bewährungshelfers jedoch eine solche suchtspezifische Betreuung begonnen wird.

- 4.1 gemeinnützigen Stunden: Um noch etwas konkreter in der Definition „andere strafrechtliche Grundlagen“ werden zu können, wurde diese Untergruppe eingeführt. Sollte alledem nichts von den Vorgaben passen, verwenden Sie Punkt 4.2
- 4.2 andere, darunter fällt auch Bewährungsauflage

### 2.1.7 Weitere Auflagen

Es sind keine Mehrfachantworten möglich, bei Zutreffen mehrerer der angeführten Kategorien ist die aus Sicht des Behandelnden prioritäre Auflage zu kodieren.

- 1 Arbeitgeber
- 2 Rentenversicherung, Krankenversicherung
- 3 Arbeitsagentur, Job-Center, ARGE
- 4 Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle: z.B. die „Empfehlung“ von Seiten der Führerscheinstelle zur Teilnahme an einer suchtsbezogenen Behandlung, von der der Wiedererhalt der Fahrerlaubnis abhängt.
- 5 Sonstige

Anmerkung: Die Vorgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, die Patienten, die ein Substitut (z.B. Methadon) erhalten wollen, dazu verpflichtet, auch eine psychosoziale Begleitbetreuung in Anspruch zu nehmen, wird als Behandlungsstandard und nicht als Auflage betrachtet. Es erfolgt keine Kodierung unter 2.1.5.

### 2.1.8 Vorgeschichte

An dieser Stelle ist die Anzahl der kompletten Maßnahmen gefragt. Dazu zählen ebenfalls die zu Beginn bereits bzw. noch laufenden externen Maßnahmen inklusiv der aktuell begonnenen internen Maßnahme.

Frühere Behandlungen werden dann kodiert, wenn der/die Klient/in die jeweilige Behandlung entweder entsprechend dem Hilfe-/Behandlungsplan planmäßig abgeschlossen hat oder - bei vorzeitiger Beendigung - wenn er mindestens über ein Drittel der gemäß Hilfe-/Behandlungsplan vorgesehenen Dauer an der Behandlung teilgenommen hat.

Es ist für alle hier angeführten ambulanten und stationären Behandlungsarten die Anzahl der suchtbewogenen Behandlungsepisoden, nicht die der einzelnen Kontakte, anzugeben. Nur bei 2.1.6.17 erfolgt die Angabe in Jahren.

Es wird jeweils die Anzahl aller Behandlungsepisoden, d.h. die Anzahl bisheriger Episoden einschließlich einer ggf. aktuell laufenden externen sowie einschließlich der aktuell begonnenen Behandlung in der dokumentierenden Einrichtung angegeben. Die Anzahl der Vorbehandlungen kann somit nie „0“ sein. Die aktuell begonnene stationäre Behandlung zählt vom ersten Tag an, also auch dann, wenn der Patient bereits am zweiten Tag abbricht. Bsp. 1: der/die Klient/in hat bereits einmal ein Substitut erhalten und erhält im Rahmen der aktuellen Behandlung von einer externen Einrichtung wieder ein solches. Die Anzahl der anzugebenden Substitutionsbehandlungen ist somit 2.

- ...1 Medizinische Notfallhilfe: Hier sind medizinische Maßnahmen zu kodieren, die im Sinne einer Krisenintervention/Notfallhilfe stattfinden, z.B. im Falle einer Überdosis oder einer schweren Alkoholintoxikation.
- ...2 Substitutionsbehandlung: Hiermit ist die reine Vergabe des Substituts gemeint. Es ist die Anzahl einzutragen, wie häufig bisher eine Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen wurde.
- ...3 Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution: In Abgrenzung zu 2.1.6.2 ist hier die begleitende psychosoziale Betreuung von Klienten/innen gemeint, die sich in Substitution befinden. Die psychosoziale Betreuung von Substituierten kann als komplexes Angebot für chronisch beeinträchtigte substanzabhängige Klienten/innen beschrieben werden, bei der die durchgeführten Tätigkeiten sowohl den sozialen, psychischen und somatischen Bereich betreffen und mittel- bis langfristig Interventionen erfordern, die an den Zielsetzungen, Möglichkeiten und Ressourcen der Klienten/innen orientiert sind und die eine Veränderung sowohl im sozialen Umfeld der Klienten/innen (Beziehungen, Wohnung, Arbeit, Finanzen) als auch im psychischen Bereich (Abstinenzstabilisierung, Bearbeitung von Problemen) anstreben.
- ...4 Sonstige medizinische Maßnahmen: Hier sind weitere medizinische Maßnahmen zu kodieren, z.B. wegen Abszessen oder Frakturen infolge von Suchtmittelgebrauch.
- ...5 Entzug/Entgiftung: Hier ist die Anzahl einzutragen, wie häufig bisher eine Entgiftungsbehandlung in Anspruch genommen wurde.
- ...6 Ambulante Beratung: Anzahl bisheriger in Anspruch genommener ambulanter Beratungsepisoden.
  - ....6.1 Schuldnerberatung: Auch hier findet sich erneut die Unterteilung der Beratungsmöglichkeiten, welche an den Aspekten des pathologischen Glücksspielens ausgerichtet wurden.
  - ....6.2 Verbraucherinsolvenzberatungsstellen
  - ....6.3 andere ambulante Beratungsstellen
- ...7 Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation): Hier ist die Anzahl einzutragen, wie häufig bisher eine ambulante Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen wurde.
- ...8 Teilstationäre bzw. ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation): Die Deutsche Rentenversicherung legt Wert auf die Verwendung des Begriffs „ganztägig ambulant“, die Bezeichnungen „teilstationär“ oder „tagesklinisch“ sind aber

in den Einrichtungen noch gebräuchlich. Alle drei Begriffe beschreiben die Behandlung mit einem vollständigen Tagesprogramm (ca. 8 Stunden) an 5 bzw. 6 Tagen pro Woche. Hier ist einzutragen, wie häufig bisher eine solche Behandlung in Anspruch genommen wurde.

- ...9 Stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation): Hier ist einzutragen, wie häufig bisher eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen wurde.
- ...10 Kombinationstherapie (Rehabilitation): Bei der Kombinationstherapie handelt es sich lediglich um die nahtlose Abfolge stationärer und ambulanter Behandlungsphasen. Eine sog. „Kombibehandlung“ oder „modulare Kombitherapie“ liegt dann vor, wenn ein einheitliches Konzept für die Gesamtbehandlung existiert und diese als eine Therapiemaßnahme bewilligt wird. *Hier ist einzutragen, wie häufig bisher eine solche Behandlung in Anspruch genommen wurde.*
- ...11 Adaptionsbehandlung: Die Adaptionsbehandlung umfasst die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Versicherten im Hinblick auf das Erwerbsleben, eine Hilfestellung zur Vorbereitung der selbstständigen Lebensführung sowie therapeutische Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie in begleitender und in ihrer Intensität abnehmender Form. In aller Regel schließt sich die Adaptionsbehandlung nahtlos an die Entwöhnung als zweite Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an. Eine Adaptionsbehandlung kommt insbesondere für Patienten mit beruflicher und sozialer Desintegration sowie mit entsprechendem Gefährdungspotential und erhöhtem Rückfallrisiko in Betracht. Die Behandlung kann entweder als integrierte (interne) Adaption in eigenständigen Abteilungen von Fachkliniken für Abhängigkeitskranke oder in externen Adaptionseinrichtungen durchgeführt werden. Hier ist einzutragen, wie häufig bisher eine solche Behandlung in Anspruch genommen wurde.
- ...12 Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen: u.a. ambulantes betreutes Wohnen (gemäß SGB XII)
- ...13 Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen: u.a. Tagesstätte
- ...14 Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen: u.a. stationäre Wohnformen/Wohnheim (gemäß SGB XII und SGB VIII)
- ...15 Psychiatrische Behandlung
- ...16 Psychotherapeutische Behandlung
- ...17 Regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppe(n) in Jahren:  
 Leitlinie zur Kodierung: der regelmäßige Besuch über ein Jahr oder weniger wird als 1 Jahr kodiert.  
 Bei wöchentlichen Selbsthilfegruppentreffen erfolgt die Kodierung ab einer Teilnahme über mind. 8 Wochen, bei monatlichen Treffen ab einer Teilnahme über mind. 6 Monate. D.h. bei einer kürzeren Teilnahmedauer wird „0 Jahre“ kodiert. Als regelmäßig gilt die Teilnahme bei wöchentlichen Gruppen, wenn mind. 3 Treffen pro Monat besucht werden, bei monatlichen Gruppen, wenn mind. 5 Treffen im halben Jahr besucht werden. Es darf also nur ein Treffen pro Monat (wöchentliche Gruppe) bzw. pro Halbjahr (monatliche Gruppe) versäumt werden. Wenn es unterschiedliche Episoden des regelmäßigen Besuchs von Selbsthilfegruppen gab, werden diese zu einer Gesamtjahresangabe aufsummiert.
- ...18 Sonstige Maßnahmen

## 2.2 Soziodemographische Daten

### 2.2.1 Familienstand

Die Kategorien sind in ihrem formaljuristischen Sinn gemeint. Sie entsprechen den Angaben der allgemeinen Bevölkerungsstatistik.

Verheiratet darf nur angegeben werden, wenn der/die Klient/in standesamtlich getraut ist bzw. eine standesamtlich eingetragene Lebenspartnerschaft besteht.

- 1 Ledig
- 2 Verheiratet, zusammenlebend: Bitte unterscheiden Sie zwischen verheirateten zusammenlebenden Personen und
- 3 Verheiratet, getrennt lebend: Es sollen hier sich anbahnende oder juristisch noch nicht vollzogene Scheidungen erfasst werden. Liegen keine näheren Informationen vor, geben Sie "2 verheiratet, zusammenlebend" an.
- 4 Geschieden: Ist anzugeben auch bei Tod des/der früheren Partners/in nach der Scheidung.
- 5 Verwitwet: Wenn der/die frühere Partner/in verstorben ist, aber keine neue Ehe eingegangen wurde.

### 2.2.2 Partnerbeziehung

Bitte geben Sie hier - unabhängig von der formalrechtlichen Seite - und damit also anders als in der Frage zum Familienstand (Frage 2.2.1) an, ob der/die Klient/in eine Partnerbeziehung hat. Hier sind auch gleichgeschlechtliche Partnerbeziehungen zu erheben.

- 1 Alleinstehend: Ist zu kodieren, wenn der/die Klient/in angibt, keinen/keine Partner/in zu haben.
- 2 Zeitweilige Beziehung(en): Ist zu kodieren, wenn eine Partnerbeziehung mindestens einen Monat mit mehreren Kontakten bestand.
- 3 Feste Beziehung: Ist anzugeben, wenn ein regelmäßiger Kontakt während des letzten halben Jahres zur gleichen Person bestand.
- 4 Sonstige: Wenn keine der Kategorien 1 - 3 erfüllt ist (z.B. hat der/die Klient/in vor 2 Wochen einen neuen/neue Partner/in kennen gelernt).

Treffen zwei Kategorien gleichzeitig zu, so ist die höhere Zahl zu wählen (z.B. 3 = feste Beziehung, wenn neben einer festen Beziehung mit (einer) weiteren Person(en) noch (eine) zeitweilige Beziehung(en) bestand(en)).

### 2.2.3 Lebenssituation

Diese Frage bezieht sich auf das räumliche Zusammenleben. Es soll die zeitlich überwiegende Lebenssituation des/der Klienten/in in den letzten sechs Monaten vor Beginn der aktuellen Betreuung erhoben werden. Wurde der/die Klient/in innerhalb der letzten sechs Monate vor Betreuungsbeginn in Haft genommen, ist hier seine Situation in den sechs Monaten vor Haftantritt relevant. Befindet sich die Person schon länger als sechs Monate vor Betreuungsbeginn in Haft oder in einer Behandlung, ist die Frage 2.2.3.1 mit 2 = ja, der/in Klient/in somit als alleinlebend zu kodieren.



- ...1 alleinlebend: Hier ist zunächst anzugeben, ob der/die Klient/in alleine lebt.
- 1 nein
- 2 ja                    Wenn ja, wird die Frage 2.2.3.2 übersprungen und es wird mit Frage 2.2.4 fortgefahren.

**wenn nicht alleinlebend, lebt zusammen mit:**

- ...2.1 Partner/in
- ...2.2 Kindern: Bei den Kindern muss es sich nicht um leibliche Kinder handeln. Es zählen alle Kinder unter 18 Jahren. Lebt der/die Klient/in mit einem Geschwister unter 18 Jahren, für das er das Sorgerecht hat, ist ebenfalls diese Kategorie zu wählen. Ansonsten werden Geschwister unter „Sonstige Bezugspersonen“ kodiert.
- ...2.3 Eltern(-teil): Hier sind die eigenen Eltern des/der jeweiligen Klienten/in gemeint. Dies können auch Pflegeeltern/Adoptiveltern sein.
- ...2.4 Sonstiger/n Bezugsperson/en: Hier sind weitere Bezugspersonen außer Lebenspartner/in, Kindern oder Eltern gemeint. Dies können etwa andere Verwandte (Geschwister, Kinder über 18 Jahren, Großeltern) oder Freunde sein.
- ...2.5 Sonstigen Personen: Hier sind alle übrigen möglichen Personen gemeint, die vorher nicht explizit aufgeführt wurden. Dies können z.B. Menschen sein, die gemeinsam mit anderen in einer Notunterkunft oder in einer Wohngemeinschaft leben. Wenn jedoch zu den WG-Mitbewohnern ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht, erfolgt die Kodierung als „sonstige Bezugsperson“.

## 2.2.4 Kinder

- ...1 Anzahl der eigenen Kinder unter 18 Jahren: Hier ist die Anzahl der leiblichen Kinder unter 18 Jahren anzugeben, die mit dem/r Klienten/in im Haushalt leben.
- ...2 Anzahl der Kinder im Haushalt unter 18 Jahren: In Abgrenzung zu 2.2.4.1. ist hier die Gesamtzahl aller Kinder zu nennen, die mit dem/r Klienten/in im Haushalt leben. Dabei werden sowohl leibliche als auch nicht leibliche Kinder gezählt.

## 2.2.5 Staatsangehörigkeit / Migration

Diese Frage soll unabhängig von der Staatsbürgerschaft darüber Aufschluss geben, welchen kulturellen Hintergrund ein Mensch aufweist. In Fällen, in denen z. B. ein Elternteil die deutsche Staatsbürgerschaft hat und der andere Elternteil nicht und das Kind selbst in Deutschland aufgewachsen ist, ist vom Suchtberater/Suchtberaterin zu entscheiden ob ein Migrationshintergrund bedeutsam für den Klienten/die Klientin ist. Es wäre dann ggf. „als Kind von Migranten geboren“ zu wählen. Wenn kein Migrationshintergrund vorliegt, ist nur die aktuelle Staatsangehörigkeit (2.3.5.1) anzugeben.

- ...1 Aktuelle Staatsangehörigkeit des/r Klienten/in: Die internationalen Codes zur Bestimmung der Staatsangehörigkeit finden Sie in Anhang A dieses Manuals. Als staatenlos sind Klienten/innen zu kodieren, die über keinerlei Staatsangehörigkeit verfügen (dies kann z.B. dann eintreten, wenn aufgrund eines Krieges, Putsches o.ä. die formale Organisation eines Staates zerfällt).
- ...2 Klient/in ist der deutschen Sprache mächtig: Das Beratungsgespräch kann in deutscher Sprache geführt werden. Ein Dolmetscher ist nicht erforderlich.

- ...3 selbst migriert: Wurde der/die Klient/in außerhalb Deutschlands geboren und ist mit oder ohne Eltern nach Deutschland migriert, so ist die Kategorie „selbst migriert“ zu wählen.
- ...4 als Kind von Migranten geboren: Der/die Klient/in wurde in Deutschland geboren und hat Eltern mit Migrationshintergrund.

### 2.2.6 Schulabschluss

- 1 Derzeit in Schulausbildung: Wenn der/die Klient/in bei Betreuungsbeginn eine Schule besucht, ist diese Kategorie zu wählen. Diese Kodierung kann nur vergeben werden, wenn der/die Klient/in noch über keinerlei Schulabschluss verfügt.  
Wurde ein Schulabschluss erworben und der/die Klient/in befindet sich nun in einer weiteren Schulausbildung, so ist der bereits erworbene Schulabschluss zu kodieren.
- 2 Ohne Schulabschluss abgegangen: Wird kodiert, wenn die Hauptschule vorzeitig beendet wurde und auch kein Sonderschulabschluss (vgl. 3) vorliegt.
- 3 Sonderschulabschluss
- 4 Hauptschul-/ Volksschulabschluss: Wenn die Hauptschule ordnungsgemäß abgeschlossen wurde. In dieser Kategorie wird auch ein sog. qualifizierter Hauptschulabschluss gefasst.
- 5 Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule: Nach Beendigung der 10. Klasse Realschule bzw. Gymnasium. Die Polytechnische Oberschule gilt mit der 10. Klasse in den neuen Bundesländern als abgeschlossen, ein Abschluss vor 1965 war mit der 8. Klasse erreicht.
- 6 (Fach-)Hochschulreife/Abitur: Mit Abschluss der 12. Klasse eines Gymnasiums oder Abschluss der Fachoberschule ist die Fachhochschulreife verbunden. Das Abitur wird erreicht nach Abschluss eines Gymnasiums oder durch entsprechende Sonderprüfungen.
- 7 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.

### 2.2.7 Ausbildung

Bei Beamten erfolgt die Kodierung nach dem höchsten tatsächlichen Schulabschluss, z. B. bei Lehrern Kategorie 5 (Hochschulabschluss).

- 1 Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung: Diese Kodierung kann nur vergeben werden, wenn der/die Klient/in noch über keinerlei Hochschul- oder Berufsabschluss verfügt. Liegt bereits ein solcher Abschluss vor und der/die Klient/in befindet sich nun in einem weiteren Studium bzw. einer Berufsausbildung, so ist entsprechend der bereits erworbene Abschluss zu kodieren.
- 2 Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen
- 3 Abgeschlossene Lehrausbildung: Wird angegeben, wenn mindestens eine betriebliche Berufsausbildung abgeschlossen wurde. Dies gilt auch, wenn sich der/die Klient/in zu dieser Zeit in einer weiteren Berufsausbildung oder Umschulung (nach einer bereits abgeschlossenen betrieblichen Ausbildung) befindet oder in einem anderen Beruf arbeitet, für den keine Ausbildung gemacht wurde.

- 4 Meister/Techniker: Wird angegeben, wenn nach einer abgeschlossenen beruflichen Ausbildung eine entsprechende weiterqualifizierende Ausbildung erfolgreich abgeschlossen (z.B. Meisterschule) wurde oder eine (Berufs-) schulische Ausbildung absolviert wurde, die direkt zu dieser Qualifikation führt.
- 5 Hochschulabschluss: Diplom oder Magister nach einem abgeschlossenem Studium an einer (Fach-) Hochschule.
- 6 Anderer Berufsabschluss: Wenn es sich um einen Berufsabschluss handelt, der keiner der Kategorien 1-5 zuzuordnen ist.  
Dies kann z.B. ein im Ausland erlangter Abschluss sein, der mit keinem der oben aufgeführten Abschlüsse vergleichbar ist, außerdem bestimmte Ausbildungen, die keine Lehrberufe sind und auf die auch keine der anderen Kategorien zutreffen (z.B. Polizisten).

## 2.2.8 Wohnverhältnis

Das Wohnverhältnis wird an dieser Stelle vorerst für die Zeit vor dem Betreuungsbeginn abgefragt. Die gleiche Fragestellung erfolgt am Ende der Betreuung noch einmal. Tragen Sie bitte jeweils für a) und b) die entsprechende Nummer der im Anschluss aufgeführten Wohnverhältnismöglichkeiten in die vorgesehenen Kästchen rechts der Tabelle ein.

2.2.8.1 überwiegend die letzten 6 Monate vor Betreuungsbeginn - Hier soll die zeitlich überwiegende Wohnsituation des/der Klienten/Klientin in den letzten sechs Monaten vor der aktuellen Betreuung erfasst werden.

2.2.8.2 am **Tag vor Betreuungsbeginn**

....1 Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus): Die Person wohnt zur(Unter-) Miete in einer/m Wohnung/Haus, bzw. im eigenen/er Haus/Eigentumswohnung.

Die Wohnsituation von Kindern und Jugendlichen unter 18, die im Elternhaus wohnen, ist ebenfalls mit 1 zu kodieren. Volljährige, die bei den Eltern wohnen und nicht durch einen Mietvertrag rechtlich gesichert sind, werden unter 2 „Wohnen bei anderen Personen“ kodiert. Wohnen Sie jedoch bei den Eltern und haben einen eigenen Mietvertrag bzw. den Mietvertrag mit unterschrieben, dann gilt Kategorie 1 „Selbständiges Wohnen“, da das ausschlaggebende Kriterium der rechtlichen Absicherung erfüllt ist. Lebt der/die Klient/in bei einem/einer Ehe- oder Lebenspartner/in (eheähnliche Lebensgemeinschaft), gilt auch dann Kategorie 1, wenn der/die Klient/in nicht im Mietvertrag steht, da durch die Form des Familienstands eine rechtliche Absicherung gewährleistet ist.

....2 Bei anderen Personen: Wenn der/die Klient/in bei jemand anderem in der Wohnung oder im Haus wohnt, z.B. beim/bei der Partner/in oder bei Freunden etc., ohne rechtliche Absicherung im Sinne eines Mietvertrages bzw. durch entsprechende Eigentumsverhältnisse.

....3 Ambulant Betreutes Wohnen: Dies kann z.B. eine sozialpädagogisch betreute Wohngemeinschaft oder betreutes Einzelwohnen sein.

....4 (Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung

....5 Wohnheim/Übergangswohnheim: Auch der Aufenthalt in einem Frauenhaus ist hier zu kodieren.

- ...6 JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung: War der/die Klient/in das letzte halbe Jahr vor der aktuellen Betreuung überwiegend im (Untersuchungs-) Gefängnis so ist unter a) diese Kategorie anzugeben.
- ...7 Notunterkunft, Übernachtungsstelle: Wohnt der/die Klient/in in einem Hotel o.ä., das vom Sozialamt als Notunterkunft ausgewiesen ist und bezahlt wird, oder in einem Lager, so ist dies die anzugebende Kategorie.
- ...8 Ohne Wohnung: Wenn der/die Klient/in wohnungslos ist, also keinen festen Wohnsitz hat. Es ist immer die spezifischere Antwort zu kodieren. Wenn also z.B. eine Notunterkunft vorhanden ist, ist diese Antwort (7) zu kodieren.
- ...9 Sonstiges: Wenn keine der bisher genannten Kategorien zutrifft und der/die Klient/in nicht wohnungslos ist, wird 9 „Sonstiges“ gewählt.

## 2.2.9 Erwerbssituation

Auch hier findet wieder eine Unterteilung in

2.2.9.1. „Überwiegend die letzten 6 Monate vor Betreuungsbeginn“ und

2.2.9.2 „Am Tag vor Betreuungsbeginn“ statt.

Bitte tragen Sie für beide Situationen die entsprechende Antwortnummer ein.

Die Frage 2.2.9.1 bezieht sich auf die letzten 6 Monate vor dem aktuellen Betreuungsbeginn. Bei Personen, auf die mehrere Kategorien zutreffen, ist zu beurteilen, welche überwiegt. Ein Student, der in den Ferien zwei Monate arbeitet, ist als „Schüler, Student“ zu beurteilen.

Personen, die von den letzten 6 Monaten mehr als die Hälfte der Zeit beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind, sind als Arbeitslose (6 bzw. 7) zu kodieren. Erwerbspersonen sind alle Personen, die eine unmittelbar auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen, unabhängig von der Bedeutung des Ertrags dieser Tätigkeit für ihren Lebensunterhalt und ohne Rücksicht auf die von ihnen tatsächlich geleistete oder vertragsmäßig zu leistende Arbeitszeit (1-7). Nichterwerbspersonen sind alle Personen, die keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (8-11). Kam der/die Klient/in innerhalb der letzten sechs Monate vor der aktuellen Betreuung in Haft, ist hier das Beschäftigungsverhältnis in den sechs Monaten vor Haftantritt relevant. Ist der/die Klient/in länger als sechs Monate in Haft ist die Situation während der Haft anzugeben. In diesen Fällen ist bei Inhaftierten für geringfügig bezahlte Einkünfte innerhalb der JVA Kategorie 4 (sonstige Erwerbspersonen) zu kodieren. Bei Freigängern, die außerhalb der Haftanstalt einer Arbeit nachgehen, ist die jeweils zutreffende Kategorie anzugeben.

- ...1 Auszubildender (in anerkannten Ausbildungsberufen): Personen, die in der praktischen Berufsausbildung stehen, einschließlich Praktikanten, Umschüler und Volontäre.
- ...2 Arbeiter/in, Angestellter/e, Beamter/in: Alle Lohn- und Gehaltsempfänger, unabhängig von der Lohnzahlungs- und Lohnabrechnungsperiode, ferner Heimarbeiter und Hausgehilfen und alle Lohnempfänger mit einer qualifizierten Erwerbstätigkeit, für die eine abgeschlossene Lehre oder eine vergleichbare Ausbildung von mindestens zwei Jahren nötig ist. Es werden ebenfalls alle nicht verbeamteten Gehaltsempfänger und alle verbeamteten Personen in einem

öffentlich rechtlichen Dienstverhältnis des Bundes, der Länder, der Gemeinden und sonstiger Körperschaften des öffentlichen Rechts, Richter und Soldaten, ferner Geistliche der Katholischen Kirche und der Evangelischen Kirchen in Deutschland hier kodiert.

- ....3 Selbständiger/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, Psychotherapeuten, Rechtsanwälte etc.) arbeiten.
- ....4 sonstige Erwerbspersonen: Hier werden Personen in Elternzeit oder im Wehrdienst kodiert, sowie mithelfende Familienangehörige. Dies sind Familienangehörige, die in einem Betrieb, der von einem Familienmitglied als Selbständiger geleitet wird, mithelfen, ohne hierfür Lohn oder Gehalt zu erhalten. Hier sind auch Inhaftierte zu kodieren, die innerhalb der JVA (d.h. nicht als Freigänger außerhalb) geringfügige Einkünfte durch eine Arbeitstätigkeit haben, ebenso arbeitslose Personen ohne Leistungsanspruch.
- ....5 in beruflicher Rehabilitation: Personen, die Lohn oder Gehalt, d.h. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation oder Arbeitsprojekten beziehen.
- ....6 arbeitslos nach SGB III: Hier werden Personen kodiert, die gemäß SGB III Arbeitslosengeld I beziehen.
- ....7 arbeitslos nach SGB II: Hier werden Personen kodiert, die gemäß SGB II Arbeitslosengeld II beziehen. Diese Kategorie trifft z.B. auch für Personen mit Leistungen nach § 16.3 SGB II zu („Ein-Euro-Jobs“), und für Klienten/innen, die Grundsicherung von der ARGE beziehen (Achtung: Grundsicherung vom Sozialamt fällt in Kategorie 11).
- ....8 Schüler/in, Student/in: In diese Gruppe gehören alle Klienten/innen, die eine Schule besuchen oder ein Studium absolvieren.
- ....9 Hausfrau/Hausmann: In diese Gruppe gehören Personen, die mit der Haushaltsführung und evtl. mit der Kindererziehung beschäftigt sind und sich nicht (mehr) im Erziehungsurlaub befinden.
- ....10 Rentner/in, Pensionär/in
- ....11 sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII, Sozialhilfe): Klienten/innen, die Sozialhilfe bzw. Grundsicherung vom Sozialamt erhalten, fallen in diese Kategorie (Achtung: Grundsicherung von der ARGE fällt in Kategorie 7).

## 2.2.10 Lebensunterhalt

Dieses Item erfasst Einkünfte des/der Klienten/Klientin. Die Finanzierung der Haft bei Inhaftierten sowie die Finanzierung von Klinik- oder Heimaufhalten werden hier nicht kodiert. Es kann somit unter Inhaftierten und Heimbewohnern, sofern nicht z.B. eine Arbeitstätigkeit in der JVA ausgeführt wird, Fälle geben, in denen keine der Kategorien zutrifft und somit keine Kodierung erfolgt. Geben Sie bitte bei jeder Kategorie eine Antwort.

- ...1 Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit: Diese Kategorie umfasst Entgelt für Arbeitstätigkeit. Nur legale Tätigkeiten sind zu erfassen.  
Ebenfalls hier zu kodieren sind Wehrsold und Zivildienstvergütung sowie Einkünfte aus Prostitution, sofern diese gewerbsmäßig betrieben wird. Inhaftierte, die als

Freigänger einer bezahlten Arbeit außerhalb der JVA nachgehen, sind ebenfalls hier zu kodieren.

- ...2 Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt: Beinhaltet z.B. BAföG, Stipendien, Vergütung von Lehrlingen und auch Kindergeld, sowohl wenn es an die Eltern, als auch wenn es an die volljährigen Kinder selbst ausgezahlt wird. Mit „Unterhalt“ sind hier unter anderem Formen staatlicher Unterhaltszahlungen gemeint. Unterhaltszahlungen z.B. des/der geschiedenen Ehepartners/in fallen in Kategorie 2.2.10.10 (Angehörige).
- ...3 Gelegenheitsjobs, unregelmäßige Einkünfte: Hierunter fallen kurzfristige und sporadische Arbeiten, bei denen in der Regel kein vertraglich geregeltes Arbeitsverhältnis zustande kommt. Hierzu zählen auch Einkünfte aus Prostitution, sofern diese nicht gewerbsmäßig betrieben wird.
- ...4 Krankengeld, Übergangsgeld: Lohnersatzleistungen während einer Krankheit oder Barleistungen während berufsfördernder Maßnahmen und in der gesetzlichen Rentenversicherung auch während medizinischer Rehabilitation.
- ...5 Leistungen der Pflegeversicherung
- ...6 Rente, Pension
- ...7 Arbeitslosengeld I (SGB III)
- ...8 Arbeitslosengeld II (SGB II)/Sozialgeld (SGB II)
- ...9 Sozialhilfe (u.a. staatliche Leistungen, z.B. AsylbLG, Wohngeld)
- ...10 Angehörige: Wird Einkommen nicht (nur) selbst, sondern (auch) durch einen/eine Angehörigen/Angehörige erzielt, so ist diese Kategorie anzugeben. Wenn also z.B. der/die Ehepartner/in eines/einer Klienten/in zum gemeinsamen Lebensunterhalt beiträgt, ist diese Kategorie zu kodieren. In diese Kategorie fallen auch Unterhaltszahlungen, z.B. durch den/die geschiedenen/e Ehepartner/in.
- ...11 Vermögen: Beiträge durch eigenes Kapital oder dessen Erträge.
- ...12 sonstiges: Hier sind alle weiteren Einkünfte zu kodieren, die nicht unter 2.2.10.1-2.2.10.11 erfasst werden. Darunter fallen sowohl Betteln als auch alle illegalen Einkünfte z.B. durch Hehlerei, Diebstahl oder Dealen. Inhaftierte, die innerhalb der Haftanstalt für Arbeitstätigkeiten oder für die Teilnahme an einer Schulausbildung geringfügige Einkünfte erhalten (d.h. die keine außerhalb der JVA beschäftigten Freigänger sind), sind ebenfalls hier zu kodieren.
- ...13 davon Hauptlebensunterhalt (1-12): Hier ist die überwiegende Einkommensquelle des Klienten aus den Kategorien 2.2.10.1-2.2.10.12 anzugeben. Gemeint ist die Einkommensquelle, aus welcher der Klient den höchsten Betrag bezieht.

## 2.3 Problembereiche

Der gesamte Bereich 2.3 (Nummerierung des Fragebogens) ist nur für Klienten/innen mit eigener Problematik, nicht für Angehörige, zu kodieren.

Erläuterungen zur Diagnosestellung: Die Erfassung sowohl der substanzbezogenen als auch anderer Diagnosen im KDS-K erfolgt nach den Richtlinien des ICD-10 und bezieht sich auf die Situation bei Betreuungsbeginn.

Auch wenn nicht sofort bei Aufnahme eine endgültige Diagnose gestellt werden kann, sollten die Einträge immer den Stand zu Beginn der Betreuung widerspiegeln. Die

wichtigsten Leitlinien des ICD-10 werden bei den jeweiligen Störungsgruppen angeführt. Sie entstammen der aktuellen deutschsprachigen Version (H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt (Hrsg.) (2005) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5., durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern: Huber).

Kodierung von Substituierten: Bei Opiatabhängigen in Substitution ist unter 2.3.2 bis 2.3.2.5 zunächst immer die eigentliche Abhängigkeit (z.B. von Heroin) zu kodieren. Für die Kodierung der Abhängigkeit vom Substitut ist der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns ausschlaggebend: Besteht die Substitution bereits bei Behandlungsbeginn, wird die Abhängigkeit von z.B. Methadon vollständig dokumentiert. Als „Alter bei Störungsbeginn“ wird das Alter bei Beginn der Substitution angegeben. Wird bei Substituierten die

Methadonabhängigkeit kodiert, ist sie gleichzeitig Hauptdiagnose. Beginnt die Substitution erst nach Beginn der Behandlung, wird die Substitutabhängigkeit nicht kodiert.

### 2.3.1 Problematische Schulden

Diese Frage findet sich auch im Original des KDS. Allerdings wurde klar, dass bei einer Diagnose von pathologischem Glücksspielen vor allem Schulden eine Rolle spielen und differenzierter erfragt werden müssen. Somit wurde die Frage nach den Schulden im KDS in dieser Erhebung leicht variiert und auf die neuen Bedürfnisse zugeschnitten. Es soll herausgefiltert werden, wie hoch die finanzielle Belastung bei Glücksspielern im Durchschnitt ist und welche Rolle dabei das krankhafte Spielverhalten spielt. Aus diesem Grund wird die Frage nach dem prozentualen Anteil des Glücksspiels an den Schulden gestellt.

2.3.1 Nein: In diesem Fall kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen rechts oben an und gehen gleich mit Frage 2.3.2 weiter.

2.3.1 Ja: In diesem Fall kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen rechts oben an und gehen zum Item 2.3.1.1 weiter.

2.3.1.1 wenn ja, in Höhe von: Hier geben Sie bitte nach den Angaben des/der Klienten/in die Höhe der Schulden an. Hier zählen alle Schulden. Dies können sein Kredite für Immobilien, Auto, usw.

2.3.1.2 (davon Schulden aus Glücksspiel) wenn ja, in Höhe von: Hier werden Anteile des Glücksspiels an der Schuldensumme angegeben – auch wenn das Glücksspielen eher bedingt für die Schulden verantwortlich ist - es soll im Gespräch herausgefunden werden, inwiefern das pathologische Glücksspielen andere Schulden bedingt (hat). Kann zum Beispiel ein Kredit nicht mehr abgezahlt werden, weil das Spielen Vorrang hat und verschuldet den/die Klienten/in immer mehr.

Werden andere Rechnungen nicht mehr bedient, sondern das Geld für das Spielen verwandt und der Schuldenberg in die Höhe getrieben. Auch hier ist das Glücksspiel die Ursache für die Schulden und soll in seinem Umfang aufgeschlüsselt werden.

## 2.3.2 Konsum psychotroper Substanzen

Es wird in 5 verschiedene Arten von Konsum unterteilt. Diese Differenzierung finden Sie in der linken Zelle der Tabelle. Für jede aufgeführte Substanz wählen Sie bitte die zutreffende Konsumart (die entsprechende Nummer) und tragen sie in die zweite Spalte (2.3.2.1) ein.

### 2.3.2.1 Konsumart

Hier ist die überwiegend praktizierte Art und Weise des Konsums der vorrangigen Problemsubstanz des/der Klienten/in (auf die sich demnach auch die Hauptdiagnose bezieht) bezogen auf die letzten 30 Tage vor Aufnahme der aktuellen Behandlung anzugeben. Auch bei Inhaftierten sind die letzten 30 (ggf. bereits in Haft verbrachten) Tage vor Aufnahme einer Suchtberatung zu berücksichtigen. Ausschließlich bei einer unmittelbar vorhergehenden stationären Entgiftung sind die 30 Tage vor dem Beginn der Entgiftung heranzuziehen, wenn das Ende dieser Maßnahme max. 30 Tage zurückliegt. Wenn keine Angabe gemacht wurde, bitte mit k .A. eintragen.

- 1 Injektion: Hauptsächlich bei Opiaten.
- 2 Rauchen / Inhalieren / Schnüffeln: Üblicherweise bei Cannabis und Tabak sowie „Schnüffelstoffen“ (Klebstoff, Benzin, etc.).
- 3 Essen/Trinken: Üblicherweise bei Alkohol sowie allen Arten von Pillen und Tabletten (Ecstasy, MDMA und andere Amphetamine, Sedativa/Hypnotika)
- 4 Schnupfen/Schniefen: Üblicherweise bei Kokain und Crack.
- 5 andere Arten: Diese Kategorie ist zu vergeben, wenn keine der Kategorien 1-4 zutrifft

### 2.3.2.2 Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn

Es ist die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme der aktuellen Beratung bzw. Behandlung anzugeben. Auch bei Inhaftierten sind die letzten 30 (ggf. bereits in Haft verbrachten) Tage vor Aufnahme einer Suchtberatung zu berücksichtigen.

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

### 2.3.2.3 ICD-10-Diagnose

Unter 2.3.2.3 werden gemäß der jeweils aktuellsten Version des ICD die Diagnosen der Klienten/innen erfasst. Die Stellen 1 bis 3 (Bsp. „F10.“) sind vorgegeben, z.B. F10 für eine Alkoholstörung. Somit sind die Stellen 4 und 5 bei den zutreffenden Substanzen zu kodieren. Sie kennzeichnen das klinische Erscheinungsbild der jeweiligen Störung.

Bitte beachten: Bei der Kodierung von „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ (F19) gibt es eine beabsichtigte Diskrepanz zwischen dem hier vorliegenden Kerndatensatz und dem ICD-10. Unter 2.3.2.3 wird die Diagnose F19 nur dann kodiert, wenn ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von einer bestimmten anderen psychotropen Substanz (z.B. Khat) außer den durch die Diagnosen F10 bis F18 erfassten vorliegt (was aber nur selten der Fall ist).

Bei der Diagnose Polytoxikomanie erfolgt an dieser Stelle keine Eingabe. Sie wird gesondert unter 2.3.3 kodiert (s. dort). Polytoxikomanie soll nur dann kodiert werden, wenn



sich der Diagnosesteller unklar darüber ist, welche Substanz die hauptsächlich konsumierte dominante Substanz darstellt (s. Definition unter 2.3.3.)

Die wichtigsten Kodierungen der Stelle 4 sind x.1=schädlicher Gebrauch und x.2=Abhängigkeitssyndrom. Weitere Kodierungen der Stelle 4 sind der aktuellen Version des ICD-10 zu entnehmen (Dilling et al., 2005). In einigen Dokumentationssystemen wurde bei der Besetzung der vierten Stelle auf diese im ICD-10 definierten weiteren Diagnosen wie z.B. Entzugssyndrom mit oder ohne Delir, psychotische Störung, etc. verzichtet. In diesen Fällen beschränken sich die für Stelle 4 möglichen Kodierungen auf x.1 oder x.2. (F1x.1)

Schädlicher Gebrauch (gemäß ICD-10, Dilling et al., 2016):

Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum. Die Begriffe „Schädlicher Gebrauch“ und „Missbrauch psychotroper Substanzen“ werden synonym verwendet.

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

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

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

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

Abhängigkeitssyndrom (F1x.2): Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei

festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

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

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

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

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

Diese diagnostische Forderung schließt beispielsweise chirurgische Klienten/innen aus, die Opiate zur Schmerzlinderung erhalten haben und die ein Opiat-Entzugssyndrom entwickeln, wenn diese Mittel abgesetzt werden, die aber selbst kein Verlangen nach weiterer Opiateinnahme haben. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (beispielsweise Tabak oder Diazepam), auf eine Gruppe von Substanzen (wie z.B. Opiate), oder auch auf ein weiteres Spektrum unterschiedlicher Substanzen (wie z. B. bei jenen Personen, die eine Art Zwang erleben, regelmäßig jedes nur erreichbare Mittel zu sich zu nehmen und die qualvollen Gefühle, Unruhe und/oder körperliche Entzugserscheinungen bei Abstinenz entwickeln).

Die folgenden 5 Stellen dienen der weiteren Unterteilung des Abhängigkeitssyndroms:

- 0 gegenwärtig abstinent
- 1 gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung
- 2 gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm  
(kontrollierte Abhängigkeit)
- 3 gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden  
Medikamenten. Hierunter fallen auch Behandlungen mit Anti-Craving Substanzen  
wie z.B. Campral.
- 4 gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit)
- 5 ständiger Substanzgebrauch
- 6 episodischer Substanzgebrauch (z.B. Dipsomanie): Da im ICD-10 kein konkreter  
Zeitbezug für die Kodierung der 5. Stelle vorgegeben wird, lehnt man sich an den  
Kriterien des DSM-IV für eine Teilremission an. Dementsprechend wird der Zeitraum  
der letzten 4 Wochen vor Diagnosestellung als Bezugszeitraum gewählt.

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

#### 2.3.2.4 Alter bei Störungsbeginn

Hier ist das Alter anzugeben, das der/die Klient/in als Alter des Störungsbeginns angibt.

#### 2.3.2.5 Riskanter Konsum

Diese Kodierung soll gemäß fachlicher Einschätzung für jede Substanz bzw. Störung angegeben werden, wenn weder die ICD-Kriterien für Abhängigkeit noch für schädlichen Gebrauch erfüllt sind und somit keine Diagnose gestellt werden kann, gleichzeitig jedoch die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen größer als Null ist. Diese Festlegung gilt für alle Substanzen außer Alkohol, da es für sie bislang keine verbindlichen Grenzwerte für riskanten Konsum gibt.

Für die Einschätzung des individuellen „riskanten Alkoholkonsums“ gelten folgende Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS (Seitz & Bühringer, 2007): Mehr als 24g Reinalkohol pro Tag für Männer, sowie mehr als 12g Reinalkohol pro Tag für Frauen. Zudem zählt auch das sogenannte „Binge Drinking“, d.h. der Konsum von 5 oder mehr Drinks à 10g Reinalkohol als riskanter Konsum. Dabei hat ein Bier (0,33l) einen Alkoholgehalt von 13g und ein Glas Wein (0,2l) einen Gehalt von 16g. Als Bezugszeitraum für die Kodierung nach KDS-Fall werden die letzten 12 Monate zugrundegelegt, d.h. riskanter Konsum soll dann kodiert werden, wenn die genannten Grenzwerte in den letzten 12 Monaten im Durchschnitt überschritten wurden bzw. wenn durchschnittlich mindestens einmal pro Monat in diesem Zeitraum eine Binge Drinking-Episode vorlag. Hier wurde der besseren Vergleichbarkeit wegen der für die Diagnosestellung relevante Zeitraum auch auf den riskanten Konsum übertragen.

### 2.3.3 Polytoxikomanie

(Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch F19): Dieses Item bezieht sich ausschließlich auf Polytoxikomanie: Wenn unter 2.3.2.3 keine ICD-10 Diagnose gestellt wurde und zugleich unter 2.3.2.2 Angaben zum Konsum von mindestens drei Substanzen (hier besteht eine beabsichtigte Diskrepanz zwischen dem Kerndatensatz

und dem ICD-10, vgl. unten stehende Diagnoserichtlinie) vorliegen, ist Polytoxikomanie zu kodieren. Durch die Forderung des Konsums von mindestens drei statt zwei Substanzen soll verhindert werden, dass eine inflationäre Dokumentation von Klienten/innen mit Polytoxikomanie erfolgt, da bei der Vorgabe von zwei Substanzen im Grunde bereits eine tabak- und eine weitere substanzbezogene Diagnose zur Kodierung einer Polytoxikomanie führen könnten.

Laut ICD-10 ist diese Kategorie beim Konsum von zwei oder mehr psychotropen Substanzen zu verwenden, wenn nicht entschieden werden kann, welche Substanz die Störung ausgelöst hat. Diese Kategorie ist außerdem zu verwenden, wenn nur eine oder keine der konsumierten Substanzen nicht sicher zu identifizieren oder unbekannt sind, da viele Konsumenten oft selbst nicht genau wissen, was sie einnehmen (vgl. ICD-10 German Modification, Version 2006, www.dimdi.de).

### 2.3.4 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55)

Hier wird in drei Substanzgruppen (2.3.4.1) unterteilt, für welche erneut die Anzahl der Konsumtage der letzten 30 Tage vor Betreuungsbeginn (2.3.4.2), eine möglicherweise vorhandene ICD-10-Diagnose (2.3.4.3) sowie das Alter bei Störungsbeginn anzugeben sind.

### 2.3.5 pathologisches Glücksspiel (F63.0)

Liegt pathologisches Glücksspielen vor, soll angegeben werden, an welcher Art von Spiel der Klient/die Klientin teilgenommen hat. Zu unterscheiden ist das Spiel in Spielhallen und gastronomischen Betrieben an Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit vom Spiel in Spielbanken. Findet das Spiel in Spielbanken statt, ist zu differenzieren, ob in den Automatenhallen gespielt wurde (sog. kleines Spiel) oder ob Roulette und andere Kasinospiele (sog. großes Spiel) gespielt wurden. Eine weitere Möglichkeit bietet die Teilnahme an Wetten (Sportwetten u. a.), Lotterien u.ä. Für eine Erhebung zum Thema pathologisches Glücksspielen ist die engere feinere Unterteilung notwendig. Trifft trotz allem keine der genannten Kategorien zu, ist „andere“ zu wählen.

#### 2.3.5.1 Spielformen

Im Folgenden werden diverse mögliche Spielformen aufgezählt, von denen jede einzelne beantwortet werden soll. Entspricht eine Spielform nicht dem Spielverhalten, wird die Anzahl der Spieltage mit 0 beziffert. Es muss aber jede Spielform bearbeitet werden, damit Missings weitestgehend ausgeschlossen werden können.

- .1 Geldspielautomaten in Spielhallen etc.: Hierbei handelt es sich um sogenannte „Spielautomaten mit Gewinnmöglichkeit“, die ursprünglich vorrangig der Unterhaltung dienen sollten. Da mittlerweile die Gewinn- und Verlustchancen stark angestiegen sind, erfüllt diese Spielform die Merkmale eines Glücksspiels. Die beabsichtigte Abgrenzung zum Kleinen Spiel in den Automatenhallen wird damit zunehmend verwischt.
- .2 kleines Spiel der Spielbank: Das kleine Spiel der Spielbanken besteht im Spielen an Spielautomaten in Automatenhallen. Die Spielautomaten unterscheiden sich von den in Spielhallen und Gaststätten üblichen „Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit“

unter anderem durch höhere Einsätze und kürzere Dauer des einzelnen Spiels, so dass in kürzerer Zeit deutlich höhere Gewinne bzw. Verluste möglich sind. Daher handelt es sich bei dieser Spielform nach derzeitiger Rechtslage um Glücksspiel.

- .3 großes Spiel der Spielbank: Das große Spiel der Spielbanken umfasst alle eigentlichen Casinospiele (Roulette, Black Jack,). Die Einsätze sind deutlich höher als beim kleinen Spiel.
- .4 Wetten: In diese Kategorie fallen Wetten auf Pferde- und Hunderennen, alle Arten von Sportwetten (Oddset, etc.), unabhängig davon, auf welche Art die Wetten abgegeben werden (Wettbüro, Telefon, Internet).

Andere: Hier werden weitere Möglichkeiten von Spielformen angeboten, die sich so im Original KDS nicht finden. Sie bilden eine weitere Ergänzung bezüglich des pathologischen Glücksspielens.

- .5.1 Lotto: Lotto oder Lotterie ist ein Glücksspiel, bei dem der Spieler gegen einen finanziellen Einsatz auf das Ziehen vorher getippter Zahlen aus einer begrenzten Zahlenmenge setzt.
- .5.2 Lotterie: Sie beschreibt die Auslosung, die von einem Unternehmer für eine Mehrheit von Spielteilnehmern veranstaltet wird und bei der durch Ziehen von Losen oder Nummern nach einem bestimmten Ziehungsplan oder Spielplan der Zufall über Verlust des Spieleinsatzes oder Gewinn entscheidet. Der Einsatz ist regelmäßig eine Geldsumme; der Gewinn besteht aus Geld (Geldlotterie) oder aus beweglichen oder unbeweglichen Sachen (Warenlotterie).
- .5.3 Sportwetten: Eine Sportwette ist eine Wette, bei der Geldeinsätze auf das Eintreffen eines Sportergebnisses getätigt werden. Sportwetten werden entweder zu festen Gewinnquoten von einem Buchmacher angeboten oder zu variablen Quoten am Totalisator bzw. nach Art der Calcutta-Auktion abgeschlossen. Zusätzlich existieren so genannte Wettbörsen, bei denen die Benutzer über das Internet gegeneinander wetten können.
- .5.4 Casino: Casinos, oder auch Spielbanken genannt, sind in Deutschland im Gegensatz zu Spielhallen, in denen ausschließlich Automaten Spiel angeboten wird, immer staatlich konzessioniert, öffentlich überwacht, seitens der Steuerbehörden kontrolliert und haben deutlich höhere Gewinnauszahlungsquoten.

Im Wesentlichen werden die Glücksspiele Roulette und Black Jack angeboten, der Resonanz der Gästeschaft entsprechend gegebenenfalls erweitert um die klassischen Kartenspiele Baccara und verschiedene Arten von Poker, deren Ablauf von Croupiers geleitet wird. Dabei setzen die Spieler nach festgelegten Spielregeln entweder mit Geld oder mit vor Spielbeginn gegen Geld eingetauschten Spielmarken, den sogenannten Jetons.

- .5.5 Internetcasino: Der Bereich Internet-Casino hat weltweit die größte Bedeutung innerhalb der Wettindustrie. Wie in der realen Welt auch versuchen etablierte offline Anbieter ihren Markennamen auf das Internet zu übertragen und ein eigenes Casino zu betreiben.

### .5.6 Internetkartenspiele

.5.7 Illegales Glücksspiel: Unter anderem wegen der Suchtgefahr gilt Glücksspiel in vielen Gesellschaften als unmoralisch. Ungeregeltes Glücksspiel ist in den meisten Staaten illegal und wird oft von der organisierten Kriminalität betrieben; legales Glücksspiel unterliegt meist diversen Einschränkungen.

## **2.3.5.2 Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn**

Wenn keine Angabe gemacht wurde, bitte k. A. eintragen.

## **2.3.5.3 ICD-10-Diagnose**

Unter 2.3.5.3 wird gemäß ICD-10 „Pathologisches Glücksspielen“ (F63.0) erfasst. Es ist für jede der angeführten Spieloptionen zu kodieren, ob eine ICD-10-Diagnose in Bezug darauf vorliegt (ja/nein). Gemäß ICD wird die Diagnose F63.0 nicht weiter differenziert, im KDS-K erfolgt die Unterscheidung nach Spieloptionen zur zusätzlichen detaillierteren Erfassung. Die folgende detailliertere Darstellung ist der aktuellen Version des ICD- 10 entnommen (Dilling et al., 2016):

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

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

Differentialdiagnose: Das pathologische Spielen ist abzugrenzen von:

- a. Gewohnheitsmäßigem Spielen und Wetten: Häufiges Spielen wegen der aufregenden Spannung oder um damit Geld zu verdienen; bei schweren Verlusten oder anderen negativen Auswirkungen schränken diese Personen ihre Gewohnheit zumeist ein.
- b. Exzessivem Spielen manischer Klienten/innen
- c. Spielen bei Personen mit soziopathischer bzw. dissozialer Persönlichkeit: Diese Menschen weisen eine weitreichende und dauernde Störung des Sozialverhaltens auf, die sich in aggressiven Handlungen oder einem fehlenden Gefühl für das Wohlergehen und die Gefühle anderer Menschen äußert.

### 2.3.5.4 Alter bei Störungsbeginn

### 2.3.6 Essstörungen (F50)

#### 2.3.6.1 ICD-10-Diagnose und 2.3.6.2 Alter bei Störungsbeginn

Hier ist gegebenenfalls eine ICD-Diagnose für eine vorliegende Essstörung zu vergeben. Die Kodierung der ersten vier Stellen der Diagnose ist an dieser Stelle ausreichend. Die Diagnosestellung richtet sich nach den Leitlinien der ICD-10. F50.0 Anorexia nervosa:

- F50.1 Atypische Anorexia nervosa
- F50.2 Bulimia nervosa
- F50.3 atypische Bulimia nervosa
- F50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen
- F50.5 Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen
- F50.8 sonstige Essstörungen
- F50.9 nicht näher bezeichnete Essstörung

Die wichtigsten dieser Essstörungen sind F50.0 Anorexia nervosa und F50.2 Bulimia nervosa. Daher werden deren ICD-10-Kriterien im Folgenden erläutert.

Erläuterungen:

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

Diagnostische Leitlinien:

1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Quetelets-Index von 17,5 oder weniger. Bei Patientinnen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:
  - a. selbst induziertes Erbrechen
  - b. selbst induziertes Abführen
  - c. übertriebene körperliche Aktivitäten
  - d. Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika
3. Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido-Potenzverlust. (Eine Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung zur Kontrazeption). Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.

5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstop, fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe beim Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein. Quetelets-Index (Bodymass-Index) = Körpergröße in m<sup>2</sup>.

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

Diagnostische Leitlinien:

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

### **2.3.7 Hauptdiagnose Hauptdiagnose aus 2.3.2, 2.3.4, 2.3.5 oder 2.3.6 (4-stelliger IDC-10-Code)**

Als Hauptdiagnose wird die behandlungsleitende Diagnose kodiert.

- 2.3.7.1 Alter beim Erstkonsum der Hauptdiagnosesubstanz: Dieses Item ist nur für Klienten/innen zu kodieren, die eine Hauptdiagnose in Bezug auf eine der unter 2.3.2 aufgeführten Substanzen aufweisen. Es ist das Alter anzugeben, das der/die Klient/in



für den ersten Konsum der Substanz angibt. Der Erstkonsum ist dabei unabhängig von Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit.

**2.3.7.2 Grund, warum keine Hauptdiagnose nach 2.3.7 gestellt wurde:** Wenn keine Hauptdiagnose für den/die Klienten/in gestellt wurde, ist der Grund entsprechend den Kategorien 1-5 zu kodieren:

- .1 **Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt, aber riskanter Konsum:** Es ist weder eine Diagnose für Abhängigkeit noch für schädlichen Gebrauch gerechtfertigt, der/die Klient/in zeigt jedoch riskanten Konsum der von ihm vorrangig konsumierten Substanz.
- .2 **Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt und auch kein riskanter Konsum:** Es ist weder eine Diagnose für Abhängigkeit noch für schädlichen Gebrauch gerechtfertigt, zudem zeigt der/die Klient/in auch keinen riskanten Konsum der von ihm vorrangig konsumierten Substanz.
- .3 **Keine ausreichenden Informationen für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden:** Es liegen nicht genügend Informationen vor, um eine Diagnose gemäß ICD-10 stellen zu können. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn ein/einer Klient/in nur sehr wenige Kontakte mit der Einrichtung hatte.
- .4 **Keine ausreichende Qualifikation für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden:** Der betreuende Mitarbeiter kann im betreffenden Fall keine Diagnose vergeben, da ihm das erforderliche Fachwissen oder die notwendige Erfahrung fehlt.
- .5 **Andere Gründe:** Ist zu kodieren, wenn keiner der Gründe 1-4 zutrifft. Dies ist etwa bei Klienten/innen der Fall, deren Hauptdiagnose Kleptomanie (F63.2) oder eine sonstige abnorme Gewohnheit oder Störung der Impulskontrolle (F63.8) ist. Die Diagnose F63.8 trifft z.B. auf Klienten/innen zu, deren im Vordergrund stehende Problematik „Internet-“, „0190-Nummern“- oder „Kaufsucht“ ist. Auch für alle Klienten/innen, für die unter Item 2.3.3 Polytoxikomanie kodiert wurde, ist hier eine Kodierung vorzunehmen.

### **2.3.8 weitere Diagnosen (mindestens 3-stellig)**

An dieser Stelle können in Ergänzung zu den unter 2.3.2 - 2.3.6 kodierten Diagnosen zusätzliche ICD-Diagnosen kodiert werden.

#### **.1 - .4 Psychiatrische Diagnosen:**

Hier können alle weiteren vorliegenden psychiatrischen Diagnosen kodiert werden, die zusätzlich zu den unter 2.3.2-2.3.6 kodierten vorliegen.

Bei Klienten/innen mit einer Problematik „Internet-“, „0190-Nummern“- oder „Kaufsucht“ ist hier F63.8 „sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ zu kodieren.

Da diese Diagnose aufgrund ihrer Seltenheit im Rahmen des vorliegenden Kerndatensatzes nicht als Hauptdiagnose vergeben werden kann, ist, falls es sich dabei tatsächlich um die Hauptproblematik handelt, bei 2.3.7.2 „5“ für „andere Gründe“ zu kodieren.

#### **.5 - .8 Neurologische Diagnosen:**

Hier können vorliegende neurologische Diagnosen kodiert werden.

#### **.9 - .12 andere wichtige Diagnosen:**

Hier können alle weiteren ICD-Diagnosen kodiert werden, die nicht aus dem Spektrum der psychiatrischen (Fxx.xx) oder neurologischen Diagnosen (Gxx.xx) stammen.

### 2.3.9 HIV – Infektionsstatus

- 1 getestet, negativ: Diese Kodierung ist zu vergeben, wenn der/die Klient/in einen negativen Testbefund hat. Der Befund darf zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns höchstens ein Jahr alt sein, bei einem älteren Testbefund ist 3 „Status unbekannt“ zu kodieren.
- 2 getestet, positiv
- 3 Status unbekannt: Wenn entweder nie ein Test durchgeführt wurde, der letzte Test länger als ein Jahr zurückliegt oder der/die Klient/in die Aussage verweigert.

### 2.3.10 Hepatitis B – Infektionsstatus

- 1 getestet, negativ: Diese Kodierung ist zu vergeben, wenn der/die Klient/in die einen eindeutigen negativen Testbefund hat. Der Befund darf zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns höchstens ein Jahr alt sein, bei einem älteren Testbefund ist 3 „Status unbekannt“ zu kodieren. Hier sind auch Fälle zu kodieren, in denen der medizinische Befund eine ausgeheilte Hepatitis B (medizinische Kategorie „Zustand nach“) oder eine wirksame Impfung gegen Hepatitis B nachweist. Bei einer ausgeheilten Hepatitis B heißt das in der Regel, das ein positiver Impf-Titer für Anti-HBS sowie für Anti-HBC vorliegt. Bei Personen mit Impfschutz zeigt sich in der Regel ein positiver Titer für Anti-HBS.
- 2 getestet, positiv: Das Vorliegen einer Infektion muss anhand aktueller medizinischer Befunde (höchstens ein Jahr alt) eindeutig belegt sein, z.B. anhand einer HBV-DNA-PCR. Hepatitis B wird im vorliegenden Datensatz nicht nach akuter und chronischer Verlaufsform differenziert, beide werden in dieser gemeinsamen Kategorie kodiert.
- 3 Status unbekannt: Wenn entweder nie ein Test durchgeführt wurde, der letzte Test länger als ein Jahr zurückliegt oder der/die Klient/in die Aussage verweigert. Hier sind auch Fälle zu kodieren, in denen aus medizinischer Sicht ein Verdacht auf Infektion besteht (d.h. bestimmte Leberwerte sind auffällig), der noch nicht endgültig abgeklärt wurde. Der letztgenannte Fall sollte relativ selten eintreten, da in den meisten Fällen das endgültige Ergebnis des medizinischen Diagnoseprozesses noch während der Behandlung an der Suchthilfeeinrichtung bekannt wird und entsprechend dokumentiert werden kann.

### 2.3.11 Hepatitis C – Infektionsstatus

- 1 getestet, negativ: Diese Kodierung ist zu vergeben, wenn der/die Klient/in einen eindeutigen negativen Testbefund hat. Der Befund darf zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns höchstens ein Jahr alt sein, bei einem älteren Testbefund ist 4 „Status unbekannt“ zu kodieren.
- 2 getestet, akut: Das Vorliegen einer Infektion muss anhand aktueller medizinischer Befunde (höchstens ein Jahr alt) eindeutig belegt sein, z.B. anhand einer HCV-RNA-PCR. Die Kodierung als „getestet, akut“ erfolgt, wenn eine akute Form der Hepatitis C vorliegt, wenn die Symptomatik also seit weniger als einem halben Jahr besteht.
- 3 getestet, chronisch: Diese Kodierung erfolgt, wenn eine chronische Form der Hepatitis C vorliegt, wenn die Symptomatik also seit einem halben Jahr oder länger besteht.
- 4 Status unbekannt: Wenn entweder nie ein Test durchgeführt wurde, der letzte Test länger als ein Jahr zurückliegt oder der/die Klient/in die Aussage verweigert. Hier sind auch Fälle zu kodieren, in denen aus medizinischer Sicht ein Verdacht auf Infektion

besteht (d.h. bestimmte Leberwerte sind auffällig), der noch nicht endgültig abgeklärt wurde.

Der letztgenannte Fall sollte relativ selten eintreten, da in den meisten Fällen das endgültige Ergebnis des medizinischen Diagnoseprozesses noch während der Behandlung an der Suchthilfeeinrichtung bekannt wird und entsprechend dokumentiert werden kann.

### 2.3.12 I.v-Konsum

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

- 1 nein, nie: Ist zu kodieren, wenn außer medizinisch indizierter intravenöser Verabreichung von Substanzen nie i.v.-Konsum stattgefunden hat.
- 2 ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn
- 3 ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn

## 2.4 Problembereich Glücksspiel

Ab diesem Punkt werden glücksspielspezifische Fragen gestellt, die nur für diese Erhebung nachträglich dem KDS angefügt wurden.

### 2.4.1 Glücksspiel in den letzten 12 Monaten

Hier ist anzugeben, ob in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Betreuung Glücksspiel jeglicher Art betrieben wurde. Ist dies nicht der Fall, gehen Sie bitte weiter zu Frage 2.4.2.

Ist dies der Fall, dann gehen Sie in der Antwort bitte weiter und konkretisieren Sie, wie oft das Glücksspiel durchgeführt wurde. Bitte kreuzen Sie für jede Frage eine Antwortmöglichkeit an.

- im Durchschnitt einmal im Monat – Antwort entweder „ja“ oder „nein“
- im Durchschnitt min. einmal die Woche – Antwort entweder „ja“ oder „nein“

### 2.4.2 Zeit für das Glücksspiel

Bitte geben Sie immer entsprechend der Frage, jeweils eine Antwort. Die Fragen 1 und 2 beziehen sich selbstverständlich nicht auf einen identischen Spieltag. Es geht hier darum, die Extreme des Glücksspiels herauszufinden.

- 1 durchschnittliche Anzahl an Std. an einem typischen Spieltag
- 2 maximale Anzahl an Std. an einem Spieltag
- 3 durchschnittliche Spieltage in einem Monat

### 2.4.3 höchster Tagesverlust im letzten Jahr

Sollten die vorgegebenen Kästchen nicht reichen, dann schreiben Sie bitte den Betrag dahinter.

## 2.4.4 negative Folgen

Hier werden verschiedene Antwortmöglichkeiten (1 – 11) vorgegeben, aus denen man sich eine zutreffende herausuchen soll. Vor allem bei einer längeren Periode von Glücksspielsucht ist davon auszugehen, dass ein/eine Klient/in mehrere Antwortvorgaben wählen könnte. Deshalb geben Sie bitte die, aus Sicht des/der Klienten/der Klientin, wichtigste negative Folge seiner/ihrer Sucht mit der entsprechenden Nummer an. Probleme in Partnerschaft/ Ehe in 2.4.11 sonstige Probleme einordnen.

## 2.5 Glücksspielverhalten (Zusatzblatt A)

Dieses Zusatzblatt A soll ausgefüllt werden für die Fälle ab dem 1. August 2017.

### 2.5.1 Glücksspielformen

#### Terrestrisch

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

#### 2.5.1.1 Geldspielautomaten in Spielhallen

Hierbei handelt es sich um sogenannte „Spielautomaten mit Gewinnmöglichkeit“ (rechtlich zu unterscheiden von Glücksspielautomaten in Spielbanken, allerdings vom Spielablauf her faktisch ein Glücksspiel). Die Spezifizierung „in Spielhallen“ dient der Abgrenzung zur nächsten Kategorie „in der Gastronomie“. Spielhalle/Spielothek/Spielkasino meint konzessionierte Einrichtungen, in denen volljährigen Personen Unterhaltungsspiele angeboten werden.

#### 2.5.1.2 Geldspielautomaten in der Gastronomie

Hierbei handelt es sich um sogenannte „Spielautomaten mit Gewinnmöglichkeit“ (rechtlich zu unterscheiden von Glücksspielautomaten in Spielbanken, allerdings vom Spielablauf her faktisch ein Glücksspiel). In der Gastronomie besteht dieses Spielangebot neben dem gastronomischen Angebot, nach aktuellem rechtlichen Stand (6. Novellierung der SpielV) mit maximal 3 (ab 11/2019 maximal 2) Geldspielgeräten.

#### 2.5.1.3 Kleines Spiel in der Spielbank

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

#### 2.5.1.4 Großes Spiel in der Spielbank

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

#### 2.5.1.5 Sportwetten

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

### **2.5.1.6 Pferdewetten**

In diese Kategorie fallen Wetten auf Pferderennen.

### **2.5.1.7 Lotterien**

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

### **2.5.1.8 Andere**

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

## **Online / über das Internet**

Online-Glücksspiele heißt, dass an den Glücksspielen über von Online-Anbietern bereitgestellten Websites teilgenommen wird. Viele der Glücksspielformen unterscheiden sich inhaltlich nicht wesentlich von terrestrischen Spielformen, so dass größtenteils auf eine erneute Beschreibung verzichtet wird. Die unterschiedliche Kategorisierung im Gegensatz zu den terrestrischen Spielformen trägt einem teilweise unterschiedlichen Angebotsschwerpunkt Rechnung.

### **2.5.8.9 Automatenspiel (Geld-/Glücksspielautomaten)**

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

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

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

### **2.5.8.11 Poker**

### **2.5.8.12 Sportwetten**

### **2.5.8.13 Pferdewetten**

### **2.5.8.14 Lotterien**

### **2.5.8.15 Andere**

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

## **2.5.2 Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn**

## **2.5.3 Alter beim ersten Spielen um Geld**

### **3 Einzelkontaktbogen - Verlauf (Fragebogen 3)**

Im Fragebogen 3, dem sogenannten Verlaufsbogen geht es darum, die einzelnen Betreuungen, Beratungen zu dokumentieren und darauf aufbauend eine Entwicklung jedweder Art erkennbar zu machen. Dieser Verlaufsbogen wird immer wieder, zu jedem neuen Termin, ausgefüllt. Dies setzt voraus, dass das Original in der Beratungseinrichtung vorher mehrfach kopiert wurde. Im Verlaufsbogen finden sich fast ausschließlich themenspezifische Fragen zum pathologischen Glücksspielen, welche im KDS nicht zu finden sind.

#### **3.0 Datum des Einzelkontaktes**

#### **3.1 aktuelle Kontaktzahl**

Hier tragen Sie bitte die laufende Nummer der Kontakte mit dem/der Klienten/in ein. Es soll absehbar sein, wie viele Beratungen im Schnitt in Anspruch genommen werden.

#### **3.2 Einzelmaßnahmen der BS**

Es sollen zu jeder Antwortmöglichkeit entweder ein „ja“ oder „nein“ angekreuzt werden. Somit verringert man die Wahrscheinlichkeit von Missings.

- .1 Beratung im Einzelkontakt: Hier sind Beratungen Ihrer Einrichtung gemeint.
- .2 Beratung mit Ehepartner/in: Auch hier sind Beratungen in Ihrer Einrichtung gemeint.
- .3 Beratung mit anderen Angehörigen: Beratungen in Ihrer Einrichtung
- .4 Beratung im Gruppengespräch: Beratungen in Ihrer Einrichtung
- .5 ambulante Behandlung in eigener Einrichtung – Einzelkontakte: Reha
- .6 ambulante Behandlung in eigener Einrichtung – Gruppenkontakte: Reha
- .7 aufsuchende Arbeit im beruflichen Umfeld
- .8 aufsuchende Arbeit im privaten Umfeld
- .9 Begleitung des/der Klienten/in zu externen Stellen: bspw. Behörden, Ämter, Casino...
- .10 sonstige Maßnahmen ( hier sind auch Telefonberatungen zu dokumentieren )

#### **3.3 Themen der Beratung**

Hier soll erstmals geklärt werden, welche Problemfelder einen/eine Klienten/in am ehesten betreffen, wenn er in eine Beratungsstelle kommt. Geben Sie zu jeder Antwortmöglichkeit eine Antwort. Es spielt an dieser Stelle keine Rolle, ob sich Situationen positiv / negativ entwickelt haben.

Hier soll angegeben werden, welche Themen bei pathologischen Glücksspielern am meisten eine Rolle spielen und die momentane Problemverteilung widerspiegeln. Außerdem bietet sich der Verlaufsbogen an, eine mögliche Entwicklung des/der Klienten/in darzustellen.

- .1 Schulden
- .2 soziale Kontakte (Freunde, Bekannte, Kollegen,...)
- .3 familiäre Kontakte

- .4 Arbeit / Ausbildung: Hier zählt weniger der Kontakt zu Kollegen / Mitschülern (wird unter .2 abgefragt), sondern die Situation am Arbeitsplatz. Wie kommt der/die Klient/in mit dem Stress zurecht, ist er überfordert,...
- .5 gesundheitliche Situation: Wie fühlt sich der/die Klient/in körperlich? Geht er möglichen vorher betriebenen sportlichen Aktivitäten noch nach oder lässt er sich komplett gehen?
- .6 Freizeit: Finden noch Freizeittätigkeiten statt, denen man in Zeiten vor der Abhängigkeit nachging? Pfllegt man trotz allem seine sozialen Kontakte?
- .7 Wohnen: Musste der/die Klient/in den Wohnsitz wechseln, bekommt er die Pflege der Wohnung nicht mehr geregelt,...?
- .8 Selbsthilfe: Besteht vielleicht vom Klienten / von der Klientin Interesse an einer Selbsthilfegruppe oder ist er einer solchen bereits zugetreten?
- .9 justiziabler Bereich
- .10 gesetzliche Betreuung
- .11 sonstige Themen

### 3.4 überwiegendes Glücksspielverhalten

Hier soll in Erfahrung gebracht werden, wie sich das Spielverhalten möglicherweise entwickelt. Als Bemessungszeitraum wurde immer der Abstand zwischen der letzten und der aktuellen Beratung gewählt.

Sollte die Antwort „kein wöchentliches Spielen“ sein, dann braucht es für diese Frage keiner weiteren Angaben. Trifft aber eine der anderen Antworten zu, dann wüssten wir gern die durchschnittliche Spielzeit.

- .1 kein wöchentliches Spiel
- .2 1mal wöchentlich
- .3 2mal wöchentlich
- .4 3mal wöchentlich
- .5 mehr als 3mal
- .6 Durchschnittliche Stundenzahl der Spielphasen

### 3.5 Kooperation während der Betreuung mit

Antwort bezieht sich auf Zeitraum ab letztem und aktuellem Kontakt. Bei der Kooperation mit Beratungs-/ Behandlungseinrichtungen geht es im engeren Sinne um Betreuung: Bitte kodieren Sie hier Kontakte als „Kooperation mit Dritten“ nur dann, wenn Sie von den entsprechenden Einrichtungen eine verlässliche Rückmeldung erhalten haben, dass der/die Klient/in oder der/die Klient/in von der mit ihnen kooperierenden Institution oder Person tatsächlich (mit-)betreut wird. Wenn der Kontakt mit den Dritten ausschließlich zur Weitervermittlung dient und somit die Beendigung ihrer Betreuung darstellt, dann ist diese Form der Kooperation unter 4.5 (Fragebogen 4 – Abschluss) zu kodieren. Erläuterungen zu den einzelnen Institutionen siehe KDS-E 1.4

Bei den übrigen Kooperationspartnern (z.B. Familie; Leistungsträger) ist keine „Mitbetreuung“ des Patienten gemeint, sondern jeglicher Kontakt bezüglich der in Ihrer Einrichtung stattfindenden Beratung bzw. Behandlung. Es zählen neben persönlichen auch schriftliche und telefonische Kontakte.

Hinweis: Jede Frage ist mit einem „ja“ bzw. „nein“ zu beantworten!

- 1.1 Familie
- 1.2 gesetzliche Betreuung
- .2 Arbeitgeber, Betrieb, Schule
- .3 Selbsthilfegruppe
- .4 Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis
- .5 Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)
- .6 Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz
- .7 Institutsambulanz
- .8 Ambulant Betreutes Wohnen
- .9 Arbeits- und Beschäftigungsprojekt
- .10 Krankenhaus/Krankenhausabteilung
- .11 Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung
- .12 Stationäre Rehabilitationseinrichtung
- .13 Adaptionseinrichtung
- .14 Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.) u.a. teilstationäres betreutes Wohnen
- .15 Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Wohnheim / Übergangswohnheim)
- .16 Pflegeheim
- .17 Internen oder externen Diensten zur Beratung / Behandlung im Straf-/ Maßregelvollzug
- .18 Sozialpsychiatrischer Dienst
- .19.1 Schuldnerberatungsstellen
- .19.2 Verbraucherinsolvenzberatungsstellen
- .19.3 andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, etc.)
- .20 Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt
- .21 Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)
- .22 Arbeitsagentur/Arbeitsgemeinschaft (ARGE)/Job-Center (Fallmanager für ALG II etc.)
- .23 Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle
- .24 Justizbehörden/Bewährungshilfe
- .25 Kosten-, Leistungsträger
- .26 Sonstige: Hierunter fallen u.a. gesetzlich bestellte Betreuer (Vormund)

### **3.6 fortsetzende Maßnahmen vereinbart**

Hier soll angegeben werden, ob nächste Beratungen bzw. Maßnahmen dazu vereinbart wurden. Darunter kann auch eine Art von „Hausaufgabe“ fallen: Aufgaben, die der Klient/ die Klientin von Termin zu Termin zu erledigen hat, Termine mit Dritten, die Einbeziehung von Angehörigen, usw.



## **4 Abschlussbogen (Fragebogen 4 inkl. Zusatzblatt B)**

Der Abschlussbogen wird nach Beendigung der Maßnahme – Betreuung des/der Klienten/in ausgefüllt. Dabei gibt man einen gewissen Überblick über den Verlauf der Behandlung, eine Angabe zu der Anzahl der Kontakte, der Maßnahmen, welche Interventionen Anwendung fanden, u.v.m.

### **4.1 Dauer der Betreuung**

#### **4.1.1 Datum des Betreuungsendes**

Ein Kerndatenbogen (Betreuungsdatensatz) gilt bis zum Ende der Betreuung des/der Klienten/in in der Einrichtung, d.h. gegebenenfalls auch über einen kalendarischen Jahreswechsel hinaus. Bei der Beendigung ist unbedingt das Datum des Betreuungsendes einzutragen, also das Datum der Entlassung bzw. des letzten Kontakts. Die Betreuung endet in der stationären Variante mit dem letzten Tag des Aufenthalts und in der ambulanten Variante mit dem Datum des letzten Kontakts. Das Ende einer Betreuung kann entweder planmäßig oder vorzeitig, durch einseitigen Abbruch, durch Inhaftierung, Tod oder sonstige Gründe erfolgen.

Beim einseitigen, nicht angekündigten Abbruch durch den/die Klienten/in gilt im ambulanten Bereich die Regel, dass sich das Ende einer Betreuung dadurch ergibt, dass ein/eine Klient/in einen geplanten Termin unentschuldigt nicht wahrnimmt und in den folgenden 60 Tagen keinen neuen Kontakt mit der Einrichtung aufnimmt. In einem solchen Fall muss die Betreuung durch die Einrichtung mit der Kategorie 6 (=Abbruch durch Klient/in, Patient/in) beendet werden.

Als Datum des Betreuungsendes zählt hier nicht der vereinbarte und nicht wahrgenommene Termin, sondern der letzte Termin, der tatsächlich stattgefunden hat.

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

### **4.2 Kontaktzahl (nur ambulanter Bereich)**

Diese Angabe ist nur von ambulanten Einrichtungen zu machen, da eine stationäre Behandlungsepisode grundsätzlich nur in „einem“ Kontakt besteht. Es sind alle Kontakte, also auch solche mit Behörden und sonstigen Bezugspersonen zu berücksichtigen.

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

Betreutes Wohnen: Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens, in denen ein ambulanter Betreuer z.B. einmal pro Woche den/die Klienten/in aufsucht, kodieren

Kontakte. Bei (teil-)stationär betreutem Wohnen werden keine Kontakte kodiert, nur die Behandlungsdauer.

### 4.3 Art der Beendigung

1 Regulär nach Beratung/Behandlungsplan: Als regulär abgeschlossen gilt die Betreuung, wenn diese einschließlich einer evtl. erforderlichen Verlängerung ausgeschöpft wurde oder wenn der Betreuungszeitraum nicht vollständig benötigt wurde, weil das Betreuungsziel früher erreicht werden konnte.

Die Betreuung wird in gegenseitigem Einvernehmen beendet, in der Regel vor dem Hintergrund, dass die zu Betreuungsbeginn bestandenen Probleme soweit gelöst sind, dass zurzeit keine weitere Betreuung in dieser Einrichtung notwendig ist. Als regulär sind auch Fälle zu kodieren, in denen eine Suchtberatung im Strafvollzug endet, weil der Inhaftierte wegen guter Führung vorzeitig aus der Haft entlassen wurde.

2 vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung: Die Betreuung wird durch die Einrichtung beendet, wobei die zu Betreuungsbeginn bestandenen Probleme nicht vollständig gelöst sind oder die Ziele des Behandlungsplanes nicht vollständig erreicht wurden. Vorzeitig auf ärztlich/therapeutische Veranlassung wird der/die Klient/in entlassen, wenn eine Belastbarkeit für die Betreuung nicht oder nicht mehr besteht, weitere spezielle Diagnostik oder Betreuung erforderlich oder eine Fortsetzung der Betreuung nicht Erfolg versprechend ist.

3 vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis: Die Betreuung wird auf Initiative bzw. auf Wunsch des/der Klienten/in aus dringenden persönlichen Gründen beendet, aber mit Einverständnis der Einrichtung. Die zu Betreuungsbeginn bestandenen Probleme sind nicht vollständig gelöst oder die Ziele des Behandlungsplanes wurden nicht vollständig erreicht.

4 vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klient/in: Die Betreuung wird auf Initiative des/der Klienten/in beendet, ohne dass das Einverständnis der Einrichtung bzw. des Behandelnden vorliegt. Die Beendigung wurde entweder durch den/die Klienten/in angekündigt oder der Patient bricht die Betreuung ohne Ankündigung ab, nach Ansicht des Behandelnden hätte die Betreuung aber länger dauern sollen.

Es sind hier also ebenfalls Fälle zu kodieren, in denen der Abbruch ohne Ankündigung durch den/die Klienten/in erfolgt, d. h. der/die Klient/in erscheint einfach nicht mehr in der Einrichtung.

5 Disziplinarisch: Aus disziplinarischen Gründen wird ein/eine Klient/in i.d.R. entlassen bei wiederholtem Rückfall oder Missachtung der geltenden Regeln des Behandlungsvertrages.

Disziplinarisch ist ein/eine Klient/in zu entlassen, wenn sein Verhalten einen ordnungsgemäßen Betreuungsverlauf nachhaltig in Frage stellt oder wenn er während der Betreuung berechnete Interessen oder Rechte Dritter erheblich beeinträchtigt.

6 außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung: Es erfolgt abweichend von der geplanten Behandlungsdauer, also nicht planmäßig, ein Wechsel in ein anderes Betreuungsangebot oder eine Verlegung in ein Krankenhaus, ohne dass die Indexbetreuung fortgesetzt werden kann. Dies betrifft z. B. die Akutverlegung in ein Krankenhaus, die Verlegung in eine psychiatrische Einrichtung wegen einer akuten psychotischen Erkrankung oder den Wechsel in eine andere

Betreuungsform aus sonstigen aktuellen, nicht geplanten Gründen. Hier sind auch Fälle zu kodieren, in denen eine Suchtberatung im Strafvollzug aufgrund einer Verlegung in eine andere Haftanstalt endet.

- 7 planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform: Die Betreuung wird planmäßig abgeschlossen, aber in einer anderen Betreuungsform fortgesetzt. Beispielsweise wird eine begonnene stationäre Rehabilitation anderenorts teilstationär oder ambulant fortgesetzt oder nach Abschluss einer stationären Entwöhnungsbehandlung schließt sich eine Adaptionsbehandlung an, oder eine ambulante Betreuung wird planmäßig abgeschlossen und es schließt sich eine Vermittlung in eine stationäre Rehabilitation an.
- 8 verstorben

#### 4.4 Steht die vorzeitige Beendigung im Zusammenhang mit?

Wird eine Betreuung vorzeitig bzw. außerplanmäßig beendet, so kann einer der nachfolgenden Ursachen genannt werden.

- 1 Wohnortwechsel
- 2 Inhaftierung
- 3 Beruf, Erwerbstätigkeit, Ausbildung

#### 4.5 Weitervermittlung

Bitte kodieren Sie eine Weitervermittlung an die nachfolgend genannten Institutionen nur dann, wenn Sie mit diesen Dritten eine feste Vereinbarung über die Weiterbetreuung des/der Klienten/in in dieser Institution getroffen haben. Dies setzt voraus, dass im Verlauf der aktuellen Betreuung zumindest ein persönlicher, telefonischer oder schriftlicher Kontakt mit der entsprechenden Institution in Bezug auf die Weiterbetreuung des/der Klienten/in stattgefunden hat. Ob der/die Klient/in die vermittelte Betreuung tatsächlich aufnimmt, spielt für die Kodierung keine Rolle. Liegt jedoch lediglich eine unverbindliche Empfehlung an den/die Klienten/in vor, sich an eine der nachfolgenden Institutionen zu wenden, so darf dies nicht als Vermittlung kodiert werden.

Wenn parallel zur externen Weiterbetreuung eine eigene Betreuung fortgesetzt wird, so ist dies nicht als Vermittlung, sondern als Kooperation unter 4.8 zu kodieren. Erläuterungen zu den einzelnen Institutionen siehe KDS-E 1.4

- .1 Beendigung der Betreuung mit einer Weitervermittlung: ja / nein
- .2 Selbsthilfegruppe
- .3 Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis
- .4 Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)
- .5 Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz
- .6 Institutsambulanz
- .7 Ambulant Betreutes Wohnen
- .8 Arbeits- und Beschäftigungsprojekt
- .9 Krankenhaus/Krankenhausabteilung
- .10 Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung
- .11 Stationäre Rehabilitationseinrichtung

- .12 Adaptionseinrichtung
- .13 Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.) u.a. teilstationäres betreutes Wohnen
- .14 Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Wohnheim/Übergangwohnheim, stationär betreutes Wohnen)
- .15 Pflegeheim
- .16 Internen oder externen Diensten zur Beratung/Behandlung im Straf-/ Maßregelvollzug
- .17 Sozialpsychiatrischer Dienst
- .18.1 Schuldnerberatungsstellen
- .18.2 Verbraucherinsolvenzberatungsstellen
- .18.3 andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungs-, etc.)
- .19 Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt
- .20 Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)
- .21 Arbeitsagentur/Arbeitsgemeinschaft (ARGE) / Job-Center (Fallmanager für ALG II etc.)
- .22 Justizbehörden/Bewährungshilfe
- .23 Kosten-, Leistungsträger
- .24 Sonstige

## 4.6 Maßnahmen und Interventionen

Die Kategorien der Items 4.6.1 und 4.8 unterscheiden sich, da unter 4.6.1 die Art der Betreuung in der eigenen Einrichtung und in 4.8 mögliche kooperierende Institutionen aufgeführt werden. Dies lässt sich z.B. in Bezug auf „betreutes Wohnen“ verdeutlichen: Unter 4.8.8 wird die Kooperation mit ambulanten Einrichtungen des betreuten Wohnens kodiert. Falls aber die dokumentierende Einrichtung selbst die Behandlungsform „betreutes Wohnen“ anbietet, dann kann die Kodierung unter 4.6.1 als ambulante, teilstationäre oder stationäre sozialtherapeutische Maßnahme erfolgen: 4.6.1.12, 4.6.1.13 oder 4.6.1.14.

### 4.6.1 Art der Betreuung

Zur Abgrenzung von Beratung und Behandlung/Therapie und Betreuung:

Beratung bezieht sowohl die kurzfristige informationsorientierte Beratung als auch die mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Beratung mit ein. Das jeweilige Setting kann in Form von Einzel-, Paar- oder Gruppengesprächen erfolgen.

Die Aufgabe des Beraters beschränkt sich dabei nicht nur auf die Vermittlung von Sachinformationen, sondern er versucht auch, den Problemlöseprozess durch Reflexion der Lösungsalternativen zu strukturieren und zu steuern. Eine Beratung ist dabei weniger systematisch und zielorientiert als eine Behandlung/Therapie. *Behandlung und Therapie* werden synonym verwendet. Sie ist langfristiger, systematischer und zielorientierter als eine Beratung. Diese Maßnahmen können als einzel-, paar- oder gruppentherapeutische Intervention erfolgen, setzen spezifische Qualifikationen der behandelnden Personen voraus und erfordern ein entsprechendes Behandlungssetting (Behandlungsvertrag, festgelegte Behandlungsdauer u.ä.).

Hinweis: Vorbereitende Maßnahmen auf die Therapie sind unter 4.6.1.6.3 zu dokumentieren.

Eine Behandlung orientiert sich an folgenden Teilschritten:

- Anamnese,
- Diagnose und Indikation (eventuell Vermittlung in andere Einrichtung),
- Förderung der Änderungsmotivation,
- Erarbeitung von gemeinsamen Zielen
- Behandlungsplanung,
- Durchführung der Behandlung, Intervention,
- Abschluss des therapeutischen Prozesses,
- Kontrolle, Evaluation.

Im vorliegenden Manual wird der Begriff Betreuung als Überbegriff für Beratung, Behandlung/Therapie oder eine Kombination aus beiden Formen verwendet.

Alle angeführten Maßnahmen können jeweils als interne oder externe Maßnahmen kodiert werden. Die Unterscheidung bezieht sich auf die behandelnde Einrichtung: alle in der dokumentierenden Einrichtung mit dem/der Klienten/in durchgeführten Maßnahmen sind intern, ebenso alle von den Einrichtungsmitarbeitern außerhalb der Einrichtung durchgeführten Maßnahmen. Maßnahmen anderer Einrichtungen bzw. von deren Mitarbeitern, an denen der/die Klient/in teilnimmt, sind als extern zu kodieren.

Kodierung von Substituierten: Wenn sie als Beratungsstelle die psychosoziale Begleitbetreuung durchführen und eine Arztpraxis das Substitut vergibt, kodieren Sie die psychosoziale Begleitbetreuung als "intern" und die Mittelvergabe als "extern". Dokumentieren Sie als Mitarbeiter der Praxis, die das Substitut vergibt, kodieren Sie entsprechend umgekehrt die Mittelvergabe als „intern“ und die Begleitbetreuung als „extern“. Beide Einrichtungen – auch die Beratungsstelle - kodieren unter 4.7 das Substitutionsmittel. Unter 4.8 ist die Kooperation bei der Betreuung mit der jeweils anderen Einrichtung (Beratungsstelle, Praxis) zu kodieren.

- .1 Medizinische Notfallhilfe
- .2 Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe): Hiermit ist die reine Vergabe des Substituts gemeint. Die Angabe des Mittels erfolgt in 4.7
- .3 Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution: In Abgrenzung zu 4.6.1.2 ist hier die begleitende psychosoziale Betreuung von Klienten/innen gemeint, die sich in Substitution befinden.

Die psychosoziale Betreuung von Substituierten kann als komplexes Angebot für chronisch beeinträchtigte substanzabhängige Klienten/innen beschrieben werden, bei der die durchgeführten Tätigkeiten sowohl den sozialen, psychischen und somatischen Bereich betreffen und mittel- bis langfristig Interventionen erfordern, die an den Zielsetzungen, Möglichkeiten und Ressourcen der Klienten/Klientinnen orientiert sind und die eine Veränderung sowohl im sozialen Umfeld der Klienten/Klientinnen (Beziehungen, Wohnung, Arbeit, Finanzen) als auch im psychischen Bereich (Abstinenzstabilisierung, Bearbeitung von Problemen) anstreben.

- .4 Sonstige medizinische Maßnahme
- .5 Entzug/Entgiftung

- .6 ambulante Beratung: Beratungsgespräche mit dem/der Klienten/in. Beratung ist dabei weniger systematisch und zielorientiert als Therapie. Hier werden sowohl Einzel-, Partner-, Familien- und Gruppenberatungen kodiert.
- Um zum Thema Glücksspiel differenzierter abzufragen, wurde an dieser Stelle weiter untergliedert in:
- .6.1 Schuldnerberatung
- .6.2 Verbraucherinsolvenzberatung
- .6.3 ambulante Suchtberatungen
- .6.4 andere ambulante Beratungen
- .7 Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation): Unter einer teilstationären Entwöhnungsbehandlung ist eine ganztägig ambulante Behandlung zu verstehen. Hier wird die von der Rentenversicherung finanzierte sechs- bis neunmonatige ambulante Entwöhnungsbehandlung gemäß der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht (EVARS) kodiert. Der Umfang beträgt in der Regel 80-120 Therapieeinheiten mit wöchentlicher Teilnahme an einem Einzelgespräch, einer Themengruppe und einer Bezugsgruppe.
- .8 Teilstationäre bzw. ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation): Die Deutsche Rentenversicherung legt Wert auf die Verwendung des Begriffs „ganztägig ambulant“, die Bezeichnungen „teilstationär“ oder „tagesklinisch“ sind aber in den Einrichtungen noch gebräuchlich. Alle drei Begriffe beschreiben die Behandlung mit einem vollständigen Tagesprogramm (ca. 8 Stunden) an 5 bzw. 6 Tagen pro Woche. Hier ist einzutragen, wie häufig bisher eine solche Behandlung in Anspruch genommen wurde
- .9 Stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation): Hier ist einzutragen, wie häufig bisher eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen wurde.
- .10 Kombinationstherapie (Rehabilitation): Bei der Kombinationstherapie handelt es sich lediglich um die nahtlose Abfolge stationärer und ambulanter Behandlungsphasen. Eine sog. „Kombibehandlung“ oder „modulare Kombitherapie“ liegt dann vor, wenn ein einheitliches Konzept für die Gesamtbehandlung existiert und diese als eine Therapiemaßnahme bewilligt wird. Hier ist einzutragen, wie häufig bisher eine solche Behandlung in Anspruch genommen wurde.
- .11 Adaptionsbehandlung: Die Adaptionsbehandlung umfasst die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Versicherten im Hinblick auf das Erwerbsleben, eine Hilfestellung zur Vorbereitung der selbstständigen Lebensführung sowie therapeutische Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie in begleitender und in ihrer Intensität abnehmender Form. In aller Regel schießt sich die Adaptionsbehandlung nahtlos an die Entwöhnung als zweite Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an. Eine Adaptionsbehandlung kommt insbesondere für Patienten mit beruflicher und sozialer Desintegration sowie mit entsprechendem Gefährdungspotential und erhöhtem Rückfallrisiko in Betracht.
- Die Behandlung kann entweder als integrierte (interne) Adaption in eigenständigen Abteilungen von Fachkliniken für Abhängigkeitskranke oder in externen Adaptionseinrichtungen durchgeführt werden. Hier ist einzutragen, wie häufig bisher eine solche Behandlung in Anspruch genommen wurde.

- .12 Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen: u.a. ambulantes betreutes Wohnen, auch Nachsorgebehandlungen
- .13 Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen: u.a. teilstationäres betreutes Wohnen
- .14 Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen: u.a. stationäres betreutes Wohnen
- .15 Psychiatrische Behandlung
- .16 Psychotherapeutische Behandlung
- .17 sonstige Maßnahmen:  
 Hierunter fallen alle nicht unter 4.6.1.1 - 4.6.1.16 kodierten Maßnahmen, z.B. aufsuchende Betreuung (Hausbesuch), Seelsorge und Sterbebegleitung, Beistand vor Gericht bzw. bei der Polizei, Hilfen beim Umgang mit Behörden und Antragshilfen, Hilfen im Bereich Wohnen, Arbeit, Schule, soziale Beziehungen, Finanzen, Motivationsbehandlungen zur Vorbereitung der ambulanten Rehabilitation, sowie Weitervermittlungen in andere Behandlungsangebote (unabhängig davon, ob durch die Weitervermittlung die aktuelle Behandlung abgeschlossen wird oder nicht). Hier werden auch von der Einrichtung angebotene fachlich angeleitete Selbsthilfegruppen kodiert. Reine Klientenselbsthilfegruppen ohne fachliche Anleitung werden nicht erfasst.

#### 4.6.2 Einzelmaßnahmen während der Betreuung

Diese Frage wird an dieser Stelle und noch einmal im Katamnesebogen abgefragt. Hier geht es einfach nur um die Bestandsaufnahme der Maßnahmen, die mit dem/der Klienten/in durchgeführt wurden. Daher jede einzelne Antwortmöglichkeit mit ja oder nein beantworten und bei ja die Anzahl dahinter eintragen.

- .1 Beratung im Einzelkontakt – in der Einrichtung
- .2 Beratung mit Ehepartner/in – in der Einrichtung
- .3 Beratung mit anderen Angehörigen – in der Einrichtung
- .4 Beratung im Gruppengespräch – in der Einrichtung
- .5 ambulante Behandlung in eigener Einrichtung – Einzelkontakte - Reha
- .6 ambulante Behandlung in eigener Einrichtung – Gruppenkontakte - Reha
- .7 aufsuchende Arbeit im beruflichen Umfeld
- .8 aufsuchende Arbeit im privaten Umfeld
- .9 Begleitung des/r Klienten/in zu externen Stellen
- .10 sonstige Maßnahmen

#### 4.7 Wenn Substitution (4.6.1.2 oder 4.6.1.3), welches Mittel (Wirkstoff)?

Wird entweder die Mittelvergabe (4.6.1.2.) oder die psychosoziale Betreuung bei Substitution (4.6.1.3.) durch die Einrichtung geleistet, ist hier zu kodieren, welches Mittel als Substitut eingenommen wird.

- 1 Methadon (Racemat)
- 2 Polamidon (Levomethadonhydrochlorid)
- 3 Subutex® (Buprenorphin)
- 4 anderes

## 4.8 Kooperation während der Betreuung

Bei der Kooperation mit Beratungs-/ Behandlungseinrichtungen geht es im engeren Sinne um Betreuung: Bitte kodieren Sie hier Kontakte als „Kooperation mit Dritten“ nur dann, wenn Sie von den entsprechenden Einrichtungen eine verlässliche Rückmeldung erhalten haben, dass die Klientin oder der Klient von der mit ihnen kooperierenden Institution oder Person tatsächlich (mit-)betreut wird. Wenn der Kontakt mit den Dritten ausschließlich zur Weitervermittlung dient und somit die Beendigung ihrer Betreuung darstellt, dann ist diese Form der Kooperation unter 4.5 zu kodieren. Erläuterungen zu den einzelnen Institutionen siehe KDS-E 1.4

Bei den übrigen Kooperationspartnern (z.B. Familie; Leistungsträger) ist keine „Mitbetreuung“ des Patienten gemeint, sondern jeglicher Kontakt bezüglich der an Ihrer Einrichtung stattfindenden Beratung bzw. Behandlung. Es zählen neben persönlichen auch schriftliche und telefonische Kontakte.

- .1.1 Familie
- .1.2 gesetzliche Betreuung
- .2 Arbeitgeber, Betrieb, Schule
- .3 Selbsthilfegruppe
- .4 Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis
- .5 Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)
- .6 Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz
- .7 Institutsambulanz
- .8 Ambulant Betreutes Wohnen
- .9 Arbeits- und Beschäftigungsprojekt
- .10 Krankenhaus/Krankenhausabteilung
- .11 Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung
- .12 Stationäre Rehabilitationseinrichtung
- .13 Adaptionseinrichtung
- .14 teilstationäre Rehabilitationseinrichtung
- .15 stationäre Rehabilitationseinrichtung
- .16 Pflegeheim
- .17 interne oder externe Dienste zur Beratung, Behandlung im Straf- / Maßregelvollzug
- .18 sozialpsychiatrischer Dienst
- .19 Beratungsstellen untergliedert in:
  - .19.1 Schuldnerberatungsstellen
  - .19.2 Verbraucherinsolvenzberatungsstellen
  - .19.3 andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung)
- .20 Einrichtung der Jugendhilfe und Jugendamt
- .21 soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)
- .22 Arbeitsagentur / Arbeitsgemeinschaft (ARGE), Job-Center (Fallmanager für ALG II, ...)
- .23 Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle



- .24 Justizbehörden / Bewährungshilfe
- .25 Kosten-, Leistungsträger
- .26 sonstige

#### **4.9 Problematik am Tag des Betreuungsendes**

Der Berater oder Therapeut schätzt am Ende der Betreuung die Situation des/der Klienten/in in Bezug auf die anfangs festgestellte und unter 2.3.7 kodierte Hauptdiagnose ein. Nur wenn unter 2.3.7 keine Hauptdiagnose vergeben wurde, wird diese Frage in Bezug auf die nach Meinung des Behandelnden im

Vordergrund stehende Problematik bezogen beantwortet. Dies kann z.B. bei Klienten/innen mit eigener Problematik eintreten, die eine Hauptproblematik aufweisen, die im Rahmen des KDS-K nicht als Hauptdiagnose kodiert werden kann, z.B. Kaufsucht oder riskanter Konsum. Ferner tritt der Fall auch bei allen Angehörigen ein, da für sie im KDS-K keine Hauptdiagnose zu kodieren ist. Zur Beurteilung der Problematik (Hauptdiagnose oder im Vordergrund stehende Problematik) stehen die folgenden Kategorien zur Verfügung:

- 1 erfolgreich: Die Hauptproblematik wurde durch die Beratung/Behandlung behoben bzw. wurde in Bezug auf das Suchtverhalten Abstinenz erreicht.
- 2 gebessert: Die Problematik hat sich im Vergleich zum Betreuungsbeginn gebessert.
- 3 unverändert: Das Ausmaß der Problematik ist im Vergleich zum Betreuungsbeginn gleich geblieben.
- 4 verschlechtert: Die Situation in Bezug auf die Problembereiche hat sich im Vergleich zum Betreuungsbeginn verschlechtert.

#### **4.10 Konsumstatus in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsende**

- (siehe 2.3.5) im Manual bereits erläutert

Es wurde allerdings hier auf die Frage nach dem Alter bei Störungsbeginn bewusst verzichtet.

#### **4.11 Wohnverhältnis am Tag nach Betreuungsende**

- siehe 2.2.8

#### **4.12 Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende**

- siehe 2.2.9

#### **4.13 Lebensunterhalt in der Woche nach Betreuungsende**

- siehe 2.2.10

## 4.14 Problematik am Tag des Betreuungs-/Behandlungsendes (Zusatzblatt B)

Dieses Zusatzblatt B soll ausgefüllt werden für die Fälle ab dem 1. August 2017.

Der/die Berater/in oder Therapeut/in schätzt am Ende der Betreuung / Behandlung die Situation der Klienten/innen, Patienten/innen in Bezug auf die anfangs als belastend / problematisch eingeschätzten Bereiche (4.14.1 bis 4.14.15) ein. Es soll für jeden Bereich angegeben werden, inwieweit sich die Situation im Vergleich zu Betreuungs-/Behandlungsbeginn verändert hat. Für die Feststellung einer Veränderung ist es unerheblich, ob diese Veränderung durch die Betreuung / Behandlung ausgelöst / bewirkt wurde (keine Wirkungsfeststellung!).

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

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| <u>1 gebessert</u>        | Die Belastung in diesem Bereich hat sich im Vergleich zum Betreuungs-/ Behandlungsbeginn gebessert oder ist behoben   |
| <u>2 gleich geblieben</u> | Für diesen Bereich ist im Vergleich zum Betreuungs-/Behandlungsbeginn weder eine Besserung noch eine Verschlechterung festzustellen   |
| <u>3 verschlechtert</u>   | Die Belastung in Bezug auf diesen Bereich hat sich im Vergleich zum Betreuungs-/Behandlungsbeginn verschlechtert.   |
| <u>4 neu aufgetreten</u>  | Zu Beginn der Betreuung / Behandlung war für diesen Bereich kein Problem bzw. keine Belastung festzustellen; zu Betreuungs-/Behandlungsende ist eine Problematik entstanden bzw. sichtbar geworden. |

## **5 Katamnese (Fragebogen 5)**

Im Fragebogen 5, dem sogenannten Katamnesebogen geht es darum, ein Jahr nach Betreuungsende eine Art der Bestandsaufnahme durchzuführen. Dabei wird der/die Klient/in von Ihrer Einrichtung angeschrieben und bekommt den Fragebogen zugesandt. Dieser soll wahrheitsgemäß ausgefüllt und an Sie zurückgesandt werden. Ziel ist es herauszufinden, inwieweit ein möglicher Betreuungserfolg angehalten hat oder sich alte Verhaltensweisen erneut eingeschlichen haben. Dabei soll auch die Chance genutzt werden, durch die direkte Rückmeldungen der Klienten/innen die eigenen Betreuungsangebote zu reflektieren. Nur so besteht die Möglichkeit, sich zu verbessern oder effektiver zu werden.

Im Gegensatz zu den Items des Kerndatensatzes Fall werden die Fragen im Katamnesebogen vom Klienten bzw. der Klientin beantwortet, im Regelfall allein und ohne Unterstützung durch eine Fachkraft.

Die in diesem Abschnitt zusammengestellten Erläuterungen dienen somit dem Zweck, den Fachkräften Hilfestellungen an die Hand zu geben, falls Klient/innen bei der Beantwortung des Fragebogens um Erläuterungen und Unterstützung anfragen bzw. wenn bereits im Behandlungsverlauf der Katamnesebogen vorgestellt wird. In zweiter Linie sind die Erläuterungen bei der Beurteilung der Ergebnisse hilfreich, um der Gefahr „beliebiger“ Interpretationen vorzubeugen.

### **5.0 Soziodemographische Daten**

Angaben zur Person bezogen auf die vergangenen 12 Monate nach Beendigung der Betreuung.

#### **5.1 gegenwärtiger Familienstand**

Entspricht Item 2.2.1 im Fragebogen 2. Die Kategorien sind in ihrem formaljuristischen Sinn gemeint; sie entsprechen außerdem den Kategorien der allgemeinen Bevölkerungsstatistik.

1 ledig

2 verheiratet, zusammenlebend Die Angabe „verheiratet“ ist nur dann zutreffend, wenn der Klient oder die Klientin standesamtlich getraut ist.

3 verheiratet, getrennt lebend In die Kategorie fallen Fälle, bei welchen eine juristisch noch nicht vollzogene Scheidung erfasst wird. Liegen keine näheren Informationen vor, so geben Sie „verheiratet, zusammenlebend“ an.

4 geschieden

Die eheliche Verbindung ist standesamtlich geschieden  
Die Kategorie soll auch verwendet werden, wenn eine Scheidung vorliegt und der ehemalige Partner oder die ehemalige Partnerin inzwischen verstorben ist.

5 verwitwet

Wenn der Ehepartner inzwischen verstorben ist und keine neue (standesamtlich geschlossene) Ehe eingegangen wurde.

### 5.1.1 überwiegende Partnersituation in den letzten 12 Monaten

Mit dem Begriff "Partnerbeziehung" ist keine formalrechtliche Kategorie gemeint. Vielmehr ist anzugeben, ob der Klient oder die Klientin in den letzten 12 Monaten allein oder in einer oder in mehreren Partnerbeziehung(en) lebte. Falls eine Partnerbeziehung zutrifft, soll er angeben, welche Variante - zeitweilig oder fest – als die überwiegende gelebt wurde. Das Vorliegen einer zeitweiligen oder festen Beziehung schließt nicht ein, das die Personen zusammenleben! Ebenso sollen gleichgeschlechtliche Partnerbeziehungen berücksichtigt werden, ohne dass dies ausdrücklich anzugeben ist. Aufgrund der Vorgabe der in den letzten 12 Monaten "überwiegenden" Partnerbeziehung entspricht dieses Item nicht ganz dem Item 2.2.2 des KDS-F

- 1 Alleinstehend: Der Klient oder die Klientin hat im Katamnesezeitraum in keiner Partnerbeziehung gelebt.
- 2 Zeitweilige Beziehung(en): Ist anzukreuzen, wenn eine Partnerbeziehung mindestens einen Monat lang mit mehreren Kontakten bestand, unabhängig davon, wann dies im Katamnesezeitraum der Fall war.
- 3 feste Beziehung(en): Ist anzukreuzen, wenn ein regelmäßiger und fortlaufender Kontakt während des Katamnesezeitraums zur gleichen Person oder zu den gleichen Personen bestand.
- 4 Sonstiges: Wenn keine der Kategorien 1-3 erfüllt ist (z.B. hat der/die Klient/in vor 2 Wochen einen/eine neuen/neue Partner/in kennengelernt). Treffen zwei Kategorien zu (z.B. zeitweilige Beziehung und feste Beziehung, dann ist die höhere Kategorie anzukreuzen (z. B. feste Beziehung, wenn neben einer festen Beziehung noch (eine) zeitweilige Beziehung(en) bestand(en)).

### 5.1.2 überwiegende Wohnsituation in den letzten 12 Monaten

Dieses Item entspricht der Frage 2.2.8 des Anamnesebogens. Das Augenmerk liegt auf der überwiegenden Wohnsituation in den letzten 12 Monaten (im Gegensatz zum Kerndatensatz Fall – Zeitfenster: ½ Jahr)

- 1 Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus): Die Person wohnt zur (Unter) Miete in einer/m Wohnung/Haus, bzw. im eigenen/r Haus/Eigentumswohnung. Die Wohnsituation von Kindern und Jugendlichen unter 18, die im Elternhaus wohnen, ist ebenfalls mit 1 zu kodieren. Volljährige, die bei den Eltern wohnen und nicht durch einen Mietvertrag rechtlich gesichert sind, werden unter 2 „Wohnen bei anderen Personen“ kodiert. Wohnen Sie jedoch bei den Eltern und haben einen eigenen Mietvertrag bzw. den Mietvertrag mit unterschrieben, dann gilt Kategorie 1 „Selbständiges Wohnen“, da das ausschlaggebende Kriterium der rechtlichen Absicherung erfüllt ist.  
  
Lebt der/die Klient/in bei einem/einer Ehe- oder Lebenspartner/in (eheähnliche Lebensgemeinschaft), gilt auch dann Kategorie 1, wenn der/die Klient/in nicht im Mietvertrag steht, da durch die Form des Familienstands eine rechtliche Absicherung gewährleistet ist.
- 2 Bei anderen Personen: Wenn der Klient oder die Klientin bei jemand anderem in der Wohnung oder im Haus wohnt, z.B. beim/bei der Partner/in oder bei Freunden etc., ohne rechtliche Absicherung im Sinne eines Mietvertrages bzw. durch entsprechende Eigentumsverhältnisse.

- 3 Ambulant betreutes Wohnen: Dies kann z.B. eine sozialpädagogisch betreute Wohngemeinschaft oder betreutes Einzelwohnen sein.
- 4 (Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung
- 5 Wohnheim/Übergangswohnheim: Auch der Aufenthalt in einem Frauenhaus ist hier zu kodieren.
- 6 JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung: War der Klient oder die Klientin das letzte halbe Jahr vor der aktuellen Betreuung überwiegend im (Untersuchungs-Gefängnis so ist unter a) diese Kategorie anzugeben.
- 7 Notunterkunft, Übernachtungsstelle: Wohnt der Klient oder die Klientin in einem Hotel o.ä., das vom Sozialamt als Notunterkunft ausgewiesen ist und bezahlt wird, oder in einem Lager, so ist dies die anzugebende Kategorie.
- 8 Ohne Wohnung: Wenn der/die Klient/in wohnungslos ist, also keinen festen Wohnsitz hat. Es ist immer die spezifischere Antwort zu kodieren. Wenn also z.B. eine Notunterkunft vorhanden ist, ist diese Antwort (7) zu kodieren.
- 9 Sonstiges: Wenn keine der bisherigen Kategorien zutrifft und der Klient oder die Klientin nicht wohnungslos ist, wird 9 „Sonstiges“ gewählt.

### 5.1.3 überwiegende Erwerbssituation in den letzten 12 Monaten

Dieses Item entspricht der Frage 2.2.9 Erwerbssituation im Anamnesefragebogen. Im Gegensatz zum KDS bezieht sich die Frage im Katamnesebogen auf den Zeitraum der letzten 12 Monate (bei Ein-Jahres-Katamnesen). Bei Personen, auf die mehrere Kategorien zutreffen, ist zu beurteilen, welche überwiegt. Ein Student, der in den Ferien zwei Monate gearbeitet hat, ist als „Schüler/in, Student/in“ zu beurteilen. Personen, die im erfragten Katamnesezeitraum mehr als die Hälfte der Zeit beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet waren, sind in der Kategorie „arbeitslos“ zu kodieren. Erwerbspersonen sind alle Personen, die eine unmittelbar auf Erwerb ausgerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen, unabhängig von der Bedeutung des Ertrags dieser Tätigkeit für den Lebensunterhalt und ohne Rücksicht auf die von ihnen tatsächlich geleistete oder vertragsmäßig zu leistende Arbeitszeit (Kategorien 1-6). Nichterwerbspersonen sind alle Personen, die keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (Kategorien 7-9).

Kam der/die Klient/in innerhalb des Katamnesezeitraums in Haft, ist hier das Beschäftigungsverhältnis vor Haftantritt relevant. Ist der Klient oder die Klientin länger als sechs Monate in Haft, ist die Situation während der Haft anzugeben.

- 1 Auszubildender (In anerkannten Ausbildungsberufen) sind Personen, die in der praktischen Berufsausbildung stehen, einschließlich Praktikanten, Umschüler und Volontäre.
- 2 Arbeiter/in, Angestellter/in, Beamter/in Alle Lohn- und Gehaltsempfänger, unabhängig von der Lohnzahlungs- und Lohnabrechnungsperiode, ferner Heimarbeiter und Hausgehilfen und alle Lohnempfänger mit einer qualifizierten Erwerbstätigkeit, für die eine abgeschlossene Lehre oder eine vergleichbare Ausbildung von mindestens zwei Jahren nötig ist. Es werden ebenfalls alle nicht verbeamteten Gehaltsempfänger und alle verbeamteten Personen in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis des Bundes, der Länder, der Gemeinden und sonstiger Körperschaften des öffentlichen Rechts, Richter und Soldaten, ferner Geistliche der Katholischen Kirche und der Evangelischen Kirchen in Deutschland hier kodiert.

- 3 Selbständige/r, Freiberufler/in Personen, die einen Betrieb oder eine Arbeitsstätte gewerblicher oder landwirtschaftlicher Art wirtschaftlich und organisatorisch als Eigentümer oder Pächter leiten oder in einem freien Beruf (Ärzte, Psychotherapeuten, Rechtsanwälte etc.) arbeiten.
- 4 sonstige Erwerbspersonen: Hier werden Personen in Elternzeit oder im Wehrdienst kodiert, sowie mithelfende Familienangehörige. Dies sind Familienangehörige, die in einem Betrieb, der von einem Familienmitglied als Selbständiger geleitet wird, mithelfen, ohne hierfür Lohn oder Gehalt zu erhalten.
- 5 in beruflicher Rehabilitation: Personen, die Lohn oder Gehalt, d.h. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation oder Arbeitsprojekten beziehen.
- 6 arbeitslos mit Bezug von ALG I: Hier werden Personen kodiert, die gemäß SGB III Arbeitslosengeld I beziehen.
- 7 arbeitslos mit Bezug von ALG II: Hier werden Personen kodiert, die gemäß SGB II Arbeitslosengeld II beziehen. Diese Kategorie trifft z.B. auch für Personen mit Leistungen nach § 16 SGB II zu.
- 8 Schüler/in, Student/in: In diese Gruppe gehören alle Klienten/innen, die eine Schule besuchen oder ein Studium absolvieren.
- 9 Hausfrau/Hausmann: In diese Gruppe gehören Personen, die mit der Haushaltsführung und evtl. mit der Kindererziehung beschäftigt sind und sich nicht (mehr) in Elternzeit befinden.
- 10 Rentner/in, Pensionär/in
- 11 sonstige Nichterwerbspersonen

## 5.2 In Einrichtungen erhaltene Hilfen

Die Fragen im Katamnesebogen orientieren sich am Kerndatensatz Fall, Items 3.2 und 3.3 (im Abschlussbogen dieser Erhebung Pkt. 4.5 und 4.8), stellen sich aber in der konkreten Ausgestaltung deutlich anders dar. Die Formulierungen sowohl in Bezug auf die Kontakte zu Hilfen durch Einrichtungen als auch in Bezug auf die erhaltenen Maßnahmen sind so gewählt, dass Klienten/innen in der Lage sein sollen, diese auch beantworten zu können. Die dahinter liegenden sozialrechtlichen und institutionellen Unterschiede (Kosten- / Leistungsträger), oder Abgrenzungen zwischen Einrichtungstypen und Maßnahmen sind den Kunden dieser Einrichtungen und Maßnahmen nur in seltenen Fällen geläufig. Somit wurde bei der Entwicklung dieser Fragen bewusst in Kauf genommen, dass die innerhalb einer Einrichtung (z.B. in ambulanten Einrichtungen) höchst unterschiedlichen Formen von Leistungen und Maßnahmen in dem Katamnesebogen nicht differenziert abgebildet werden können, und aus den Antworten auf die erhaltenen Maßnahmen nicht direkt auf die Institution, die diese erbracht hat, rückgeschlossen werden kann.

Hilfen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung:

Die Fragen zu den in Anspruch genommenen Hilfsinstitutionen sind in die Rubriken

- .1 Selbsthilfegruppe,
- .2 niedrigschwellige Einrichtungen (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork, Essensausgabe, o.ä.),

- .3 ambulante Einrichtungen (Psychosoziale Beratungs-/Behandlungsstelle, Institutsambulanz, Tagesklinik o.ä.) – diese noch weiter unterteilt in:
  - .3.1 Schuldnerberatungsstellen
  - .3.2 Verbraucherinsolvenzberatungsstellen
- .4 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte,
- .5 ärztliche oder psychotherapeutische Praxis,
- .6 Krankenhaus (z.B. Allgemeinkrankenhaus, Psychiatrisches Krankenhaus/ Abteilung, Maßregelvollzug),
- .7 stationäre Rehabilitationseinrichtung/ Fachklinik,
- .8 Adaptionseinrichtung,
- .9 Heim/ Übergangseinrichtung,
- .10 Strafvollzug und
- .11 sonstige Einrichtungen

unterteilt. Bei Rückfragen durch Klienten/innen ist darauf zu achten, dass nur solche Hilfsangebote angekreuzt werden sollen, die im Zusammenhang mit der Suchterkrankung stehen.

### **5.3 Teilnahme an Maßnahmen in den letzten 12 Monaten**

Die Fragen nach der Teilnahme an Maßnahmen wegen der Suchterkrankung im Katamnesezeitraum sind unterteilt in:

- .1 medizinische Notfallhilfe,
- .2 Substitutionsbehandlung,
- .3 sonstige medizinische Maßnahmen,
- .4 Entzug/Entgiftung,
- .5.1 Schuldnerberatung
- .5.2 Verbraucherinsolvenzberatung
- .5.3 Suchtberatung
- .5.4 andere ambulante Beratung
- .6 ambulante Rehabilitation,
- .7 stationäre Rehabilitation,
- .8 Adaptionsbehandlung,
- .9 sozialtherapeutische Maßnahmen (z. B. Eingliederungshilfe),
- .10 psychiatrische Behandlung,
- .11 psychotherapeutische Behandlung,
- .12 ambulantes betreutes Wohnen und
- .13 sonstige Maßnahmen.

Bei Rückfragen durch Klienten/innen ist darauf zu achten, dass nur solche Hilfsangebote angekreuzt werden sollen, die im Zusammenhang mit der Suchterkrankung stehen.

## 5.4 Suchtmittelkonsum

Die Fragen nach dem Konsum von Suchtmitteln enthalten qualitative (Konsum ja/nein) und quantitative Anteile (an wie vielen Tagen erfolgte der Konsum innerhalb der letzten 30 Tage). In einem ersten Schritt wird erfragt, ob in dem Katamnesezeitraum Suchtmittel konsumiert wurden, und im Falle einer Bejahung, ob der Konsum mehr als 30 Tage zurückliegt oder ob der Konsum auch in den letzten 30 Tagen erfolgt ist. Bei einem Konsum in den letzten 30 Tagen wird differenziert nach der Häufigkeit des Konsums: an 1 Tag, an 2 bis 7 Tagen, an 8 bis 25 Tagen, (fast) täglicher Konsum.

Bei den Suchtmitteln wird unterschieden nach Alkohol, Tabak, Heroin, Methadon/Buprenorphin, anderen Opiaten, Cannabis, Barbituraten/ Schmerzmitteln, Beruhigungsmitteln, Kokain/Crack, Aufputschmittel (Amphetamine und andere Stimulantien), Ecstasy, Halluzinogenen, flüchtigen Lösungsmitteln und anderen Substanzen.

Es wurde bewusst auf die Frage nach Konsummengen (z.B. Anzahl Zigaretten, Gramm Reinalkohol, Anzahl Heroininjektionen, ...) verzichtet. Stattdessen sollen über die Differenzierung der Konsumhäufigkeiten bezogen auf die zurückliegenden 30 Tage Rückschlüsse auf die Intensität des Suchtmittelkonsums (bzw. die Schwere des Rückfalls) gewonnen werden. Wenn der Konsum von Suchtmitteln länger als 30 Tage zurückliegt, ist eine kurzfristige Abstinenz bzw. Stabilisierung des Suchtmittelkonsums anzunehmen. Es wird nicht möglich sein, anhand der Angaben der ehemaligen Klienten/innen Suchtmitteldiagnosen im Sinne des ICD-10 erfassen zu können - auch an diesem Punkt unterscheidet sich der Katamnesebogen grundlegend vom Kerndatensatz Fall KDS-F.

## 5.5 Name anderer Substanz

Sollte in der Frage zuvor, Konsum von Suchtmitteln, die Antwort 5.4.14 angegeben werden, dann ist es wichtig, hier die Substanz zu benennen.

## 5.6 Intravenöser Substanzkonsum

Hier soll angegeben werden, ob und wie viel intravenös konsumiert wurde. Es kann aus drei Antwortmöglichkeiten gewählt werden. Mehrfachnennungen sind nicht gefragt.

## 5.7 / 5.8 Lebenssituation

Mit den Fragenkomplexen 5.7 und 5.8 ist das Ziel verbunden, Aufschluss über die Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen der Klienten/innen im Katamnesezeitraum zu erhalten. Der Fragenkomplex 5.7 fragt nach Verbesserungen oder Verschlechterungen seit Beendigung der Behandlung. Liegen keinerlei (positive oder negative) Veränderungen vor ist die Kodierung 4=gleich geblieben zu verwenden. In Frage 5.8 wird die aktuelle Zufriedenheit in diesen Lebensbereichen erhoben. Die Fragenkomplexe 5.7 und 5.8 sind unterteilt in: Partnerbeziehung, Eltern/ Geschwister/ Verwandte, eigene Kinder, Bekannte/Freunde, Freizeitgestaltung, Arbeitssituation, körperliche Gesundheit, seelischer Zustand, finanzielle Situation, Wohnsituation, Straftaten/Delikte, Suchtmittelgebrauch und Alltagsbewältigung.

Die Antwortmöglichkeit „trifft nicht zu“ existiert nur für die Bereiche 3 (Eigene Kinder) und 11 (Straftaten). In den übrigen Bereichen wird das Nichtzutreffen anders kodiert, z.B.: besteht bei einem/einer Klienten/in bei Behandlungsende keine Partnerschaft und trifft dies



ebenso zum Katamnesezeitpunkt zu, wird für den Bereich „Partnerschaft“ bei Frage 5.7 Kategorie 4 (gleich geblieben) gewählt. Bei Frage 5.8 wird die Zufriedenheit mit der Situation als Single angegeben. Analog wird für einen/eine Klienten/in, der bereits während der Behandlung abstinent war und dies nach wie vor ist, bei Frage 5.7 zum Suchtmittelkonsum Kategorie 4 gewählt, bei Frage 5.8 die Zufriedenheit mit der Abstinenz eingeschätzt.

## 5.9 Abstinenz in den letzten 12 Monaten

Diese Frage ist in zwei Abschnitte unterteilt. Der erste erfragt die Spielabstinenz in den letzten 12 Monaten. Hier gilt es ganz ehrlich zu antworten und ja oder nein anzugeben. Es zählt nur eine Antwort.

Beantwortet er den ersten Teil mit ja, dann macht er gleich mit der nächsten Frage weiter.

Lautet die Antwort nein, macht der/die Klient/in bitte mit dem zweiten Abschnitt weiter. Hier geht es darum herauszufinden, ob und wie weit sich das pathologische Spielverhalten verändert hat. Dem/der Klienten/in stehen fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung und er hat sich für eine zu entscheiden.

- 1 enorm gebessert
- 2 etwas gebessert
- 3 unverändert
- 4 etwas verschlechtert
- 5 enorm verschlechtert

## 5.10 Zeit für das Glücksspielen

Auch hier zielt die Frage auf den Umfang des Glücksspielverhaltens ab. Dem/der Klienten/in stehen 3 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung aus denen er/sie sich nur eine herausucht.

- 1 durchschnittliche Anzahl an Std. an einem typischen Spieltag
- 2 maximale Anzahl an Std. an einem Spieltag
- 3 durchschnittliche Anzahl Spieltage in einem Monat

## 5.11 Maßnahmen und Interventionen

Die ausführliche Erläuterung der Frage finden Sie bereits unter Punkt 4.6.1 in diesem Manual. Der Klient/die Klientin soll hier noch einmal Bilanz ziehen und angeben, welche Maßnahmen aus seiner Sicht effektiv waren oder nicht. Die Unterteilung in intern und extern ist geblieben (wie bei 4.6.1) und er braucht nur ja oder nein anzukreuzen. Es soll bitte jede Art der Betreuung beantwortet werden, sonst entstehen zu viele Missings.

# 6 Formales

## 6.1 Fragestil

Die Fragen der Fragebögen sind in drei Arten unterteilt. Die Fragestile bestimmen von vornherein, ob die Frage durch Mehrfachnennung oder mit einer einzelnen Angabe beantwortet werden soll.

### 6.1.1 konkrete Angabe von Zahlen

Diese Fragen zielen auf ein Ergebnis ab, welches durch den/die Klienten/in konkret benannt wird. Sie erfragen notwendige Daten, Zeiten, Beträge, die bitte komplett angegeben werden.

### 6.1.2 „ja“ – „nein“ – Fragen:

Es gibt Fragen, bei denen Antwortmöglichkeiten vorgegeben werden, welche mit „ja“ beziehungsweise „nein“ zu beantworten sind. Dabei soll jede Antwortmöglichkeit überdacht und beantwortet werden. Trifft eine Aussage nicht zu, wird ein „nein“ angekreuzt - nicht einfach freigelassen. Somit können Missings vermieden werden.

### 6.1.3 Angabe von zutreffenden Nummern

Diese Fragen geben ebenfalls verschiedene Antwortmöglichkeiten vor. Allerdings muss sich der Klient/die Klientin für eine entscheiden. Die dementsprechende Nummer wird dann im dazu vorgesehenen Kästchen eingetragen. Somit entfällt der ständige Hinweis, ob Mehrfachantworten gewünscht sind oder nicht.

## 6.2 Einrichtungscod

Die in den Fragebögen oben links anzugebene Einrichtungsnummer wird Ihrer Einrichtung zugeteilt. Die Nummer des Klienten/der Klientin legen Sie selber fest. Welches System Sie dabei verwenden, bleibt Ihnen überlassen. Empfehlenswert ist selbstverständlich das bereits bestehende Dokumentationssystem ihrer Einrichtung. Sollten dafür die vorgegebenen 3 Kästchen nicht ausreichen, bitten wir Sie, für Klienten/innen -mit Hintergrund pathologisches Glücksspielen- eine neue einfach fortlaufende Nummerierung nur für diese Evaluation einzuführen.

Die Zuordnung der Nummer zum jeweiligen Klienten/zur jeweiligen Klientin muss für Sie nachvollziehbar bleiben.