

Computergestützte
Basisdokumentation
der Suchthilfe
in Hessen
(COMBASS)

MANUAL

zum Hessischen Kerndatensatz (HKDS)

2014



Computergestützte Basisdokumentation der Suchthilfe in Hessen (COMBASS)

Version
2014.1

Der Datensatz des Hessischen Kerndatensatzes (HKDS) wurde im Sommer 2007 von der COMBASS Steuerungsgruppe verabschiedet und im Jahr 2013 überarbeitet.

Dieses Manual wurde erarbeitet vom
Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung,
Hamburg, C. Schütze,
und abgestimmt mit der
Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V.

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V.
Zimmerweg 10
60325 Frankfurt

E-Mail: hls@hls-online.org
Internet: <http://www.hls-online.org>

ISD-Hamburg
Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung
Lokstedter Weg 24
20251 Hamburg

E-Mail: kontakt@isd-hamburg.de
Internet: <http://www.isd-hamburg.de>



Inhaltsverzeichnis

1 Zum Gebrauch des Manuals

2 Dokumentationsstandards

Generelle Erfassungslogik

- Dokumentations- bzw. Erfassungslogik
- Unterschiedliche Betreuungsbereiche
- Neuanlage eines Klienten
- Einmalkontakte
- Angehörige (Definition)
- Angehörige: Was ist zu dokumentieren?
- Familienberatung
- Anonyme Kontakte
- Jugendberatung
- Neue Erfassungsbereiche
- Leistungen
- Eingabeassistent

Stammdaten

- Anonymisierung
- Zielgruppe
- Klienten vor HZ-Einführung
- Migrationshintergrund / Staatsangehörigkeit

Anamnese, Sozialbefund

- Chronologische Dokumentation
- Lebenssituation
- Lebensunterhalt
- Anzahl der Kinder

Diagnosen

- Konsumart
- Konsumhäufigkeit
- Substanzkonsum ohne ICD-Diagnose
- ICD-10 Diagnosen
- Polytoxikomanie

Betreuung

- Mehrfachbetreuungen
- Medikamentengestützte Behandlung und ihre Unterformen (Abschnittstyp)
- Substitutionsmittel
- Maßnahmen
- Niedrigschwellige Einrichtung als vermittelnde Instanz
- Betreuungsende
- Art der Beendigung
- Problematik am Betreuungsende
- „60-Tages-Regel“, Abbruch der Betreuung

Leistungen/Termine

- Vermittlungsleistungen
- Gruppen

3 Dokumentationsbeispiele

anonyme Kontakte

Einmalkontakte

- mit Stammdaten
- über die Sammelakte

Angehörige

- mit Stammdaten
- über die Sammelakte

Beenden der Betreuung (Klienten)

Abschnittstypen + Art der Betreuung

4 Glossar - Datensatz

5 Exporthinweise

6 Adressen und Ansprechpartner

7 Register

Anhang

HKDS

HKDS, Code zur Staatsangehörigkeit

1 Zum Gebrauch des Manuals

Warum und wofür?

Die Hauptfunktion des Manuals zur elektronischen Dokumentation in der ambulanten Suchthilfe Hessens besteht darin, eine einheitliche Dokumentation des hessischen Datensatzes zu gewährleisten und damit eine valide Daten-

einheitliche Dokumentation +
valide Grundlage für die Auswertungen

grundlage
zu sichern.
So wird es
möglich,

die landesweite Suchthilfestatistik fortzuschreiben und Trends in der Entwicklung der Situation der Suchtkranken zeitnah zu erkennen. Daher ist das Manual nicht primär eine Bedienungsanleitung für das bisher im Land allein eingesetzte EDV-System Horizont der Firma NTConsult.

Für wen?

Dieses Handbuch richtet sich an die Dokumentierenden in der ambulanten Suchthilfe: Bei offenen Fragen zur Dokumentation sollen Antworten schnell und einfach gefunden werden.

Dokumentierende
in den Einrichtungen

Welche Informationen?

Bedeutsam für die tägliche Arbeit sind grundlegende Standards der Dokumentation, deshalb werden diese zu Beginn geklärt (Kapitel 2). Darüber hinaus ist es hilfreich, für wichtige wiederkehrende Doku-Abläufe schrittweise Beispiele zu haben (Kapitel 3). Aber manchmal kommt es darauf an, genau zu wissen, was mit den einzelnen Begriffen gemeint ist - dazu dient das Glossar (Kapitel 4). Selbstverständlichkeiten werden nicht erläutert. Schließlich ist es im Einzelfall von Interesse, direkt in den Datensatz zu sehen (Anhang). Für die praktische Arbeit werden zusätzlich Hinweise zum Datenexport und wichtigen Ansprechpartnern rund um das Thema Dokumentation gegeben (Kapitel 5 und 6).

Standards
Beispiele
Glossar
Datensatz

Wie?

Das Manual ist ein Nachschlagewerk, um gezielt eigene Wissenslücken zu schließen. Verschiedene Zugangswege eröffnen die gesuchten Antworten:

- Über das Inhaltsverzeichnis sind die einzelnen, generellen Dokumentationsstandards zu finden, ebenso wie die Unterabschnitte aller anderen Kapitel. Sie sind über Querverweise (Hyperlinks) direkt verbunden. **Inhaltsverzeichnis + Hyperlink**
- Sie können die Lesezeichen im Acrobat Reader am linken Bildrand einblenden. Dort finden Sie die gesamte feinteilige Manualstruktur und alle im Glossar erläuterten Begriffe. Ein Mausklick auf eines jener Lesezeichen bringt Sie direkt an die gesuchte Stelle. **Lesezeichen + Hyperlink**
- Mit Strg+F öffnen Sie die Suchen-Funktion des Acrobat Reader. Geben Sie dann Ihren Begriff ein. **Strg+F**
- Am Ende des Manuals finden Sie ein umfangreiches Register, das Ihnen die Seitenzahlen gesuchter Begriffe verrät; ein Klick auf diese bringt Sie direkt zur gesuchten Seite, denn auch hier sind Hyperlinks hinterlegt. **Register + Hyperlink**
- Darüber hinaus können Sie sich im Text über die vielfältigen (gestrichelten) Querverweise weiterbewegen, so dass Sie nach einem Einstiegspunkt den inhaltlich verbundenen Begriffen folgen können (direkt zurück geht es mit der „Zurück“-Schaltfläche, die im Acrobat Reader eingeblendet werden kann). **Querverweise**
- Schließlich können Sie auch aus dem Datensatz zur Erläuterung der jeweiligen Kategorien über Hyperlinks in das Glossar springen (und umgekehrt). **Datensatz + Hyperlink**

2 Dokumentationsstandards

Generelle Erfassungslogik

Dokumentations- bzw. Erfassungslogik

1. HORIZONT erfasst einige Daten **klientenspezifisch** (erste Dokumentationsebene), z. B. die Stammdaten, aber auch biografische und anamnestic Angaben.
2. **Betreuungen** sind die zweite Dokumentationsebene: Für jede Betreuung können z. B. Angaben zu ihrem Beginn und Ende (etwa: Art des Betreuungsendes) festgehalten werden.
3. Betreuungen können in mehrere, aufeinander folgende **Abschnitte** unterteilt werden, um eine genauere Charakterisierung der geleisteten Arbeit vorzunehmen.
4. **Leistungen** können neben den Klienten- und Betreuungsdaten als dritte Ebene der Dokumentation festgehalten werden. Die Art Ihrer Tätigkeit wird durch die Auswahl einer Kategorie aus dem Leistungskatalog definiert und durch das Datum und die Dauer genauer beschrieben.

Neuanlage eines Klienten

Wenn Sie einen neuen Klienten anlegen wollen, gehen Sie bitte folgendermaßen vor:

1. Klientenauswahl „neu“
 2. Neuer Klient
 3. Betreuung anlegen
 4. Eingabeassistent
- (Diese Regel gilt nicht für Einmalkontakte.)

Unterschiedliche Betreuungsbereiche

Wenn ein Klient in verschiedenen Betreuungsbereichen (ambulante Beratung, Betreutes Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte) betreut wird, bitte jeweils eine **separate Klientenakte** anlegen.

Einmalkontakte

Einmalkontakte können dokumentiert werden. Hierzu gibt es zwei Möglichkeiten:

- a. Es sind hierzu die Informationen des HKDS auf dem **Stammbblatt** (Personenkenndaten und erweiterte Stammdaten) und die Leistung zu dokumentieren. Bei der Eröffnung der Betreuung ist das Feld „Einmalkontakt“ zu markieren.
- b. In der Klientenauswahl können in anonymisierter Form Einmalkontakte unter den Kategorien „**Einmalkontakt weiblich**“ und „**Einmalkontakt männlich**“ erfasst werden. Auch hier sollen dann anschließend die Leistungen dokumentiert werden.

Angehörige (Definition)

Angehörige sind Personen, die aufgrund der Problematik einer Person in ihrem sozialen Umfeld von sich aus Kontakt mit einer Beratungsstelle aufnehmen. Um Angehörige handelt es sich, 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 aus dem sozialen Umfeld handelt (z. B. Vater einer Drogenabhängigen, Partnerin eines Inhaftierten etc). Teilnehmer an Paargesprächen, z. B. im Rahmen der Ambulanten Rehabilitation, werden nicht als Angehörige dokumentiert.

Angehörige: Was ist zu dokumentieren

Bei Angehörigen, die personenbezogen erfasst werden, sind ausschließlich die Informationen des HKDS auf dem **Stammbblatt** (Personenkenndaten und erweiterte Stammdaten) und die „**Art der Beendigung**“ unter Betreuungsende

zu dokumentieren. Wenn Sie beim Anlegen der Betreuung nach der Diagnose gefragt werden, bitte die Kategorie „keine Angaben“ benutzen. In das **Eingabefeld Indexklient Geburtsjahr** auf der erweiterten Stammdatenmaske wird das Geburtsjahr der Person dokumentiert, für die Rat gesucht wird (Indexklient). Dort soll nur das Geburtsjahr als **vierstellige Zahl** (z. B. 1968) eingegeben werden.

Familienberatung

Sollte eine ganze Familie beraten werden, ist nur für eine Person eine Akte anzulegen. Welche das ist, entscheidet der Berater.

Anonyme Kontakte

Anonyme Kontakte werden über die Klientenauswahl dokumentiert. Hier bestehen die Optionen „Anonym weiblich“, „Anonym männlich“, „Angehörige weiblich“, „Angehörige männlich“. Bei dieser Dokumentation werden die Kontakte gezählt, nicht die Personen.

Auch Kontakte, die über eine Onlineberatung zustande kommen, sollten hier dokumentiert werden.

Jugendberatung

In Hessen wird in einigen Sucht- und Drogenberatungsstellen auch eine Jugendberatung angeboten. Hierbei werden Jugendliche und junge Erwachsene beraten, die persönliche Probleme mit sich selbst und/oder in ihrem sozialen Um-

feld (Familie, Schule, Ausbildung, Beruf, Beziehung) haben. Dabei können auch Probleme im Umgang mit Suchtmitteln eine Rolle spielen. Diese Klienten bitte bei den Kategorien Zielgruppe und Abschnittstyp unter „Jugendberatung“ dokumentieren. In der Regel fallen unter „Jugendberatung“ Personen bis einschließlich 26 Jahre (Definition nach KJHG).

Neue Erfassungsbereiche

Im neuen Hessischen Kerndatensatz gibt es neue Erfassungsbereiche: Migrationshintergrund, Risikokonsum, Medizinische Testergebnisse. Bitte bei der Dokumentation von Klientendaten unbedingt an die Erfassung der entsprechenden Informationen denken.

Leistungen

Der Leistungskatalog ist kein Bestandteil des HKDS. Trotzdem sollten die klientenbezogenen Leistungen dokumentiert werden: Sie können für die einrichtungsbezogenen Jahresberichte, für das Berichtswesen oder auch für übergreifende Analysen genutzt werden.

Eingabeassistent

Beim Eingabeassistenten wird es in vielen Fällen Bereiche geben, die nicht bedient werden können (z. B. externe Maßnahmen oder Kooperationen). Diese Kategorien sind demnach auch rot markiert, obwohl der HKDS vollständig erfasst wurde.

Stammdaten

Anonymisierung

Der korrekte Vor- und Nachname, das Geschlecht und das Geburtsjahr sind sehr wichtig für eine **korrekte Anonymisierung** (HIV-Code) und statistische Auswertung.

Zielgruppe

Unter „Zielgruppe“ ist die Hauptsubstanzproblem des Klienten zu dokumentieren, z. B. bei Substituierten ist hier die Kategorie „illegale Drogen“ zu verwenden.

Bei Angehörigen bitte diese Kategorie nicht benutzen!

Klienten vor HZ-Einführung

Klienten, die in der Vergangenheit von der Einrichtung betreut wurden, bisher aber noch nicht in Horizont erfasst wurden, können in der erweiterten Stammdatenmaske unter „war Klient vor HZ-Einführung“ markiert werden. Der Begriff „HZ-Einführung“ bezieht sich auf die Einführung der Dokumentation mittels Horizont unabhängig von der Programmversion.

Migrationshintergrund / Staatsangehörigkeit

Bitte denken Sie daran, neben der Staatsangehörigkeit den Migrationshintergrund ihres Klienten auf der erweiterten Stammdatenmaske (neue Items!) zu dokumentieren.

Die Fragen nach dem Migrationshintergrund sollen offen legen, ob ein familiärer oder persönlicher Zuwanderungshintergrund besteht. Dieser ist in drei Fällen gegeben: wenn die Person nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewandert ist;

wenn die Person als Ausländer in Deutschland geboren wurde; wenn die Person als Deutsche in Deutschland geboren wurde, aber mindestens einen Elternteil besitzt, der als Ausländer nach 1949 zugewandert ist oder als Ausländer in Deutschland geboren wurde. **Spätaussiedler** werden im HKDS nicht gesondert berücksichtigt. Für interne Auswertungen können diese jedoch in Horizont dokumentiert werden unter: Erweiterte Stammdaten -> Spezifika -> Spätaussiedler.

Anamnese, Sozialbefund

Chronologische Dokumentation

Im Biografiebereich ist bei den Items „**Wohnsituation**“ und „**Erwerbssituation**“ chronologisch zu dokumentieren, d. h. hier sollen – soweit die Informationen vorliegen – die Einträge mit einem Datum versehen werden. Deshalb befindet sich hier auch kein Button „B“ vor dem Datumsfeld. Bei den anderen Items im Biografiebereich kann, aber muss nicht chronologisch dokumentiert werden (alternativ kann der Button „B“ benutzt werden, der das Datum des Tages vor Betreuungsbeginn produziert).

Lebenssituation

Bei der Lebenssituation können mehrere Kategorien zutreffen; wenn z. B. der Klient mit Partner/in und Kind zusammenlebt, müssen sowohl

„Partner“ als auch „Kind“ angeklickt werden.

Lebensunterhalt

Beim Item „Lebensunterhalt“ (Biografie) bitte **nur** bei **einer** der möglichen Kategorien „Hauptlebensunterhalt“ anklicken.

Kinder

Zu den Kindern soll dokumentiert werden: die Anzahl aller eigener Kinder, die Anzahl minderjähriger eigener Kinder sowie die Anzahl aller minderjährigen Kinder im Haushalt und die Anzahl eigener minderjährigen Kinder im Haushalt. Für die nicht im eigenen Haushalt lebenden, minderjährigen Kinder wird der Aufenthaltsort festgehalten.

Diagnosen

ICD-10 Diagnosen

ICD-10 Diagnosen sollen – auf der Basis gesicherter Informationen – **so vollständig wie möglich** erfasst werden (also bis zur 4. oder 5. Stelle). Es sollen aber keine „Schätz-Diagnosen“ vorgenommen werden. Die (neue) Maske „Suchtdiagnoseerhebung / Problembereiche“ steht hierfür zur Verfügung, in der Informationen zum Betreuungsanfang und -ende festgehalten werden. (s. Dokumentationsbeispiel)

Substanzkonsum ohne ICD-Diagnose

Der Konsum von Substanzen bzw. problematisches Verhalten (z. B. Glücksspiel), für den/ das keine ICD-Diagnose vorliegt, wird bitte als „**riskanter Konsum**“ dokumentiert. Dies geschieht in der Maske „Suchtdiagnoseerhebung / Problembereiche“, in der Informationen zum Betreuungsanfang und -ende festgehalten werden. Es gibt hier die Möglichkeit, den jeweiligen

Konsum gemäß fachlicher Einschätzung als „risikanter Konsum“ zu markieren.

Kontinuierliche Diagnosedokumentation

Mit der Maske „Suchtdiagnoseerhebung / Problembereiche“ werden Informationen zum Betreuungsanfang und -ende festgehalten. Damit werden die Anforderungen des KDS erfüllt. Möchten Sie zusätzlich während der Betreuung, kontinuierlich diesbezügliche Veränderungen dokumentieren, wählen Sie den Weg über die Registerkarte „**Diagnosen** und **Risikofaktoren**“. (s. Dokumentationsbeispiel)

Konsumart

Hier ist die überwiegend praktizierte Art des Substanzkonsums des Klienten anzugeben - bezogen auf die letzten 30 Tage vor Aufnahme der aktuellen Betreuung.

Konsumhäufigkeit

Bei der Dokumentation der Konsummuster („30-Tages-Frequenz“) bitte immer den Konsum

bei Beginn und am Ende der Betreuung erfassen (über die Maske „Suchtdiagnoseerhebung / Problembereiche“). Erst wenn die Betreuung elektronisch abgeschlossen ist, wird dort für die 30-Tages-Frequenz des Betreuungsendes ein entsprechendes Eingabefeld frei gegeben.

Polytoxikomanie

Für die Dokumentation von „Polytoxikomanie“ ist die Diagnose „F.19p“ zu verwenden. Gemäß HKDS darf Polytoxikomanie jedoch **nur dann** dokumentiert werden, wenn keine weitere ICD10 Diagnose gestellt wurde und zugleich der Konsum von mindestens drei Substanzen vorliegt.

F19 hingegen (andere psychotrope Substanzen) soll **nur dann** kodiert werden, wenn ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von einer bestimmten anderen psychotropen Substanz, außer den durch die Diagnosen F10 bis F18 erfassten, vorliegt.

Betreuung

Mehrfachbetreuungen

Mehrere Betreuungen eines Klienten (bzw. einer Klientin) dürfen *nicht parallel innerhalb einer Klientenakte* geführt werden, weil sonst unklar ist, auf welche Betreuung sich bestimmte Informationen beziehen (z. B. Leistungen).

Werden in einer Einrichtung *zwei Betreuungen* eines Klienten *zeitgleich* geführt, *müssen* für diesen Klienten *zwei getrennte Klientenakten* eröffnet und geführt werden - mit dann jeweils einer Betreuung, für die jeweils ein Betreuungstyp festgehalten wird.

Betreuungsabschnitt

Mit dem Abschnitt wird die Betreuung näher bezeichnet. Das ist insbesondere für den Betreuungstyp „Ambulante Betreuung“ wichtig, soll aber auch für alle anderen Betreuungen geschehen. Hiermit werden wichtige Daten

für den Hessischen Kerndatensatz (HKDS) dokumentiert. In der Mehrzahl der Fälle wird ein Abschnitt (mit einer Abschnittsbezeichnung) die gesamte Betreuung charakterisieren. Eine Betreuung kann aber auch in unterschiedliche, aufeinander folgende Abschnitte geteilt werden. Diese Abschnitte dürfen sich nicht überlappen, weil sonst andere Informationen (z. B. Leistungen) nicht eindeutig zugeordnet werden können.

Art der Betreuung - Maßnahmen

Alle durchgeführten Maßnahmen müssen mit den jeweiligen Datumsangaben immer in der Registerkarte „**Art der Betreuung**“ dokumentiert werden. Diese Logik der Unterscheidung in innerhalb und außerhalb der Einrichtung erbrachter Maßnahmen gibt der Deutsche Kerndatensatz vor: Er wird hier erfasst.

Diese Dateneingabe muss unabhängig vom jeweiligen Abschnittstyp geschehen, auch wenn dieses als „Doppeldokumentation“ empfunden werden kann.

In der Regel werden hier die Typen: „**Interne Betreuungen**“ oder „**Externe Betreuungen**“ gewählt werden. In einem zweiten Auswahlschritt wird dann die Maßnahme näher bezeichnet. Im Einzelfall werden über die Auswahlfelder dieser Registerkarte separat mehrere Informationen eingegeben, z. B. die integrierte medikamentengestützte Behandlung als interne Betreuung und das Substitutionsmittel Methadon als Substitution festgehalten.

Es ist darauf zu achten, dass die Zeiträume nicht außerhalb des Betreuungszeitraumes liegen.

Medikamentengestützte Behandlung und ihre Unterformen (Abschnittstyp)

Dabei handelt es sich um eine strukturierte, interdisziplinär angelegte **ambulante Behandlung** mit einem Substitutionsmittel (Methadon, Polamidon, Buprenorphin, Codein). Hier ist in der Regel die Psychosoziale Betreuung Substituierter gemeint. Aber auch die Behandlung mit einer Anti-Craving-Substanz, das sind Medikamente, die das Suchtverlangen unterdrücken sollen, fällt darunter.

Bei der Medikamentengestützten Behandlung (PSB) werden drei Unterformen unterschieden:

- **integriert:** Ärzte und psychosoziale Fachkräfte arbeiten in interdisziplinären Teams zusammen in einer Einrichtung;
- **kooperativ:** Ärzte und psychosoziale Fachkräfte arbeiten in getrennten Einrichtungen, kooperieren aber eng in einer fallbezogenen Behandlung;
- **PSB/nicht integriert:** es besteht keine (formalisierte) Zusammenarbeit zwischen Ärzten und psychosozialen Fachkräften.

Substitutionsmittel

Das Substitutionsmittel wird über die Registerkarte „Art der Betreuung“ unter Typ: „Substitution“ erfasst. Die eigentliche PSB für Substituierte oder die Mittelvergabe dokumentieren Sie aber bitte immer separat ebenfalls über die

Registerkarte „Art der Betreuung“ als „Interne Betreuung“ oder „Externe Betreuung“.

Niedrigschwellige Einrichtung als vermittelnde Instanz

Zur zusätzlichen Konkretisierung der vermittelnden Instanz „niedrigschwellige Einrichtung“ befindet sich auf der Erfassungsmaske Betreuungsbeginn das Auswahlfeld „**Konkretisierung**“. Darunter fallen „Übernachtung“, „Kontaktladen“, „Streetwork“ und „Konsumraum“.

Betreuungsende

Bei beendeten Betreuungen darauf achten, dass die Angaben zum Betreuungsende korrekt und vollständig sind. Unbedingt auch Angaben zu den Items Wohnen, Erwerb und Partnerschaft machen.

Bitte denken Sie auch daran, dass Sie bei einer Beendigung der Betreuung die Konsumhäufigkeit der letzten 30 Tage miterfassen.

Art der Beendigung

Wenn für einen Klienten eine Therapie in einer anderen Einrichtung beantragt und genehmigt worden ist, muss bei der Beendigung der Betreuung die Kategorie „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ benutzt werden.

Problematik am Betreuungsende

Es gelten folgende Definitionen für die einzelnen Kategorien (nach dem Manual zum KDS):

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

„60-Tages-Regel“, Abbruch der Betreuung

Beim einseitigen, nicht angekündigten Abbruch durch den Klienten gilt im ambulanten Bereich die Regel, dass sich das Ende einer Betreuung

dadurch ergibt, dass ein Klient einen geplanten Termin unentschuldig nicht wahrnimmt und in den **folgenden 60 Tagen keinen neuen Kontakt** mit der Einrichtung aufnimmt. In einem solchen Fall **muss** die Betreuung durch die Einrichtung als „Vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis / **Abbruch durch Klient/in**“ beendet werden. Als Datum des Betreuungsendes

zählt hier nicht der vereinbarte und nicht wahrgenommene Termin, sondern **der letzte Termin**, der **tatsächlich stattgefunden** hat.

Achtung: Bei einer unsystematischen Dauerbetreuung – unter der Voraussetzung, dass diese Art des Kontaktes zwischen Betreuer und Klient abgesprochen ist – findet die 60-Tages-Regelung keine Anwendung.

Leistungen / Termine

Vermittlungsleistungen

Bitte achten Sie darauf, dass Sie alle Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Vermittlung anfallen als Vermittlungsleistungen im Leistungskatalog dokumentieren (wenn z. B. im Zusammenhang mit einer Vermittlung in eine ambulante Reha ein Sozialbericht erstellt und ein kundenbezogenes Telefongespräch geführt wurden, soll jeweils eine Leistung der Kategorie „Vermittlung in - Ambulante Rehabilitation“ erfasst werden).

Gruppen

Für die Dokumentation von Gruppen (Leistungen/Termine) sind unbedingt die Ausführungen im Programm-Manual von Horizont zu beachten (unter „Hilfe“).

3 Dokumentationsbeispiele

Beim Dokumentieren mit elektronischen Dokumentationssystemen sind bestimmte Dokumentationswege sinnvoller als andere, weil auf diese Weise Zeit gespart werden kann, Ihre Dokumentationswünsche befriedigt und auch keine zentralen, festzuhaltenden Aspekte vergessen werden. Für mehrere entscheidende Bereiche des täglichen Arbeitens mit der eingesetzten Software werden im Folgenden einige typische Dokumentationswege exemplarisch vorgestellt:

1. anonyme Kontakte: die Dokumentation eines Klienten, der nicht namentlich erfasst werden möchte,
2. Einmalkontakte: das Festhalten der Informationen rund um diese Kontakte, **inkl. Diagnose**
3. Angehörige: die Dokumentation der Arbeit mit ihnen,
4. Beenden einer Klientenbetreuung,
5. Abschnittstypen: So werden sie angelegt und parallel verhindert; so wird die Art der Betreuung festgehalten.¹

¹ Neben dem in den Dokumentationsbeispielen vorgestellten Weg zur Leistungsdokumentation mittels „Leistungsnachweis“ bietet das Program Horizont grundsätzlich auch die Möglichkeit, den Terminkalender zur Leistungserfassung zu nutzen. In der aktuellen Programmversion arbeitet diese Funktion jedoch noch nicht zuverlässig, so dass dieser Weg der Leistungsdokumentation erst nach der Optimierung durch den Programmhersteller in das Manual aufgenommen wird.

anonyme Kontakte

Klientinnen und Klienten, die der elektronischen Erfassung ihrer Daten nicht zugestimmt haben, werden in Horizont als anonyme Kontakte festgehalten. So werden keine persönlichen Daten dokumentiert; lediglich die von Ihnen erbrach-

ten Leistungen werden eingegeben. Ein Rückbezug auf einzelne Personen ist nicht möglich.

In der **Klientenauswahl** markieren Sie die gewünschte anonyme Klientin (1) und wählen die-

se durch einen Klick auf „Bearbeiten“ (2) aus.

horizont.net - [Klientenauswahl]

File Administration Einstellungen Aktionen Auswertungen Sonstige Hilfe

Anonym, weiblich Klientenausw. Gruppendoku Teilnehmerliste Einrichtungsakte Termin starten Eingabeassistent Abmelden

Excel-Datei öffnen Adressen Medikamente stellen Verordnungen stellen Meine Termine

Dokumentation

Leistungsachweis

Aktenvermerk

Termine

Dokumente

Meine Akte

Klientenauswahl Aktuelle Betreuung: <Keine>

Betreuungen ☐ Aktive ☐ Nicht aktive ☐ Deaktivierte ☒ Alle ☐ Alle Filtereinstellungen beim Neustart zurücksetzen. ☐ Suche anzeigen

Betreuer: Betreuungstyp: Abschnittstyp:

☐ nur Hauptbetreuer

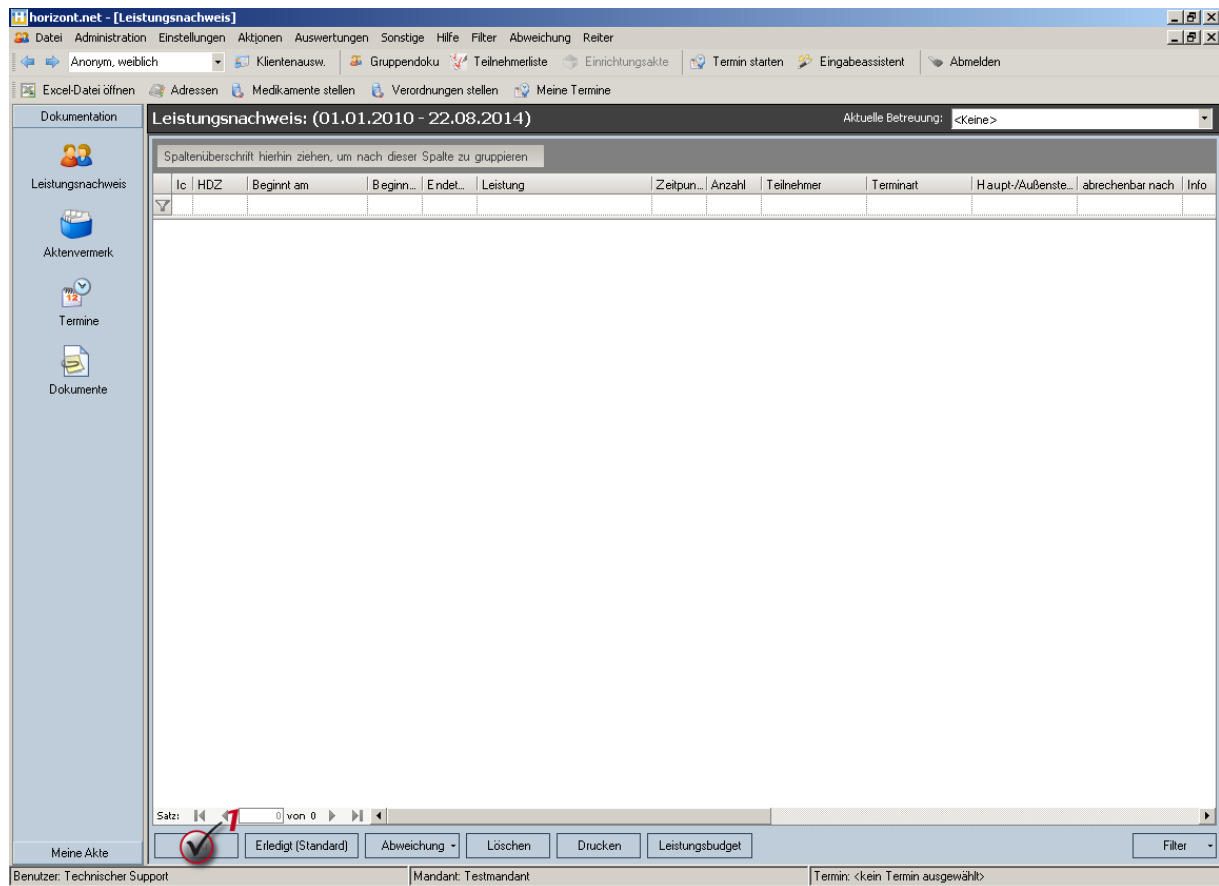
Spaltenüberschrift hierhin ziehen, um nach dieser Spalte zu gruppieren

Familienname	Vorname	Anwesenheitssta...	Hilfebedarfsgru...	Geschlecht	Anrede	Geburtsdag	Straße	PLZ	Ort
Angehörige	weiblich			weiblich		01.01.1900		0	
Angehöriger	männlich			männlich		01.01.1900		0	
Anonym	weiblich			weiblich		01.01.1900		0	
Anonym	männlich			männlich		01.01.1900		0	
Dienstag	Der Kleine			männlich		01.01.2014			
Dienstag	Daniela			weiblich		01.01.2014			
Donnerstag	Doris			weiblich	Frau	16.11.1959		65183	Wiesbade
Freitag	Fritz			männlich		01.01.2014			
Leistung	Keine					01.01.1900			
Messer	Mecki			männlich		11.11.1911			
Mittwoch	Michelle			weiblich		01.01.2014			
Mittwoch	Magda					01.01.2014			
Test	August			männlich		08.08.1948		60333	Frankfurt
Tester	Test			männlich		06.04.1980			

Satz: 3 von 14

Neu Bearbeiten Deaktivieren/Aktivieren Löschen Drucken

Benutzer: Technischer Support Mandant: Testmandant Termin: <kein Termin ausgewählt>



In der Ansicht der **Leistungsnachweise** öffnen

Sie mit „Neu“ (1) den Verzeichnisbaum.

Neue Leistung erfassen

Leistung auswählen

☒ Alle Leistungen ☐ Nur Planleistungen ☐ Nur nicht terminierte Planleistungen

Suchen Nummer

1 Ambulante Beratung

111 Lebenspraktische Hilfen

112 Beratung

113 Vermittlung in

330 Ambulante Rehabilitation

340 andere ambulante Maßnahmen

370 medikam.-gestützte Behandlung

380 stationäre Rehabilitation

410 andere stationäre Maßnahmen

andere stationäre Maßnahmen

Zeitraum der Leistungserbringung

Beginn 20.08.2014 15:48

Dauer in Min. 45

in Std/min 0 : 45

Ende 20.08.2014 16:33

☒ Leistung als erledigt kennzeichnen

Eigenschaften der Leistung

Preis in Euro 0

Teilnehmerzahl 1

Anzahl 1

Termin zur Leistung

☐ Erledigte Leistung als Termin erfassen

☐ Auch im Klientenkalender erfassen

Abrechnungs-

Abrechnen als <unbekannt>

Abrech. Merkmal Direkt

Leistungsort Innerhalb der Einrichtung

km 1

Fahrzeit in Min. 1

Abrechnungs-kommentar

Weitere Eigenschaften

Teilnehmer <unbekannt>

Terminart <unbekannt>

Haupt-/Außenstell <unbekannt>

Info

Speichern und Neu Speichern Schließen

Im Leistungsbaum können Sie die gesuchte Leistung auswählen und festhalten. Sie öffnen den **Verzeichnisbaum** an der gewünschten Stelle (1), wählen die erbrachte Leistung (2) und den

Termin der Leistungserbringung (3) aus, tragen die Leistungsdauer (4) ein und speichern den Eintrag (5).

Einmalkontakte

Die Arbeit mit Klientinnen und Klienten, deren Betreuung aus lediglich einem Kontakt besteht, wird auf die gleiche Weise wie ein Mehrfachkontakt dokumentiert. Lediglich die Tatsache des einmaligen Kontaktes wird separat festgehalten.

Sie erfassen die Stammdaten, legen eine Betreuung an und halten ausdrücklich die Tatsache des Einmalkontaktes fest. Es kann eine Diagnose

oder ein riskanter Konsum festgehalten werden und es müssen die zum Betreuungsende erforderlichen Informationen dokumentiert werden (z. B.: das Ziel einer Weitervermittlung).

Einmalkontakte können später im elektronischen Dokumentationssystem in einen Mehrfachkontakt umgewandelt werden, wenn die Betreuung fortgesetzt werden sollte: Bereits festgehaltene Informationen bleiben erhalten.

Nachdem Sie die **Stammdaten** der neuen Klientin festgehalten (beispielhaft: 1-6) und ge-

speichert (7) haben, beantworten Sie die Frage nach einer neuen Betreuung mit „ja“.

The screenshot shows the 'Neuer Klient' form with the following fields and annotations:

- 1**: Checkmark in the 'Erstkontakt' field (20.08.2014).
- 2**: Checkmark in the 'Klientenart' field (Eigene Problematik).
- 3**: Checkmark in the 'Familienname' field (Donnerstag).
- 4**: Checkmark in the 'Vorname' field (Doris).
- 5**: Checkmark in the 'Geschlecht' field (weiblich).
- 6**: Checkmark in the 'Geburtsdatum' field (16.11.1959).
- 7**: Checkmark in the 'Speichern' button at the bottom right.

Other fields include: Aktenzeichen, Ausweisnummer, Telefon, Telefax, Telefon2, E-Mail, Bemerkung 1, Bemerkung 2, Bemerkung 3, Foto, c/o, Straße, PLZ/Ort (65183 Wiesbaden), Ortsteil, Kreis, Bundesland (Hessen), and Anrede (Frau).

The dialog box 'Neuer Klient' asks: 'Möchten Sie eine neue Betreuung anlegen?'. It has two buttons: 'Ja' (checked with a red checkmark and annotation 1) and 'Nein'.

So gelangen Sie zur Eingabeseite für die Betreu-

ungsrahmendaten.

Sie halten im Folgenden das Datum des Betreuungsbeginns (1) fest und setzen ein Häkchen beim Einmalkontakt (2). Darüber hinaus dokumentieren Sie ebenfalls den Betreuungstyp (3) und auch dessen genauere Charakteristik (den Abschnittstyp; 4). Wenn Sie es wissen und es für die Beratung wichtig ist, können Sie weitere

Informationen eingeben, z. B. Auflagen für die Betreuung (5) oder auch Angaben dazu, wie die Person den Kontakt zu Ihnen gefunden hat (vermittelnde Instanz; 6).

Sie beenden die Eingaben hier entweder mit einem Klick auf „Speichern“ oder auf „Speichern und Neue Suchtdiagnose“ (7).

An dieser Stelle ist es erforderlich, an ein grundsätzliches Prinzip der elektronischen Dokumentation zu erinnern: Die Arbeit mit einem EDV-System soll es Ihnen ermöglichen, Ihre Arbeit angemessen abzubilden, sie zu erleichtern und die festgehaltenen Daten sachgerecht auszuwerten, so dass v. a. Dingen Ihre Arbeit davon profitiert. Die elektronische Dokumentation ist kein Selbstzweck und soll auch keine Wirklichkeit erschaffen, die es gar nicht gibt.

Das bedeutet an dieser Stelle: Sie entscheiden im Rahmen Ihrer professionellen Tätigkeit, ob Sie bei einem Einmalkontakt (und auch bei längeren Betreuungen) eine Hauptdiagnose vergeben oder nicht.

Sollten Sie sich dagegen entscheiden, wählen

Sie in dem hier abgebildeten Schaltfeld „Speichern“ und beantworten die folgende Nachfrage mit einem Grund, warum Sie keine Hauptdiagnose anlegen wollen; „keine Angaben“ lässt Ihnen die Möglichkeit, später eine Diagnose nachzutragen.

Allerdings können Sie so zu dieser Person nicht unmittelbar eine Frequenz der konsumierten Substanz festhalten, da dies an die Diagnose gebunden ist.

Wenn Sie statt eine Diagnose zu vergeben den riskanten Konsum dokumentieren möchten, machen Sie das ab der Horizontversion 4.5 ebenfalls in der Maske „Suchtdiagnoseerhebung / Problembereiche“. Sie müssten sich also gleichfalls für „Speichern und Neue Suchtdia-

gnose“ entscheiden (zum Unterschied „Suchtdiagnoseerhebung / Problembereiche“ vs. „Neue Diagnose/Neuer Risikofaktor“: s. [hier](#) und [hier](#)).

Um den Dokumentationsweg einmal beispielhaft und nachvollziehbar abzubilden, ist in diesem Manual die Entscheidung getroffen worden, **mit der Eingabe einer Hauptdiagnose fortzufahren**.

Eine ausführliche Beschreibung des neuen Eingabemoduls für Diagnosen und Problembereiche mit vielen weiteren Screenshots finden Sie in einem speziellen Dokument der Firma NT-Consult (Anwendungsdokumentation Suchtdiagnosen in Horizont 4).

Es erscheint die Maske zur Suchtdiagnoseerhebung [7].

Suchtdiagnosenerhebung/Problembereiche: Ambulante Beratung: 20.08.2014 - 21.08.2014

- ☐ Alkohol
- ☐ Opiode
- ☐ Cannabis
- ☒ Sedativa/Hypnotika
- ☐ Kokain
- ☐ Stimulantien
- ☐ Halluzinogene
- ☐ Tabak
- ☐ Flüchtige Lösungsmittel
- ☐ Andere psychotrope Substanzen
- ☐ Polytoxikomanie
- ☐ nicht abhängigkeitszeugende Substanzen (F55)
- ☐ Pathologisches Glücksspiel (F63.0)
- ☐ weitere wichtige Diagnosen
- ☐ Sonstige Problembereiche

Löschen Schließen

Sie wählen den zutreffenden Diagnosenbereich mit einem Doppelklick aus (1). Infolgedessen

öffnet sich die Eingabemaske [8] und es sind genauere Eingaben möglich.

Suchtdiagnosenerhebung/Problembereiche

2.4.1 Konsum von psychotropen Substanzen (Kategorien zu 2.4.1.1)

Substanz (gruppe)	Hauptdiagnose	Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils		ICD-10 Diagnose	Alter bei Erstkonsum	Alter bei Störungsbeginn	Weitere Optionen	Risikanter Konsum	Löschen
			Beginn	Ende						
Sedativa/Hypnotika										
Barbiturate	☐				F13a.					✗
Benzodiazepine	☐				F13b.					✗
Andere Sedativa/Hypnotika	☐				F13s.					✗
Sedativa/Hypnotika (unspezifisch)	☐				F13.					✗

Um zunächst die genaue Diagnosen einzugeben, drücken sie den Knopf für den ICD-10-Katalog (1).

Dies führt zu einem weiteren Dialogfeld [9], in dem Sie ebenfalls den Auswahlknopf drücken (1).

Suchtdiagnosenerhebung

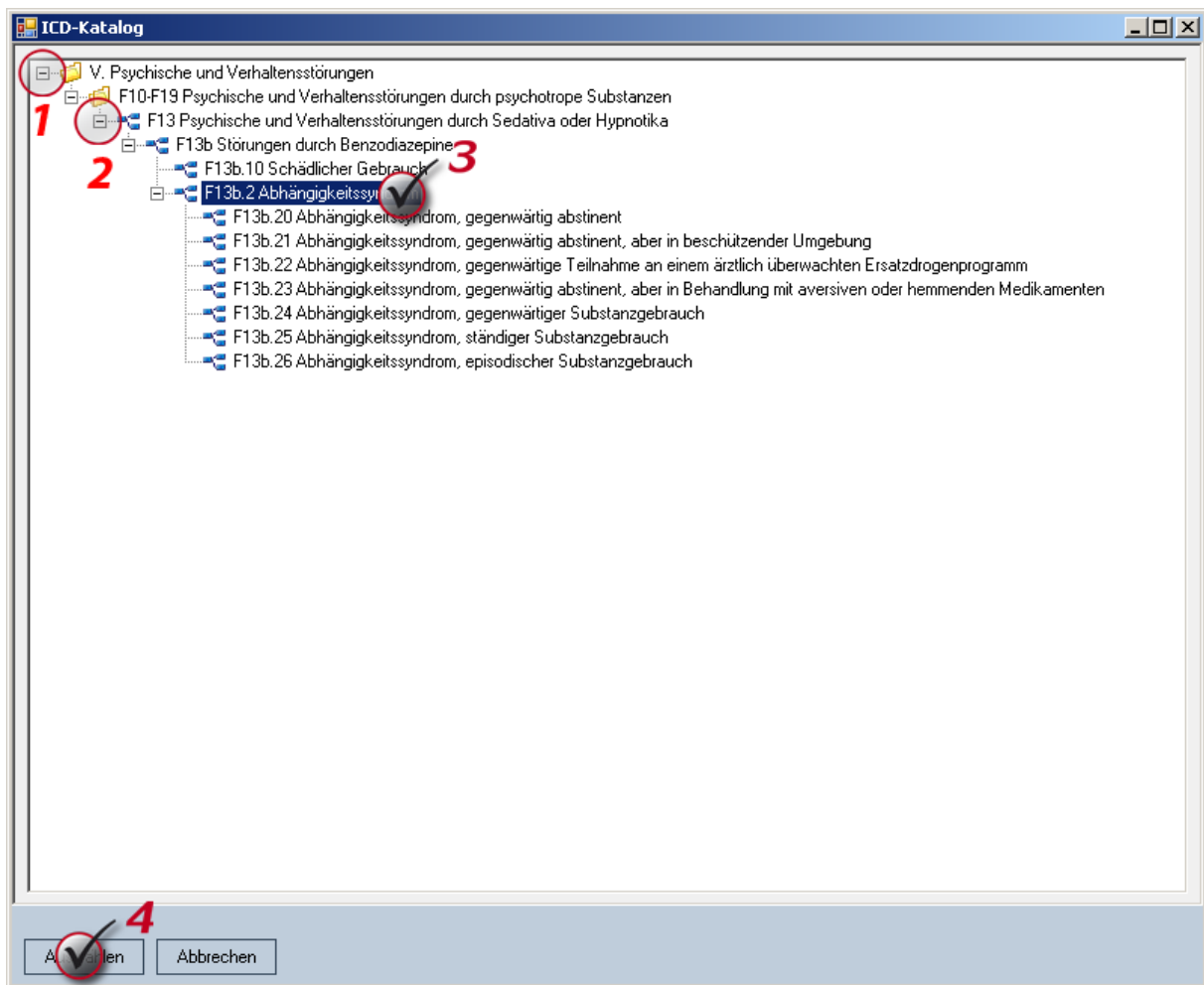
Diagnose

ICD-Ziffer

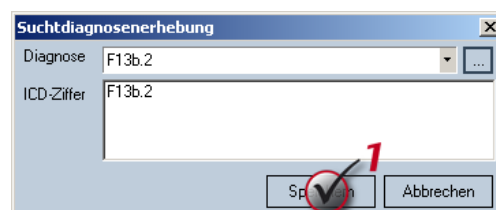
Speichern Abbrechen

Das Ergebnis ist der ICD-Katalog. Sie öffnen die Knotenpunkte (beispielhaft 1, 2), um zu der von Ihnen gewünschten Diagnose zu gelangen.

Ein Klick (3) markiert die fachlich gewählte Diagnose. Abschließend beenden Sie mit „Auswählen“ (4) diesen Dialog.



Sie speichern (1) im Dialogfeld, das als Ergebnis angezeigt wird.



Die Diagnose ist nun in die Spalte „ICD-10-Diagnose“ der Maske „Suchtdiagnoseerhebung

/ Problembereiche“ übernommen worden. Sie können weitere Eingaben vornehmen.

Suchtdiagnoseerhebung/Problembereiche

2.4.1 Konsum von psychotropen Substanzen (Kategorien zu 2.4.1.1)

Substanz (gruppe)	Hauptdiagnose	Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils	ICD-10 Diagnose	Alter bei Erstkonsum	Alter bei Störungsbeginn	Weitere Optionen	Risikanter Konsum	Löschen
Barbiturate	☐			F13a.					✗
Benzodiazepine	☒	Essen/Trinken	26	F13b. 2 Abhängigkeitssyndrom	21	23			✗
Andere Sedativa/Hypnotika	☐			F13s.					✗
Sedativa/Hypnotika (unspezifisch)	☐			F13.					✗

Speichern Abbrechen

Zunächst wird Ihre Diagnose durch das Häkchen (1) als Hauptdiagnose klassifiziert. Mit der Auswahl aus dem Drop-down-Feld legen Sie die überwiegende Konsumart fest (2). Anschließend dokumentieren Sie die Konsumfrequenz zum Betreuungsbeginn (3) und tragen außerdem das Alter der Klientin beim Erstkonsum (4) und beim Störungsbeginn (5) ein. Selbstverständlich obliegen auch diese Eintragungen Ihrer fachlichen Einschätzung - so werden diese Informationen

sicherlich bei länger währenden Betreuungen eher festgehalten als bei Einmalkontakten. Mit „Speichern“ schließen Sie die Maske (6).

Zur Kontrolle erhalten Sie die Maske „Suchtdiagnoseerhebung / Problembereiche“ noch einmal gezeigt und sehen Ihre Eingaben [13]. Mit „Schließen“ (1) ist diese Diagnoseerfassung beendet.

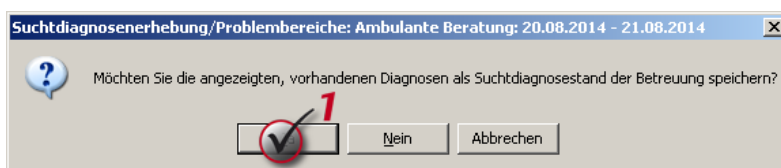
Suchtdiagnoseerhebung/Problembereiche: Ambulante Beratung: 20.08.2014 - 21.08.2014

Substanz (gruppe)	HD	Konsumart	Konsumtage Beginn	Konsumtage Ende	ICD-10	Diagnose	Alter Erstkonsum	Alter Störungsbeginn	Risikant
Benzodiazepine	☒	Essen/Trinken	26 Tage/Monat		F13b.2	Abhängigk...	21	23	☐

Löschen Schließen

Gleichwohl muss die Übernahme der Daten erneut bestätigt werden (1).

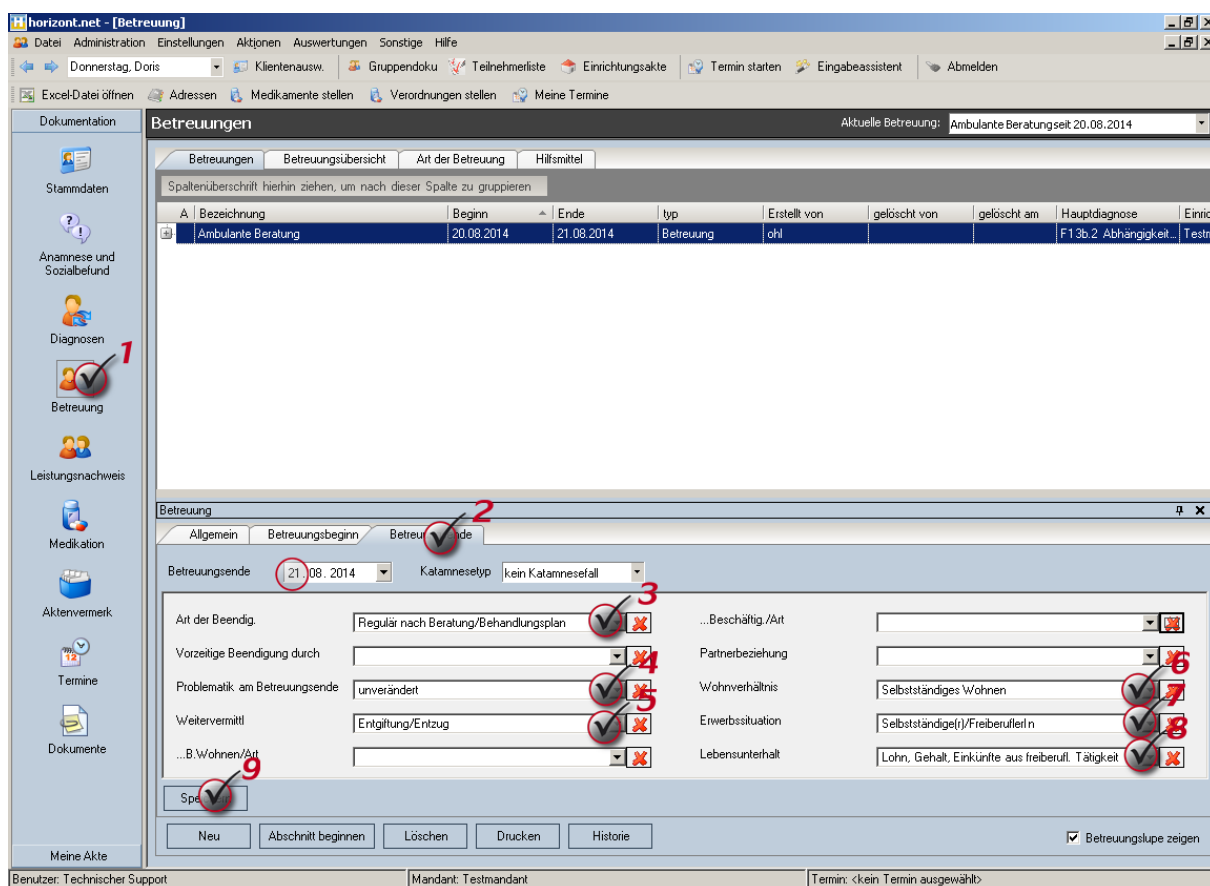
14



In der nun aufrufbaren Übersicht zum ausgewählten Klienten bringt Sie ein Klick auf Betreuung (1) und ein zweiter auf den Reiter Betreuungsende (2), so dass Sie das bereits automatisch gesetzte Betreuungsende erkennen können, das eine direkte Folge des Häkchens

beim Einmalkontakt ist. In dieser Maske können Sie die üblichen bzw. **erforderlichen Informationen für das Betreuungsende** eingeben (beispielhaft: 3-8). Zum Abschluss wählen Sie „Speichern“ (9).

15

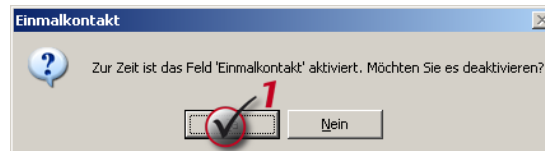


Wie bereits erwähnt, bietet Ihnen Horizont 4 die Möglichkeit, einen Einmalkontakt - der auf die soeben geschilderte Art und Weise festgehalten wurde - in einen Mehrfachkontakt, also eine ‚normale‘ Betreuung, umzuwandeln.

Rufen Sie die Betreuung des Einmalkontaktes im Rahmen einer Frist von 60 Tagen nach ih-

rer Beendigung erneut auf, fragt Sie das System [16], ob Sie eine entsprechende Umwandlung des Einmalkontaktes vornehmen möchten. Mit Ihrer Bestätigung (1) wird das vormals gesetzte Betreuungsende aufgehoben und die Betreuung wieder als laufende geführt.

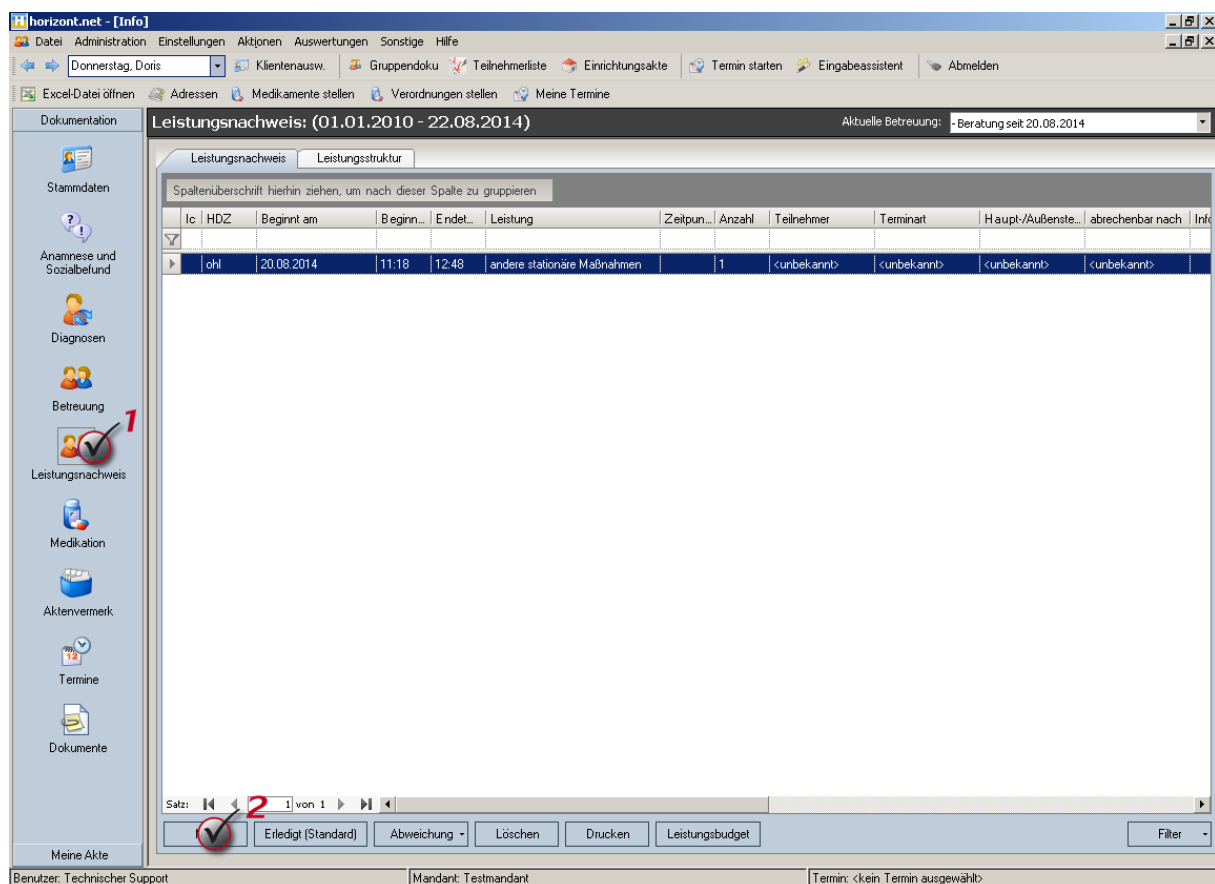
16



Um die Leistungen für einen Einmalkontakt zu dokumentieren, wechseln Sie bei diesem Klienten [17] über den Knopf „**Leistungsnach-**

weis“ (1). Mit „Neu“(2) öffnen Sie den Verzeichnisbaum.

17



Hier können Sie die gesuchte Leistung auswählen und festhalten. Sie öffnen den **Verzeichnisbaum** an der gewünschten Stelle (1, 2), wählen die erbrachte Leistung (3) und den Termin der

Leistungserbringung (4) aus, tragen die Leistungsdauer (5) ein und speichern den Eintrag (6).

Neue Leistung erfassen

Leistung auswählen
☒ Alle Leistungen ☐ Nur Planleistungen ☐ Nur nicht terminierte Planleistungen

Suchen Nummer

Leistungskatalog

- 11 Ambulante Beratung
 - 111 Lebenspraktische Hilfen
 - 12 Beratung
 - 300 Krisenintervention
 - 310 Informationsorientierte Beratung
 - 320 Problemlöser./motivationale Beratung **3**
 - 330 Integrationshilfen
 - 340 Schuldnerberatung

Problemlöser./motivationale Beratung

Zeitraum der Leistungserbringung

Beginn **4** 22.08.2014 12:06
 Dauer in Min. **5** 145
 in Std./min 2 : 25
 Ende 22.08.2014 14:31

☒ Leistung als erledigt kennzeichnen

Eigenschaften der Leistung

Preis in Euro
 Teilnehmerzahl
 Anzahl

Termin zur Leistung

☐ Erledigte Leistung als Termin erfassen
☐ Auch im Klientenkalender erfassen

Abrechnungs

Abrechnen als
 Abrech. Merkmal
 Leistungsort
 km
 Fahrzeit in Min.
 Abrechnungs-kommentar

Weitere Eigenschaften

Teilnehmer abrechenbar nach
 Terminart
 Haupt-/Außenstell
 Info

Speichern und Neu **6**

Angehörige

Bei der Dokumentation der Daten von Angehörigen bzw. von Personen aus dem sozialen Umfeld der Klienten und der für sie erbrachten

Leistungen sind zwei Wege möglich: mit Erfassung spezifischer Stammdaten (a) oder über die anonyme Sammelakte (b).

a - mit Stammdaten

The screenshot shows the 'Neuer Klient' (New Client) form. The form is divided into two main columns. The left column contains personal data fields, and the right column contains contact and identification fields. Red circles and arrows highlight specific fields and actions:

- Erstkontakt** (First contact): 11.05.2010 (highlighted with a red circle and arrow 1).
- Klientenart** (Client type): Problematik v. Personen im soz. Ur (highlighted with a red circle and arrow 1).
- Familienname** (Surname): Angehörig (highlighted with a red circle).
- Vorname** (First name): Anton (highlighted with a red circle).
- Geschlecht** (Gender): männlich (highlighted with a red circle).
- Geburtsdatum** (Date of birth): 03.03.1963 (highlighted with a red circle).
- Speichern** (Save): Button at the bottom right, highlighted with a red circle and arrow 2.

The form also includes fields for Ausweisnummer, Telefon 1, Telefon 2, E-Mail, Bemerkung 1, Bemerkung 2, Bemerkung 3, Foto, c/o, Straße, PLZ/Ort, Ortsteil, Kreis, and Bundesland.

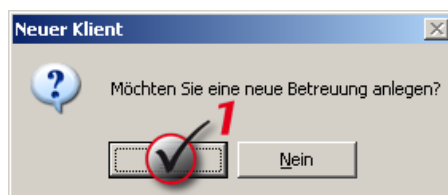
Sie öffnen die **Stammdatenmaske**: Angehörige sind v. a. dadurch gekennzeichnet, dass sie Rat und Hilfe für andere Personen als sich selbst suchen. Das halten Sie unter **Klientenart** mit „Problematik v. Personen im soz. Umfeld“ fest

(1). Sie dokumentieren ebenfalls den Erstkontakt, Familien- und Vorname, Geschlecht und Geburtsdatum. Sie schließen diese Eingabe mit „Speichern“ (2) ab.

Die nun gestellte Frage nach dem Anlegen einer

neuen Betreuung beantworten Sie mit „ja“ (1)

20



Sie erhalten daraufhin das Eingabefeld für eine

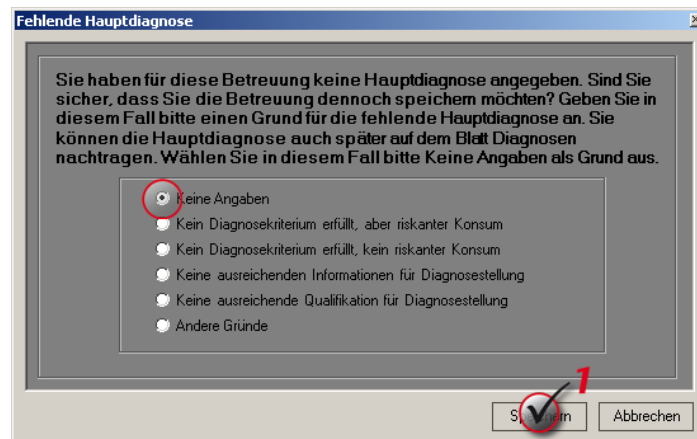
neue Betreuung.

21

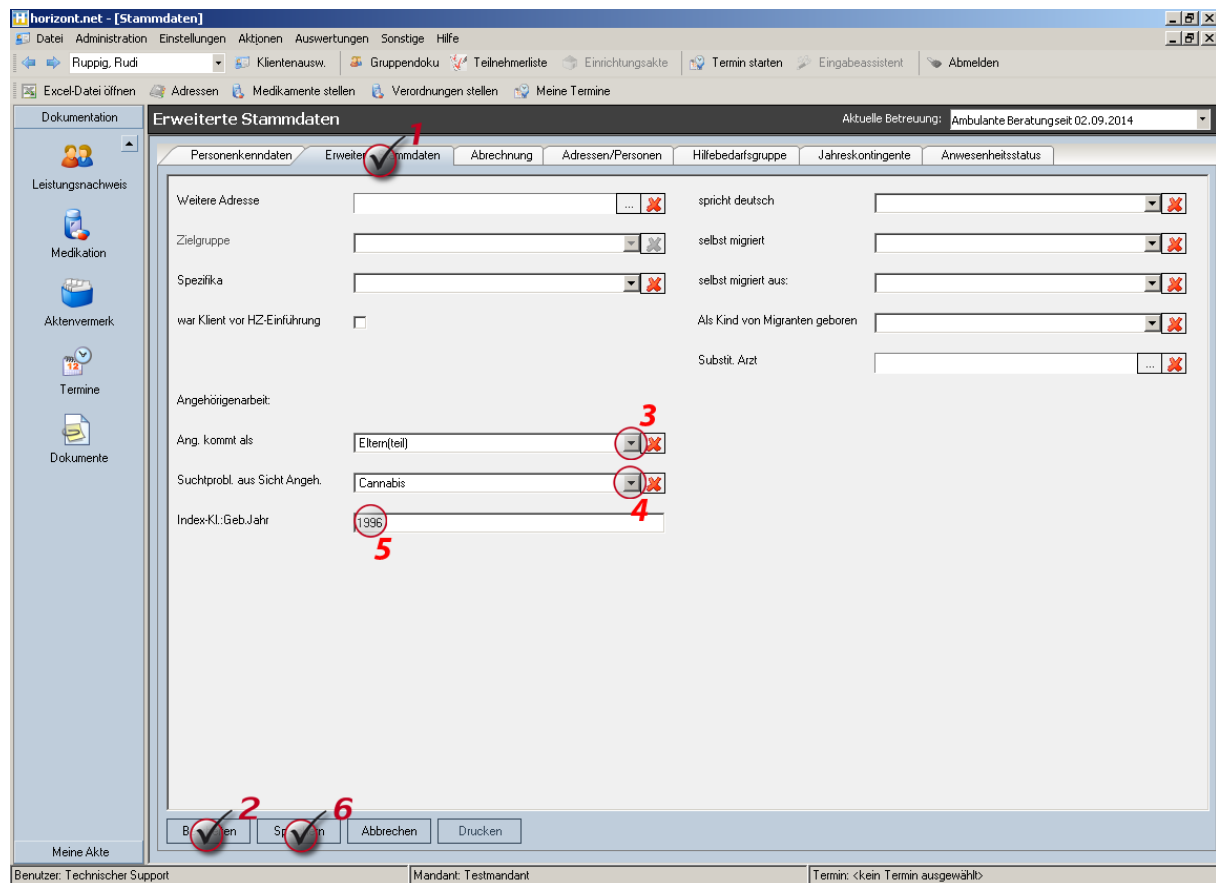
Hier wählen Sie den **Betreuungstyp** (z. B. Ambulante Beratung) und schließen den Vorgang mit „Speichern“ (1) ab.

Die standardmäßige Abfrage nach der **Hauptdiagnose** beantworten sie bei Angehörigen mit

„keine Angaben“ und bestätigen dies (1).



Sie gelangen zurück zu den Personenkenndaten.



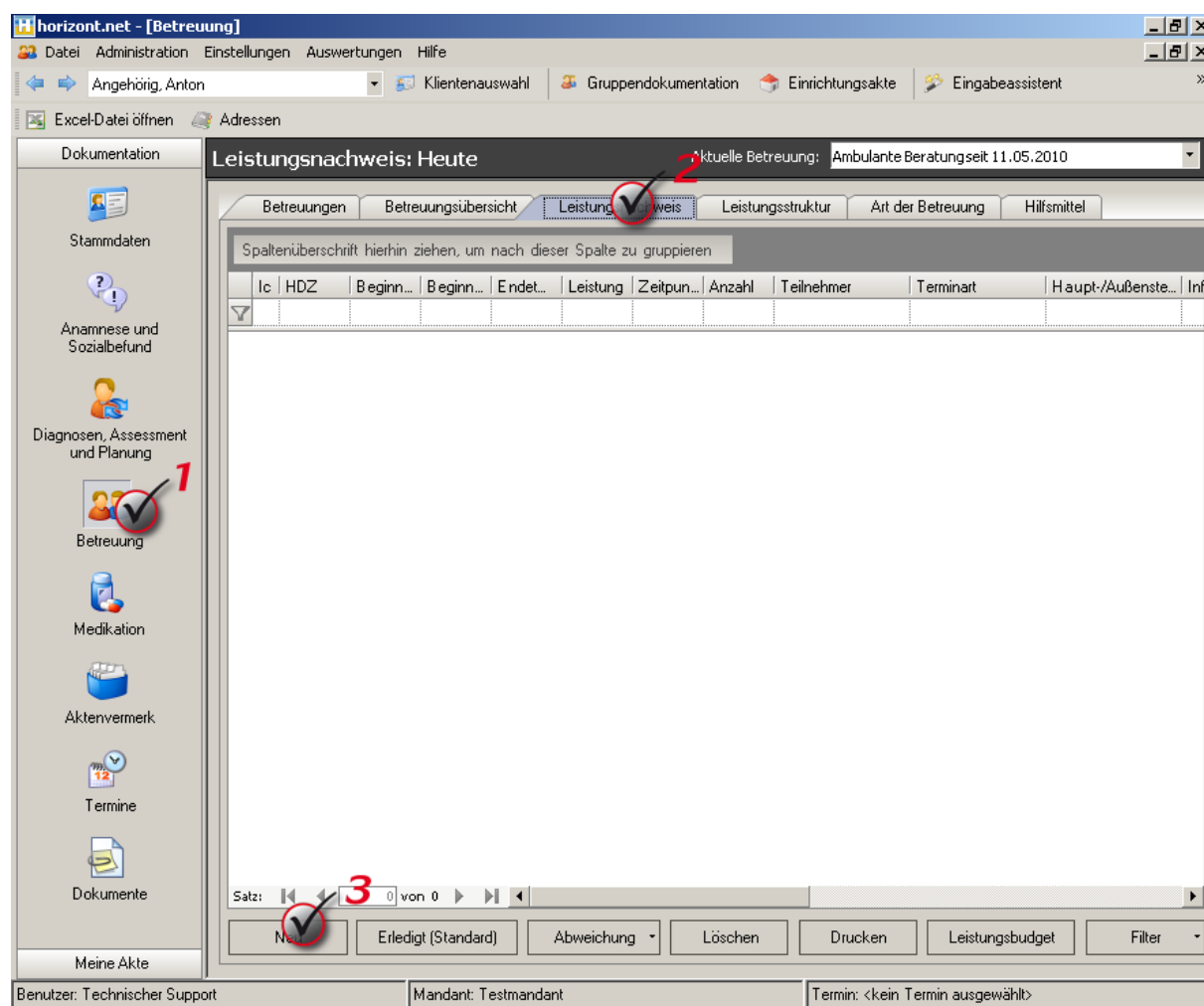
Mit einem Klick wählen Sie die „**erweiterten Stammdaten**“ (1) aus und öffnen diese durch einen weiteren Klick auf „**Bearbeiten**“ (2). Nun können Sie die **spezifischen Fragen zu Angehörigen** beantworten: Es wird dokumentiert, in welcher Beziehung der Angehörige zum (eigentlichen) Klienten steht - hier ist beispielhaft

„Eltern(teil)“ ausgewählt (3). Außerdem wird das Hauptsuchtproblem des Klienten aus Sicht des Angehörigen (4) und das Geburtsjahr des eigentlichen Klienten (=Indexklient) dokumentiert (5).

Abgeschlossen wird dieser Dokumentations-schritt mit „**Speichern**“ (6).

Auch für Angehörige werden die ihnen zuteilgewordenen **Leistungen** dokumentiert.

Sie geben die Daten auf dem bekannten Weg ein:



Über den Knopf „Betreuung“ (1) wird die Registerkartenseite „Leistungsnachweise“ (2) auf-

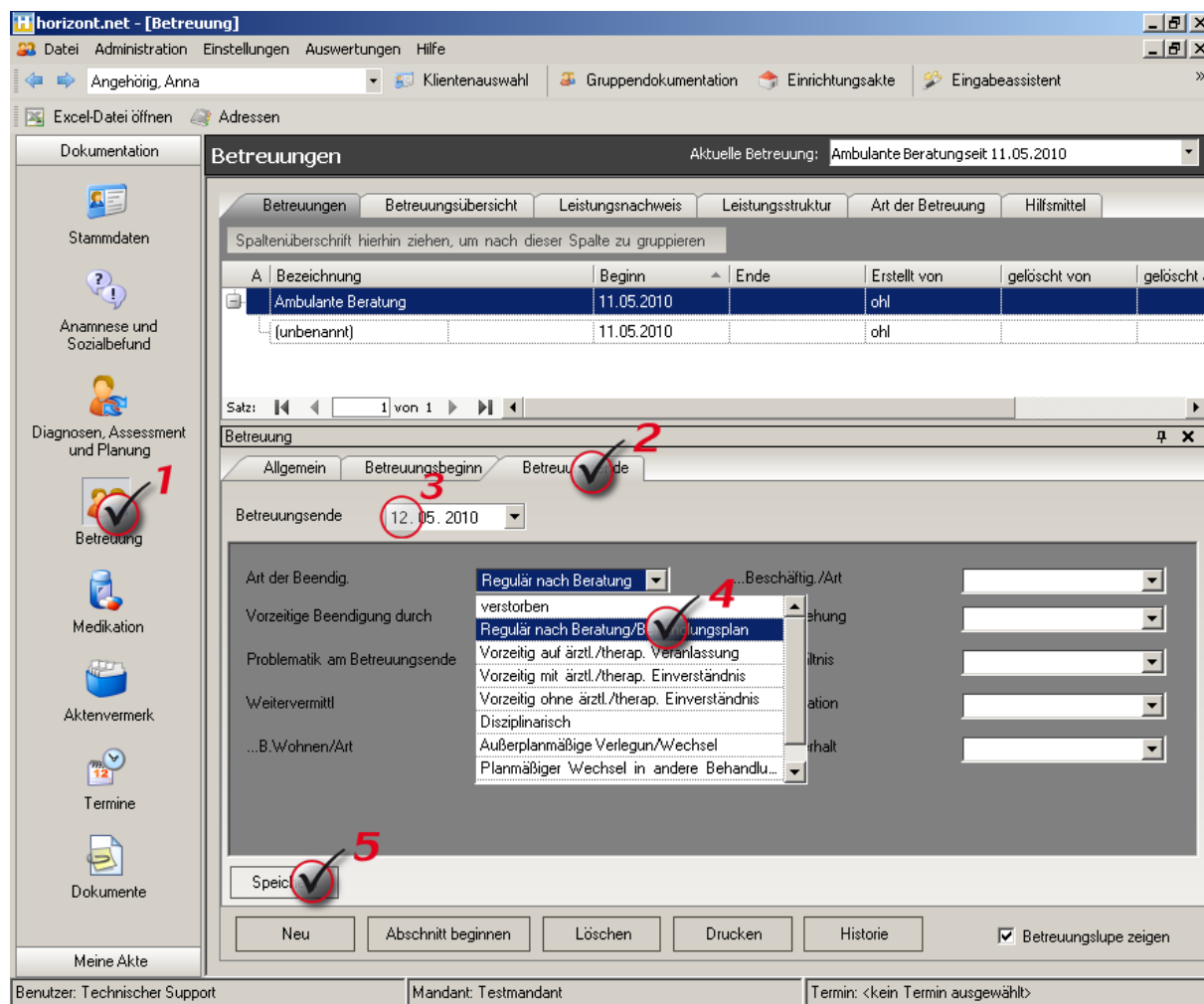
gerufen. Mit „Neu“ (3) wird die Dokumentation der einzelnen Leistungen begonnen.

Im **Leistungsverzeichnisbaum** öffnen Sie die gewünschten Unterabschnitte, wählen die erbrachte Leistungsart aus (1) und halten auch das Datum der Leistungserbringung (2) sowie die Leistungsdauer fest (3). Nun können Sie den

Angehörigen ausdrücklich als Leistungsadressaten benennen (4) und die Terminart beispielsweise als Einzelleistung, die innerhalb der Einrichtung erbracht wurde (5), klassifizieren. Zum Abschluss speichern Sie diese Eingaben (6).

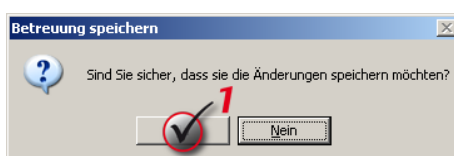
Wird die Betreuung der Angehörigen abgeschlossen, wird die Betreuung in Horizont eben-

falls elektronisch beendet.



Nachdem Sie in der **Klientenauswahl** die gewünschte Angehörige ausgewählt haben, begeben Sie sich in den Bereich der **Betreuungen** (1). Dort klicken Sie auf „Betreuungsende“ (2). Zunächst halten Sie das Datum des Betreuungsendes fest (3). Sie können es manuell oder aus dem Kalender-Drop-down einfügen.

Anschließend beschreiben Sie das Ende der Betreuung (4); hier beispielhaft: regulär. Ihre Eingaben speichern Sie (5) und schließen damit elektronisch die Betreuung.



Die **Sicherheitsabfrage** beantworten Sie mit „Ja“ (1).

b - über die Sammelakte

Zur Leistungsdokumentation für Angehörige, für die **keine Stammdaten** dokumentiert werden sollen, bietet sich die **Sammelakte** an. Die so festgehaltenen Leistungen lassen sich nachträglich keiner einzelnen Personen direkt zuordnen.

Sie können die gewünschte Kategorie (z. B. „Angehöriger männlich“; 1) in der **Klientenauswahl** markieren und durch Klick auf „Bearbeiten“ auswählen (2; oder Sie klicken gleich doppelt).

horizont.net - [Klientenauswahl]

Datei Administration Einstellungen Auswertungen Hilfe

Angehöriger, männlich Klientenauswahl Gruppendokumentation Einrichtungsakte Eingabeassistent

Excel-Datei öffnen Adressen

Dokumentation

Leistungsnachweis

Aktenvermerk

Dokumente

Meine Akte

Klientenauswahl Aktuelle Betreuung: <Keine>

Betreuungen ☐ Aktive ☐ Nicht aktive ☒ Alle ☐ Suche anzeigen

Betreuer: Kein Filter Betreuungstyp: Kein Filter

☐ nur Hauptbetreuer Abschnittstyp: Kein Filter

Spaltenüberschrift hierhin ziehen, um nach dieser Spalte zu gruppieren

Familienname	Vorname	Anwesenheitssta...	Hilfebedarfsgrup...	Geschlecht	Anrede	Geburtsdag
Angehörig	Anton			männlich	Herr	03.03.1963
Angehörig	Anna			weiblich	Frau	01.01.1961
Angehörige	weiblich			weiblich		01.01.1900
► Angehöriger	männlich			männlich		01.01.1900
Anonym	weiblich			weiblich		01.01.1900
Anonym	männlich			männlich		01.01.1900
Einmalklient	Emil			männlich		01.01.1961
Einmalkontakt	weiblich			weiblich		01.01.1900
Einmalkontakt	männlich			männlich		01.01.1900
Musterklientin	Muriel			weiblich		03.03.1957

Satz: 4 von 10

Neu Bearbeiten Deaktivieren/Aktivieren Löschen Drucken

Benutzer: Technischer Support Mandant: Testmandant Termin: <kein Termin ausgewählt>

Im Ergebnis landen Sie in der Eingabemaske für die **Leistungen**. Mit „Neu“ (1) gelangen Sie zum Verzeichnisbaum.

horizont.net - [Leistungsnachweis]

Datei Administration Einstellungen Auswertungen Hilfe Filter Abweichung Reiter

Angehöriger, männlich Klientenauswahl Gruppendokumentation Einrichtungsakte Eingabeassistent

Excel-Datei öffnen Adressen

Dokumentation

Leistungsnachweis

Aktenvermerk

Dokumente

Meine Akte

Leistungsnachweis: Heute Aktuelle Betreuung: <Keine>

Spaltenüberschrift hierhin ziehen, um nach dieser Spalte zu gruppieren

Ic	HDZ	Beginn...	Beginn...	Endet...	Leistung	Zeitpun...	Anzahl	Teilnehmer	Terminart	Haupt-/Außenste...	Info
ohl	12.05.2...	11:34	11:34	Selbsth...	1	Partner/Familie	<unbekannt>	<unbekannt>			

Satz: 1 von 1

Erledigt (Standard) Abweichung Löschen Drucken Leistungsbudget Filter

Benutzer: Technischer Support Mandant: Testmandant Termin: <kein Termin ausgewählt>

Im **Verzeichnisbaum** dokumentieren Sie die erbrachte Leistung auf die bekannte Weise.

Sie öffnen den Verzeichnisbaum an der gewünschten Stelle (1) und wählen die erbrachte Leistung aus, hier: Hausbesuch (2). Anschließend tragen Sie das Datum der Leistungserbringung (3) und die Dauer Ihrer Leistung (4) ein. Sie

können als weitere Eigenschaft der Leistung für Angehörige als Teilnehmer „Partner/Familie“ (5) festhalten und mit „Speichern“ (6) die Eingabe abschließen.

Beenden der Betreuung (Klienten)

Der elektronische Abschluss der Betreuung eines Klienten erfordert das Festhalten verschiedener Informationen über den Klienten zum Zeitpunkt des Betreuungsendes.

Es sollen dokumentiert werden:

- die Konsumhäufigkeit (30-Tages-Frequenz) insbesondere der primär problematischen Substanz (bzw. die Häufigkeit des Auftretens des primär problematischen Verhaltens) aber auch der anderen konsumierten Substanzen und
- der Status der Wohn-, Erwerbs- und Partnerschaftssituation.
- Daneben muss selbstverständlich das Datum des Betreuungsendes sowie
- die Art der Beendigung festgehalten und
- auch die Problematik am Betreuungsende charakterisiert werden.

Um die 30-Tages-Frequenz zum Betreuungsende mit möglichst wenig Aufwand festzuhalten, ist es empfehlenswert, diese unmittelbar nach Abschluss der elektronischen Betreuung ein-

zugeben. Die jeweiligen 30-Tages-Frequenzen werden nicht auf der Registerkarte „Betreuungsende“ dokumentiert, sondern in der Maske „Suchtdiagnoseerhebung / Problembereiche“ und bei den Diagnosen bzw. Risikofaktoren. Dort wird nach dem elektronischen Abschluss der Betreuung ein entsprechendes Eingabefeld frei gegeben. Für jede einzugebende 30-Tages-Frequenz muss also eine Diagnose bzw. ein Risikofaktor elektronisch vorliegen.

Der generelle Ablauf der elektronischen Betreuungsbeendigung lautet also:

1. Beendigung der Betreuung durch Eingabe des Betreuungsendes,
2. Festhalten der biografischen und Betreuungsmerkmale zum Ende der Betreuung,
3. Aufrufen der Maske „Suchtdiagnoseerhebung / Problembereiche“ und der „Diagnosen / Risikofaktoren“ (wenn diese bei einer kontinuierlichen Diagnosedokumentation genutzt wurde) und dortiges Festhalten der 30-Tages-Konsumfrequenz zum Betreuungsabschluss.

Sie öffnen zum elektronischen Abschluss einer Betreuung - nach Auswahl des entsprechenden Klienten (über die Klientenauswahl oder das Drop-Down-Feld) - über „Betreuung“ (1) die **Registerkarte Betreuungen**. Nun wählen Sie die Betreuung (2) aus, zu der Sie im Folgenden

Informationen festhalten, bevor Sie sie abschließend beenden.

Auf der Registerkarte „Betreuungsende“ im unteren Bildschirmbereich (3) tragen Sie zunächst das Datum des Endes der Betreuung ein (4).

horizont.net - [Betreuung]

Menü: Datei Administration Einstellungen Auswertungen Hilfe

Suchfeld: Musterklient, Max

Buttons: Klientenauswahl Gruppendokumentation Einrichtungsakte Eingabeassistent

Buttons: Excel-Datei öffnen Adressen

Dokumentation

Stammdaten

Anamnese und Sozialbefund

Diagnosen, Assessment und Planung

Betreuung (1)

Medikation

Aktenvermerk

Termine

Dokumente

Meine Akte

Betreuungen Aktuelle Betreuung: Ambulante Beratung seit 07.04.2010

Registerkarten: Betreuungen, Betreuungsübersicht, Leistungsnachweis, Leistungsstruktur, Art der Betreuung, Hilfsmittel

Spaltenüberschrift hierhin ziehen, um nach dieser Spalte zu gruppieren

A	Bezeichnung	Beginn	Ende	Erstellt von	gelöscht von	gelöscht d
✓ (2)	Ambulante Beratung	07.04.2010		ohl		
	Ambulante Behandlung	07.04.2010	17.04.2010	ohl		
	Ambulante Entgiftung	18.04.2010		ohl		

Satz: 1 von 1

Betreuung

Registerkarten: Allgemein, Betreuungsbeginn, **Betreuungsende** (3)

Betreuungsende: 12.05.2010 (4)

Kalender: Mai 2010

M	D	M	D	F	S	S
26	27	28	29	30	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31	1	2	3	4	5	6

Heute

Formulare: Art der B, Vorzeitig, Probleme, Weiterver, ...B. Woh, ...Beschäftig./Art, Partnerbeziehung, Wohnverhältnis, Erwerbssituation, Lebensunterhalt

Buttons: Speichern, Neu, Abschnitt beginnen, Löschen, Drucken, Historie, ☒ Betreuungsleupe zeigen

Benutzer: Technischer Support | Mandant: Testmandant | Termin: <kein Termin ausgewählt>

horizont.net - [Betreuung]

Datei Administration Einstellungen Auswertungen Hilfe

Musterklient, Max Klientenauswahl Gruppendokumentation Einrichtungsakte Eingabeassistent

Excel-Datei öffnen Adressen

Dokumentation Aktuelle Betreuung: Ambulante Beratung seit 07.04.2010

Betreuungen Betreuungsbereich Leistungsnachweis Leistungsstruktur Art der Betreuung Hilfsmittel

Spaltenüberschrift hierhin ziehen, um nach dieser Spalte zu gruppieren

A	Bezeichnung	Beginn	Ende	Erstellt von	gelöscht von	gelöscht a
	Ambulante Beratung	07.04.2010		ohl		
	Ambulante Behandlung	07.04.2010	17.04.2010	ohl		
	Ambulante Entgiftung	18.04.2010		ohl		

Satz: 1 von 1

Betreuung

Allgemein Betreuungsbereich Betreuungsbereich

Betreuungsbereich 12.05.2010

Art der Beendigung: Planmäßiger Wechsel i

Vorzeitige Beendigung durch

Problematik am Betreuungsbereich: gebessert

Weitervermittelt: Beratungs-/Behandlung

...B. Wohnen/Art

...Beschäftig./Art

Partnerbeziehung: Alleinstehend

Wohnverhältnis: Selbstständiges Wohnen

Erwerbsituation: ArbeiterIn/FacharbeiterIn

Lebensunterhalt: Lohn, Gehalt, Einkünfte

Speichern

Neu Abschnitt beginnen Löschen Drucken Historie

Betreuungsbereich zeigen

Benutzer: Technischer Support Mandant: Testmandant Termin: <kein Termin ausgewählt>

32

Sie setzen den Betreuungsabschluss fort, indem Sie die „Art der Beendigung“ (1) beschreiben. Da hier beispielhaft der planmäßige Wechsel gewählt wurde, sollten Sie anschließend das Ziel der Weitervermittlung definieren (2). Falls Sie unter Art der Beendigung einen Betreuungsabbruch festhalten, können Sie mit „vorzeitige Beendigung durch“ den genaueren Grund für den Abbruch eingeben.

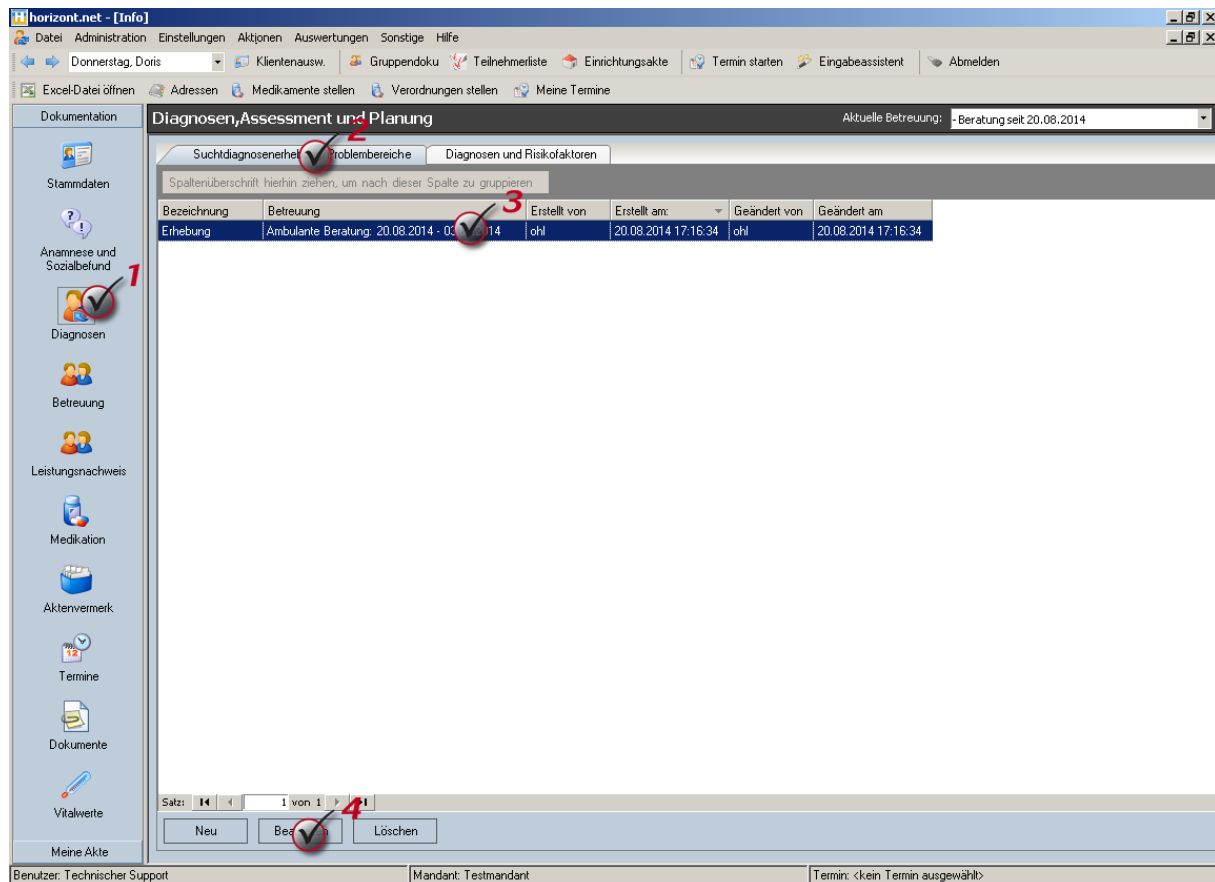
Unbedingt festzuhalten ist die Beschreibung des Problemzustands des Klienten am Betreuungsbereich (3).

Gleiches gilt für die biographischen Kategorien Partnerbeziehung (4), Wohnverhältnis (5) und Erwerbsituation (6). Auch die Beschreibung der primären Einkommensquelle („Lebensunterhalt“; 7) dient der genaueren Charakterisierung der Situation am Betreuungsbereich.

Mit „Speichern“ (8) beenden Sie Ihre Eingabe und die elektronische Betreuung.

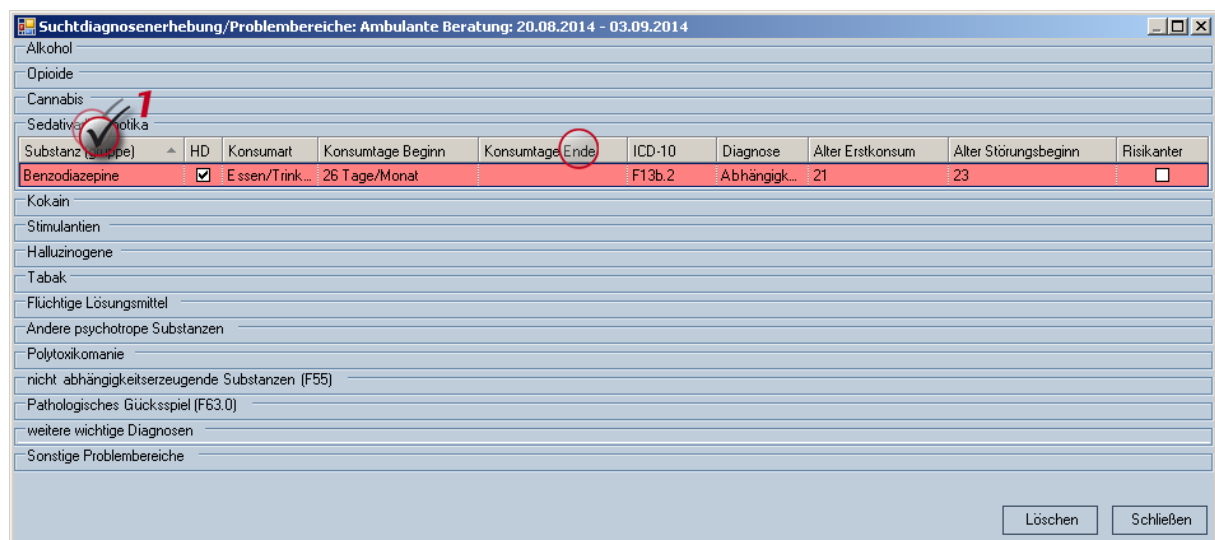
Nun wechseln Sie (1) zu den Diagnosen und wählen den Reiter „Suchtdiagnoseerhebung und Problembereiche“ (2) sowie die von Ihnen

bei Betreuungsbeginn angelegte „Erhebung“ (3). Mit „Bearbeiten“ (4) gelangen Sie zur gewünschten Maske für die Details.



Sie erkennen, dass die Angabe für die Konsumfrequenz am Betreuungsende noch fehlt und

öffnen die Diagnose mit einem Doppelklick (1).



In der erscheinenden Eingabemaske tragen Sie die „Anzahl der Konsumtage in den letzten 30

Tagen“ vor dem Betreuungsende in das Freifeld ein (1). Sie beenden mit „Speichern“ (2).

Sucht Diagnoserhebung/Problembereiche

2.4.1 Konsum von psychotropen Substanzen (Kategorien zu 2.4.1.1)

Substanz (gruppe)	Hauptdiagnose	Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn	Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen jeweils		ICD-10 Diagnose	Alter bei Erstkonsum	Alter bei Störungsbeginn	Weitere Optionen	Risikanter Konsum	Löschen
Sedativa/Hypnotika										
Barbiturate	☐				F13a.					✗
Benzodiazepine	☒	Essen/Trinken	26	8	F13b. 2	21	23			✗
Ändere Sedativa/Hypnotika	☐		1		F13s.					✗
Sedativa/Hypnotika (unspezifisch)	☐				F13.					✗

Speichern Abbrechen

Damit sind die erforderlichen Eingaben zum Betreuungsabschluss vollzogen, es sei denn: Sie haben während der Betreuung kontinuierlich weitere Diagnosen und/oder Risikofaktoren festgehalten. Dann dokumentieren Sie für diese bitte ebenfalls noch die Konsumfrequenzen zum Zeitpunkt des Betreuungsendes.

Dazu wählen Sie im Eingabebereich „Diagnosen“ [36] den Reiter „Diagnosen und Risikofaktoren“ (1). Sie erkennen die bereits vollzogenen Änderungen im Bereich „Sucht diagnoseerhebung“ (rote Hervorhebung) und wählen Ihre vormals separat angelegte Diagnose aus (2). Mit „Bearbeiten“ (3) öffnen Sie diese.

horizont.net - [Info]

Donnerstag, Doris | Klientenausw. | Gruppendoku | Teilnehmerliste | Einrichtungsakte | Termin starten | Eingabeassistent | Abmelden

Excel-Datei öffnen | Adressen | Medikamente stellen | Verordnungen stellen | Meine Termine

Diagnosen/Risikofaktoren | Aktuelle Betreuung: - Beratung seit 20.08.2014

Sucht diagnoseerhebung/Problembereiche | Diagnose | Risikofaktoren

Diagnose/Risikofaktor	Erstellt von	Betreuung Ende	Betreuung	Datum	Konsumhäufigkeit	Diagnose	Risikofaktor
Diagnose/Risikofaktor ICD-Diagnose							
ohl	03.09.2014	Ambulante Beratung seit 20.08.2014	19.08.2014	26 Tage/Monat	08 Tage/Monat	F13b.2 Abhängig...	
ohl	03.09.2014	Ambulante Beratung seit 20.08.2014	21.08.2014	10 Tage/Monat		F10 Psychische...	
Diagnose/Risikofaktor Risikofaktor							
ohl	03.09.2014	Ambulante Beratung seit 20.08.2014	28.08.2014	16 Tage/Monat			Cannabis

Satz: 2 von 3

Neue Diagnose | Neuer Risikofaktor | Löschen | Bearbeiten | Drucken | Historie

Benutzer: Technischer Support | Mandant: Testmandant | Termin: <kein Termin ausgewählt>

Sie wählen (1) das nun frei geschaltete Drop-down-Feld zur Konsumfrequenz am Betreuungsende und halten die Anzahl der Konsumtage in

den letzten 30 Tagen vor dem Betreuungsende fest. Mit „Speichern“ (2) beenden Sie diese Eingabe.

37

Diagnose bearbeiten

Diagnose: F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch / ...

ICD-Ziffer: F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

Seitenlokalisierung:

Diagnosesicherheit:

Kommentar zur Diagnose:

☐ Hauptdiagnose der Betreuung

Zeitpunkt: 28.08.2014 00:00:00

Konsumhäufigkeit: 10 Tage/Monat

Konsumart:

Alter bei Erstkonsum: 12 Alter bei Störungsbeginn: 14

Konsumhäufigkeit am Ende der Betreuung: 04 Tage/Monat

Konsumhäufigkeit im letzten Monat vor dem jeweils aktuellen Stichtagzeitpunkt: 00 Tage/Monat, 01 Tage/Monat, 02 Tage/Monat, 03 Tage/Monat, 04 Tage/Monat

Festgestellt durch: ☐ Adresse ☒ Mitarbeiter: Support, Technischer

Speichern Abbrechen

Das Drop-down-Feld für die Konsumfrequenz am Betreuungsende bei den Risikofaktoren ist aktuell (Sommer 2014) leider noch nicht in das Programm Horizont implementiert. Daher müssen diese Angaben zur Zeit über einen Umweg festgehalten werden: *****

Legen Sie bitte für jeden während der Betreuung eingegebenen Risikofaktor unmittelbar nach Abschluss der Betreuung einen weiteren Risikofaktor (1) mit dem Datum des Betreuungsendes an. Zu diesen halten Sie dann bitte jeweils die 30-Tages-Konsumfrequenz fest, die sich dann also auf den Zeitraum der letzten 30 Tage vor dem Betreuungsende bezieht.

38

horizont.net - [Info]

Donnerstag, Doris

Klientenausw. Gruppendoku Teilnehmerliste Einrichtungsakte Termin starten Eingabeassistent Abmelden

Excel-Datei öffnen Adressen Medikamente stellen Verordnungen stellen Meine Termine

Dokumentation

Diagnosen/Risikofaktoren

Aktuelle Betreuung: -Beratung seit 20.08.2014

Erstellt von	Betreuer	Datum	Konsumhäufigkeit	Diagnose	Risikofaktor	
ohl	03.09.2014	Ambulante Beratung seit 20.08.2014	19.08.2014	26 Tage/Monat	08 Tage/Monat	F13b.2 Abhängig...
ohl	03.09.2014	Ambulante Beratung seit 20.08.2014	21.08.2014	10 Tage/Monat	04 Tage/Monat	F10 Psychische...
ohl	03.09.2014	Ambulante Beratung seit 20.08.2014	28.08.2014	16 Tage/Monat		Cannabis

Satz: 3 von 3

Neue Diagnose Neuer Faktor Löschen Bearbeiten Drucken Historie

Benutzer: Technischer Support Mandant: Testmandant Termin: <kein Termin ausgewählt>

39

Neuer Risikofaktor

Risikofaktor: Cannabis

Zeitpunkt: 03.09.2014 10:34:48

Konsumhäufigkeit: 06 Tage/Monat

Konsumart: 03 Tage/Monat

Alter bei Erstkonsum: 06 Tage/Monat

Risikoart Konsum: 07 Tage/Monat

Festgestellt durch:

☐ Adresse

☒ Mitarbeiter: Support, Technischer

Speichern Abbrechen

Zunächst setzen Sie den „Zeitpunkt“ auf das Datum des Betreuungsendes (1). Sodann wählen Sie den Risikofaktor aus (2) und geben anschließend die Konsumfrequenz im Zeitraum

der letzten 30 Tage ein (3). Zum Abschluss „Speichern“ Sie Ihre Eingaben (4).

Als Ergebnis sehen Sie in der Übersicht den neuen Risikofaktor eingetragen [40].

40

Diagnosen/Risikofaktoren

Erstellt von	Betreuung	Datum	Konsumhäufigkeit	Diagnose	Risikofaktor
ohl	Ambulante Beratung seit 20.08.2014	19.08.2014	26 Tage/Monat	F13b.2 Abhängig...	
ohl	Ambulante Beratung seit 20.08.2014	28.08.2014	10 Tage/Monat	F10 Psychische...	
ohl	Ambulante Beratung seit 20.08.2014	28.08.2014	16 Tage/Monat		Cannabis
ohl	Ambulante Beratung seit 20.08.2014	03.09.2014	06 Tage/Monat		Cannabis

Neue Diagnose Neuer Risikofaktor Löschen Bearbeiten Drucken Historie

Benutzer: Technischer Support Mandant: Testmandant Termin: <kein Termin ausgewählt>

Abschnittstypen + Art der Betreuung

Eine Betreuung kann in unterschiedliche, aufeinander folgende Abschnitte geteilt werden. Diese Abschnitte dürfen sich nicht überlappen. Einen Abschnitt können Sie gleich zu Beginn der Betreuung mit anlegen oder aber nachträglich definieren.

Mehrere Betreuungen eines Klienten (bzw. einer Klientin) dürfen *nicht parallel innerhalb einer Klientenakte* geführt werden.

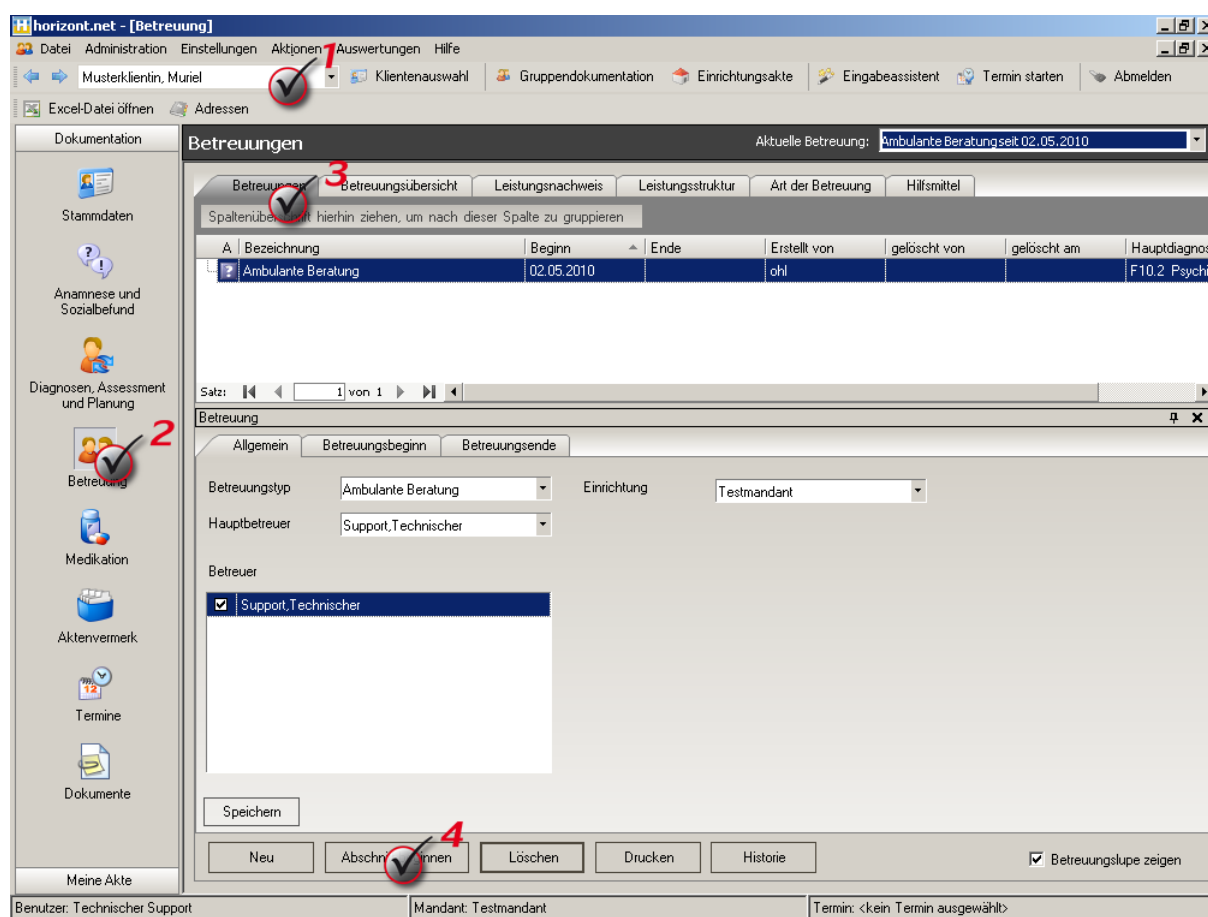
Werden in einer Einrichtung *zwei Betreuungen* eines Klienten *zeitgleich* geführt, *müssen* für diesen Klienten *zwei getrennte Klientenakten* eröffnet und geführt werden - mit dann jeweils einer Betreuung.

Außerdem soll jede Betreuung genauer charakterisiert werden: Dies ist für den Deutschen Kerndatensatz erforderlich und geschieht über die „Art der Betreuung“.

Nachdem Sie **bei Eröffnung einer elektronischen Klientenakte** die Stammdaten für einen neuen Klienten in Horizont eingegeben haben, beantworten Sie die Abfrage für den Beginn einer **neuen Betreuung** mit „ja“ und erhalten das abgebildete Eingabefenster. Hier wählen Sie sowohl den Betreuungstyp (1) als auch den Abschnittstyp (2). Das ausgewählte Datum („Betreuungsbeginn“) gilt dann für bei-

de Kategorien. Sie können anschließend z. B. die „Auflagen“ und die „vermittelnde Instanz“ und auch Weiteres elektronisch festhalten. Mit einem Klick auf „Neue Hauptdiagnose“ (3) schließen Sie diese Eingabe ab. Alternativ können Sie „Speichern“ drücken und so anschließend das Anlegen einer Hauptdiagnose ablehnen. Damit haben Sie beides eröffnet: eine Betreuung und einen Abschnitt.

42



Um innerhalb einer Betreuung **nachträglich** einen **Abschnitt festzulegen**, wählen Sie über die Klientenauswahl bzw. das zugehörige Drop-Down-Feld (1) die gesuchte Klientin. Durch Drücken des Knopfes Betreuung (2) erhalten sie die

Betreuungsübersicht. Hier wählen Sie die Registerkarte Betreuung (3); die vorhandene Betreuung ist bereits ausgewählt. Nun können Sie einen neuen Abschnitt definieren (4).

43

44

Als **Datum** des Abschnittsbeginns erscheint das aktuelle Tagesdatum. Sie können es verändern. Achten Sie aber darauf, keine Überlappung mit einem bereits bestehenden Abschnitt zu erzeugen. Anschließend öffnen Sie die Drop-Down-Auswahl des Abschnittstyps.

Sie wählen die gewünschte Abschnittsbezeichnung (1) und speichern anschließend (2).

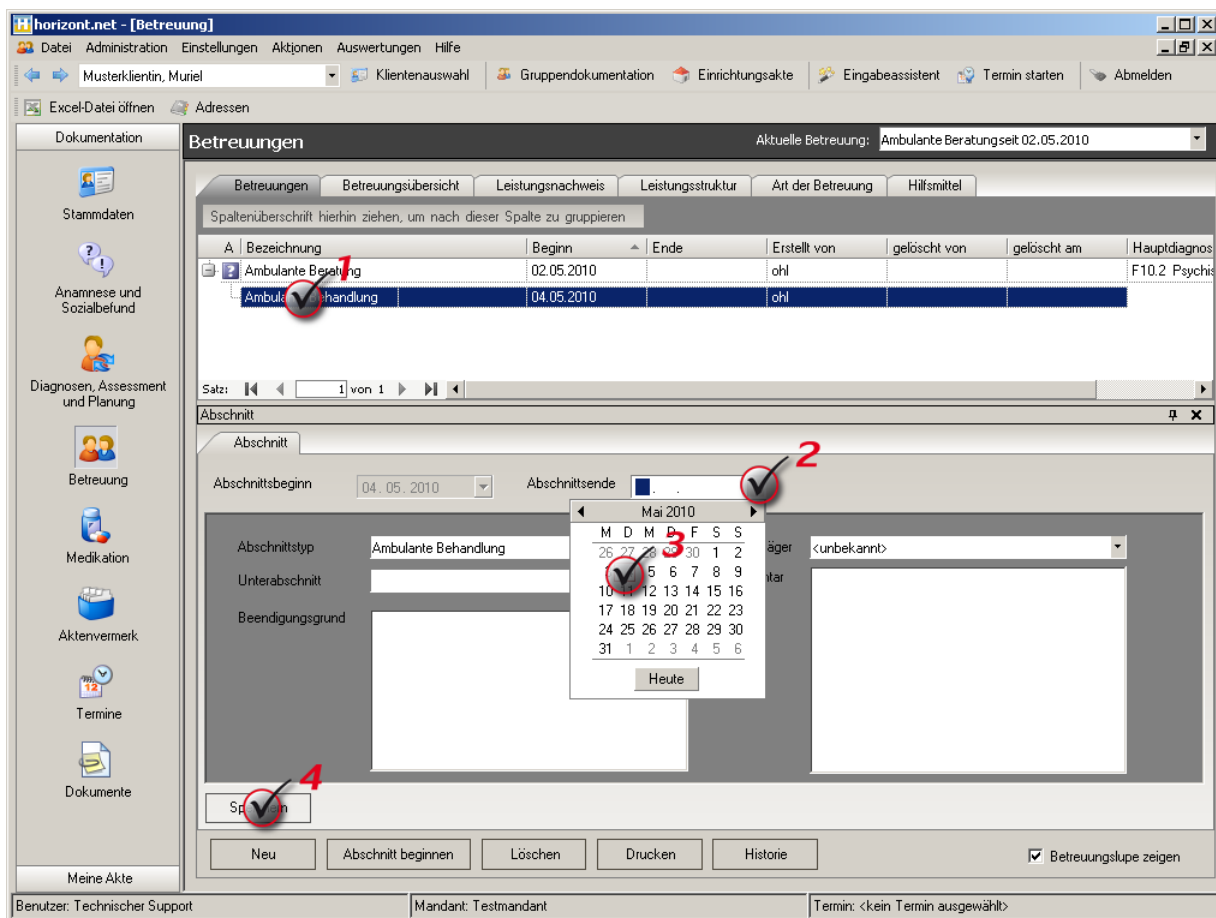
45

Als **Ergebnis** sehen Sie in der Betreuungsübersicht den soeben angelegten Abschnitt als neue

Zeile und Registerkarte dargestellt. Sein Ende ist noch offen.

Um einen **Abschnitt** zu **beenden**, wählen Sie ihn in der Betreuungsübersicht aus (1) und

wechseln auf die Registerkarte „Abschnitt“ in das Datumsfeld für das Ende (2).

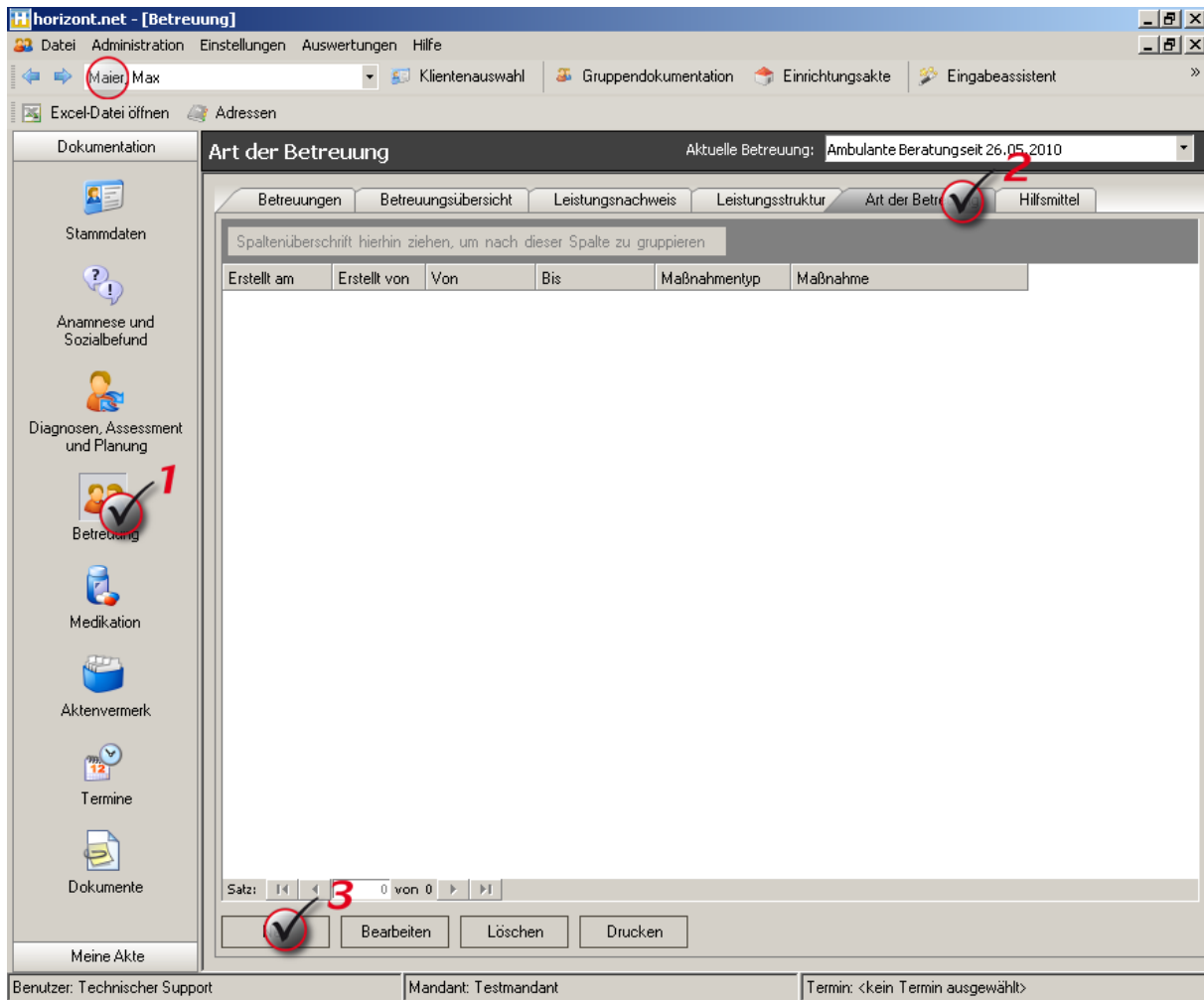


Nun können Sie auf dem erscheinenden Kalenderblatt ein Datum auswählen (3) und anschließend

den Vorgang abschließen, indem Sie speichern (4). Der Abschnitt ist nun beendet.

Die „**Art der Betreuung**“ charakterisiert die Betreuung grundsätzlich. Sie rufen die Übersicht der Betreuungen auf (1), nachdem Sie den gewünschten Klienten (z. B. im Drop-Down-Feld) bestimmt haben.

Nun wechseln Sie auf die Registerkarte „Art der Betreuung“ (2) und klicken auf „Neu“ (3). Dadurch öffnen Sie das gewünschte Eingabefeld.



47

Entscheiden Sie zunächst grundsätzlich über die **Art der Betreuung**, indem Sie den **Typ** bestimmen (1) - für Aktivitäten in Ihrer Einrichtung ist hier beispielhaft „Interne Betreuungen“ ausgewählt. Anschließend wählen Sie die genauere Maßnahme aus (2).

Tragen Sie bitte das tatsächliche Datum der Maßnahme oder des Betreuungsbeginns in die vorgesehenen Datumsfelder ein. Sie beenden die Eingabe mit „OK“ (3).

4 Glossar zum Datensatz

Im Folgenden werden - orientiert an der Struktur des Hessischen Kerndatensatzes (HKDS) - zentrale Begriffe des Datensatzes erläutert.

Das Glossar gliedert sich daher in:

1. Basisdaten
2. Verwaltungs- und Zugangsdaten
3. soziodemographische Daten
4. Problembereiche
5. Maßnahmen und Interventionen
6. Abschlussdaten

Innerhalb dieser einzelnen Abschnitte sind die Items alphabetisch sortiert.

Es werden solche Begriffe erläutert, bei denen es Unklarheiten geben könnte. Selbstverständlichkeiten werden nicht ausgebreitet.

Der vollständige Datensatz mit allen seinen Items und zugehörigen Kategorien ist im Anhang zu finden. Verbunden sind Glossar und Anhang durch Links zu den jeweiligen Kategorien der Items.

An einigen Stellen finden sich in der Umsetzung der Kategorien in Horizont Abweichungen vom HKDS: Zum einen sind die Kategorien in Horizont i.d.R. alphabetisch sortiert, während dies im HKDS nicht der Fall ist. Die Erläuterungen im Glossar (samt Nummerierung der Kategorien) richten sich nach dem HKDS. Zum anderen sind einige Kategorien nicht wörtlich aus dem HKDS nach Horizont übernommen worden. Die Abweichungen sind aber grundsätzlich nicht unverständlich. Auf Ausnahmen wird eingegangen.

Die Erläuterungen im Glossar können inhaltliche oder auch dokumentationstechnische Anmerkungen sein.

Einige Begriffe wiederholen sich im Datensatz (HKDS) an verschiedenen Stellen: Z. B. ist der „riskante Konsum“ sowohl bei den psychotropen Substanzen als auch den nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen oder auch dem Glücksspiel von Bedeutung. Solche zentralen, sich wiederholende Begriffe werden nur einmal erläutert. Im Glossar werden aber alle Stellen genau benannt, an denen der Begriff im HKDS anzufinden ist (hier etwa: D6, D11, D15, D20).

Sollte nicht sofort klar sein, in welchem Abschnitt des Glossars sich der gesuchte Begriff findet, hilft ein Blick in das Register, in dem sich alle erläuterten Begriffe alphabetisch sortiert - und mit den entsprechenden Abschnitten im Glossar verlinkt - finden.

Die Leser/innen werden außerdem darüber informiert, ob der erläuterte Begriff zum deutschen Kerndatensatz (KDS) oder zum hessischen Kerndatensatz (HKDS) gehört.

Erläuterung

Nummer des Items im HKDS.
Hier liegt ein **Hyperlink**, der zum Anhang führt, wo alle Kategorien eingesehen werden können.

Datensatz

KDS: Item findet sich genau so im KDS

HKDS: Item findet sich nur im HKDS

KDS/HKDS: Item findet sich im KDS und ist um hessische Besonderheiten ergänzt

Name des Items im HKDS.

Dokumentationsweg(e) in Horizont

Erläuterung

Inhaltliche Erläuterung

B3 **KDS/HKDS**
Vermittelnde Instanz

→ Betreuung
→ Neue Betreuung

oder

→ Betreuung
→ Registerblatt Betreuungsbeginn

Mit der hier gegebenen Antwort wird der formale Weg in die aktuelle Betreuung dokumentiert. Es wird festgehalten, welche Stelle oder welche Person die entscheidenden Schritte zum Beginn dieser Betreuung unternommen hat. Die Antwortkategorien benennen u. a. differenziert die verschiedenen Institutionen des hessischen Hilfesystems. Es ist eine Antwort möglich.

1 Keine/Selbstmelder

Dies ist der Fall, wenn der Klient bzw. die Klientin sich direkt bei der Einrichtung um eine Aufnahme bemüht hat, also nicht durch Angehörige oder institutionell vermittelt wurde (=eigene Motivation).

15 Krankenhaus

Alle Krankenhäuser, außer stationären Suchteinrichtungen/-abteilungen.

30 Justizbehörden/Bewährungshilfe

Die Vermittlung von Klienten, deren Strafvollstreckung per Gerichtsurteil ausgesetzt oder bei denen von der Verfolgung der Strafe abgesehen wurde (§§35, 36, 37, 38 BtMG), wird hier festgehalten, ebenso Vermittlungen über die Jugendgerichts- und Bewährungshilfen.

Erläuterung

Inhaltliche Erläuterung einzelner Kategorien.

Die Nummern bezeichnen die Kategoriennummer im HKDS.

Basisdaten



A1 - KDS

Datum des **Betreuungsbeginns**

- Betreuung
- Neu

Für den Betreuungsbeginn gelten diese Bedingungen:

- Mindestgesprächsdauer von 10 Minuten
- mit substantiell beratendem oder behandelndem Charakter (persönlich, telefonisch, per Brief/E-Mail)

Ein einmal eingegebenes Datum für den Betreuungsbeginn ist nachträglich (nach der Eröffnung der Betreuung, für die es zwingend erforderlich ist) nicht mehr zu ändern.

A5 - KDS

Betreuungsgrund

- Stammdaten
- Registerblatt Personenkenndaten
- Klientenart

1 Eigene Problematik:

Der Klient/die Klientin selbst hat Probleme, zu denen er Rat bzw. Betreuung sucht.

2 Problematik von Personen im sozialen Umfeld:

Es sind Angehörige oder Freunde von Personen mit Suchtproblemen, deren Beratung/Betreuung hier dokumentiert wird.

Wenn sich im Verlauf der Betreuung zeigt, dass u.U. bei einer zunächst mit „2“ kodierten Person eine eigene Betroffenheit vorliegt und diese hauptsächlich Gegenstand der Beratung/Behandlung ist, so muss nachträglich die Kodierung auf „1“ geändert werden.

wenn A5=„2“

hilfesuchende Person kommt als:

- Stammdaten
- Registerblatt Erweiterte Stammdaten
- Ang. kommt als

Sie charakterisieren den Angehörigen, der für jemanden anderen Rat einholt, genauer.

wenn A5=„2“

vorrangiges (Sucht-)

Problem aus Sicht der hilfesuchenden Person:

- Stammdaten
- Registerblatt Erweiterte Stammdaten
- Suchtprobl. aus Sicht Angeh.

Sie halten die Meinung des Angehörigen über das Hauptproblem des (zukünftigen) Klienten fest, für den er Rat einholt.

Es wird immer die Information dokumentiert, die am spezifischsten ist: Stehen Sie z. B. vor der Frage, ob Sie „Jugendberatung“ oder „Problematische Mediennutzung“ festhalten sollen, wählen Sie letztere.



A6 - HKDS

Einrichtungstyp

- Administration
- Organisationseinheiten
- Einrichtungen
- Ihre Einrichtung
- Bearbeiten
- Registerblatt Einrichtungstyp

Sie beschreiben Ihre Einrichtung bzw. den Einrichtungsteil, in dem Sie arbeiten und für den sie hier Daten dokumentieren. Bitte bilden Sie die Angebote Ihrer Einrichtung so vollständig wie möglich ab. Deshalb können Sie an dieser Stelle mehrere Antworten eingeben.

Die gewählten Einstellungen bleiben für das nächste Arbeiten in Horizont voreingestellt.

A2 - HKDS

HIV-Code

- Stammdaten
- Registerblatt „Personenkenndaten“
 - Name, Vorname
 - Geburtsdatum

Name, Vorname und das Geburtsdatum müssen unbedingt korrekt eingegeben werden, da über diese Angaben der HIV-Code (im Hintergrund des Programms) gebildet wird, der für die eindeutige Anonymisierung erforderlich ist. Über diesen Code werden Klienten und Klientinnen später z. B. in Auswertungen eindeutig identifiziert, bleiben aber trotzdem anonym.

A7 - KDS

Postleitzahl der Einrichtung

- Administration
- Organisationseinheiten
- Einrichtungen
- Ihre Einrichtung
- Bearbeiten
- Registerblatt Einrichtung
 - Postleitzahl

Die gewählte Einstellung bleibt für das nächste Arbeiten in Horizont voreingestellt.

Verwaltungs- und Zugangsdaten



B9 - HKDS

Abschnittstyp

- Betreuung
- Betreuungen
- Abschnitt markieren
- Registerkarte Abschnitt

oder

- Betreuung
- Betreuungen
- Abschnitt beginnen

Der Abschnittstyp bezeichnet die spezifische Art der durchgeführten Betreuung. Sie können einen Betreuungstyp (B8) in mehrere Abschnitte unterteilen, die sich aber nicht überlappen dürfen (vgl. auch: [Dokumentationsbeispiel](#)). Die Definition der Abschnittstypen orientiert sich an den Empfehlungen der DHS und der HLS für die Leistungsbeschreibungen der Ambulanten Suchthilfeeinrichtungen.

1 Ambulante Entgiftung

Ambulanter Suchtmittelentzug mit oder ohne Medikamentenunterstützung. Die ambulante Entgiftung kann auch als eigenständige Maßnahme ohne nachfolgende Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden.

2 Ambulante Behandlung

Mit der ambulanten Behandlung wird die individuelle Bearbeitung von psychischen, sozialen und Verhaltensauffälligkeiten und -störungen charakterisiert, bei der eine tiefergehende Persönlichkeitsveränderung bzw. eine Neuorientierung auf der Verhaltens-, kognitiven, psychischen und sozialen Ebene erfolgen soll. Nur bestimmte Berufsgruppen (Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilpraktiker) dürfen „behandeln“. Drogenberater und -beraterinnen mit einer anderen Ausbildung, die eine entsprechende therapeutische Zusatzausbildung abgeschlossen haben und die in multiprofessionellen Teams beschäftigt sind, arbeiten u. U. unter fachlicher Leitung eines zur Behandlung Berechtigten an der Behandlung mit.

Zum Setting ambulanter Behandlung gehören u.a. definierte Behandlungsziele, eine festgelegte Behandlungsdauer, oft ein Behandlungsvertrag und die Anwendung anerkannter Behandlungsmethoden.

Ambulante Behandlung meint eine Betreuung, die nicht unter die „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht“ (Ambulante Rehabilitation) fällt.

Abschnittstyp

(Fortsetzung)

3 Beratung

Professionelle Beratung wird in der Fachliteratur als eine soziale Interaktion definiert, in der ein/e kompetente/r Berater/in die KlientInnen dabei unterstützt, ein aktuelles oder zukünftiges Problem zu lösen. Die Aufgabe der Beraterin/des Beraters beschränkt sich dabei nicht nur auf die Vermittlung von Sachinformationen, sondern sie/er versucht auch, den Problemlöseprozess durch Reflexion der Lösungsalternativen zu strukturieren und zu steuern. Die Beratungstätigkeit erfordert eine sehr flexible, an dem individuellen Bedarf der Klientin/des Klienten orientierte Vorgehensweise und lässt sich durch folgende Elemente charakterisieren: Kontaktaufnahme, Erstgespräch, Informationsbeschaffung, Anamnese und Diagnostik, Erstellung eines Hilfeplanes, Beratungsgespräch, beraterische Unterstützung und Intervention, Motivationsarbeit, Orientierungshilfe, je nach Indikation Vermittlung in andere Hilfemaßnahmen.

4 Allgemeine psychosoziale Betreuung

Hiermit sind komplexe Angebote für chronisch beeinträchtigte substanzabhängige KlientInnen gemeint. Die durchgeführten Tätigkeiten betreffen sowohl den sozialen und psychischen wie auch den somatischen Bereich und erfordern mittel- bis langfristige Interventionen, die an den Zielsetzungen, Möglichkeiten und Ressourcen der KlientInnen orientiert sind und die eine Veränderung sowohl im sozialen Umfeld der KlientInnen (Beziehungen, Wohnung, Arbeit, Finanzen) als auch im psychischen Bereich (Abstinenzstabilisierung, Bearbeitung von Problemen) anstreben. Die psychosoziale Betreuung erfordert, wie die KlientInnenbehandlung, ebenfalls eine intensive Informations- und Kooperationsarbeit mit allen am Hilfesystem beteiligten Einrichtungen. Diese erfüllt die Funktion von Case-Management im Hilfeprozess.

Von Psychosozialer Betreuung ist insbesondere dann zu sprechen, wenn eine Beratungsphase zu Ende geht, eine Vermittlung in eine strukturierte Behandlung aber nicht indiziert ist und sich stattdessen eine suchtbegleitende Betreuung anschließt.

5 Psychosoziale Betreuung Einzelwohnen

Unterform der Allgemeinen psychosozialen Betreuung (vgl. oben: 4).

6 Poststationäre Betreuung

Betreuung nach einer stationären Maßnahme, z.B. ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsmaßnahme (so lange dies keine poststationäre ambulante Rehabilitation ist).

Abschnittstyp

(Fortsetzung)

7 Medikam.-gestützte Behandl./Integriert

Dies sind medikamentengestützte, interdisziplinäre Behandlungen, die sich hinsichtlich der eingesetzten Substanzgruppen unterscheiden. So kann eine medikamentengestützte Behandlung mit Substitutionsmitteln erfolgen, die bei Opiatabhängigen das Entstehen von Entzugssymptomen verhindern. Eine andere Methode ist die Behandlung mit Anti-Craving-Substanzen, die das Craving unterdrücken sollen. Weiterhin ist an die Behandlung mit z.B. mit Opiatantagonisten (z.B. Naltrexon) zu denken, welche die Wirkung des Suchtmittels blockieren.

Integriert bedeutet: Hier arbeiten Ärzte und psychosoziale Fachkräfte gemeinsam in interdisziplinären Teams in einer Ambulanz oder sonstigen Hilfeinrichtung.

8 Medikam.-gestützte Behandl./Kooperativ

Vgl. oben (7)

Kooperativ meint: Ärzte und psychosoziale Fachkräfte arbeiten in unterschiedlichen Institutionen, haben aber eine enge Kooperation, die zu einer fallbezogenen Zusammenarbeit führt.

9 PSB/Medikam.-gestützte Behandl./ nicht integriert

Vgl. oben (7)

nicht integriert meint: keine Kooperation zwischen Ärzten und psychosozialen Fachkräften.

10 AR Vorbereitungsphase

Die ambulante Rehabilitation nach der ‚Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht‘ (EVARS) ist ein interdisziplinärer Arbeitsansatz, bei dem soziale, psychologische und medizinische Maßnahmen und Hilfen gleichermaßen durchgeführt werden und bei dem planvolles und zielgerichtetes therapeutisches Vorgehen zum Einsatz kommt. Sie kann sowohl als Einzelmaßnahme oder als Anschlussbehandlung erfolgen. Ihre Durchführung erfolgt auf Grundlage eines von den Kostenträgern anerkannten Konzepts mit dem Ziel der Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit. Die ambulante Rehabilitation ist eine ambulante Entwöhnungsbehandlung, kann jedoch auch als Intervalltherapie, Kombinationstherapie oder aber auch teilstationär durchgeführt werden kann.

Die Vorbereitungsphase der Ambulanten Rehabilitation umfasst die Anamnese, Diagnose, Indikationsstellung, die Klärung und Förderung der Behandlungsmotivation, die Erstellung des Sozialberichts mit Behandlungsplan und Prognose, die Antragstellung, die Verhandlung mit Kostenträgern und Behandlungsvorbereitungsgespräche.

11 AR Behandlungsphase

Nach erfolgreicher Vorbereitungsphase und Kostenzusage beginnt die eigentliche Behandlungsphase der Ambulanten Rehabilitation (vgl. oben: 10) auf der Grundlage des individuellen Behandlungsplans. Dabei können verschiedene Behandlungsmethoden zum Einsatz kommen.

Abschnittstyp

(Fortsetzung)

12 AR Poststationär

Diese Kategorie bezeichnet eine spezifische Behandlungsphase der Ambulanten Rehabilitation (vgl. oben: 10), nämlich die ambulante Rehabilitation im Anschluss an eine stationäre Maßnahme, die in der Regel eine stationäre Entwöhnungsbehandlung war.

13 Schulische Integrationshilfen

Gezielte Angebote zur Unterstützung bei der Erlangung eines Schulabschlusses.

14 Berufliche Integrationshilfen

Gezielte Angebote zur Unterstützung bei der (Wieder-)Aufnahme eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses.

15 MPU-Beratung

Beratung zur Vorbereitung auf die medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU).

16 Begl. Betr. während anderer Maßn.

Parallele Betreuung zu einer anderen Betreuung (z.B. bei einem anderen Träger).

Diese Kategorie sollte nur dann gewählt werden, wenn die Tatsache der parallelen Betreuung selbst der Hauptzweck der Betreuung ist. Stehen andere Inhalte bzw. Bemühungen im Mittelpunkt (z. B. Berufliche Integrationshilfen oder andere), sollen diese die Grundlage für die Auswahl der Kategorie bilden.

17 Feld 1**18 Feld 2**

Dies sind Platzhalter für träger- oder einrichtungsspezifische Vereinbarungen.

19 Jugendberatung

Beratung für Jugendliche und junge Erwachsene, die persönliche Probleme mit sich selbst und/oder in ihrem sozialen Umfeld (Familie, Schule, Ausbildung, Beruf, Beziehung) haben. Dabei können auch Probleme im Umgang mit Suchtmitteln (illegale Drogen, Alkohol, Medikamente) eine Rolle spielen.

20 Psychosoziale Betreuung Wohngruppen

Unterform der Allgemeinen psychosozialen Betreuung (vgl. oben: 4).

21 Vorbereitung auf stationäre Behandlung

Hierbei handelt es sich um Beratungs- oder Betreuungstätigkeiten, die auf eine stationäre Therapie/Rehabilitation vorbereiten.

22 unsystematische Kontakte

Hier werden unregelmäßige, einzelne Hilfestellungen festgehalten, bei denen es sich um keine geregelte Form der Betreuung handelt (in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht).

23 Frühintervention

Interventionen, die darauf abzielen, SuchtmittelkonsumentInnen „früh zu erreichen“, um einer Verfestigung des Suchtverhaltens/ einer Abhängigkeit vorzubeugen.

Abschnittstyp

(Fortsetzung)

B5 - KDS

Auflagen durch Gerichtsbeschluss zur Abwendung freiheitseinschränkender Folgen

- Betreuung
- Registerblatt Betreuungsbeginn
- Auflagen

B8 - HKDS**Betreuungstyp**

- Betreuung
- Betreuungen
- Registerkarte Allgemein

B1 - KDS

jemals zuvor suchtbezogene Hilfe beansprucht

- Dieses Item ist aktuell in der Erfassungssoftware Horizont nicht umgesetzt. Es wird während der Integration und Auswertung der Daten aus Informationen anderer Items gebildet.

24 Raucherentwöhnung

Strukturiertes Raucherentwöhnungstraining.

25 Rückkehrhilfe**26 Akutbetreuung ohne Anamnese**

Hiermit ist z. B. eine Notfallmaßnahme gemeint.

27 Schuldnerberatung

Strukturierte Schuldnerberatung.

Wenn es eine gerichtliche Auflage gibt, die die Klientin bzw. den Klienten dazu bringt, die Betreuung zu beginnen (z.B. das Absehen von der Strafverfolgung nach dem BtMG), wird diese hier festgehalten.

4 andere strafrechtliche Grundlage

Andere Strafverfahren z.B. bei Gewalttaten im Zusammenhang mit Alkohol oder Drogen - neben dem BtMG - sind hier gemeint.

Der Betreuungstyp differenziert die Angebote des hessischen Suchthilfesystems in die vier Bereiche ‚ambulante Beratung‘, ‚Einzelwohnen‘, ‚Betreutes Wohnen‘ und ‚Arbeitsprojekte‘. Jedes Betreuungsangebot ist einer dieser vier Kategorien zugeordnet. Um eine genauere Beschreibung der aktuell durchgeführten Betreuung vornehmen zu können (B9), ist es zwingend erforderlich, zunächst diese übergeordnete Zuordnung zu vollziehen (siehe auch: Dokumentationsbeispiel).

Mit „ja“ wird festgehalten, dass in der Vergangenheit Hilfen aus dem ambulanten oder dem stationären Suchthilfebereich in Anspruch genommen wurden. Auf die Dauer und die Art der Einrichtung, die die Hilfe gewährt hat, kommt es nicht an. Die Dauer des Zeitraums zur zurückliegenden Hilfe und die Art des Problems, das damals Anlass der Hilfe war, haben hier ebenfalls keine Bedeutung.

B4 - KDS**Kosten-/ Leistungsträger**

→ Es ist in Horizont nicht möglich, zu einer Betreuung direkt mehrere Kostenträger festzuhalten. Zu einzelnen Abschnitten der Betreuung kann jeweils ein (auch unterschiedlicher) Kostenträger dokumentiert werden.

- Betreuung
- Betreuungen, Auswahl eines Abschnitts
- Registerkarte Abschnitt

oder

- Betreuung
- Betreuungen, Neuanlage eines Abschnitts
- Registerkarte Abschnitt

B3 - KDS/HKDS**Vermittelnde Instanz**

- Betreuung
- Neue Betreuung

oder

- Betreuung
- Registerblatt Betreuungsbeginn

Hier ist jeder Kostenträger festzuhalten, der einen Teil der aktuellen Betreuung finanziert. Es sind mehrere Antworten möglich.

1 pauschal / institutionell finanziert (z. B. ÖGD)

Diese Kategorie 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.

2 Selbstzahler

Wenn sich der Klient bzw. die Klientin in einem relevanten Ausmaß an den Kosten der Betreuung beteiligt, ist er/sie ein Selbstzahler. Symbolische Beiträge (eine Kostenbeteiligung von beispielsweise 5 Euro pro Gruppentermin oder ähnliches) werden nicht als „Selbstzahler“ erfasst.

Mit der hier gegebenen Antwort wird der formale Weg in die aktuelle Betreuung dokumentiert. Es wird festgehalten, welche Stelle oder welche Person die entscheidenden Schritte zum Beginn dieser Betreuung unternommen hat. Die Antwortkategorien benennen u. a. differenziert die verschiedenen Institutionen des hessischen Hilfesystems. Es ist nur eine Antwort möglich.

1 Keine/Selbstmelder

Dies ist der Fall, wenn der Klient bzw. die Klientin sich direkt bei der Einrichtung um eine Aufnahme bemüht hat, also nicht durch Angehörige oder institutionell vermittelt wurde (=eigene Motivation).

15 Krankenhaus

Alle Krankenhäuser, außer stationären Suchteinrichtungen/-abteilungen.

30 Justizbehörden/Bewährungshilfe

Die Vermittlung von Klienten, deren Strafvollstreckung per Gerichtsurteil ausgesetzt oder bei denen von der Verfolgung der Strafe abgesehen wurde (§§ 35, 36, 37, 38 BtMG), wird hier festgehalten, ebenso Vermittlungen über die Jugendgerichts- und Bewährungshilfen.

B7 - KDS**Vorgeschichte**

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu bzw. Bearbeiten
- Lebenslauf
- Vorgeschichte

Es werden die suchtspezifischen Maßnahmen innerhalb oder außerhalb der hier dokumentierenden Einrichtung festgehalten, die dem Beginn der aktuellen Betreuung vorausgegangen sind. Die aktuell laufende Betreuung - in deren Rahmen hier dokumentiert wird - wird nicht mitgezählt.

keine vorausgehende Betreuung

Hat die Person keine Betreuungsvorgeschichte, halten Sie „keine Vorbehandlung“ fest. Alle weiteren Angaben erübrigen sich.

vorausgehende Betreuung(en)

Sie geben zu jeder Betreuungsart, die die Person in der Vergangenheit in Anspruch genommen hat, an, wieviele Betreuungen dieser Art in Anspruch genommen wurden und wieviele davon abgebrochen wurden. Außerdem halten Sie bitte das Datum der letzten Betreuung einer jeden in Anspruch genommen Art fest. Hierzu genügt es (im Zweifelsfall) Monat und Jahr einzugeben. Die Betreuungsvorgeschichte zu anderen Suchtproblemen als dem, das der aktuellen Betreuung zu Grunde liegt, wird ebenfalls festgehalten.

B6 - KDS**Weitere Auflagen** durch

- Betreuung
- Registerblatt Betreuungsbeginn
- Weitere Auflagen durch

Gibt es eine außergerichtliche Auflage, die die Klientin bzw. den Klienten dazu bringt, die Betreuung zu beginnen, die also in unmittelbarem Zusammenhang mit der Betreuungsaufnahme steht? Sie wird hier festgehalten.

Diese Frage ergänzt die Dokumentation einer gerichtlichen Auflage (B5). Wenn es keine weiteren Auflagen gibt, wird diese Frage (B6) einfach ignoriert.

B2 - KDS**Wiederaufnahme** in dieser Einrichtung

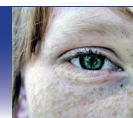
→Dieses Item ist aktuell in der Erfassungssoftware Horizont nicht vollständig abgebildet. Es wird z. T. während der Integration und Auswertung der Daten aus Informationen anderer Kategorien gebildet.

→Sollte die Klientin bzw. der Klient vor Einführung von Horizont in Ihrer Einrichtung bereits betreut worden sein, ist es erforderlich, dies gesondert festzuhalten:

- Stammdaten
- Registerblatt Erweiterte Stammdaten
- Ankreuzfeld: war Klient vor HZ-Einführung

„Wiederaufnahme“ bedeutet, dass die Klientin bzw. der Klient bereits früher (mindestens einmal) in dieser Einrichtung betreut wurde. Die hier festgehaltene Information gehört also zur mindestens zweiten Betreuung dieses Klienten bzw. dieser Klientin in dieser Einrichtung.

soziodemographische Daten



C.6 - KDS

Klient ist der **deutschen Sprache mächtig**

- Stammdaten
- Registerkarte Erweiterte Stammdaten
- spricht deutsch

C.12 - KDS/HKDS

Erwerbssituation

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu
- Lebenslauf
- Schule/Erwerb
- Erwerbssituation

und

- Betreuung
- Registerblatt Betreuungen
- Registerblatt Betreuungsende
- Betreuungsende
- Erwerbssituation

C.1 - KDS

Familienstand

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu bzw. Bearbeiten
- Lebenslauf
- Personenstand
- Familienstand

Das Beratungsgespräch kann in deutscher Sprache geführt werden. Ein Dolmetscher ist nicht erforderlich.

Dieses Item beschreibt die unmittelbar auf den beruflichen Erwerb gerichtete Tätigkeit. Die Erwerbssituation ist chronologisch zu dokumentieren, d. h. hier sollen – soweit die Informationen vorliegen – die Einträge mit einem Datum versehen werden, so werden Veränderungen im Zeitverlauf detailliert abbildbar.

Mindestens wird sie aber für drei Zeitpunkte dokumentiert: den Zeitraum sechs Monate vor Betreuungsbeginn, den Tag vor Betreuungsbeginn und den Tag nach Betreuungsende.

Für die Kategorien 9 (Arbeitslos nach SGB II (ALG II)) und 13 (Sonstige Nichterwerbspersonen: Arbeitsprojekt, SGB XII, Erwerbsunfähig, Sonstiges) soll zusätzlich festgehalten werden, ob diese Klientinnen und Klienten sich in einem Arbeitsprojekt befinden.

7 In beruflicher Rehabilitation

Personen, die Lohn oder Gehalt im Rahmen von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation beziehen, sind hier zu dokumentieren. Im Unterschied zur Kategorie 13 (Sonstige Nichterwerbspersonen: Arbeitsprojekt) zielen Maßnahmen, die hier kodiert werden, auf eine längerfristige Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.

Die Kategorien sind in ihrem formaljuristischen Sinn gemeint. Sie entsprechen den Angaben der allgemeinen Bevölkerungsstatistik. »Verheiratet« wird dann angegeben, wenn der Klient bzw. die Klientin standesamtlich getraut ist.

2 Verheiratet, zusammenlebend

Sie wählen diese Kategorie auch dann, wenn keine näheren Informationen zum Status der Heirat vorliegen.

3 Verheiratet, getrennt lebend

Hier sollen sich anbahnende oder juristisch noch nicht vollzogene Scheidungen erfasst werden.

C16 - HKDS**Haftzeiten**

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu
- Lebenslauf
- Hafterfahrungen
- Haftzeiten

C14 - KDS/HKDS**Hauptlebensunterhalt**

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu
- Lebenslauf
- Schule/Erwerb
- Lebensunterhalt
- Ankreuzfeld Hauptlebensunterhalt

C10 - KDS/HKDS**Höchster Ausbildungsabschluss**

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu
- Lebenslauf
- Schule/Erwerb
- Ausbildung

C9 - KDS**Höchster bisher erreichter allgemeinbildender Schulabschluss**

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu
- Lebenslauf
- Schule/Erwerb
- Schulabschluss

Sie geben die Dauer der Haftzeiten (Straf- und Untersuchungshaft insgesamt) in Monaten ein.

Diese Kategorie soll die Einkommensart offenlegen, die den Hauptanteil zum Lebensunterhalt beiträgt. Wählen Sie deshalb bitte nur eine Art aus, auch wenn diese Zusatzinformation faktisch zu mehreren Einkommensarten dokumentiert werden kann.

Diese Informationen sollen für zwei Zeitpunkte festgehalten werden: die Woche vor Betreuungsbeginn und die Woche nach Betreuungsende.

1 Ausbildung nie begonnen

Eine Ausbildung wurde noch nicht oder nie begonnen.

2 Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung

Diese Kategorie ist nur zu wählen, wenn die Klientin bzw. der Klient bei Betreuungsbeginn eine Ausbildung absolviert *und* noch über keinen Abschluss einer anderen Ausbildung verfügt. Ist letzteres der Fall, muss dieser kategorisiert werden.

3 Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen

Es wurde eine Ausbildung oder Studium begonnen, diese/s aber nicht beendet.

1 Derzeit in Schulausbildung

Diese Kategorie ist nur zu wählen, wenn die Klientin bzw. der Klient bei Betreuungsbeginn eine Schule besucht *und* noch über keinen Abschluss einer anderen Schullaufbahn verfügt. Ist letzteres der Fall, muss dieser kategorisiert werden.

2 Ohne Schulabschluss abgegangen

Es ist weder ein Hauptschul- noch ein Sonderschulabschluss vorhanden.

5 Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule

Nach Beendigung der 10. Klasse Realschule bzw. Gymnasium wird diese Kategorie gewählt. Die Polytechnische Oberschule gilt mit der 10. Klasse in den neuen Bundesländern als abgeschlossen, ein Abschluss vor 1965 war mit der 8. Klasse erreicht.

C3 - KDS**Lebenssituation**

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu bzw. Bearbeiten
- Lebenslauf
- Personenstand
- Lebenssituation

C13 - KDS/HKDS**Lebensunterhalt**

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu
- Lebenslauf
- Schule/Erwerb
- Lebensunterhalt

und

- Betreuung
- Registerblatt Betreuungen
- Registerblatt Betreuungsende
- Betreuungsende
- Lebensunterhalt

C8 - KDS

Als **Kind** von **Migranten** geboren

- Stammdaten
- Registerkarte Erweiterte Stammdaten
- als Kind von Migranten geboren

C4 - KDS/HKDS**Kinder**

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu bzw. Bearbeiten
- Lebenslauf
- Personenstand
- Kinder
- Anzahl der eigenen Kinder ...

und

- Anzahl der Kinder ...

C2 - KDS**Partnerbeziehung**

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu bzw. Bearbeiten
- Lebenslauf
- Personenstand
- Partnerbeziehung

und

- Betreuung
- Registerblatt Betreuungen
- Registerblatt Betreuungsende
- Betreuungsende
- Partnerbeziehung

Die tatsächliche Lebenssituation wird dokumentiert. Abgebildet werden das Zusammenleben und die partnerschaftliche Situation. Die Frage bezieht sich auf das räumliche Zusammenleben. Hier sind mehrere Antworten möglich. Wenn Sie also nicht „alleinlebend“ festhalten, können Sie mehrere andere Kategorien wählen, bis die Situation des Klienten bzw. der Klientin abschließend beschrieben ist.

Diese Kategorie soll abbilden, womit der Lebensunterhalt der Klientin bzw. des Klienten bestritten wird. Da ein vollständiges Abbild angestrebt ist, sind mehrere Eingaben möglich.

Diese Informationen sollen für zwei Zeitpunkte festgehalten werden: die Woche vor Betreuungsbeginn und die Woche nach Betreuungsende.

In diesem selben Horizontordner wird der Hauptlebensunterhalt dokumentiert: durch das Häckchen. Da dieses voreingestellt angekreuzt ist, müssen Sie es unbedingt entfernen, wenn Sie einzelne oder mehrere Angaben zum Lebensunterhalt festhalten möchten.

Die Klientin bzw. der Klient wurde in Deutschland geboren und hat Eltern mit Migrationshintergrund (vgl. oben: C7).

Besondere Aufgaben der Klientinnen und Klienten, die die Erziehung und Betreuung von Kindern mit sich bringen, sollen abgebildet werden.

Es wird die Anzahl aller eigener Kinder dokumentiert, ebenso wie die Anzahl eigener minderjähriger Kinder. Daneben wird die die Anzahl aller minderjährigen Kinder im Haushalt festgehalten und die Anzahl eigener minderjährigen Kinder im Haushalt.

Für die nicht im eigenen Haushalt lebenden, minderjährigen Kinder wird der Aufenthaltsort dokumentiert.

Hier ist unabhängig von der formalrechtlichen Seite - und damit anders als in der Frage zum Familienstand - anzugeben, welche Partnerbeziehung der Klient bzw. die Klientin hat. Es sind auch gleichgeschlechtliche Partnerbeziehungen zu dokumentieren. Dieser Aspekt ist für zwei Zeitpunkte festzuhalten: den Tag des Beginns und den Tag des Endes der Betreuung.

C15 - KDS**Problematische Schulden**

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu
- Lebenslauf
- Schule/Erwerb
- Problematische Schulden

C7 - KDS**Selbst migriert**

- Stammdaten
- Registerkarte Erweiterte Stammdaten
- selbst migriert

C5 - KDS**Aktuelle Staatsangehörigkeit**

- Stammdaten
- Registerkarte Personenkenndaten
- Nationalität

C11 - KDS/HKDS**Wohnverhältnis**

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu
- Lebenslauf
- Wohnverhältnis

und

- Betreuung
- Registerblatt Betreuungen
- Registerblatt Betreuungsende
- Betreuungsende
- Wohnverhältnis

Es wird nicht allein die absolute Höhe der Schulden erfasst. Voraussetzung ist, dass die Schulden für den Klienten bzw. die Klientin in Anbetracht der Gesamtsituation (Vermögenswerte, Hausbesitz, Einkommenssituation) ein Problem darstellen. Es ist auch möglich, „keine“ problematischen Schulden festzuhalten.

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

Hier wird die rechtliche Kategorie Staatsangehörigkeit festgehalten (Pass).

Die Wohnsituation ist chronologisch zu dokumentieren, d. h. hier sollen – soweit die Informationen vorliegen – die Einträge mit einem Datum versehen werden, so werden Veränderungen im Zeitverlauf detailliert abbildbar. Mindestens wird sie für drei Zeitpunkte dokumentiert: den Zeitraum sechs Monate vor Betreuungsbeginn, den Tag vor Betreuungsbeginn und den Tag nach Betreuungsende.

1 Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus)

Gemeint ist das eigenverantwortliche Wohnen (Mietvertrag, Eigentum).

2 Bei anderen Personen

Diese Kategorie ist zu wählen, wenn der Klient bzw. die Klientin bei jemand anderem in der Wohnung oder im Haus wohnt, z.B. beim Partner oder bei Freunden, ohne rechtliche Absicherung im Sinne eines Mietvertrages bzw. durch entsprechende Eigentumsverhältnisse.

3 Bei Angehörigen/Eltern

Hier sind Minder- und Volljährige zu erfassen, die bei den Eltern oder anderen Angehörigen wohnen und nicht durch einen Mietvertrag rechtlich gesichert sind.

6 Wohnheim / Übergangwohnheim

Hierunter fällt auch das Frauenhaus.

10 Ohne Wohnung

Hier wird die Situation der Obdachlosigkeit erfasst. Ist eine Unterbringung in einer provisorischen Wohnsituation (9) vorhanden, wird diese spezifischere Kategorie gewählt.

Problembereiche



Zentrale, wiederkehrende Begriffe

Alter bei Störungsbeginn (D5/D10/D14/D17/D19)

- Diagnosen, Assessment und Planung
- Registerkarte Diagnosen und Risikofaktoren
- Neue Diagnose
- Freifeld Alter bei Störungsbeginn

ICD-10-Diagnose

(D4/D6/D7/D9/D11/D13/D15/
D16/D21/D22/D23/D24/D25/
D26)

- Diagnosen, Assessment und Planung
- Registerkarte Diagnosen und Risikofaktoren
- Neue Diagnose

Hier ist das Alter anzugeben, das der Klient als Alter des Störungsbeginns angibt. Das Item wird für Betroffene mit einer Abhängigkeit bzw. einem schädlichen Konsum beantwortet, nicht bei Betroffenen mit riskantem Konsum.

Der Beginn der Störung liegt dann vor, wenn erste, manifeste, negative Auswirkungen des Substanzkonsums bzw. des Verhaltens im gesundheitlichen und/oder sozialen Bereich bemerkt werden (erstes Auftreten der Symptome einer Abhängigkeitserkrankung).

Es werden gemäß der jeweils aktuellsten Version der ICD - während der letzten Überarbeitung des KDS war die ICD-10 (Dilling et al., 2005) verbindlich - „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10-F19) sowie auch „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (F63.0) erfasst. Die Stellen 1 bis 3 sind vorgegeben, z.B. F10 für eine Alkoholstörung. Es sind die Stellen 4 und 5 bei den zutreffenden Substanzen zu kodieren. Sie kennzeichnen das klinische Erscheinungsbild der jeweiligen Störung.

Die 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 (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who>).

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.

Lit.: 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.

noch

ICD-10-Diagnose

Schädlicher Gebrauch ist der 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 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.

Ein **Abhängigkeitssyndrom** ist 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.

noch

ICD-10-Diagnose

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 Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
- 5 Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- 6 Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums, drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit psychotropen Substanzen wurde ebenfalls als charakteristisches Merkmal einer **Abhängigkeit** 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 Konsum oder ein starker Wunsch nach der psychotropen Substanz. Der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren.

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

noch

ICD-10-Diagnose**Konsumtage / Spieltage**(D3/D6/D8/D11/D12/D15/D18/
D20/D30)

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

- 0 gegenwärtig abstinenter
- 1 gegenwärtig abstinenter, aber in beschützender Umgebung
- 2 gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit)
- 3 gegenwärtig abstinenter, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Hierunter fallen auch Behandlungen mit Anti-Craving-Substanzen bzw. -Medikamenten 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.

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 (mindestens drei statt zwei konsumierte Substanzen).

Zur Diagnose **Polytoxikomanie** ist zu beachten: Polytoxikomanie soll nur dann kodiert werden, wenn sich der Diagnosesteller unklar darüber ist, welche Substanz die hauptsächlich konsumierte dominante Substanz darstellt. Außerdem darf Polytoxikomanie gemäß HKDS nur dann dokumentiert werden, wenn keine weitere ICD10 Diagnose gestellt wurde und zugleich der Konsum von mindestens drei Substanzen vorliegt. Für die Polytoxikomanie wird die Diagnose „F.19p“ dokumentiert.

Die Diagnose F19 kann des Weiteren dann kodiert werden, 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).

Konsum- oder Spieltage sind die Tage, an denen das Suchtmittel konsumiert oder das Verhalten (Spielen) ausgeübt wurde. Es kommt in beiden Fällen nicht darauf an, wie intensiv gespielt oder konsumiert wurde.

letzte 30 Tage

(D2/D3/D8/D12/D18/D30)

...: am Beginn ...
 ...: am Ende ... der Betreuung

Riskanter Konsum

(D6/D11/D15/D20)

- Diagnosen, Assessment und Planung
- Registerkarte Diagnosen und Risikofaktoren
- Neuer Risikofaktor
- Risikofaktor
- Ankreuzfeld Riskanter Konsum

Die vergangenen (unmittelbar vorausliegenden) 30 Tage sind der vom ICD vorgegebene Zeitraum, auf den die Konsum- oder Spieltage bezogen werden.

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.

Für viele Items gilt die Aufforderung, den Zustand für zwei Zeitpunkte zu dokumentieren: den Beginn und das Ende der Betreuung. In beiden Fällen müssen dann - vom jeweiligen Zeitpunkt - 30 Tage zurückgeblickt und beurteilt werden, wie oft in diesem Zeitraum konsumiert oder gespielt wurde. Dadurch soll eine durch die Betreuung bewirkte Änderung des Konsum/Spielverhaltens belegt werden.

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 werden die letzten 12 Monate zugrundegelegt, d.h. riskanter Konsum soll dann kodiert werden, wenn die genannten Grenzwerte in den letzten 12 Monaten im Durchschnitt überschritten wurden bzw. wenn durchschnittlich mindestens ein Mal pro Monat in diesem Zeitraum eine Binge Drinking-Episode vorlag. Hier wurde der besseren Vergleichbarkeit wegen der für die Diagnosestellung relevante Zeitraum auch auf den riskanten Konsum übertragen.

Einzelitems

D22 - KDS

Alter beim Erstkonsum der Hauptdiagnosesubstanz

- Diagnosen, Assessment und Planung
- Registerkarte Diagnosen und Risikofaktoren
- Neue Diagnose
- Freifeld Alter bei Erstkonsum

D26 - KDS

Andere Diagnosen, wichtig

- Diagnosen, Assessment und Planung
- Registerkarte Diagnosen und Risikofaktoren
- Button zum Aufruf der gesamten ICD
- Auswahl der Diagnose in der ICD
- Auswählen

D23 - HKDS

Grund, warum keine Hauptdiagnose gestellt wurde

- Klientenauswahl
- Neuer Klient
- Eingabe aller relevanter Daten
- Speichern
- Neuanlage einer Betreuung: Ja
- Eingabe aller relevanter Daten, aber: keine Neue Hauptdiagnose
- Speichern
- Pop-Up: Fehlende Hauptdiagnose

oder:

- Eingabeassistent
- Diagnosen, Grund f. fehl. HD

D21 - KDS

Hauptdiagnose (ICD-10)

- Diagnosen, Assessment und Planung
- Registerkarte Diagnosen und Risikofaktoren
- Neue Diagnose
- Diagnose
- Ankreuzfeld Hauptdiagnose

D27-D30 - KDS

Infektionsstatus, i.v.-Konsum

- Anamnese und Sozialbefund
- Neu
- Lebenslauf
- Medizinische Testergebnisse
 - HIV-Infektionsstatus
 - Hepatitis B-Infektionsstatus
 - Hepatitis C-Infektionsstatus
 - i.v.-Konsum
- Status

Es ist das Alter anzugeben, das der Klient für den ersten Konsum der Substanz angibt. Der Erstkonsum ist dabei unabhängig von Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit.

Dieses Item ist nur für bestimmte Hauptdiagnosen festzuhalten.

Wenn weitere Diagnosen relevant sind, können diese ebenfalls festgehalten werden.

Achten Sie darauf, dass das Häkchen für Hauptdiagnose nicht ausgewählt ist.

In einigen Fällen gibt es gute Gründe, keine psychiatrische Hauptdiagnose festzuhalten. Diese können im Klienten (etwa: kein Diagnosekriterium erfüllt) oder im Berater (etwa: keine ausreichende Qualifikation zur Diagnosestellung) liegen.

5 Andere Gründe

Ist zu kodieren, wenn keiner der Gründe 1-4 zutrifft. Dies ist etwa bei Klienten der Fall, deren Hauptdiagnose Kleptomanie (F63.2) oder eine sonstige abnorme Gewohnheit oder Störung der Impulskontrolle (F63.8) ist. Die Diagnose F63.8 trifft z.B. auf Klienten zu, deren im Vordergrund stehende Problematik „Internet-“, „0190-Nummern-“ oder „Kaufsucht“ ist.

Auch für alle Klienten, für die Polytoxikomanie kodiert wurde, ist hier eine Kodierung vorzunehmen.

Als Hauptdiagnose wird die behandlungsleitende Diagnose kodiert. Sie kann aus dem vollständigen ICD-Katalog über die Klassifikation (z. B. V (Psychische und Verhaltensstörungen) - F10-F19 - F10... oder auch V - F60-F69 - F63...) ausgewählt werden. Mit einem Häkchen bestätigen Sie die Hauptdiagnose.

Dokumentieren Sie bitte ebenfalls den Status Ihrer Angaben zu einer Hepatitis oder HIV-Infektion bzw. dem intravenösen Substanzkonsum. Diesen halten sie über das zusätzliche Drop-down-Auswahlfeld fest.

D7 - KDS

Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (**Polytoxikomanie**)

- Diagnosen, Assessment und Planung
- Registerkarte Diagnosen und Risikofaktoren
- Neue Diagnose
- Diagnose
- F19.2

Dieses Item bezieht sich ausschließlich auf Polytoxikomanie: Wenn keine ICD-10 Diagnose (D4) gestellt wurde und zugleich Angaben zum Konsum von mindestens drei Substanzen vorliegen (D3), ist Polytoxikomanie zu kodieren. Hier besteht eine beabsichtigte Diskrepanz zwischen dem Kerndatensatz und dem ICD-10.

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.

Durch das hier geltende Kriterium: Konsum von mindestens drei Substanzen soll verhindert werden, dass eine inflationäre Dokumentation von Klienten mit Polytoxikomanie erfolgt. Denn wenn zwei konsumierte Substanzen hinreichend für diese Diagnose sind, kann bereits der schädliche Gebrauch von Tabak und einer weiteren Substanz zur Kodierung einer Polytoxikomanie führen.

Diese Kategorie ist außerdem zu verwenden, wenn nur eine oder alle 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 2013, [www.http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who)).

D2 - KDS**Überwiegende Konsumart**

- Diagnosen, Assessment und Planung
- Registerkarte Diagnosen und Risikofaktoren
- Neue Diagnose
- Konsumart

und/oder

- Diagnosen, Assessment und Planung
- Registerkarte Diagnosen und Risikofaktoren
- Neuer Risikofaktor
- Konsumart

Für die - je nach Klient bzw. Klientin - relevanten Substanzen wird die Konsumart festgehalten, die in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn überwog. Die Konsumart wird immer einer Diagnose oder einem Risikofaktor zugeordnet.

D25 - KDS**Weitere Diagnosen, neurologisch**

- Diagnosen, Assessment und Planung
- Registerkarte Diagnosen und Risikofaktoren
- Button zum Aufruf der gesamten ICD
- Auswahl der Diagnose in der ICD
- Auswählen

Wenn weitere neurologische Diagnosen relevant sind, können diese ebenfalls festgehalten werden.

D24 - KDS**Weitere Diagnosen, psychiatrisch**

- Diagnosen, Assessment und Planung
- Registerkarte Diagnosen und Risikofaktoren
- Neue Diagnose
- Diagnose

Wenn weitere psychiatrische Diagnosen relevant sind, können diese ebenfalls festgehalten werden.

D.1. - HKDS

Zielgruppe

- Stammdaten
- Registerkarte Erweiterte Stammdaten
- Zielgruppe

Dieses Item dient der groben Strukturierung der Klienten- und Klientinnengruppen, unabhängig vom Schweregrad der Erkrankungen.

Für Angehörige wird die Kategorisierung entsprechend der Zielgruppe des Klienten vorgenommen, für den Angehörige um Rat bitten.

Es wird immer die Information dokumentiert, die am spezifischsten ist: Stehen Sie z. B. vor der Frage, ob Sie „Jugendberatung“ oder „Problematische Mediennutzung“ festhalten sollen, wählen Sie letztere.

4 Jugendberatung

Klientinnen und Klienten, die Ihre Einrichtung als Jugendberatung in Anspruch nehmen.

Maßnahmen und Interventionen



E1 - KDS/HKDS

Art der Betreuung

- Betreuung
- Registerblatt Art der Betreuung
- Neu
- Typ *Interne* Betreuungen
- Maßnahme

oder

- Betreuung
- Registerblatt Art der Betreuung
- Neu
- Typ *Externe* Betreuungen
- Maßnahme

Alle angeführten Betreuungsarten (Maßnahmen) können jeweils als **interne** oder **externe** Maßnahmen kodiert werden. Die Unterscheidung bezieht sich auf die behandelnde Einrichtung: Alle in der dokumentierenden Einrichtung mit dem Klienten durchgeführten Maßnahmen sind intern, ebenso alle von den Einrichtungsmitarbeitern außerhalb der Einrichtung durchgeführten Maßnahmen. Maßnahmen anderer Einrichtungen, an denen der Klient teilnimmt, sind als extern zu kodieren. Des Weiteren dient als Differenzierungsmerkmal der gelieferte Datensatz: Wenn mehrere Maßnahmen von einer oder mehreren Einrichtungen angeboten werden, die in einem Datensatz zusammengefasst sind, zählt die Maßnahme als intern. Sobald die Maßnahme von einer (Teil-)Einrichtung angeboten wird, die einen anderen Datensatz liefert, zählt die Maßnahme als extern. Beispiel: Sie als Beratungsstelle führen die ambulante Beratung durch. Zusätzlich erfolgt eine Substitutionsbehandlung in einer anderen Abteilung ihrer Gesamteinrichtung, die jedoch einen eigenen Datensatz liefert. In diesem Fall muss die Substitution als extern kodiert werden.

Zur Abgrenzung von Beratung und Behandlung/Therapie (vgl. hierzu auch die Ausführungen zu den Betreuungsabschnitten):

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.).

Art der Betreuung

(Fortsetzung)

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 E2 das Substitutionsmittel. Unter E3 ist die Kooperation bei der Betreuung mit der jeweils anderen Einrichtung (Beratungsstelle, Praxis) zu kodieren.

2 Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe)

Die reine Vergabe des Substituts.

3 Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution

Hiermit ist die begleitende psychosoziale Betreuung von Klienten gemeint, die sich in Substitution befinden. Die psychosoziale Betreuung von Substituierten kann als komplexes Angebot für chronisch beeinträchtigte substanzabhängige Klienten beschrieben werden. Die hier durchgeführten Tätigkeiten betreffen den sozialen, psychischen und somatischen Bereich. Sie erfordern mittel- bis langfristige Interventionen, die an den Zielsetzungen, Möglichkeiten und Ressourcen der Klientinnen orientiert sind und die eine Veränderung sowohl im sozialen Umfeld der Klienten (Beziehungen, Wohnung, Arbeit, Finanzen) als auch im psychischen Bereich (Abstinenzstabilisierung, Bearbeitung von Problemen) anstreben.

8 Ambulante Rehabilitation

Hier wird die von der Rentenversicherung finanzierte sechs- bis neunmonatige ambulante Entwöhnungsbehandlung gemäß der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht (EVARS) kodiert.

9 Ambulante / teilstationäre Entwöhnungsbehandlung

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.

10 Stationäre Entwöhnungsbehandlung / Kombinationstherapie

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.

Art der Betreuung

(Fortsetzung)

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.

14 Krankenhausbehandlung nach Psych PV S4

Dies sind psychiatrische Einrichtungen, die speziell für die Zielgruppe der chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitserkrankten (CMA) geschaffen wurden und in denen wegen des erhöhten Pflegebedarfs dieser Zielgruppe ein besonderer Personalschlüssel gilt.

16 Betreutes Wohnen, stationäre Form (Nachsorge)

Betreutes Wohnen im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung als Form der Nachsorgebehandlung. Die Therapeutische Nachsorge wird als eigenständige Leistungsart über einen Pflegesatz finanziert und ist nicht identisch mit dem Betreuten Wohnen in Wohngruppen.

17 Betreute Wohngruppe

Über den Sozialhilfeträger oder den Jugendhilfeträger finanzierte Form der Betreuung und des Wohnens in Wohngemeinschaften, sozialpädagogischen Wohngruppen o.ä.

18 Betreutes Einzelwohnen

Über den überörtlichen Sozialhilfeträger oder den örtlichen Jugendhilfeträger finanzierte Form der Betreuung und des Wohnens in einer Einzelwohnung.

19 Notschlafstellen

Diese Kategorie bezieht sich auf Schlafplätze, die als Notschlafplätze für wohnungslose KlientInnen für eine begrenzte Zeit zur Verfügung gestellt werden. Die Klientinnen und Klienten erhalten neben der Übernachtung lebenspraktische Hilfen und eine hygienische Basisversorgung. Ansprechpartner für kurze Beratungsgespräche oder die Vermittlung zu Beratungsmöglichkeiten sind vorhanden. In der Regel verfügen Notschlafstellen über eine feste Zahl an Betten, die jeweils für befristete Zeiträume vergeben werden und in der Regel einzelfallbezogen mit dem Sozialhilfeträger abgerechnet werden. Tagsüber ist der Aufenthalt in den Notschlafbetten meist nicht erlaubt.

Art der Betreuung

(Fortsetzung)

E3 - KDS**Kooperation** während der
Betreuung **mit**

- Betreuung
- Registerblatt Art der Betreuung
- Neu
- Typ: Kooperation
- Maßnahme

E2 - KDS**Substitutionsmittel**

- Betreuung
- Registerblatt Art der Betreuung
- Neu
- Typ: Substitution
- Maßnahme

25 - 30 jeweils:

Unterfälle der Kategorie 24 „Arbeits- und Beschäftigungsprojekt“, die alle der Reintegration in den Arbeitsmarkt oder dem Arbeits-training dienen und alle in der Einrichtung stattfinden

25 Geringfügige Beschäftigung**26 Gemeinnützige Arbeit****27 Ableistung von Arbeitsstunden****28 Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, Vollzeit****29 Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, Teilzeit****30 Praktikum****37 Keine Angaben**

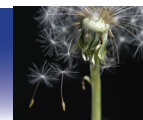
Diese Kategorie ist zu benutzen, wenn die entsprechende Information nicht vorliegt.

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 als Weitervermittlung (F5) zu kodieren.

Da mit mehreren Dritten kooperiert werden kann, sind hier auch mehrere Eingaben möglich.

Wenn die Art der Betreuung eine Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe) (E1) oder eine Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution (E1) ist, wird das Substitutionsmittel ebenfalls festgehalten.

Abschlussdaten



F3 - KDS

Art der Beendigung

- Betreuung
- Registerblatt Betreuungen
- Registerblatt Betreuungsende
- Betreuungsende
- 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 Klient entlassen, wenn eine Belastbarkeit für die Betreuung nicht oder nicht mehr besteht, weitere spezielle Diagnostik oder Betreuung erforderlich oder eine Fortsetzung der Betreuung nicht Erfolg versprechend ist.

3 Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis

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

4 Vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient/in

Die Betreuung wird auf Initiative des Klienten beendet, ohne dass das Einverständnis der Einrichtung bzw. des Behandlers vorliegt. Die Beendigung wurde entweder durch den Klienten angekündigt oder der Patient bricht die Betreuung ohne Ankündigung ab, nach Ansicht des Behandlers hätte die Betreuung aber länger dauern sollen. Es sind hier also ebenfalls Fälle zu kodieren, in denen der Abbruch ohne Ankündigung durch den Klienten erfolgt, d. h. der Klient erscheint einfach nicht mehr in der Einrichtung.

Art der Beendigung

(Fortsetzung)

5 Disziplinarisch

Aus disziplinarischen Gründen wird ein Klient i.d.R. entlassen bei wiederholtem Rückfall oder Missachtung der geltenden Regeln des Behandlungsvertrages. Disziplinarisch ist ein Klient zu entlassen, wenn sein Verhalten einen ordnungsgemäßen Betreuungsverlauf nachhaltig in Frage stellt oder wenn er während der Betreuung berechnete Interessen oder Rechte Dritter erheblich beeinträchtigt.

6 Außerplanmäßige Verlegung /**außerplanmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform**

Es erfolgt abweichend von der geplanten Betreuungsdauer, 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 Behandlungsform aus sonstigen aktuellen, nicht geplanten Gründen. Hier sind auch Fälle zu kodieren, in denen eine Suchtberatung in einer Suchthilfeeinrichtung durch eine Inhaftierung beendet wird sowie Fälle, in denen eine Suchtberatung im Strafvollzug aufgrund einer Verlegung in eine andere Haftanstalt endet.

7 Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform

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

F1 - KDS

Betreuungsende

- Betreuung
- Registerblatt Betreuungen
- Registerblatt Betreuungsende
- Betreuungsende

F2 - KDS

Kontakte

Das Datum des Betreuungsendes wird festgehalten.

Die Anzahl der Kontakte wird während der Datenintegration ermittelt. Eine gesonderte Eingabe ist nicht erforderlich.

F6 - KDS**Problematik am Tag des Betreuungsendes**

- Betreuung
- Registerblatt Betreuungen
- Registerblatt Betreuungsende
- Problematik am Betreuungsende

F4 - KDS/HKDS**vorzeitige Beendigung im Zusammenhang mit**

- Betreuung
- Registerblatt Betreuungen
- Registerblatt Betreuungsende
- Vorzeitige Beendigung durch

F5 - KDS/HKDS**Weitervermittlung in**

- Betreuung
- Registerblatt Betreuungen
- Registerblatt Betreuungsende
- Weitervermittlung

Der Berater oder Therapeut schätzt am Ende der Betreuung die Situation des Klienten in Bezug auf die anfangs festgestellte und dokumentierte Hauptdiagnose ein. Nur wenn keine Hauptdiagnose vergeben wurde, wird diese Frage in Bezug auf die nach Meinung des Behandlers im Vordergrund stehende Problematik beantwortet.

Wird eine Betreuung vorzeitig bzw. außerplanmäßig beendet, so kann eine Ursache genannt werden.

Bitte kodieren Sie eine Weitervermittlung an die nachfolgend genannten Institutionen nur dann, wenn Sie mit diesen Dritten eine feste Vereinbarung über die Weiterbetreuung des Klienten in dieser Institution getroffen haben. Dies setzt voraus, dass im Verlauf der aktuellen Betreuung zumindest ein persönlicher, telefonischer oder schriftlicher Kontakt mit der entsprechenden Institution in Bezug auf die Weiterbetreuung des Klienten stattgefunden hat. Ob der Klient die vermittelte Betreuung tatsächlich aufnimmt, spielt für die Kodierung keine Rolle. Liegt jedoch lediglich eine unverbindliche Empfehlung an den Klienten vor, sich an eine der nachfolgenden Institutionen zu wenden, so darf dies nicht als Vermittlung kodiert werden. Wenn parallel zur externen Weiterbetreuung eine eigene Betreuung fortgesetzt wird, so ist dies nicht als Vermittlung, sondern als Kooperation (E3) zu kodieren.

Es sollen auch mehrere Weitervermittlungsziele festgehalten werden.

5 Exporthinweise

Die Einrichtung ist verpflichtet, den **Hessischen Kerndatensatz (HKDS)** in der aktuellen Fassung zu übergeben.

Neben dem exportierten Hessischen Datensatz übergibt sie den **Einrichtungsbogen** für den Deutschen Kerndatensatz (KDS-E).

Zusammen werden beide an das auswertende, wissenschaftliche Institut gesendet.

Liegen beide Informationen pünktlich zum Jahreswechsel vor, können die Daten in die Landes- und Bundessuchthilfestatistik einfließen und die Absenderin wird eine einrichtungsspezifische Auswertung erhalten.

Bisher hat die Auswertung immer das Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) aus Hamburg vorgenommen.

Die Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen (COMBASS) wird durch die HLS publiziert, die Deutsche Suchthilfestatistik z. Zt. durch das IFT, München.

Vor einem Datenexport für die Abgabe an das auswertende Institut sollten Sie **immer** für das rückwirkende Jahr **prüfen**:

- ob Sie den Hessischen Kerndatensatz (HKDS) möglichst vollständig erfasst haben,
- ob die Betreuungen auf dem aktuellen Stand sind.

Hierbei sind folgende Bereiche besonders zu beachten:

- die Aktualisierung der Angaben zu den minderjährigen Kindern (eigene und insgesamt) der Klientinnen und Klienten: Beachten Sie hierbei bitte, dass die Dokumentation der minderjährigen Kinder sich bei beiden Fragen auf die im Haushalt der Klientinnen und Klienten lebenden minderjährigen Kinder bezieht,
- die vollständige Angabe zur Frage der Weitervermittlung am Betreuungsende, so dass auch die Kategorie „keine Weitervermittlung“ gewählt wird, wenn die Betreuung ohne Weitervermittlung beendet wurde,
- Überprüfung und Vervollständigung der Angaben zu den Suchtdiagnosen und Konsummustern;
- die korrekte und vollständige Erfassung der Substitutionstherapie und der Psychosozialen Betreuung Substituierter. Dies gilt vor allem auch für die Einrichtungen des Betreuten Wohnens und die Arbeitsprojekte.

Technisch wird der Export aus Horizont durch das KDS-Tool durchgeführt.

Für diese technische Seite des Datenexports steht Ihnen eine **Anleitung** der Fa. NTConsult zur Verfügung, die Sie auch auf deren Support-Seiten im Internet vorfinden (<http://www.ntconsult.de/de/it-loesungen/altenpflege-und-soziales/horizont-4/support-horizont4.html>).

Eine Anleitung für den Export findet sich hier: http://www.ntconsult.de/fileadmin/user_upload/Deutsch/Files/horizont_support_files/KDS_Export_Hessen_mit_horizont_4.pdf.

Rechzeitig vor dem für die nächste Jahresauswertung erforderlichen Export **werden sie erneut angeschrieben** und auf eventuelle Besonderheiten und den spätesten Abgabetermin hingewiesen werden (wie z. B. eine erforderliche Aktualisierung von Horizont o. ä.). Auf diesem Wege erhalten Sie auch den Einrichtungsbogen.

Der **Support der Fa. NT-Consult** ist für Sie zu erreichen

per e-Mail:

support@ntconsult.de

oder auch telefonisch:

Tel.: 02064/ 4765-43

Bei speziellen **inhaltlichen Nachfragen** zum Datenexport hilft Ihnen auch das **ISD**

mittwochs und freitags

10.00 bis 13.00 Uhr &

14.00 bis 17.00 Uhr

Tel. 040/ 42838-6383

per e-Mail erreichen Sie das ISD:

bado-hessen@isd-hamburg.de

6 Adressen und Ansprechpartner

Projektleitung

Hessische Landesstelle f. Suchtfragen (HLS) e.V.
Zimmerweg 10
60325 Frankfurt am Main

Geschäftsführer:
Wolfgang Schmidt-Rosengarten

Tel. (0 69) 71 37 67 77
E-Mail: hls@hls-online.org

Unterstützung bei Fragen zur Dokumentation des HKDS

Centre for Drug Research (CDR)

Tel. 069/ 798-28493
mittwochs in der Zeit von 10.00 bis 12.30 Uhr
und 13.30 bis 17.00 Uhr
E-Mail: werse@cdr-uni-frankfurt.de

Unterstützung bei Fragen zur COMBASS-Auswertung und zum Export der Daten

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD)

Tel.: 040/ 42838-6383
mittwochs und freitags in der Zeit von 10.00 bis 13.00 Uhr und 14.00 bis 17.00 Uhr
E-Mail: bado-hessen@isd-hamburg.de

Unterstützung bei technischen Problemen oder bei Fragen zur Software „Horizont“

Support der Firma NTConsult

Tel. 02064/ 4765-43
E-Mail: support@ntconsult.de

Internetressourcen zur Software Horizont

Firma NTConsult
46539 Dinslaken

Support:
<http://www.ntconsult.de/de/it-loesungen/altenpflege-und-soziales/horizont-4/support-horizont4.html>

Anwendungsdokumentation Suchtdiagnosen in Horizont 4:
http://www.ntconsult.de/fileadmin/user_upload/Deutsch/Files/horizont_support_files/HZ4_Anwenderdoku_Suchtdiagnosen_Stand_20140716.pdf

7 Register

Symbole

30-Tages-Frequenz 32, 64
60-Tages-Regel 9

A

Abbruch der Betreuung 9
Abhängigkeit 62
Abhängigkeitssyndrom 61
Abschlussdaten 72
Abschnitt 8, 39
 beenden 42
 beginnen 39, 40
Abschnittsbezeichnung 8
Abschnittstyp 39, 49
 Akutbetreuung ohne Anamnese 53
 Allgemeine psychosoziale Betreuung 50
 Ambulante Behandlung 49
 Ambulante Entgiftung 49
 AR Behandlungsphase 51
 AR Poststationär 52
 AR Vorbereitungsphase 51
 Begl. Betr. während anderer Maßn. 52
 Beratung 50
 Berufliche Integrationshilfen 52
 Feld 1, Feld 2 52
 Frühintervention 52
 Jugendberatung 52
 Medikam.-gestützte Behandl./Integriert 51
 Medikam.-gestützte Behandl./Kooperativ 51
 MPU-Beratung 52
 Poststationäre Betreuung 50
 PSB/Medikam.-gestützte Behandl./ nicht integriert 51
 Psychosoziale Betreuung Einzelwohnen 50
 Psychosoziale Betreuung Wohngruppen 52
 Raucherentwöhnung 53
 Rückkehrhilfe 53
 Schuldnerberatung 53
 Schulische Integrationshilfen 52
 unsystematische Kontakte 52
 Vorbereitung auf stationäre Behandlung 52
akute Intoxikation 61
Alter
 beim Erstkonsum 65
 bei Störungsbeginn 60
Anamnese 7
Angehörige 23, 25, 47
 Leistungen 26
 mit Stammdaten 23
 über die Sammelakte 29
 Was ist zu dokumentieren 5

Anhaltender Substanzkonsum 62
anonyme Kontakte 6, 12
Anonymisierung 6, 48
Art der Beendigung 9, 72
Art der Betreuung. *Siehe* Betreuungsart
Auflagen 55
 außergerichtliche 55
 durch Gerichtsbeschluss 53
Ausbildungsabschluss 57
Ausländer 7

B

Basisdaten 47
Beenden der Betreuung
 Angehörige 28
 Klienten 32
Beendigungsart 72
Behandlung 68
Beratung 68
berufliche Rehabilitation 56
Berufsausbildung 57
Betreuung 8
 Abschluss 34
 Art 39, 43, 68
 Beginn 47
 Bereiche 5
 Ende 9, 73
 Festzuhaltende Informationen 32
 Grund 47
 Typ 24, 39, 53
 Vorgeschichte 55
Betreuungsabschnitt 8
Bewährungshilfe 54

C

Chronologische Dokumentation 7

D

Datenübernahme aus Horizont 2.2 5
deutschen Sprache mächtig 56
Diagnose 8
Diagnose Abhängigkeit 62
Diagnosen 7
 andere, wichtig 65
 F19 8
 neurologisch 66
 Polytoxikomanie 8
 psychiatrisch 66
 Suchtdiagnoseerhebung 7, 8
 wichtig 65

E

Eingabeassistent 6
 Eingabefeld: Indexklient Geburtsdatum 6
 Einmalkontakte 5, 15
 Hauptdiagnose 16
 umwandeln in Mehrfachkontakt 21
 Einrichtungstyp 48
 Entzugssyndrom 61
 Erstkonsum 65
 Erweiterte Stammdaten
 Angehörige 25
 Erwerbssituation 7, 56
 Externe Betreuungen 9

F

Familienberatung 6
 Familienstand 56
 formaler Weg in die Betreuung 54
 Frauenhaus 59

G

Generelle Erfassungslogik 5
 gerichtliche Auflage 53
 Gesundheitsschaden 61
 Grund, warum keine Hauptdiagnose gestellt wurde 65
 Gruppen 10

H

Haftzeiten 57
 Hauptdiagnose
 keine 16
 Hauptlebensunterhalt 7, 57
 Hepatitis B-Infektionsstatus 65
 hilfesuchende Person kommt als 47
 HIV-Code 48
 höchster Ausbildungsabschluss 57
 höchster Schulabschluss 57

I

ICD-10 60
 5. Stellen 63
 Kriterien 64
 Stellen 1 bis 3 60
 Stellen 4 und 5 60
 ICD-10 Diagnose 7, 60
 ICD-10 Hauptdiagnose 65
 Angehörige 25
 Indexklient 25
 Geburtsdatum 6
 institutionell finanziert 54
 Interne Betreuungen 9

J

jemals zuvor suchtbezogene Hilfe beansprucht 53
 Jugendberatung 6

Justizbehörden 54

K

Kater 61
 keine Hauptdiagnose 65
 keine vorausgehende Betreuung 55
 Kinder 7, 58
 Kind von Migranten 58
 Klientenart 23, 47
 Klientenauswahl 12
 Klienten vor HZ-Einführung 6
 Konsum
 Art 8, 66
 Häufigkeit 8
 Tage 63, 64
 Kontakte 73
 Kooperation 71
 körperliches Entzugssyndrom 62
 Kosten-/ Leistungsträger 54

L

Lebenssituation 7, 58
 Lebensunterhalt 7, 58
 Leistung 6, 10
 Nachweis 13
 Verzeichnisbaum 14, 27, 31
 letzte 30 Tage 64

M

Maßnahme
 intern und extern 68
 Maßnahmen 9
 und Interventionen 68
 Medikamentengestützte Behandlung 9
 integriert 9
 kooperativ 9
 nicht integriert 9
 Mehrfachbetreuungen 8
 Migrationshintergrund 7, 58

N

Neuanlage eines Klienten 5
 Neue Erfassungsbereiche 6
 Niedrigschwellige Einrichtung als vermittelnde
 Instanz 8

O

Obdachlosigkeit 59
 ohne ICD-Diagnose 7

P

Partnerbeziehung 58
 Polytoxikomanie 8, 63, 66
 Postleitzahl 48
 Problematik am Betreuungsende 9
 Problematik am Tag des Betreuungsendes 74

Problematische Schulden 59
 Problembereiche 60
 zentrale, wiederkehrende Begriffe 60
 Alter bei Störungsbeginn 60
 ICD-10-Diagnose 60
 Konsumtage 63
 letzte 30 Tage 64
 Riskanter Konsum 64
 Spieltage 63
 Störungsbeginn 60
 psychotische Störung 61

R

Risikofaktor 8
 riskanter Alkoholkonsum 64
 riskanter Konsum 7, 16
 Riskanter Konsum 60, 64

S

Sammelakte 12, 29
 Schädlicher Gebrauch 61, 64
 Schädliches Konsumverhalten 61
 Schulabschluss 57
 Schulden 59
 Selbstmelder 54
 selbst migriert 59
 Selbstzahler 54
 Sozialbefund 7
 soziodemographische Daten 56
 Spieltage 63
 Staatsangehörigkeit 7, 59
 Stammdaten 6, 15
 Angehörige 23
 Störungsbeginn 60
 Substanzkonsum ohne ICD-Diagnose 7
 Substituierte 69
 Substitutionsmittel 9, 71
 Suchtdiagnoseerhebung 7, 8

T

Tag des Beginns und Tag des Endes der Betreuung
 56, 57, 58, 59
 Termine 10
 Toleranz 62

U

Überlappung Abschnitte 49
 Überwiegende Konsumart 66
 Unterschiedliche Betreuungsbereiche 5

V

Verminderte Kontrollfähigkeit 62
 Vermittelnde Instanz 54
 Vermittlungsleistungen 10
 Vernachlässigung anderer Vergnügen 62
 Verwaltungs- und Zugangsdaten 49

vorausgehende Betreuung(en) 55
 Vorgeschichte 55
 vorrangiges (Sucht-) Problem aus Sicht der hilfesuchenden Person 47
 vorzeitige Beendigung 74

W

Weitere Auflagen 55
 weitere Diagnosen
 neurologisch 66
 psychiatrisch 66
 Weitervermittlung 74
 Wiederaufnahme 55
 Woche vor Betreuungsbeginn und Woche nach Betreuungsende 57, 58
 Wohnsituation 7
 Wohnverhältnis 59

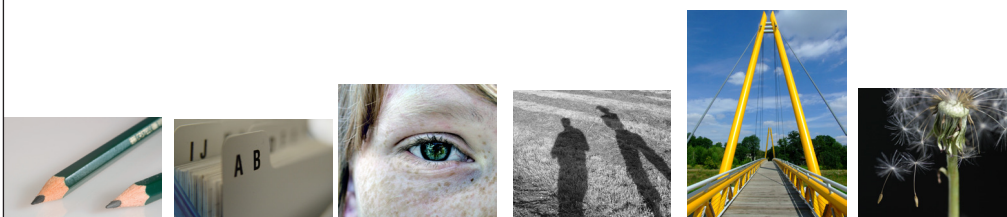
Z

Zielgruppe 6, 67
 Zuwanderungshintergrund 7
 Zwang zu konsumieren 62

Anhang

Der hessische Kerndatensatz der ambulanten Suchthilfe

2014 v2



HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN e.V.

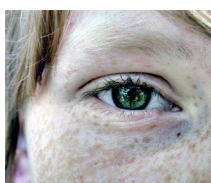
Der hessische Kerndatensatz der ambulanten Suchthilfe



Basisdaten:
Kerninformationen, die zu jeder Person / Betreuung dokumentiert werden müssen



Verwaltungs- und Zugangsdaten:
Informationen zur Einleitung der Hilfeleistung



Soziodemographische Daten:
biographische Informationen zur Hilfe suchenden Person



Problembereiche:
Konsum- und Suchtmerkmale sowie Suchtdiagnosen



Maßnahmen und Interventionen:
Art und Struktur der Hilfeleistung der betreuenden Einrichtung



Abschlussdaten:
Informationen zur Art des Betreuungsendes
– in Hinblick auf die Hilfeleistung und den Zustand der Person (biographisch und suchtbezogen)

Die Basisdaten müssen zu jeder hilfeschenden Person / Betreuung dokumentiert werden, auch bei Einmalkontakten sind sie festzuhalten.

A1 **Datum des Betreuungsbeginns**

A2 **HIV-Code**

- Name, Vorname
- Geburtsdatum

A3 **Postleitzahl**

- erste drei Ziffern der PLZ

A4 **Geschlecht**

- 1 männlich
- 2 weiblich

A5 **Betreuungsgrund**

- 1 Eigene Problematik
- 2 Problematik von Personen im sozialen Umfeld
- 3 Sonstiges

wenn A5=„2“:

hilfesuchende Person kommt als:

- 1 Partner
- 2 Kind
- 3 Geschwister
- 4 Eltern(teil)
- 5 Andere

wenn A5=„2“:

vorrangiges (Sucht-)Problem
aus Sicht der hilfeschenden Person:

- 1 Alkohol
- 2 Medikamente
- 3 Cannabis
- 4 Kokain
- 5 Opiate
- 6 Stimulanzien
- 7 Sonstige Drogen
- 8 Tabak
- 9 Glücksspielen
- 10 Essen
- 11 Jugendberatung
- 12 sonstige psychosoziale Problematik
- 13 Problematische Mediennutzung

A6 **Einrichtungstyp**

mehrere Antworten möglich

- 1 Integrierte Suchtberatungsstelle
- 2 Beratungsstelle Illegale Drogen
- 3 Substitutionsambulanz
- 4 Anerkannte Behandlungsstätte AR
- 5 Betreutes Wohnen abstinenzorientiert
- 6 Arbeits- und Beschäftigungsprojekt
- 7 PSB für Substituierte

Basisdaten A1 - A7



Verwaltungs- und Zugangsdaten B1 - B3

- 8 Sekundärpräventives Angebot
- 9 Streetworkprojekt
- 10 Beratungsstelle Legale Drogen
- 11 Niedrigschwellige Einrichtung/
Kontaktladen
- 12 Konsumraum
- 13 Betreutes Wohnen Substituier-
te

- 14 Schulische Rehabilitation
- 15 Jugendberatung
- 16 Fachstelle Suchtprävention
- 17 Gesundheitsamt
- 18 Anderes

A7 **Postleitzahl der Einrichtung**

- Postleitzahl

Die Verwaltungs- und Zugangsdaten müssen zu den Betreuungen dokumen-
tiert werden, bei denen mindestens zwei Kontakte vorhanden sind.

B1: **jemals zuvor suchtbezogene
Hilfe** beansprucht

- 1 ja
- 2 nein

B2: **Wiederaufnahme** in dieser Ein-
richtung

- 1 ja
- 2 nein

B3: **Vermittelnde** Instanz

- 1 Keine / Selbstmelder
- 2 Familie
- 3 Freunde
- 4 Arbeitgeber, Betrieb, Schule
- 5 Abstinenz-, Selbsthilfegruppe
- 6 Ärztliche oder psychothera-
peutische Praxis
- 7 Niedrigschwellige Einrichtung:
Übernachtung

- 8 Niedrigschwellige Einrichtung:
Kontaktladen
- 9 Niedrigschwellige Einrichtung:
Streetwork
- 10 Niedrigschwellige Einrichtung:
Konsumraum
- 11 Suchtberatungs- und/oder
-behandlungsstelle, Facham-
bulanz
- 12 Institutsambulanz
- 13 Ambulantes betreutes Woh-
nen
- 14 Arbeits- und Beschäftigungs-
projekt
- 15 Krankenhaus / Krankenhaus-
abteilung
- 16 Teilstationäre Rehabilitations-
einrichtung
- 17 Stationäre Rehabilitationsein-
richtung
- 18 Stationäre Suchteinrichtung
- 19 Adaptionseinrichtung



- 20 Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)
- 21 Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie
- 22 Pflegeheim
- 23 Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug
- 24 Sozialpsychiatrischer Dienst
- 25 Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung)
- 26 Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt
- 27 Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)
- 28 Arbeitsagentur/Job-Center/Arbeitsgemeinschaft (ARGE)
- 29 Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle
- 30 Justizbehörden / Bewährungshilfe
- 31 Kosten-, Leistungsträger
- 32 Sonstige

B4: **Kosten-/ Leistungsträger:**

mehrere Antworten möglich

- 1 Pauschal / institutionell finanziert (z.B. ÖGD)
- 2 Selbstzahler
- 3 Rentenversicherung
- 4 Krankenversicherung
- 5 Sozialhilfe
- 6 Jugendhilfe
- 7 Arbeitsagenturen/Jobcenter
- 8 Pflegeversicherung
- 9 Sonstiges

B5: **Auflagen durch Gerichtsbeschluss** zur Abwendung freiheits-einschränkenden Folgen

- 1 Keine gerichtlichen Auflagen
- 2 BtMG
- 3 Psych-KG / Landesunterbringungsgesetz
- 4 Andere strafrechtliche Grundlage

B6: **Weitere Auflagen durch:**

- 1 Arbeitgeber
- 2 Rentenversicherung, Krankenversicherung
- 3 Arbeitsagentur, Job-Center, ARGE
- 4 Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle
- 5 Sonstige

B7: **Vorgeschichte:**

- a keine Vorbehandlung

wenn nicht „a“:

- b Anzahl aller Maßnahmen
- c Anzahl Abbrüche Vorbehandlungen
- d Datum letzte Vorbehandlung
- 1 Medizinische Notfallhilfe
- 2 Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe)
- 3 Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution
- 4 Sonstige medizinische Maßnahmen
- 5 Entzug / Entgiftung
- 6 Ambulante Beratung
- 7 Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)

Verwaltungs- und Zugangsdaten B4 - B7



Verwaltungs- und Zugangsdaten B8 - B9

- 8 Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)
- 9 Stationäre Entwöhnungsbehandlung / Kombinationstherapie
- 10 Adaptionsbehandlung
- 11 Übergangseinrichtung
- 12 (Teil-)Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen
- 13 Psychiatrische Behandlung, Psychiatriaufenthalt
- 14 Psychotherapeutische Behandlung
- 15 Ambulante / teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen
- 16 Regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppe(n)
- 17 Nicht-suchtspezifische Institution
- 18 Sonstige Maßnahmen
- 19 Vorbehandlung unbekannt

B8: Betreuungstyp:

- 1 Arbeitsprojekte
- 2 Betreutes Wohnen
- 3 Einzelwohnen
- 4 Ambulante Beratung

B9: Abschnittstyp:

- 1 Ambulante Entgiftung
- 2 Ambulante Behandlung
- 3 Beratung
- 4 Allgemeine psychosoziale Betreuung
- 5 Psychosoziale Betreuung Einzelwohnen
- 6 Poststationäre Betreuung
- 7 Medikam.-gestützte Behandl./ Integriert
- 8 Medikam.-gestützte Behandl./ Kooperativ
- 9 PSB/Medikam.-gestützte Behandl./ nicht integriert
- 10 AR Vorbereitungsphase
- 11 AR Behandlungsphase
- 12 AR Poststationär
- 13 Schulische Integrationshilfen
- 14 Berufliche Integrationshilfen
- 15 MPU-Beratung
- 16 Begl. Betr. während anderer Maßn.
- 17 Feld 1
- 18 Feld 2
- 19 Jugendberatung
- 20 Psychosoziale Betreuung Wohngruppen
- 21 Vorbereitung auf stationäre Behandlung
- 22 unsystematische Kontakte
- 23 Frühintervention
- 24 Raucherentwöhnung
- 25 Rückkehrhilfe
- 26 Akutbetreuung ohne Anamnese
- 27 Schuldnerberatung



Hessischer Kerndatensatz ambulante Suchthilfe

6

Die soziodemographischen Daten müssen zu den hilfeschenden Personen dokumentiert werden, die in ihrer Betreuung mindestens zwei Kontakte aufweisen.

C1: Familienstand

- 1 Ledig
- 2 Verheiratet, zusammenlebend
- 3 Verheiratet, getrennt lebend
- 4 Geschieden
- 5 Verwitwet

C2: Partnerbeziehung

jeweils:

- a Am **Tag des** Betreuungsbeginns
- b Am **Tag des** Betreuungsendes

- 1 Alleinstehend
- 2 Zeitweilige Beziehungen
- 3 Feste Beziehung
- 4 Sonstige

C3: Lebenssituation

Alleinlebend

- ja
- nein

wenn „nein“:
lebt zusammen mit:

mehrere Antworten möglich

- Partner
- Kind(ern)
- Eltern(-teil)
- Sonstiger/n Bezugsperson/en
- Sonstiger/n Person/en

C4: Kinder

jeweils:

- Am **Tag des** Betreuungsbeginns
- a Anzahl eigene Kinder
- b Anzahl eigene minderjährige Kinder
- c Anzahl minderjährige Kinder im Haushalt
- d Anzahl eigene minderjährige Kinder im Haushalt

wenn $d < b$ und $b > 0$:

- e Aufenthaltsort der nicht im Haushalt des Klienten lebenden eigenen minderjährigen Kinder

mehrere Antworten möglich, jeweils Anzahl:

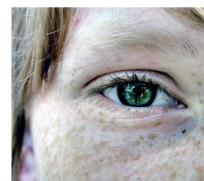
- bei anderem Elternteil
- bei Großeltern
- in Pflegefamilie
- in öffentlicher Erziehungseinrichtung
- im eigenen Haushalt (des Kindes)
- sonstiges
- nicht erhoben

C5: Aktuelle Staatsangehörigkeit

des Klienten

- Internationaler Code

(siehe Anhang)



soziodemographische Daten c1 - c5

soziodemographische Daten c6 - c12

C6: Klient ist der **deutschen Sprache mächtig**

- 1 ja 2 nein

C7: **Selbst migriert**

- 1 ja 2 nein

C8: Als **Kind** von **Migranten** geboren

- 1 ja 2 nein

C9: **Höchster** bisher erreichter allgemeinbildender **Schulabschluss**

- 1 Derzeit in Schulausbildung
- 2 Ohne Schulabschluss abgegangen
- 3 Sonderschulabschluss
- 4 Hauptschul-/ Volksschulabschluss
- 5 Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule
- 6 (Fach-)Hochschulreife / Abitur
- 7 Anderer Schulabschluss

C10: **Höchster Ausbildungsabschluss**

- 1 Ausbildung nie begonnen
- 2 Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung
- 3 Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen
- 4 Abgeschlossene Lehrausbildung
- 5 Meister / Techniker
- 6 Hochschulabschluss
- 7 Anderer Berufsabschluss

C11: **Wohnverhältnis**

jeweils:

- a Überwiegend die letzten **6 Monate vor** Betreuungsbeginn



b Am **Tag vor** Betreuungsbeginn

c Am **Tag nach** Betreuungsende

- 1 Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus)
- 2 Bei anderen Personen
- 3 Bei Angehörigen/Eltern
- 4 Ambulant Betreutes Wohnen
- 5 (Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung
- 6 Wohnheim / Übergangswohnheim
- 7 JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung
- 8 Notunterkunft, Übernachtungsstelle
- 9 Provisorische Wohnsituation:
 - 1 in Hotel / Pension
 - 2 bei Eltern
 - 3 bei Angehörigen
 - 4 bei Freunden / Bekannten
- 10 Ohne Wohnung
- 11 Sonstiges

C12: **Erwerbssituation**

jeweils:

- a Überwiegend die letzten **6 Monate vor** Betreuungsbeginn
- b Am **Tag vor** Betreuungsbeginn
- c Am **Tag nach** Betreuungsende
- d für 9 und 13.1 bis 13.4 jeweils auch „Arbeitsprojekt ja/nein“
- e für 9 auch „AGH ja/nein“

- 1 Auszubildender
- 2 Arbeiter
- 3 Angestellte / Beamte
- 4 Selbständiger / Freiberufler
- 5 Sonstige Erwerbspersonen

- 6 mithelfende Familienangehörige
- 7 In beruflicher Rehabilitation
 - 1 Arbeitsprojekt/Ausbildungsplatz vorhanden
 - 2 Beschäftigungsprojekt
 - 3 Schulausbildung
- 8 Arbeitslos nach SGB III (ALG I)
- 9 Arbeitslos nach SGB II (ALG II)
- 10 Schüler / Student
- 11 Hausfrau / Hausmann
- 12 Rentner / Pensionär
- 13 Sonstige Nichterwerbspersonen
 - 1 Arbeitsprojekt
 - 2 SGB XII
 - 3 Erwerbsunfähig
 - 4 Sonstiges

C13: **Lebensunterhalt:**

jeweils:

- a In der **Woche vor** Betreuungsbeginn
- b In der **Woche nach** Betreuungsende

mehrere Antworten möglich

- 1 Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit
- 2 Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt
- 3 Gelegenheitsjobs, unregelmäßige Einkünfte
- 4 Krankengeld, Übergangsgeld
- 5 Leistungen der Pflegeversicherung
- 6 Rente, Pension
- 7 Arbeitslosengeld I (SGB III 117)
- 8 Arbeitslosengeld II (SGB II 19) / Sozialgeld (SGB II 28)
- 9 Sozialhilfe (u.a. staatliche Leistungen, z.B. AsylbLG, Wohn-geld)

- 10 Angehörige
- 11 Vermögen
- 12 Illegale Einkünfte (z. B. Dealen)
- 13 Prostitution
- 14 Sonstiges (z.B. Betteln)

C14: **Hauptlebensunterhalt:**

- 1 Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit
- 2 Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt
- 3 Gelegenheitsjobs, unregelmäßige Einkünfte
- 4 Krankengeld, Übergangsgeld
- 5 Leistungen der Pflegeversicherung
- 6 Rente, Pension
- 7 Arbeitslosengeld I (SGB III 117)
- 8 Arbeitslosengeld II (SGB II 19) / Sozialgeld (SGB II 28)
- 9 Sozialhilfe (u.a. staatliche Leistungen, z.B. AsylbLG, Wohn-geld)
- 10 Angehörige
- 11 Vermögen
- 12 Illegale Einkünfte (z. B. Dealen)
- 13 Prostitution
- 14 Sonstiges (z.B. Betteln)

C15: **Problematische Schulden:**

- 1 Keine
- 2 bis 10.000 Euro
- 3 bis 25.000 Euro
- 4 bis 50.000 Euro
- 5 Mehr

C16: **Haftzeiten:**

- 1 keine Hafterfahrung
- 2 Monate: in Straf- und Untersuchungshaft gesamt



soziodemographische Daten c13 - c16

Problembereiche D1 - D3

Daten zu den Problembereichen werden nur für Klientinnen und Klienten mit eigener Symptomatik festgehalten.

D1: Zielgruppe

- 1 Alkohol
- 2 Essstörungen
- 3 Illegale Drogen
- 4 Jugendberatung
- 5 Medikamente
- 6 Sonstige
- 7 Pathologisches Glücksspiel
- 8 Nikotin
- 9 Unbekannt
- 10 Problematische Mediennutzung

D2: Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn - substanzspezifisch jeweils:

- a Injektion
- b Rauchen / Inhalieren / Schnüffeln
- c Essen / Trinken
- d Schnupfen / Schniefen
- e Andere Arten

- 1 Alkohol
- 2 Heroin
- 3 Methadon
- 4 Buprenorphin
- 5 andere opiathaltige Mittel
- 6 Cannabis
- 7 Barbiturate
- 8 Benzodiazepine
- 9 andere Sedativa / Hypnotika
- 10 Kokain
- 11 Crack



- 12 Amphetamine
- 13 MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy)
- 14 Andere Stimulanzien
- 15 LSD
- 16 Mescaline
- 17 Andere Halluzinogene
- 18 Tabak
- 19 Flüchtige Lösungsmittel
- 20 Andere psychotrope Substanzen

D3: Anzahl der Konsumtage, psychotrope Substanzen jeweils:

- a in den letzten 30 Tagen am Beginn der Betreuung
- b In den letzten 30 Tagen am Ende der Betreuung

- 1 Alkohol
- 2 Heroin
- 3 Methadon
- 4 Buprenorphin
- 5 andere opiathaltige Mittel
- 6 Cannabis
- 7 Barbiturate
- 8 Benzodiazepine
- 9 andere Sedativa / Hypnotika
- 10 Kokain
- 11 Crack
- 12 Amphetamine
- 13 MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy)
- 14 Andere Stimulanzien
- 15 LSD

- 16 Mescaline
- 17 Andere Halluzinogene
- 18 Tabak
- 19 Flüchtige Lösungsmittel
- 20 Andere psychotrope Substanzen

D4: **ICD-10-Diagnose**, psychotrope Substanzen

jeweils:

- Stelle 4 und Stelle 5

mehrere Antworten möglich

- 1 Alkohol, F10.xx
- 2 Heroin, F11.xx
- 3 Methadon, F11.xx
- 4 Buprenorphin, F11.xx
- 5 andere opiathaltige Mittel, F11.xx
- 6 Cannabis, F12.xx
- 7 Barbiturate, F13.xx
- 8 Benzodiazepine, F13.xx
- 9 andere Sedativa / Hypnotika, F13.xx
- 10 Kokain, F14.xx
- 11 Crack, F14.xx
- 12 Amphetamine, F15.xx
- 13 MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy), F15.xx
- 14 Andere Stimulanzien, F15.xx
- 15 LSD, F16.xx
- 16 Mescaline, F16.xx
- 17 Andere Halluzinogene, F16.xx
- 18 Tabak, F17.xx
- 19 Flüchtige Lösungsmittel, F18.xx
- 20 Andere psychotrope Substanzen, F19.xx

D5: **Alter bei Störungsbeginn**, psychotrope Substanzen

jeweils:

- Alter in Jahren

- 1 Alkohol
- 2 Heroin
- 3 Methadon
- 4 Buprenorphin
- 5 andere opiathaltige Mittel
- 6 Cannabis
- 7 Barbiturate
- 8 Benzodiazepine
- 9 andere Sedativa / Hypnotika
- 10 Kokain
- 11 Crack
- 12 Amphetamine
- 13 MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy)
- 14 Andere Stimulanzien
- 15 LSD
- 16 Mescaline
- 17 Andere Halluzinogene
- 18 Tabak
- 19 Flüchtige Lösungsmittel
- 20 Andere psychotrope Substanzen

D6: **Riskanter Konsum**, psychotrope Substanzen

nur wenn:

D4 (a + b): „keine Diagnose“
und

D3 (a): **Konsumtage**
>0

Problemgebiete D4 - D6



Problembereiche D7 - D11

mehrere Antworten möglich

- 1 Alkohol
- 2 Heroin
- 3 Methadon
- 4 Buprenorphin
- 5 andere opiathaltige Mittel
- 6 Cannabis
- 7 Barbiturate
- 8 Benzodiazepine
- 9 andere Sedativa / Hypnotika
- 10 Kokain
- 11 Crack
- 12 Amphetamine
- 13 MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy)
- 14 Andere Stimulanzien
- 15 LSD
- 16 Mescaline
- 17 Andere Halluzinogene
- 18 Tabak
- 19 Flüchtige Lösungsmittel
- 20 Andere psychotrope Substanzen

D7: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (**Polytoxikomanie**)

nur wenn:

D4: keine ICD-10-Diagnose

und

D3: Konsumangaben zu mindestens drei Substanzen

- 1 ja
- 2 nein



D8: **Anzahl der Konsumtage**, nicht-abhängigkeitserzeugende Substanzen

jeweils:

- a in den **letzten 30 Tagen am Beginn** der Betreuung
- b In den **letzten 30 Tagen am Ende** der Betreuung

- 1 Antidepressiva
- 2 Laxantien
- 3 Analgetika

D9: **ICD-10-Diagnose**, nichtabhängigkeitserzeugende Substanzen

mehrere Antworten möglich

- 1 Antidepressiva, F55.0
- 2 Laxantien, F55.1
- 3 Analgetika, F55.2

D10: **Alter bei Störungsbeginn**, nichtabhängigkeitserzeugende Substanzen

jeweils:

- Alter in Jahren
- 1 Antidepressiva
 - 2 Laxantien
 - 3 Analgetika

D11: **Riskanter Konsum**, nichtabhängigkeitserzeugende Substanzen

nur wenn:

D9: „keine Diagnose“

und

D8 (a): **Konsumtage >0**

mehrere Antworten möglich

- 1 Antidepressiva
- 2 Laxantien
- 3 Analgetika

D12: **Anzahl der Spieltage**; Glücksspiel

jeweils:

- a in den **letzten 30 Tagen am Beginn** der Betreuung
- b In den **letzten 30 Tagen am Ende** der Betreuung

- 1 Geldspielautomaten in Spielhallen etc.
- 2 Kleines Spiel in der Spielbank
- 3 Großes Spiel in der Spielbank
- 4 Wetten
- 5 Lotto
- 6 Pokern
- 7 Online-Glücksspiel
- 8 Andere

D13: **ICD-10-Diagnose**; pathologisches Glücksspiel, F.63

mehrere Antworten möglich

- 1 Geldspielautomaten in Spielhallen etc.
- 2 Kleines Spiel in der Spielbank
- 3 Großes Spiel in der Spielbank
- 4 Wetten
- 5 Lotto
- 6 Pokern
- 7 Online-Glücksspiel
- 8 Andere

D14: **Alter bei Störungsbeginn**;

Glücksspiel

jeweils:

- Alter in Jahren

- 1 Geldspielautomaten in Spielhallen etc.
- 2 Kleines Spiel in der Spielbank
- 3 Großes Spiel in der Spielbank
- 4 Wetten
- 5 Lotto
- 6 Pokern
- 7 Online-Glücksspiel
- 8 Andere

D15: **Riskanter Konsum**; Glücksspiel

nur wenn:

D13: „keine Diagnose“

und

D12 (a): **Konsumtage** >0

mehrere Antworten möglich

- 1 Geldspielautomaten in Spielhallen etc.
- 2 Kleines Spiel in der Spielbank
- 3 Großes Spiel in der Spielbank
- 4 Wetten
- 5 Lotto
- 6 Pokern
- 7 Online-Glücksspiel
- 8 Andere

Problembereiche D12 - D15



Problembereiche D16 - D21

D16: ICD-10-Diagnose

Esstörungen, F.50

mehrere Antworten möglich

- 1 Anorexia nervosa
- 2 Atypische Anorexia
- 3 Bulimia nervosa
- 4 Atypische Bulimia nervosa
- 5 Essattacken bei anderen psychischen Störungen
- 6 Erbrechen bei psychischen Störungen
- 7 sonstige Essstörungen
- 8 Andere, nicht näher bezeichnete Essstörungen

D17: Alter bei Störungsbeginn

Esstörungen

jeweils:

- Alter in Jahren

- 1 Anorexia nervosa
- 2 Atypische Anorexia
- 3 Bulimia nervosa
- 4 Atypische Bulimia nervosa
- 5 Essattacken bei anderen psychischen Störungen
- 6 Erbrechen bei psychischen Störungen
- 7 Andere, nicht näher bezeichnete Essstörungen

D18: Anzahl der Konsumtage

Internetgebrauch

jeweils:

- a in den letzten 30 Tagen am Beginn der Betreuung
- b In den letzten 30 Tagen am Ende der Betreuung



- 1 Online-Kaufverhalten
- 2 Online-Kommunikation
- 3 Online.Spiele
- 4 Online-Sex
- 5 Internetgebrauch (Sonstiges)

D19: Alter bei Störungsbeginn

Internetgebrauch

jeweils:

- Alter in Jahren

- 1 Online Kaufverhalten
- 2 Online Kommunikation
- 3 Online Spiele
- 4 Online Sex
- 5 Internetgebrauch (Sonstiges)

D20: Riskanter Konsum

Internetgebrauch

nur wenn:

Konsumtage > 0

mehrere Antworten möglich

- 1 Online Kaufverhalten
- 2 Online Kommunikation
- 3 Online Spiele
- 4 Online Sex
- 5 Internetgebrauch (Sonstiges)

D21: Hauptdiagnose (ICD-10)

vierstelliger ICD-10-Code

- 1 Alkohol, F10.x
- 2 Heroin, F11.x
- 3 Methadon, F11.x
- 4 Buprenorphin, F11.x
- 5 andere opiathaltige Mittel, F11.x
- 6 Cannabis, F12.x
- 7 Barbiturate, F13.x
- 8 Benzodiazepine, F13.x

- 9 andere Sedativa / Hypnotika, F13.x
- 10 Kokain, F14.x
- 11 Crack, F14.x
- 12 Amphetamine, F15.x
- 13 MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy), F15.x
- 14 Andere Stimulanzien, F15.x
- 15 LSD, F16.x
- 16 Mescaline, F16.x
- 17 Andere Halluzinogene, F16.x
- 18 Tabak, F17.x
- 19 Flüchtige Lösungsmittel, F18.x
- 20 Andere psychotrope Substanzen, F19.x
- 21 Antidepressiva, F55.0
- 22 Laxantien, F55.1
- 23 Analgetika, F55.2
- 24 Geldspielautomaten in Spielhallen etc., F63.0
- 25 Kleines Spiel in der Spielbank, F63.0
- 26 Großes Spiel in der Spielbank, F63.0
- 27 Wetten, F63.0
- 28 Lotto, F63.0
- 29 Pokern, F63.0
- 30 online-Glücksspiel, F63.0
- 31 Andere Glücksspiele, F63.0
- 32 Anorexia nervosa, F50.0
- 33 Atypische Anorexia, F50.1
- 34 Bulimia nervosa, F50.2
- 35 Atypische Bulimia nervosa, F50.3
- 36 Essattacken bei anderen psychischen Störungen, F50.4
- 37 Erbrechen bei psychischen Störungen, F50.5
- 38 sonstige Essstörungen, F50.8
- 39 Andere, nicht näher bezeichnete Essstörungen, F50.9

- D22: **Alter beim Erstkonsum** der Hauptdiagnosesubstanz
- *Alter in Jahren*
 - 1 Alkohol, F10.x
 - 2 Heroin, F11.x
 - 3 Methadon, F11.x
 - 4 Buprenorphin, F11.x
 - 5 andere opiathaltige Mittel, F11.x
 - 6 Cannabis, F12.x
 - 7 Barbiturate, F13.x
 - 8 Benzodiazepine, F13.x
 - 9 andere Sedativa / Hypnotika, F13.x
 - 10 Kokain, F14.x
 - 11 Crack, F14.x
 - 12 Amphetamine, F15.x
 - 13 MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy), F15.x
 - 14 Andere Stimulanzien, F15.x
 - 15 LSD, F16.x
 - 16 Mescaline, F16.x
 - 17 Andere Halluzinogene, F16.x
 - 18 Tabak, F17.x
 - 19 Flüchtige Lösungsmittel, F18.x
 - 20 Andere psychotrope Substanzen, F19.x

- D23: **Grund, warum keine Hauptdiagnose** gestellt wurde (D21) *nur wenn:*

D21: „kein Eintrag“

- 1 Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt, **aber riskanter Konsum**
- 2 Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt und auch kein riskanter Konsum



Problembereiche D22 - D23

Problembereiche D24 - D30



- 3 Keine ausreichenden Informationen für Diagnosestellung nach ICD-10
- 4 Keine ausreichende Qualifikation für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden
- 5 Andere Gründe

D24: Weitere Diagnosen, psychiatrisch

nur wenn anders als Diagnosen in: D4, D9, D13, D16
jeweils, mindestens dreistellig:
„F.“

mehrere Antworten möglich

1. Psychiatrische ICD-10-Diagnose
2. Psychiatrische ICD-10-Diagnose
3. Psychiatrische ICD-10-Diagnose
4. Psychiatrische ICD-10-Diagnose

D25: Weitere Diagnosen, neurologisch

jeweils, mindestens dreistellig:
„G.“

mehrere Antworten möglich

1. Neurologische ICD-10-Diagnose
2. Neurologische ICD-10-Diagnose
3. Neurologische ICD-10-Diagnose
4. Neurologische ICD-10-Diagnose

D26: Andere Diagnosen, wichtig

keine „Fxx.xx“-Diagnosen und
keine „Gxx.xx“-Diagnosen
jeweils, mindestens dreistellig:

mehrere Antworten möglich

- 1 1. Andere ICD-10-Diagnose
- 2 2. Andere ICD-10-Diagnose
- 3 3. Andere ICD-10-Diagnose
- 4 4. Andere ICD-10-Diagnose

D27: HIV-Infektionsstatus

- 1 Getestet, negativ
- 2 Getestet, positiv
- 3 Status unbekannt

D28: Hepatitis B-Infektionsstatus

- 1 Getestet, negativ
- 2 Getestet, positiv
- 3 Status unbekannt

D29: Hepatitis C-Infektionsstatus

- 1 Getestet, negativ
- 2 Getestet, akut
- 2 Getestet, chronisch
- 3 Status unbekannt

D30: i.v.-Konsum

- 1 Nein, nie
- 2 Ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn
- 3 Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn

Hilfsmaßnahmen und Interventionen für den betreuten Klienten bzw. die betreute Klientin.

E1: **Art der Betreuung:**

jeweils

- intern
- extern

- 1 Medizinische Notfallhilfe
- 2 Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe)
- 3 Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution
- 4 Sonstige medikamentengestützte Suchtbehandlung
- 5 Sonstige medizinische Maßnahmen
- 6 Entzug / Entgiftung
- 7 Ambulante Beratung
- 8 Ambulante Rehabilitation
- 9 Ambulante / teilstationäre Entwöhnungsbehandlung
- 10 Stationäre Entwöhnungsbehandlung / Kombinationstherapie
- 11 Adaptionsbehandlung
- 12 Ambulante / teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen
- 13 Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen
- 14 Krankenhausbehandlung nach Psych PV S4
- 15 Betreutes Wohnen (stat./amb.)

- 16 Betreutes Wohnen, stationäre Form (Nachsorge)
- 17 Betreute Wohngruppe
- 18 Betreutes Einzelwohnen
- 19 Notschlafstellen
- 20 Übergangseinrichtung
- 21 Provisorisches Wohnen
- 22 Psychiatrische Behandlung
- 23 Psychotherapeutische Behandlung
- 24 Arbeits- und Beschäftigungsprojekt
- 25 Geringfügige Beschäftigung
- 26 Gemeinnützige Arbeit
- 27 Ableistung von Arbeitsstunden
- 28 Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, Vollzeit.
- 29 Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, Teilzeit.
- 30 Praktikum
- 31 Ausbildung
- 32 Schulische Maßnahme / Rehabilitation
- 33 Schuldnerberatung
- 34 Selbsthilfegruppe
- 35 Jugendhilfemaßnahme
- 36 Erziehungsberatung
- 37 Keine Angaben
- 38 Nicht zutreffend
- 39 Sonstige Maßnahmen

Maßnahmen und Interventionen E1



17 Hessischer Kerndatensatz ambulante Suchthilfe

Maßnahmen und Interventionen E2 - E3

E2: Substitutionsmittel

wenn:

E1 = „2“ oder „3“

- 1 Methadon (Racemat)
- 2 Polamidon® (Levomethadonhydrochlorid)
- 3 Subutex® (Buprenorphin)
- 4 Codein
- 5 Diamorphin
- 6 anderes

E3: Kooperation während der Betreuung mit*mehrere Antworten möglich*

- 1 Familie
- 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.)
- 15 Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie
- 16 Pflegeheim
- 17 Interne oder externe Dienste zur Beratung/Behandlung im Straf-/Maßregelvollzug
- 18 Sozialpsychiatrischer Dienst
- 19 Andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, 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



Die Abschlussdaten sind für alle Klientinnen und Klienten zu dokumentieren, deren Betreuung aus mindestens zwei Kontakten bestand.
Die Angaben zu F1 - F3 müssen für alle Klientinnen und Klienten festgehalten werden.

F1 **Betreuungsende**

Datum

F2 **Kontakte**

Anzahl

F3 **Art der Beendigung**

- 1 Regulär nach Beratungs- / Behandlungsplan
- 2 Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung
- 3 Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis
- 4 Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient/in
- 5 Disziplinarisch
- 6 Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform
- 7 Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform
- 8 Verstorben

F4 **Steht die vorzeitige Beendigung im Zusammenhang mit:**

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

F5 **Weitervermittlung in:**

mehrere Antworten möglich

- 1 Keine
- 2 Selbsthilfegruppe
- 3 Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis
- 4 Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)
- 5 Beratungs- und / oder Behandlungsstelle, Fachambulanz
- 6 Ambulante Rehabilitation
- 7 Entgiftung / Entzug
- 8 Substitutionsbehandlung
- 9 Institutsambulanz
- 10 Ambulant Betreutes Wohnen
 - 1 Betreute Wohngruppe
 - 2 Betreutes Einzelwohnen
 - 3 Notschlafstellen
- 11 Arbeits- und Beschäftigungsprojekt
 - 1 Schule
 - 2 Ausbildung
 - 3 Umschulung
 - 4 erster Arbeitsmarkt
 - 5 zweiter Arbeitsmarkt
 - 6 Praktikum
- 12 Krankenhaus / Krankenhausabteilung
- 13 Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung

Abschlussdaten F1 - F5



Abschlussdaten F6



- 14 Stationäre Rehabilitationseinrichtung
- 15 Adaptionseinrichtung
- 16 Übergangseinrichtung
- 17 Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)
- 18 Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Wohnheim / Übergangswohnheim)
- 19 Stationäre Form (Nachsorge)
- 20 Pflegeheim
- 21 Interne oder externe Dienste zur Beratung/Behandlung
- 22 Sozialpsychiatrischer Dienst
- 23 Andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, etc.)

- 24 Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt
- 25 Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)
- 26 Arbeitsagentur / Arbeitsgemeinschaft (ARGE) / Job-Center (Fallmanager für ALG II etc.)
- 27 Justizbehörden / Bewährungshilfe
- 28 Kosten-, Leistungsträger
- 29 Sonstige

F6 Problematik am Tag des Betreuungsendes

- 1 Erfolgreich
- 2 Gebessert
- 3 Unverändert
- 4 Verschlechtert

HKDS, Manual Kurzversion 2014 v2

Der Datensatz wurde im Sommer 2007 von der COMBASS Steuerungsgruppe verabschiedet und im Jahr 2013 überarbeitet.

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V.
 Zimmerweg 10
 60325 Frankfurt
 E-mail: hls@hls-online.org
 Internet: <http://www.hls-online.org>

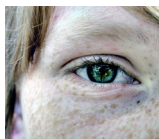
Koordination + Layout
 ISD-Hamburg
 Institut für interdisziplinäre
 Sucht- und Drogenforschung

Der hessische Kerndatensatz der ambulanten Suchthilfe

2010 v1

— Anhang —

Staatsangehörigkeit, internationaler Code



HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN e.V.

Anhang: Staatsangehörigkeit, internationaler Code

AFGHANISTAN	AFG	ERITREA	ERI
ÄGYPTEN	EGY	ESTLAND	EST
ÄQUATORIAL GUINEA	GNQ	FINNLAND	FIN
ÄTHIOPIEN	ETH	FRANKREICH	FRA
ALBANIEN	ALB	GABUN	GAB
ALGERIEN	DZA	GAMBIA	GMB
ANGOLA	AGO	GEORGIEN	GEO
ARGENTINIEN	ARG	GHANA	GHA
ARMENIEN	ARM	GRIECHENLAND	GRC
ASERBEIDSCHAN	AZE	GRÖNLAND	GRL
AUSTRALIEN	AUS	GROSSBRITANNIEN	GBR
BAHRAIN	BHR	GUADELOUPE	GLP
BANGLADESCH	BGD	GUATEMALA	GTM
BELGIEN	BEL	GUINEA	GIN
BELIZE	BLZ	GUYANA	GUY
BENIN	BEN	HAITI	HTI
BERMUDAS	BMU	HONDURAS	HND
BHUTAN	BTN	INDIEN	IND
BOLIVIEN	BOL	INDONESIEN	IDN
BOSNIEN-HERZEGOWINA	BIH	IRAK	IRQ
BOTSWANA	BWA	IRAN	IRN
BRASILIEN	BRA	IRLAND	IRL
BULGARIEN	BGR	ISLAND	ISL
BURKINA FASO	BFA	ISRAEL	ISR
BURUNDI	BDI	ITALIEN	ITA
CANADA	CAN	JAMAICA	JAM
CHILE	CHL	JAPAN	JPN
CHINA	CHN	JORDANIEN	JOR
COSTA RICA	CRI	KAMBODSCHA	KHM
CUBA	CUB	KAMERUN	CMR
DÄNEMARK	DNK	KASACHSTAN	KAZ
DEUTSCHLAND	DEU	KENIA	KEN
DJIBOUTI	DJI	KIRGISISTAN	KGZ
DOMINIKANISCHE REPUBLIK	DOM	KOLUMBIEN	COL
ECUADOR	ECU	KONGO	COG
EL SALVADOR	SLV	KROATIEN	HRV

Hessischer Kerndatensatz ambulante Suchthilfe: Anhang 2

KUWAIT	KWT	PORTUGAL	PRT
LAOS	LAO	PUERTO RICO	PRI
LESOTHO	LSO	QATAR	QAT
LETTLAND	LVA	REPUBLIK KONGO	COD
LIBANON	LBN	RUANDA	RWA
LIBERIA	LBR	RUMÄNIEN	ROM
LIBYEN	LBY	RUSSISCHE FÖDERATION	RUS
LIECHTENSTEIN	LIE	SAMBIA	ZMB
LITAUEN	LTU	SAUDI ARABIEN	SAU
LUXEMBOURG	LUX	SCHWEDEN	SWE
MADAGASKAR	MDG	SCHWEIZ	CHE
MALAWI	MWI	SENEGAL	SEN
MALAYSIA	MYS	SERBIEN	SRB
MALI	MLI	SIERRA LEONE	SLE
MALTA	MLT	SINGAPUR	SGP
MAROKKO	MAR	SLOWAKEI	SVK
MAURETANIEN	MRT	SLOWENIEN	SVN
MAZEDONIEN	MKD	SOMALIA	SOM
MEXICO	MEX	SPANIEN	ESP
MOLDAVIEN	MDA	SRI LANKA	LKA
MONGOLEI	MNG	SÜDAFRIKA	ZAF
MONTENEGRO	MNE	SUDAN	SDN
MOZAMBIQUE	MOZ	SÜDKOREA	KOR
NAMIBIA	NAM	SURINAM	SUR
NEUSEELAND	NZL	SYRIEN	SYR
NEPAL	NPL	TADSCHIKISTAN	TJK
NICARAGUA	NIC	TAIWAN	TWN
NIEDERLANDE	NLD	TANSANIA	TZA
NIGER	NER	THAILAND	THA
NIGERIA	NGA	TOGO	TGO
NORDKOREA	PRK	TSCHAD	TCD
NORWEGEN	NOR	TSCHECHIEN	CZE
OMAN	OMN	TÜRKEI	TUR
ÖSTERREICH	AUT	TUNESIEN	TUN
OSTTIMOR	TMP	TURKMENISTAN	TKM
PAKISTAN	PAK	UGANDA	UGA
PANAMA	PAN	UKRAINE	UKR
PAPUA NEUGUINEA	PNG	UNGARN	HUN
PARAGUAY	PRY	URUGUAY	URY
PERU	PER	USBKISTAN	UZB
PHILIPPINEN	PHL	VENEZUELA	VEN
POLEN	POL	VER. ARABISCHE EMIRATE	ARE

3 Hessischer Kerndatensatz ambulante Suchthilfe: Anhang

VEREINIGTE STAATEN	USA	ZIMBABWE	ZWE
VIETNAM	VNM	ZYPERN	CYP
WEISSRUSSLAND	BLR		
YEMEN	YEM	Andere Staaten	XXX
ZENTRALAFRIK. REPUBLIK	CAF	staatenlos	YYY

