

Der KDS als Dokumentationsinstrument in den Betreuungsstrukturen der ambulanten Suchthilfe

**Ein Beitrag zur DBDD-Fachtagung
Der Deutsche Kerndatensatz (KDS) – Bestandsaufnahme und
Perspektiven
am 28.01.2014 in Frankfurt/Main**

**Karl Lesehr, Referent für Suchthilfe im PARITÄTISCHEN BW
Sprecher der AG Doku der LSS Baden-Württemberg**

Der Deutsche Kerndatensatz (KDS)

Mein Blick auf den KDS: geprägt durch 18 Jahre praktische Erfahrung in und 13 Jahre verbandliche Erfahrung mit der ambulanten Suchthilfe

unsere Ausgangssituation in BaWü:

- seit 6 Jahren dokumentieren alle (2012: 98) Suchtberatungsstellen EDV-gestützt und liefern ihre Daten zur Bundes- /Landesauswertung; die Beteiligung an der KDS-Doku ist Voraussetzung für die Landesförderung
- die AG Doku der LSS kommentiert und publiziert „mit Bordmitteln“ seit mehr als 10 Jahren die aggregierten Ergebnisse der Landessuchtstatistik
- für die Arbeitsbereiche „Substitutionsbetreuung“ und „Suchtberatung im Vollzug“ gibt es Zusatzerhebungen der LSS, die inzwischen in die Softwareprogramme integriert sind

- nach der Verwaltungsstrukturreform liegen die fachliche Steuerung und die überwiegende „Finanzierung“ der Suchthilfe (sehr unterschiedlich) bei den Landkreisen als den Hauptakteuren der Kommunalen Suchthilfenetzwerke

Mein heutiges Thema:

„therapeutischer Prozess – Betreuungsstrukturen“

Sind das überhaupt die stimmigen Stichworte für die ambulante Suchthilfe als den überwiegenden Hauptnutzern des KDS?

Der KDS nennt als **Problembereiche** (2.4.) den Konsum von psychotropen Substanzen in unterschiedlichen Ausprägungen, pathologisches Glücksspiel, Essstörungen, weitere medizinische Diagnosen: **psychosoziale Problemlagen tauchen als „Problembereiche“ gar nicht auf!**

Der KDS nennt dann unter **Maßnahmen und Interventionen** (2.5.) 16 verschiedene Items. Im Regelfall sind nur 4 davon originäre Leistungen der traditionellen ambulanten Suchthilfe (psB bei Substitution, ambulante Beratung, ambulante Suchtreha, ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen).

Aus der Kodierung von Auflagen (2.2.5 und 2.2.6) kann man möglicherweise im Einzelfall auf aktuelle Hilfebedarfe / Leistungsanforderungen schließen.

Der Deutsche Kerndatensatz (KDS)

therapeutischer Prozess - Betreuungsstrukturen

Der KDS unterliegt offenbar der - oft auch von Einrichtungen geteilten - **Suggestion eines diagnoseabhängigen Behandlungsauftrags** und verkennt dabei, dass es angesichts eines voraussetzungsfreien Zugangs zur Suchtberatung hier nicht nur um eine Vielfalt unterschiedlicher Beeinträchtigungen und Problemlagen geht, sondern eben auch um ganz unterschiedliche **aktuelle Unterstützungsbedarfe und vor allem Mitwirkungsbereitschaften** (**freiwillige Nutzung von psychosozialen und sucht-spezifischen Kompetenzen** vs. **paternalistische Diagnostik mit Veränderungsanspruch**).

Als Angebot der öffentlichen Daseinsvorsorge zielt die Suchtberatung auf eine **individualisierte Verbesserung gesundheitlicher, sozialer und beruflicher Teilhabe** ab – auch unter Inanspruchnahme entsprechender leistungsrechtlicher Möglichkeiten;

aber nur bei **21,7%** der beendeten Betreuungen in den PSBs geht es um eine ambulante Suchtreha oder um Vermittlung in solche Suchtrehamaßnahmen, also um eine direkte Suchtbehandlung!

therapeutischer Prozess - Betreuungsstrukturen

In welchen Entwicklungen befinden sich Struktur und Arbeit der ambulanten Suchthilfe?

- Die ambulante Suchthilfe incl. der Suchtprävention ist ganz überwiegend Teil der kommunalen Daseinsvorsorge (es gibt hier nur wenige sozialleistungsrechtlich begründete Leistungen). Sowohl aus finanziellen Überlegungen wie als Folge fachlicher Entwicklungsdiskussionen wird die Zuordnung der einzelnen psychosozialen Hilfeleistungen zu den traditionellen Institutionen zunehmend in Frage gestellt und es entstehen neue sozialraum- und zielgruppenorientierte Allokations- und Hilfeformen: die Entscheidung über öffentliche Ressourcen für die ambulante Suchthilfe verändert sich, es geht mehr um Bestandssicherung als um Wachstum, Sucht hat ihre politische Brisanz verloren.
- in Ba-Wü stagniert seit 2 Jahren die Zahl der dokumentierten Betreuungsepisoden, die Zahl der betreuten Personen ist sogar leicht rückläufig. In Zeiten des Demografischen Wandels dürfte zudem eine reduzierte Nachfrage zu erwarten sein.

Die ambulante Suchthilfe hat deshalb zunehmend ein Legitimationsproblem!

therapeutischer Prozess - Betreuungsstrukturen

Soziodemografische Daten könn(t)en für eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung sinnvoll sein. Wofür aber brauchen wir in der ambulanten Suchthilfe auf dem skizzierten Entwicklungshintergrund wofür welche Daten?

A) Internes QM:

Daten sind natürlich immer nur ein reduziertes Abbild von Wirklichkeiten; für die interne fachliche Steuerung von Ressourcen und für die interne Qualitätsentwicklung sind solche handhabbaren „Wirklichkeitsbilder“ aber unverzichtbar.

Jede Form einer Doku ist dabei immer auch eine Strukturierung von „Fall- und Leistungswahrnehmung“ in und außerhalb der Einrichtung: die Gestaltung und die Rezeption professionellen psychosozialen Handelns macht sich auch an einer konkreten Beschreibbarkeit fest. In der ambulanten Suchthilfe ist die Doku über den KDS in der Regel aber die einzige strukturierte und verbindlich praktizierte Fallabbildung. Die Items dieser Doku prägen entscheidend insofern das professionelle Bewusstsein und die fachliche Entwicklung in den meist kleinen Einrichtungen.

therapeutischer Prozess - Betreuungsstrukturen

Wofür brauchen wir in der ambulanten Suchthilfe welche Daten?

B) Nutzwert- und Wirksamkeitsnachweise für die Einrichtung und für die einzelnen Suchthilfeleistungen, natürlich auch als Steuerungsdaten für die Finanzierungspartner der ambulanten Suchthilfe:

Als politische Freiwilligkeitsleistung muss die ambulante Suchthilfe nicht nur auf eine dokumentierte Nachfrage reagieren, sondern sich verstärkt politisch legitimieren als notwendig, sinnvoll und wirkungsvoll. Dabei hat die früher zentrale Vermittlung in Suchtrehamaßnahmen an politischer Bedeutung verloren, weil es neben den Suchtberatungsstellen zunehmend auch „medizinische“ Zugangswege in die Suchtreha gibt.

In der ambulanten Suchthilfe wächst deshalb die Bedeutung von teilhabefördernden Leistungen und von ordnungssichernden Leistungen, für die die knappen und überwiegend kommunalen Finanzierungsanteile politisch legitimiert werden können (beim Thema Komasaufen z.B. geht es oft weniger um Suchtprävention als um die Sicherstellung öffentlicher Ordnung).

Nutzwert- und Wirksamkeitsnachweise – was ist derzeit aber überhaupt möglich?

- Die über Jahrzehnte gewohnten „Bedarfs- und Leistungsnachweise“ in Form von (immer steigenden) Klienten- oder Maßnahmezahlen sind - auch angesichts höchst unterschiedlicher Versorgungs- und Einrichtungsstrukturen - nur noch bedingt hilfreich und vor allem wenig zukunftsfähig.
- Ernsthafte Wirksamkeitsnachweise sind mit dem KDS über die Rehavermittlungen hinaus nahezu gar nicht möglich. Im Durchschnitt beinhaltet ein beendeter Betreuungsprozess 11,3 Kontakte (mehr als in der ärztlichen Betreuung). **Aber:** 72,2% aller dieser Betreuungen beinhalten nur bis zu 10 Kontakte, **47,6% sogar nur bis zu 5 Kontakte!** **Welche** bescheidenen alltagsrelevanten Wirkeffekte oder gar Veränderungen sind damit überhaupt realisierbar??
- Mit den Kerntabellensätzen sind kaum interventionorientierte Veränderungs-feststellungen möglich; vorher-nachher-Feststellungen beziehen sich überwiegend auf das jeweilige Gesamtklientel. Und auch die Ergebniseinschätzung unter 2.6.6. bezieht sich i.w. auf die Hauptdiagnose, ist darüber hinaus aber nicht auswertbar.

„psychosoziale Hilfe- und Betreuungsleistungen“:

was fehlt bislang in der Struktur des KDS für eine realistische Abbildung der „Leistungen“ der ambulanten Suchthilfe?



Suchthilfe ist – nicht nur in der Suchtrehabilitation - **Baustein eines zunehmend differenzierten Versorgungsnetzes**, die PSB ist nicht (mehr) der Nabel dieses Systems, sondern in ihrer Leistungsfähigkeit auch abhängig von anderen Netzwerkpartnern! Das hat nicht nur Auswirkungen auf die notwendige Reichweite des KDS, sondern gerade auch bei einer einrichtungsbezogenen Dokumentation müssen solche Einbindungen in Netzwerkleistungen differenziert sichtbar gemacht werden können (z.B. Kombitherapie, ambulante Nachsorge, Leistungen nach §8a SGB VIII)!



- im sozialräumlichen Versorgungsnetz bestehen nicht nur die vertrauten additiven Leistungen (Zuweiser, Weitervermittlung), sondern zunehmend auch **neue Netzwerkleistungen** (z.B. Screeningleistungen im Bereich des SGB II oder Überwachungsleistungen im Kontext des §8a SGB VIII), die die Art und Form bisheriger Suchthilfeleistungen teilweise deutlich verändern. Für solche spezifische **gemeinsam verantwortete und gestaltete Netzwerkleistungen** fehlen Erfassungsmöglichkeiten.

Der Deutsche Kerndatensatz (KDS)



- der KDS dokumentiert nur erbrachte Leistungen und realisierte Kooperationen; die Wirklichkeit der ambulanten Suchthilfe ist gleichzeitig aber immer öfter geprägt von **Lücken und Barrieren im Versorgungsnetz und von Leistungsverweigerungen und daraus resultierenden Betreuungsabbrüchen von Klienten** (z.B. Rehavermittlungen aus Haft, fehlende psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten, keine Förderangebote in Beschäftigung und Arbeit, keine Ermöglichung alternativer Wohnangebote, keine Kooperation mit Substitutionsärzten). Die ambulante Suchthilfe gerät so – ähnlich wie die Wohnungslosenhilfe – zu leicht in Gefahr, verantwortlich gemacht zu werden für Betreuungsabbrüche und unzureichende Wirkeffekte statt der politisch geforderten Teilhabeverbesserungen.



- für die Akzentuierung teilhabefördernder Leistungen fehlt immer noch eine **Erfassung des aktuellen Hilfebedarfs bzw. erkennbarer Belastungsfaktoren und damit eines konkreten psychosozialen „Leistungsauftrags“** (vgl. dazu das aktuelle Manual für den KDS: „der Ausschuss sieht hier (*gemeint: der Bereich psychosoziale Diagnostik*) dringenden Entwicklungsbedarf...“!!).

Weder die überdifferenzierte Erfassung von Suchtdiagnosen (2.4.1 bis 2.4.6) noch die Kodierung von Auflagen (2.2.5 und 2.2.6) können diese Lücke füllen und einen realistischen Ausgangspunkt zur Feststellung möglicher Wirkeffekte beschreiben!

Der Deutsche Kerndatensatz (KDS)



- **Wiederaufnahmen** sind in der ambulanten Suchthilfe nicht nur störungsbedingt, sondern auch Resultat solcher zunehmend arbeitsteiliger Versorgungs- und Behandlungsstrukturen: wenn 64,6% aller Betreuungen Wiederaufnahmen sind, dabei 42% aller Betreuungen Wiederaufnahmen in der eigenen Einrichtung, dann müssen gerade auch solche Leistungen differenzierter ausgewertet werden können als bislang über die diffusen Kategorien „vermittelnde Instanz“ oder „Kooperation während der Betreuung“.



- von den eigenständig dokumentierten Betreuungsprozessen betreffen zwar nur 4,6% sog. **Angehörige** (incl. der Kinder suchtkranker Eltern). Die Vermutung scheint aber berechtigt, dass in der PSB-Praxis bei vielen Betreuungsprozessen mit Angehörigen auf eine eigenständige Dokumentation verzichtet wird, weil mangels einer Hauptdiagnose die Daten dieser Klienten dann in den einrichtungsbezogenen Auswertungen doch nicht mehr sichtbar werden. Gerade im Kontext teilhabefördernder und psychosozialer Hilfen müsste eine differenziertere Erfassung der Leistungen gegenüber Angehörigen möglich sein (nicht nur bei Maßnahmen nach §8a SGB VIII).

Der Deutsche Kerndatensatz (KDS)

wofür brauchen wir in der ambulanten Suchthilfe sonst noch welche Daten?

C) Frühwarnsystem für die Suchtpolitik!

In unserer Landesauswertung Ba-Wü mussten wir feststellen, dass die Kodierung des Konsums von Substanzen und von Konsummustern in den letzten Jahren deutlich rückläufig ist: nur noch bei 20-25% der beendeten Betreuungen finden sich entsprechende Angaben. Damit gefährdet die Suchtstatistik aber auch ihren Stellenwert als politikrelevantes Frühwarnsystem (s. Crystal Meth – Ausbreitung), ganz unabhängig von im Einzelfall noch zu ergänzenden Items.



Wir haben - unabhängig von den quasi natürlichen und beziehungsabhängigen Erhebungsschwierigkeiten bei so vielen sehr kurzen Betreuungsprozessen - die Vermutung, dass die Akzentuierung von Einzel- und Hauptdiagnosen im KDS dazu führt, dass notwendige weitere Differenzierungen eben oft nicht mehr erhoben werden. Aus unserer Sicht wäre deshalb eine **Reduzierung der Diagnoseangaben zu Gunsten von differenzierten Konsumangaben** sinnvoll.

Der Deutsche Kerndatensatz (KDS)



- wir regen an, die systemimmanente Fokussierung auf Hauptdiagnosen **in der Darstellung des Kerntabellensatzes** zumindest teilweise zu erweitern auf eine Darstellung nach konsumierten Einzelsubstanzen: gerade auch in der Darstellung der Suchthilfearbeit für die Politik würde der tatsächliche Stellenwert einzelner Substanzen dadurch deutlich verändert.

Ich habe für alle diese Punkte noch keine Lösungen, aber sie sollten bei der anstehenden Überarbeitung des KDS angegangen werden, damit die Sucht-hilfestatistik auch weiter aus Überzeugung hinsichtlich eines eigenen Nutzens von der ambulanten Suchthilfe genutzt werden kann!

Aus meiner Sicht sollte sich aber ein überarbeiteter KDS von der Illusion einer einheitlichen Suchthilfe lösen und als Dokuinstrument auch selber eine Netzwerkstruktur bekommen: die allseits gewünschte Verschlinkung für den einzelnen Nutzer könnte dann erreicht werden über Weichenfragen, von denen aus nur noch die jeweils relevanten , aber auch einheitlich normierten und damit „anschlussfähigen“ Items bedient werden müssen.

Freundlichen Dank für Ihr Interesse!