

Fachtagung „Der Deutsche Kerndatensatz (KDS) – Bestandsaufnahme und Perspektiven“

am 28.02.2014 in Frankfurt

Untenstehend finden Sie eine Zusammenfassung der Beiträge, Diskussionen und Wortmeldungen, die auf der KDS-Fachtagung hinsichtlich Zielen, Problemen und Schwächen des KDS bzw. dessen Dokumentation gemacht wurden. Des Weiteren sind Veränderungs- bzw. Streichungsvorschläge aufgeführt, die von Referenten und Teilnehmern formuliert wurden. Das Protokoll und die Zusammenfassung wurden von Moritz Rosenkranz und Christian Schütze (ISD) erstellt und sind ohne Gewähr.

1. Veränderungen KDS: Item-Ebene übergreifend

Strukturaspekte

- Eine generelle KDS-Reflexion ist nötig: was ist ausgewertet worden, was hat es genutzt? Für wen, auf welcher Ebene, für welche Zwecke hat die Auswertung Nutzen gebracht: Im KDS soll nur behalten werden, was Nutzen bringt.
- Vorschlag: KDS als Baukastensystem konzipieren.
- Ein „harter Kern“ des KDS sollte erhalten bleiben (20 Items).
 - Dieser enthält Fragen/ Items, die überall erhoben werden.
 - Der „harte Kern“ muss definiert werden z.B.
 - angelehnt an den Treatment Demand Index (EMCDDA),
 - anhand der Leitlinie: Welche Fragen sind wirklich wichtig und sollen tatsächlich mit Hilfe des KDS beantwortet werden,
 - indem die Doku-Qualität (Missing-Raten) betrachtet/analysiert wird und dann auf den Doku-Bedarf geschlossen wird.
- Ein „Weicher Kern“ sollte laufend angepasst werden, z.B. um
 - Aussagen machen zu können, die nur in einem Bundesland spezifisch interessieren,
 - „unsinnige“ Items nicht überall erheben zu müssen, wie beispielsweise der HCV-Status eines 16jährigen exzessiven Onlinespielers.
- Durch das Baukastenprinzip kann erreicht werden:
 - Eine Steigerung der Praxisrelevanz im Datensatz.
 - KDS kann auf das Wesentliche, das wirklich Relevante reduziert werden und somit verschlankt werden.
- Die Auswertung sollte nicht nur aggregiert, sondern auch individualisiert stattfinden um z.B. die Frage zu beantworten, wo die Klienten nach Abschluss der Betreuung hingehen.
- Die Nutzung der Daten ist so nicht so umfangreich möglich, wie es generell möglich und sinnvoll wäre.

Durch die Änderung der Struktur des KDS könnten sowohl inhaltliche Optimierungen als auch Verbesserungen der Datenqualität erreicht werden. Folgende Vorschläge bzgl. einer Veränderung/Anpassung der Dokumentation wurden diskutiert:

Inhaltliche Bereiche

- Es liegt im Interesse insbesondere der Kommunen die Vernetzung im Suchthilfesystem abbilden zu können (z.B. Vermittlung von Klienten durch Jugendamt oder Jobcenter): Kategorien für eine Struktur des Hilfesystems sollten eingeführt werden.
- Wiederaufnahmen sollten gesondert dokumentiert und ausgewertet werden: Wiederaufnahmen sind häufig nicht unbedingt Rückfälle, sondern sie spiegeln das vernetzte Hilfesystem wider.
- Die Verbesserung und Veränderung der Situation d. Klienten durch Behandlung/Betreuung in der Suchthilfe soll durch die Dokumentation sichtbar gemacht werden.
- Die „Nichtantworter“ sollten einer speziellen Analyse unterzogen werden (nicht näher ausgeführt).
- Da sich Hilfebedarfe fortlaufend ändern, sind einzelne Bereiche/Items oft nicht mehr aktuell und können gestrichen werden.

Dokumentationsbreite und -qualität

- Zu diskutieren wäre, welche Bereiche des KDS überhaupt beantwortbar sind?
 - Manche Items (z.B. zur Vorgeschichte/Vorbehandlungen), die momentan abgefragt werden sind nicht sinnvoll zu beantworten, da die Ereignisse zu lange her sind und die Berater oder auch die Klienten sich nicht mehr erinnern.
 - Dadurch kommt es in einigen Bereichen zu vielen Missings (z.B. Infektionsstatus, psychiatr. Zusatzdiagnosen, allg. ICD-Diagnosen).
- Der KDS-Umfang bzw. die Detailtiefe und damit der zeitliche Dokumentationsaufwand sollte insgesamt reduziert werden.
 - Er ist in dieser Form v.a. für die Praxis zu umfangreich.
 - Teilweise sind Items (und Erläuterungen) zu kompliziert.
 - Der Nutzen der Daten ist den Beratern oft nicht klar genug.
 - Dies führt ebenfalls zu Missings.

2. Veränderungen KDS: Item-Ebene konkret

Vorschläge für neue Items/Bereiche, Veränderungen bestehender Items/Bereiche, Streichungen

Neueinführung

- Eigene Kinder sollten insgesamt erfasst werden, nicht nur die Kinder im Haushalt
- §35BtmG
- PSB von Substituierten
- Anteil der SGB II-Berechtigten
- Anteil von HIV und HCV-Infizierten
- Spritzenaustauschdaten, Anzahl getauschter Spritzen (ist international Standard)
- Morphingestützte Substitution soll mitaufgenommen werden.
- Amphetamine sollten differenziert werden (Crystal Meth, MDMA etc.)
- „Onlinesucht“ sollte eingeführt werden, die Beratung hierzu kommt immer häufiger vor kostet Arbeitszeit der Betreuer und fällt momentan bei der Doku meist unter den Tisch.
- Zielgruppe der Einrichtung: Katalog erweitern um Kategorie: „Neue psychoaktive Substanzen“.
- Erreichbarkeit der Einrichtung/der Suchthilfe (Land).
- Eingabemöglichkeit im KDS schaffen um differenzierte Therapieformen (Nachsorge/ amb. Reha) erfassen zu können.
- In Abhängigkeit vom Zweck des KDS Item-Aufnahme mit geschlechtsspezifischer Bedeutung:
 - Soziale und komorbide Belastungen, die nicht nach ICD-10 diagnostiziert sind,
 - Suchtbelastung von Vater, Mutter, beiden Elternteilen oder anderen dauerhaft versorgenden und erziehenden Personen,
 - körperliche Gewalterfahrungen,
 - sexualisierte Gewalterfahrungen.
- Erfassung des aktuellen Hilfebedarfes
- Abbildung neuartiger Netzwerkleistungen
- Gründe für Betreuungsabbrüche
- Angehörigenbetreuungen
- Katamnese

Veränderung

- Problematik am Betreuungsende („hat sich gebessert“, ...) ist zu weich, sollte konkreter formuliert werden.
- Cannabisdiagnosen ändern, neue Kategorie einführen für synt. Cannabinoide/ Räuchermischungen („Spice“) und research chemicals („Badesalz“) (siehe unten)
- Diagnosen: Amphetamin und Methamphetamin differenzieren.
- Diagnosen: „MDMA und verwandte ...“ ersetzen in: „MDMA und andere als Ecstasy konsumierte Substanzen“, evtl. diese ausdifferenzieren: Cathinone (Mephedron, Methylon, 3-MMC etc.) oder Cathinone und andere „neue“ Stimulanzien oder „Badesalze“, Cathinone, andere „neue“ Stimulanzien.

- Über eine neue Eingabemaske Erfassung von Risikofaktoren [semantisch statt Nebendiagnosen] ermöglichen (momentan gibt es deshalb hier viele Missings).
- Auflistung der Diagnostik bzw. Konsum aller Substanzen in den letzten 30 Tagen ist zu differenziert, kürzen.

Streichung

- Die Frage nach dem HCV-Status sollte bei den Klienten, für die sie nicht relevant ist, gar nicht erst auftauchen.
- Es rauchen ohnehin alle Klienten (vor allem bzgl. Alkohol Klientel), Nikotin muss daher nicht abgebildet werden.
- Konsumart streichen wegen fehlenden Nutzens und weil es nicht ausgewertet wird (hier aber auch Widerspruch formuliert).
- Item Konsumhäufigkeit soll raus, weil die Angaben ungenau sind, lediglich Schätzungen, die sich im Verlauf der Betreuung häufig als falsch erweisen. Die Klienten wissen es selbst nicht, nicht für Alkoholiker angemessen. Konsumhäufigkeit sollte gestaffelt erfragt werden, (1-10 mal, 11-20 mal/Monat).
- Alter bei Erstkonsum, Störungsbeginn sollte vor allem bzgl. Alkohol weggelassen werden: Angaben sind ungenau und nicht aussagekräftig (wird oft nur grob geschätzt), da meistens sehr lange her und nicht so einschneidend wie Erstkonsum bei Cannabis. Andere Idee: nicht streichen sondern modifizieren (z.B. erster Rausch statt Erstkonsum).
- Weitere Diagnosen (F30-F39): nur bei vorliegendem Gutachten dokumentieren, ansonsten weglassen.

3. Zweck KDS: übergeordnete Ebene

- Der KDS bzw. die durch ihn generierten Ergebnisse sollten als Mittel genutzt werden, um (auch auf Bundesebene) Einfluss in der Politik zu gewinnen.
- Hierfür muss stärker herausgestellt werden, welchen Nutzen der KDS für Bund und Länder hat.
- Außerdem sollte der KDS bzw. die durch ihn generierten Erkenntnisse durch qualitative Studien, Bevölkerungsumfragen und Kassendaten ergänzt werden.
- Die Auswertungen sollten zukünftig - neben der „klassischen Suchthilfe“ - auch um Eingliederungshilfe und Akutbehandlung ergänzt werden und die Einbindung in Netzwerkleistungen der Suchthilfe muss sichtbar gemacht werden.
- Auswertungs- und diesbezüglich Nutzenhoheit: Wäre eine Auswertung auch durch Verbände oder andere Interessierte denkbar?
- Schwer zu lösender Widerspruch: es gibt oft ein bestimmtes (polit. motiviertes oder einrichtungsspezifisches) Interesse an spezifischen Einzelitems (Crytal Meth, Situation von Kindern suchtkranker Eltern) gleichzeitig fordert insbesondere die Praxis eine Verschlan-
kung des KDS.
- Diesbezügliche Vorschläge und Denkanregungen:
 - Es sollte die Referenz beachtet werden: muss immer auf alle Bundesländer bezogen ein Vergleich möglich sein?
 - Muss überhaupt eine Einigung über die Items gegeben sein?
 - KDS sollte bzw. muss nicht unbedingt mehr für mehrere Jahre fest konzipiert sein.
- Um oben angeführten Einfluss auf die Politik zu realisieren und weil immer wieder neue polit. Diskussionen zu erwarten sind, muss der KDS flexibler werden (siehe auch Abschnitt 1)
- Beispiele
 - In der Vergangenheit: plötzlich großes Interesse an path. Glücksspiel
 - Momentan: Sportwetten
 - Zukünftig: Sucht bei Migranten und deren Erreichbarkeit durch das Hilfesystem
- Items könnten als eine Art Frühwarnsystem für die Politik fungieren.