

# Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Nikolaus Lange, Katrin Neeb, Peter Missel, Stefanie Bick, Rudolf Bachmeier, Roland Brenner, Silvia Fölsing, Wilma Funke, Anette Janner-Schraml, Thomas Klein, Dietmar Kramer, Bärbel Löhnert, Jan-H. Obendiek, Bernd Schneider, Peter Schneider, David Steffen, Volker Weissinger

Neben der stationären muss sich auch die ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker dem Thema „Qualitätssicherung“ stellen. In der medizinischen Rehabilitation wurde zuerst von der Rentenversicherung ein umfangreiches Qualitätssicherungsprogramm entwickelt, das sich als ein Mittel zur Sicherstellung der Qualität der Behandlung und des Rehabilitationserfolges unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen versteht. Die Leistungserbringer im stationären Bereich sind verpflichtet, sich an den dort vorgeschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung für den ambulanten Rehabilitationsbereich Abhängigkeitskranker befindet sich weiterhin und seit Jahren in der Entwicklungsphase. Auch für ambulante Rehabilitationseinrichtungen besteht die gesetzliche Forderung, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vorzuhalten, die Verpflichtung zur Zertifizierung gilt allerdings bislang nur für stationäre Rehabilitationseinrichtungen.

Seit seinem Bestehen gehört die Qualitätssicherung bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote für Abhängigkeitskranke zu den vorrangigen Aufgaben des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) und seiner Mitgliedseinrichtungen. Besonderen Wert legt der FVS hierbei auch auf die Ergebnisqualität. Nachdem der Fachverband Sucht e.V. bereits seit 1996 klinikübergreifende Katamnesen für den Bereich der stationären Suchtrehabilitation publiziert, wurden für den Entlassjahrgang 2007 erstmals auch die katamnestiche Ergebnisse aus ambulanten Mitgliedseinrichtungen im Rahmen einer Routine-1-Jahres-Katamnese vorgelegt. Mit der Auswertung des Entlassjahrganges 2011 wird nun die fünfte Auswertung publiziert. Ein einrichtungsübergreifender Gesamtbericht zur Rehabilitandenbefragung für den Zeitraum August 2009-Juli 2011 wurde im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung (2013) publiziert. In seinem Selbstverständnis unterstreicht der FVS damit, dass routinemäßige qualitätssichernde Maßnahmen auch im Bereich der

ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker notwendig sind.

Mit der Verabschiedung des neuen deutschen Kerndatensatzes (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2008), der in der zweiten Jahreshälfte 2006 vom Vorstand der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, den Spitzenverbänden der Suchtkrankenhilfe in Deutschland und den Bundesländern verabschiedet wurde, ist ein weiterer Schritt zu einer umfassenden Suchthilfestatistik auf den Weg gebracht. Den Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht wurde empfohlen, die überarbeitete Version der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2007) als Referenzsystem des Fachverbandes Sucht ab Entlassjahrgang 2007 und die ‚Katamnese Sucht 2011‘ (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2011) als Referenzsystem im Bereich der Katamnestiche einzusetzen. Diese überarbeitete Version der Basisdokumentation Sucht enthält bereits den neuen deutschen Kerndatensatz. Der neue deutsche Kerndatensatz enthält auch den empfohlenen einheitlichen Katamnestiche-Datensatz, der es ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland ermöglicht, sich an Routinekatamnesen als 1-Jahres-Katamnesen zu beteiligen. Auch dieser Katamnestiche-Datensatz fordert die ausschließliche Orientierung an den Berechnungsformen 1 bis 4 der Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS). Hiermit ist ein Regelwerk für die Durchführung und Darstellung von Katamnesen verfasst, dem sich der Fachverband Sucht in seinen Publikationen seit 1996 verpflichtet fühlt. Dieses Regelwerk sollte auch die Beliebigkeit katamnestiche Aussagen beseitigen, indem in jeder nationalen Veröffentlichung im Suchtbereich heute angegeben werden sollte, welche Katamnestichestandards und welche Berechnungsform der DGSS in der Darstellung Anwendung findet.

Zielsetzungen katamnestiche Untersuchungen sind u. a.:

- statistischer Nachweis der Effektivität der Behandlung über die Kriterien ‚dauerhaf-

te Suchtmittelabstinenz‘, günstiger Verlauf der Integration ins Arbeitsleben, Lebenszufriedenheit im psychischen und sozialen Bereich und soziale Integration unter Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Klientels;

- differenzierte Analyse von Rückfallhäufigkeit und Rückfallgeschehen, um auch graduelle Verbesserungen zu erfassen und Behandlungs- und Prophylaxewissen zu optimieren.

Dieser Beitrag stellt die Ergebnisse von Katamnesen aus 9 ambulanten Einrichtungen zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen dar. Es handelt sich um die folgenden Einrichtungen: lanua Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH Saarlouis; salus klinik Fachambulanz Friedrichsdorf; AHG Gesundheitsdienste, Koblenz; Fachambulanz Sucht der AHG Kliniken Daun; Klientenzentrierte Problembearbeitung München; Klientenzentrierte Problembearbeitung Dachau; Fachambulanz der Fachklinik Alte Ölmühle; Fachambulanz der Klinik Eschenburg; Therapieverbund Sucht, Altenkirchen.

Die Rücklaufquoten lagen zwischen 46,2 Prozent und 72,1 Prozent je nach Einrichtung.

## Untersuchungsdesign

Die Katamnestiche des Fachverbandes Sucht umfasst die Daten einer Totalerhebung des Entlassjahrganges 2011 aus den beteiligten ambulanten Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen.

In allen beteiligten Einrichtungen wird nach rehabilitationswissenschaftlich fundierten Behandlungskonzepten gearbeitet. Die jeweilige Maßnahme wird rehabilitandenorientiert individuell geplant und durchgeführt.

Die Durchführung der 1-Jahres-Katamnestiche orientierte sich an den „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie“ (1985, 1992, 2001). Alle im Jahr 2011 entlassenen

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppe, kategoriale Auswertung\*

Merkmal	Kategorie	Nichtantworter N = 172		Katamneseantworter N = 252		Gesamt N = 424	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Geschlecht</b>	Männlich	105	61,0%	156	61,9%	261	61,6%
	Weiblich	67	39,0%	96	38,1%	163	38,4%
<b>Altersgruppe</b>	Bis 40	67	39,0%	51	20,2%	118	27,8%
	Über 40	105	61,0%	201	79,8%	306	72,2%
<b>Familienstand bei Aufnahme*</b>	Verheiratet	68	39,5%	119	47,2%	187	44,1%
	Nicht Verheiratet	102	59,3%	133	52,8%	235	55,4%
<b>Partnerschaft bei Aufnahme*</b>	Keine feste Beziehung	75	43,6%	104	41,3%	179	42,2%
	Feste Beziehung	95	55,2%	148	58,7%	243	57,3%
<b>Höchster Schulabschluss*</b>	Kein Abschluss	5	2,9%	5	2,0%	10	2,4%
	Sonder-/Hauptschulabschluss	65	37,8%	96	38,1%	161	38,0%
	Realschulabschluss und höher	100	58,1%	149	59,1%	249	58,7%
	Sonstiger Abschluss	0	0,0%	1	0,4%	1	0,2%
<b>Erwerbsituation bei Aufnahme*</b>	Erwerbstätig	94	54,7%	159	63,1%	253	59,7%
	Erwerbslos	39	22,7%	48	19,1%	87	20,5%
	Nicht erwerbstätig	33	19,2%	41	16,3%	74	17,5%
<b>Vermittlung*</b>	Keine/Selbstmelder	35	20,3%	44	17,5%	79	18,6%
	Ärztliche/ psychoth. Praxis	45	26,2%	72	28,6%	117	27,6%
	Suchtberatungsstelle	20	11,6%	38	15,1%	58	13,7%
	Krankenhaus	13	7,6%	24	9,5%	37	8,7%
	Stationäre und teilstationäre Reha-Einrichtungen	30	17,4%	30	11,9%	60	14,2%
	Sonstige	28	16,3%	43	17,1%	71	16,7%
<b>Leistungsträger (Mehrfachantworten möglich)</b>	Pauschal finanziert	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Selbstzahler	7	4,1%	5	2,0%	12	2,8%
	Rentenversicherung	137	79,7	191	75,8%	328	77,4%
	Krankenversicherung	52	30,2%	100	39,7%	152	35,9%
	Sonstiger Kostenträger	1	0,6%	1	0,4%	2	0,5%
<b>Hauptsuchtmittel-diagnose</b>	Alkohol	147	85,5%	229	90,9%	376	88,7%
	Cannabis	4	2,3%	3	1,2%	7	1,7%
	Sedativa / Hypnotika	2	1,2%	7	2,8%	9	2,1%
	Kokain Abhängigkeit	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Stimulanzen	3	1,7%	2	0,8%	5	1,2%
	Andere psychotrope Substanzen	16	9,3%	11	4,4%	27	6,4%
<b>Behandlungsart</b>	Ambulante Rehabilitation	124	72,1%	205	81,3%	329	77,6%
	Poststationäre ambulante Reha	37	21,5%	35	13,9%	72	17,0%
	Ambulanter Teil einer Kombibehandlung	11	6,4%	12	4,8%	23	5,4%
<b>Ambulante Entwöhnungen</b>	Keine	135	78,5%	197	78,2%	332	78,3%
	1	30	17,4%	49	19,4%	79	18,6%
	2 oder mehr	6	3,5%	5	2,0%	11	2,6%
<b>Stationäre Entwöhnungen</b>	Keine	103	59,9%	180	71,4%	283	66,7%
	1	56	32,6%	55	21,8%	111	26,2%
	2 oder mehr	13	7,6%	11	4,4%	24	5,7%
<b>Entgiftungen</b>	Keine	70	40,7%	85	33,7%	155	36,6%
	1	55	32,0%	99	39,3%	154	36,3%
	2 oder mehr	47	27,3%	66	26,2%	113	26,7%
<b>Entlassform</b>	Planmäßig	115	66,9%	212	84,1%	327	77,1%
	Abbruch durch Patient	53	30,8%	32	12,7%	85	20,1%
	Abbruch durch Einrichtung	3	1,7%	6	2,4%	9	2,1%
	Außerplanmäßige Verlegung	1	0,6%	2	0,8%	3	1,0%
	Verstorben	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

\* Anmerkung: Infolge fehlender Daten addieren sich die Prozentangaben nicht immer auf 100 Prozent.

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

	Nichtantworter			Katamneseantworter			Gesamt		
	N = 172			N = 252			N = 424		
	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N
<b>Alter bei Aufnahme</b>	43,7 J.	11,3 J.	172	48,1 J.	10,4 J.	252	46,2 J.	11,1 J.	424
<b>Abhängigkeitsdauer in Jahren</b>	10,1 J.	9,9 J.	113	9,6 J.	10,4 J.	157	9,8 J.	10,2 J.	270
<b>Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung in Tagen</b>	285,9 Tage	151,5 Tage	115	310,3 Tage	106,8 Tage	212	301,7 Tage	124,7 Tage	327
<b>Behandlungsdauer Gesamt in Tagen</b>	234,4 Tage	154,3 Tage	172	296,2 Tage	119,9 Tage	241	267,1 Tage	135,7 Tage	424
<b>Anzahl der Kontakte bei planmäßiger Entlassung</b>	57,3	56,3	115	79,3	61,0	212	71,5	60,2	327
<b>Anzahl der Kontakte Gesamt</b>	49,0	51,3	172	74,6	59,7	212	64,2	57,8	424

Rehabilitanden<sup>1</sup> wurden zwölf Monate nach Beendigung ihrer Entwöhnungsbehandlung im Rahmen eines gleitenden Versandschemas angeschrieben mit der Bitte, den beiliegenden Katamnesebogen ausgefüllt zurückzusenden. Ein erstes Erinnerungsschreiben erfolgte nach drei, ein weiteres nach sechs Wochen. Erfolgte auch dann keine Antwort, wurde in einigen Einrichtungen versucht, den Rehabilitanden telefonisch zu erreichen, um in Anlehnung an einen Interviewleitfaden Katamnese-daten zu erhalten.

Seit dem Entlassjahrgang 2007 werden eine Basisdokumentation und eine Katamnese eingesetzt, die den überarbeiteten Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (DHS, 2008) abdecken. Als „abstinenter“ wurden diejenigen Rehabilitanden eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als „abstinenter nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage abstinenter war. Als „rückfällig“ galten alle anderen Personen einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben.

Die Daten wurden von den beteiligten Einrichtungen Redline Data, Ahrensböck, jeweils in Form eines Datensatzes pro Rehabilitand in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Im Gegensatz zur Katamnese des Entlassjahrganges 2010 wurden ausschließlich Rehabilitanden berücksichtigt, die an einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme, sei es rein ambulant, poststationär ambulant oder am ambulanten Teil einer Kombinationsbehandlung, teilgenommen hatten. Aus der Untersuchung wurden 23 Rehabilitanden mit der Hauptsuchtmitteldiagnose Pathologi-

sches Glücksspiel (ICD 10, F63.0) herausgenommen.

In die Untersuchung wurden nur Einrichtungen aufgenommen, die eine Rücklaufquote von  $\geq 45$  Prozent erreichten.

### Beschreibung der Stichprobe

Alle im Zeitraum vom 01.01.2011 bis 31.12.2011 in den beteiligten Einrichtungen entlassenen 424 Rehabilitanden bilden die Gesamtstichprobe. Die soziodemographischen Daten sowie die Angaben zur Behandlung und zum Aufnahme- und Entlassstatus wurden auf der Basis des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe Sucht (DHS 2008) erfasst. In Tabelle 1 werden absolute und relative Häufigkeiten von Rehabilitanden- und Behandlungsmerkmalen für die Nichtantworter, die Katamneseantworter und die Gesamtstichprobe in der Katamnese aufgeführt. In Tabelle 2 werden Mittelwerte berichtet.

### Rehabilitandenmerkmale

61,6 Prozent der Rehabilitanden der Gesamtstichprobe waren männlichen, 38,4 Prozent weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter betrug in der Gesamtstichprobe 46,2 Jahre, 72,2 Prozent der Rehabilitanden waren 40 Jahre und älter. Insgesamt 44,1 Prozent der Rehabilitanden waren verheiratet, 57,3 Prozent lebten in einer festen Beziehung.

Bezüglich der Schulbildung gaben insgesamt 2,4 Prozent an, keinen Schulabschluss zu haben, 38,0 Prozent hatten einen Sonder- oder Hauptschulabschluss erreicht, 58,7 Prozent einen darüber hinausgehenden Abschluss sowie 0,2 Prozent einen sonstigen Abschluss

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit am Tag vor der Aufnahme standen 59,7 Prozent der Rehabilitanden in einem Arbeitsverhältnis, 20,5 Prozent waren erwerbslos und 17,5 Prozent fielen unter die Kategorie Nicht-Er-

werbspersonen (Hausfrauen, Rentner, Schüler, Studenten etc.).

### Behandlungsmerkmale

Der Hauptanteil mit 27,6 Prozent der Vermittlungen erfolgte durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, 14,2 Prozent erfolgten durch stationäre und teilstationäre Reha-Einrichtungen. Ohne Vermittlung kamen 18,6 Prozent der Rehabilitanden in die Behandlung. Suchtberatungsstellen und Ambulanzen waren in 13,7 Prozent der Fälle der Vermittler. Durch Krankenhäuser wurden 8,7 Prozent der Rehabilitanden vermittelt. Auf sonstige Vermittler verteilen sich die restlichen 16,7 Prozent der Vermittlungen.

Die Behandlungen wurden überwiegend von den Rentenversicherungsträgern getragen (77,4 Prozent). In 35,9 Prozent der Fälle war eine Krankenversicherung der Leistungsträger. Insgesamt 2,8 Prozent der Rehabilitanden waren Selbstzahler. Sonstige Leistungsträger machten 0,5 Prozent aus. Da mehrere Leistungsträger pro Behandlung angegeben werden konnten, addieren sich die Prozentangaben, die auf die Behandlungsfälle bezogen wurden, auf mehr als 100 Prozent.

Nach ICD – 10 hatten 88,7 Prozent der Rehabilitanden in der Hauptdiagnose eine Störung durch Alkohol(F10). Bei den übrigen Rehabilitanden hatten 2,1 Prozent Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F 13), 1,7 Prozent zeigten eine Abhängigkeit von Cannabinoiden (F12) und 1,2 Prozent von Stimulanzien (F15). Andere Hauptdiagnosen wurden bei 6,4 Prozent der Rehabilitanden vergeben. 23 Rehabilitanden aus der Basisdokumentation 2011 mit der Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel (ICD–10 F63.0) wurden nicht in die Untersuchung aufgenommen.

Die Gesamtstichprobe verteilt sich auf folgende Behandlungsarten: 77,6 Prozent waren in ambulanter Rehabilitation, 17,0 Prozent in poststationärer ambulanter Rehabi-

<sup>1</sup> Wir verwenden im Folgenden die männliche Form. Damit sind jeweils Männer und Frauen gemeint. Geschlechtsspezifische Angaben werden entsprechend gekennzeichnet.

litation und 5,4 Prozent haben den ambulanten Teil einer Kombibehandlung absolviert. Aufgrund der deutlich verschieden großen Fallzahlen zwischen den drei ambulanten Behandlungsarten sind im Folgenden Vergleiche zwischen diesen mit einer gewissen Vorsicht zu betrachten.

Für 78,3 Prozent der Rehabilitanden war die Indexbehandlung, die erste ambulante Behandlung, 21,2 Prozent hatten schon ambulante Behandlungen in der Vorgesichte.

66,7 Prozent aller Rehabilitanden hatten keine stationäre Entwöhnungsbehandlung vor der ambulanten Behandlung absolviert, eine bereits durchgeführte stationäre Entwöhnung wird von 26,2 Prozent, mehr als eine von 5,7 Prozent der Rehabilitanden berichtet.

Vor der ambulanten hatten 36,6 Prozent keine Entgiftungsbehandlung, 36,3 Prozent eine und 26,7 Prozent mehr als eine Entgiftungsbehandlung durchgeführt.

Die Beendigung der ambulanten Abhängigkeitsbehandlung erfolgte in 77,1 Prozent aller Fälle planmäßig. 20,1 Prozent der Rehabilitanden brachen ihre Behandlung ab. Durch die Einrichtung wurden 2,1 Prozent der Behandlungen beendet. In andere Einrichtungen verlegt wurden 1,0 Prozent der Rehabilitanden.

Die mittlere Dauer der Abhängigkeit bei Beginn der Behandlung lag bei 9,8 Jahren.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag für die Gesamtstichprobe bei 267,1 Tagen oder 38,6 Wochen. Bei planmäßiger Entlassung betrug die Behandlungsdauer 301,7 Tage oder 43,1 Wochen. Der Mittelwert der Anzahl der Kontakte betrug bei planmäßiger Behandlungsbeendigung 71,5, für die Gesamtgruppe 64,2 Kontakte.

Stellt man die drei Behandlungsarten der ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen (ambulante Rehabilitation, poststationäre ambulante Rehabilitation und ambulante Teil einer Kombibehandlung) gegenüber, fällt auf, dass die Rehabilitanden mit einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme und die Rehabilitanden des ambulanten Teils einer Kombibehandlung in vielen Merkmalen günstiger abschneiden als die Rehabilitanden mit einer poststationären ambulanten Reha-Maßnahme:

61,4 Prozent der Rehabilitanden einer ambulanten Reha und 56,5 Prozent der Kombi-Rehabilitanden leben in einer festen Beziehung gegenüber nur 38,9 Prozent der Rehabilitanden der poststationären ambulanten Rehabilitation. Erwerbstätig sind 78,3 Prozent der Kombi-Rehabilitanden, gefolgt von 60,5 Prozent der Rehabilitanden einer ambulanten Rehabilitation und mit 50,0 Prozent der Rehabilitanden der poststationären Rehabilitation. Gegenüber den Rehabilitanden mit einer poststationär ambulanten Reha sind die Rehabilitanden mit einer rein ambulanten oder Reha Kombi-Behand-

lung älter (über 40 Jahre alt sind 62,5 Prozent vs. 74,2 Prozent bzw. 73,9 Prozent).

Die rein ambulanten Rehabilitanden und die Kombi-Rehabilitanden hatten mit 35,9 Prozent bzw. 34,8 Prozent gegenüber den poststationär ambulanten Rehabilitanden mit 40,3 Prozent bisher keine Entgiftung. Bei einer bisher stattgefundenen Entgiftung fällt der prozentuale Anteil der poststationär ambulanten Rehabilitanden mit 23,6 Prozent gegenüber den rein ambulanten Rehabilitanden (38,3 Prozent) und den Kombi-Rehabilitanden (47,8 Prozent) niedriger aus. Dagegen ist die Belastung bei zwei oder mehr stationären Entgiftungen für die Kombi-Rehabilitanden mit nur 17,4 Prozent und den rein ambulanten Rehabilitanden mit 25,2 Prozent geringer als bei den poststationär ambulanten Rehabilitanden mit 36,1 Prozent. Kombi-Rehabilitanden und rein ambulante Rehabilitanden haben die Behandlung häufiger planmäßig beendet (87,0 Prozent bzw. 78,4 Prozent) als poststationär ambulante Rehabilitanden mit 68,1 Prozent.

### Vergleich der Stichprobe der Katamneseantworter mit der Stichprobe der Nichtantworter

Anhand der Tabellen 1 und 2 lassen sich die Merkmale der Stichprobe der Katamneseantworter mit der Stichprobe der Nichtantworter vergleichen.

Tab. 3: Stichprobenbeschreibung nach Behandlungsart (Rehabilitations-Maßnahme vs. Nachsorge/Sonstiges)

		Nichtantworter N=172						Katamneseantworter N=252						Gesamt N=424					
		Ambulante Reha N=124		Poststationär-ambulante Reha N=37		Ambulante Phase einer Kombibehandlung N=11		Ambulante Reha N=205		Poststationär-ambulante Reha N=35		Ambulante Phase einer Kombibehandlung N=12		Ambulante Reha N=329		Poststationär-ambulante Reha N=72		Ambulante Phase einer Kombibehandlung N=23	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Partnerbeziehung bei Aufnahme*	Keine feste Beziehung	48	39,0	21	58,3	6	54,5	78	38,0	22	62,9	4	33,3	126	38,3	43	59,7	10	43,5
	Feste Beziehung	75	61,0	15	41,7	5	45,5	127	62,0	13	37,1	8	66,7	202	61,4	28	38,9	13	56,5
Erwerbssituation bei Aufnahme*	Erwerbstätig	67	54,0	18	58,1	9	81,8	132	64,4	18	50,0	9	81,8	199	60,5	36	50,0	18	78,3
	Erwerbslos	29	23,4	8	25,8	2	18,2	36	17,6	12	37,5	0	0,0	65	19,8	20	27,8	2	8,7
	Nicht erwerbstätig	28	22,6	5	16,1	0	0,0	37	18,0	2	6,3	2	18,2	65	19,8	7	9,7	2	8,7
Alter	Bis 40	47	37,9	16	43,2	4	36,4	38	18,5	11	31,4	2	16,7	85	25,8	27	37,5	6	26,1
	Über 40	77	62,1	21	56,8	7	63,6	167	81,5	24	68,6	10	83,3	244	74,2	45	62,5	17	73,9
Entgiftungen	Keine	49	39,5	16	43,2	5	45,5	69	34,0	13	37,1	3	25,0	118	35,9	29	40,3	8	34,8
	Eine	43	34,7	9	24,3	3	27,3	83	40,9	8	22,9	8	66,7	126	38,3	17	23,6	11	47,8
	2 oder mehr	32	25,8	12	32,4	3	27,3	51	25,1	14	40,0	1	8,3	83	25,2	26	36,1	4	17,4
Behandlungsbeendigung	Planmäßig	87	70,2	19	51,4	9	81,8	171	83,4	30	85,7	11	91,7	258	78,4	49	68,1	20	87,0
	Nicht planmäßig	37	29,8	18	48,6	2	18,2	34	16,6	5	14,3	1	8,3	71	21,6	23	31,9	3	13,0

\* Anmerkung: Aufgrund fehlender Angaben summieren sich die Werte nicht immer auf 100 Prozent.

Zusammenfassend weist die Stichprobe der Katamneseantworter im Vergleich zur Stichprobe der Nichtantworter folgende nennenswerte Unterschiede auf: mehr ältere Rehabilitanden, mehr verheiratete Rehabilitanden, mehr erwerbstätige Rehabilitanden, mehr Rehabilitanden mit der Hauptsuchtmitteldiagnose ‚Störung durch Alkohol‘ (F10.2), mehr Rehabilitanden ohne frühere stationäre Entwöhnung, deutlich mehr Rehabilitanden mit planmäßiger Behandlungsbeendigung und dadurch bedingt eine höhere mittlere Behandlungsdauer über alle, wie über die planmäßigen Entlassungen. Auch die Anzahl der Kontakte (gesamt wie planmäßige Entlassungen) ist bei den Katamneseantwortern erhöht.

### Vergleich der Behandlungsarten in der Stichprobe der Katamneseantworter

Vergleicht man in der Stichprobe der Katamneseantwortern die drei ambulanten Behandlungsarten untereinander, dann zeigt sich auch hier, dass die Gruppe der Kombi-Rehabilitanden und die Gruppe der rein ambulanten Rehabilitationsmaßnahme häufiger eine feste Beziehung führen als die Rehabilitandengruppe der poststationären ambulanten Reha, häufiger erwerbstätig sind, häufiger über 40 Jahre alt sind und deutlich seltener 2 oder mehr Entgiftungen in der Vorgeschichte haben. Auch in Bezug auf die Entlassart unterscheiden sich die drei ambulanten Behandlungsarten. Katamneseantworter der Kohorte des ambulanten Teils einer Kombibehandlung haben mit 90,9 Prozent die meisten planmäßigen Beendigungen. Bei den Katamneseantwortern der rein ambulanten Reha sind es 84,3 Prozent und bei der poststationär ambulanten Reha sind es 82,1 Prozent mit planmäßigem Abschluss (vgl. Tabelle 3).

### Katamneseergebnisse

Tabelle 4 zeigt die Ergebnisse zum Datenrücklauf der Katamnese.

Tab. 4: Ergebnisse zum Datenrücklauf (Gesamtstichprobe)

	Anzahl	Prozent
Abstinient	194	45,8%
Abstinient nach Rückfall (30 Tage)	25	5,9%
Rückfällig	32	7,5%
Widersprüchliche Angaben	1	0,2%
verstorben	2	0,5%
unbekannt verzogen	17	4,0%
Sonstiges / keine Daten	153	36,1%
<b>Gesamt</b>	<b>424</b>	<b>100,0%</b>

Tab. 5: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (neu „Abstinient nach Rückfall 30 Tage“)

	DGSS 1 (N=212)		DGSS 2 (N=327)		DGSS 3 (N=252)		DGSS 4 (N=424)	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	192	90,6%	192	58,7%	219	86,9%	219	51,7%
<b>Abstinient</b>	172	81,1%	172	52,6%	194	77,0%	194	45,8%
<b>Abstinient nach Rückfall (30 Tage)</b>	20	9,4%	20	6,1%	25	9,9%	25	5,9%
<b>Rückfällig</b>	20	9,4%	135	41,3%	33	13,3%	205	48,3%
<b>Gesamt</b>	212	100,0%	327	100,0%	252	100,0%	424	100,0%

Die Ausschöpfungsquote beträgt für den Entlassjahrgang 2011 insgesamt 59,4 Prozent (252 Rehabilitanden der Gesamtstichprobe der Katamnese 2011 mit n=424). Bei vergleichbarer Berechnungsart aller ambulanten Rehabilitanden ergaben sich im Vorjahr 59,7 Prozent.

Als Antworterstichprobe wurden die Katamneseantworter mit den Kategorien „abstinient“ (45,8 Prozent), „abstinient nach Rückfall“ (5,9 Prozent), „rückfällig“ (7,5 Prozent) und „widersprüchlichen Angaben (0,2 Prozent) in den Katamneseprotokollbögen definiert. Hingewiesen sei darauf, dass gemäß der neuen Definition von „abstinient nach Rückfall“ nur noch der Zeitraum von 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt – und nicht mehr 3 Monate – zugrunde gelegt wurde. Die Nichtantworterstichprobe setzte sich aus, „verstorben“ (0,5 Prozent), „unbekannt verzogen“ (4,0 Prozent) und „sonstige/keine Daten“ (36,1 Prozent) zusammen.

### Abstinenzquoten

Zur Berechnung der Abstinenzquoten wurden die Berechnungsformen 1 – 4 nach den Standards der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 1985, 1992, 2001) verwendet. Nach Berechnungsform 1 werden alle erreichten Reha-

bilitanden, die planmäßig aus der ambulanten Behandlung entlassen wurden, einbezogen. Die Berechnungsform 2 bezieht sich auf alle planmäßig entlassenen Rehabilitanden. In Berechnungsform 3 werden die Angaben aller in der Katamneseuntersuchung erreichten Rehabilitanden berücksichtigt. Bezugsbasis für die konservative Berechnungsform 4 sind alle in 2011 entlassenen Rehabilitanden. Personen für die keine oder widersprüchliche Katamneseinformationen vorliegen, werden hiernach als rückfällig gewertet. Darunter fallen auch die Unterkategorien „unbekannt verzogen“, „verweigert“, „nicht geantwortet“, „verstorben“ und „unfähig zur Beantwortung“.

Tabelle 5 stellt die Ergebnisse nach den Bewertungsarten 1 – 4 der DGSS inklusive der verstorbenen Rehabilitanden für die Gesamtstichprobe dar. Die in der Regel günstigste Berechnungsform 1 bezieht sich auf die Anzahl der Katamneseantworter, die ihre Behandlung planmäßig beendet und geantwortet haben.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe der Rehabilitanden inklusive der verstorbenen Rehabilitanden ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote („abstinient“ und „abstinient nach Rückfall“) nach DGSS 4 von 51,7 Prozent. Es leben im gesamten Katamnesezeitraum 45,8 Prozent der Rehabilitanden abstinient, 5,9 Prozent sind nach einem

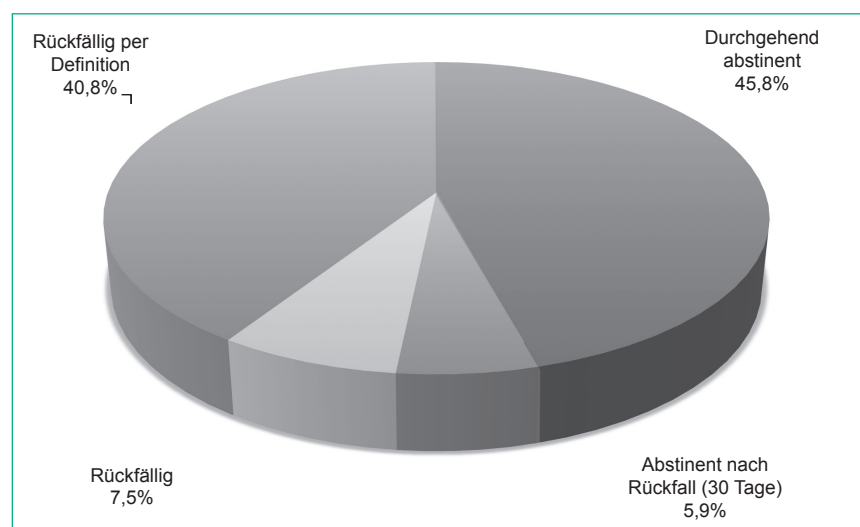


Abbildung 1: Abstinenzquote nach konservativer Berechnungsart (DGSS 4) incl. Verstorbene

Rückfall zum Befragungszeitpunkt wieder mindestens 30 Tage durchgehend abstinent. Die restlichen 48,3 Prozent werden in der konservativen Schätzung als rückfällig eingestuft, davon sind 7,5 Prozent belegte Rückfälle per Katamneseangabe und 40,8 Prozent Rückfälle per Definition.

In der Berechnungsform 1 nach DGSS, bei der nur die erreichten Rehabilitanden (Katamneseantworter), welche die Behandlung planmäßig beendet haben, einbezogen werden, ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 90,6 Prozent. Danach leben im gesamten Katamnesezeitraum 81,1 Prozent der Rehabilitanden durchgehend abstinent, 9,4 Prozent abstinent nach Rückfall und die restlichen 9,4 Prozent werden als rückfällig eingestuft. Die Erfolgsquoten für DGSS2 und DGSS 3 können der Tabelle 5 entnommen werden.

### Abstinenzquoten nach Behandlungsart

Die Tabelle 6 zeigt die Abstinenzquoten und katamnestiche Erfolgsquoten nach DGSS 4 für die drei Behandlungsarten ‚ambulante Rehabilitation‘, ‚poststationäre ambulante Rehabilitation‘ und ‚ambulanter Teil einer Kombibehandlung‘.

Die katamnestiche Erfolgsquoten nach DGSS 4 für die ambulante Rehabilitation beträgt 54,7 Prozent, für den ambulanten Teil einer Kombibehandlung 43,5 Prozent und für die poststationäre ambulante Rehabilitation 40,3 Prozent. Dabei bleiben bei der ambulanten Rehabilitation 49,2 Prozent der Rehabilitanden im 1-Jahres-Zeitraum durchgehend abstinent, bei dem ambulanten Teil einer Kombibehandlung 34,8 Prozent und bei der poststationär ambulanten Rehabilitation sind es nur 33,3 Prozent.

### Zufriedenheitseinstufungen

Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich jeweils auf die Gesamtstichprobe ohne Differenzierung nach Behandlungsart. Die Bewertungen der Katamneseantworter zur Zufriedenheit in relevanten Lebensbereichen zum Katamnesezeitpunkt (vgl. Tabelle 7) wurden mit einer sechsstufigen Skala mit den Polen „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ erhoben und zu zwei Kategorien („eher zufrieden bis sehr zufrieden“ und „eher unzufrieden bis sehr unzufrieden“) zusammengefasst.

Tabelle 7 beschreibt Zufriedenheitseinstufungen über die unterschiedlichen Lebensbereiche der Katamneseantworter im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. Die Kategorien, die die katamnestiche Erfolgsquote ausmachen, „abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“, wurden auf Basis der Katamneseantworter mit entsprechenden Angaben zusammengefasst.

Abstinent lebende Rehabilitanden sind ein Jahr nach Behandlungsende in fast allen Le-

Tab. 6: Abstinenzquoten nach Behandlungsart (DGSS 4)

	Ambulante Rehabilitation		Poststationäre ambulante Rehabilitation		Ambulante Nachsorge	
	N = 329		N = 72		N = 23	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	180	54,7%	29	40,3%	10	43,5%
<b>Abstinent</b>	162	49,2%	24	33,3%	8	34,8%
<b>Abstinent nach Rückfall (30 Tage)</b>	18	5,5%	5	6,9%	2	8,7%
<b>Rückfällig</b>	149	45,3%	43	59,7%	13	56,5%
<b>Gesamt</b>	329	100,0%	72	100,0%	23	100,0%

Tab. 7: Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Therapieerfolg\* (Prozentangaben)

Zufriedenheit mit	Katamneseerfolg 30 Tage		
	Erfolgreich	Rückfällig	Gesamt
Partnerbeziehung	88,9%	94,7%	89,5%
Eltern, Geschwister, Verwandte	94,2%	79,2%	93,5%
Eigene Kinder	96,0%	80,0%	94,4%
Bekannte, Freunde	93,8%	77,7%	91,9%
Freizeitgestaltung	91,1%	70,4%	88,6%
Arbeitssituation	82,8%	78,2%	82,4%
Körperliche Gesundheit	88,3%	66,7%	85,7%
Seelischer Zustand	92,3%	65,4%	89,1%
Finanzielle Situation	85,7%	85,2%	85,7%
Wohnsituation	95,3%	96,3%	95,4%
Suchtmittelgebrauch	94,4%	52,0%	89,2%
Alltagsbewältigung	93,2%	80,6%	91,2%

\* Antworter mit Angaben zu diesem Item

benssituationen zufriedener als rückfällige Rehabilitanden. So sind 94,4 Prozent der erfolgreichen und nur 52,0 Prozent der rückfälligen Rehabilitanden mit ihrem Suchtmittelgebrauch zufrieden, für die Alltagsbewältigung lauten die Angaben 93,2 Prozent und 80,6 Prozent, mit dem seelischen Zustand sind 92,3 Prozent der erfolgreichen und 65,4 Prozent der rückfälligen Rehabilitanden zufrieden, für die körperliche Gesundheit ergeben sich ebenfalls Unterschiede (88,3 Prozent vs. 66,7 Prozent). Einzig in den Items Partnerschaft und Wohnsituation sind die rückfälligen Rehabilitanden geringfügig zufriedener als die abstinenten Rehabilitanden.

### Rückfallverlauf und Gründe für Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Die Abbildung 2 zeigt bei den rückfälligen Rehabilitanden den Zeitpunkt des ersten Rückfalls. Nur von 21 der 67 bekannten Rückfälle (rückfällige Katamneseantworter und abstinent nach Rückfall lebende Katamneseantworter) liegen Angaben zum Rückfallzeitpunkt vor. Fast die Hälfte (47,6

Prozent) aller Rückfälle mit Angaben zum Rückfallzeitpunkt ereignen sich innerhalb des ersten Quartals nach der Entlassung. Ein halbes Jahr nach Entlassung haben sich schon knapp dreiviertel aller Rückfälle (71,4 Prozent) ereignet.

Wenn Rehabilitanden im Katamnesezeitraum Suchtmittel konsumiert hatten, konnten sie für eine Reihe spezifisch abgefragter Gründe für diesen Konsum jeweils mit „trifft zu“, „trifft nicht zu“ und „keine Angaben“ antworten. Die Angaben sind nach prozentualer Häufigkeit geordnet. Mehrfachangaben waren möglich.

Als häufigste Gründe für rückfälliges Verhalten wurden gute Stimmung bzw. Glücksgefühle (40,0 Prozent), Ärger, unwiderstehliches Verlangen/Suchtdruck, Überzeugung wieder kontrolliert Trinken zu können (mit je 36,0%) und körperliche Schmerzen (32,0 Prozent) genannt. Es folgen innere Spannung bzw. Unruhe, Frustration und Enttäuschung, Einsamkeit (mit je 28,0 Prozent) sowie Depressionen und schwierige Lebenssituationen (mit je 24,0 Prozent). Stressgefühle, Langeweile und entzugsähnliche Beschwerden werden von ungefähr einem Fünftel der rückfälligen Antworter benannt.

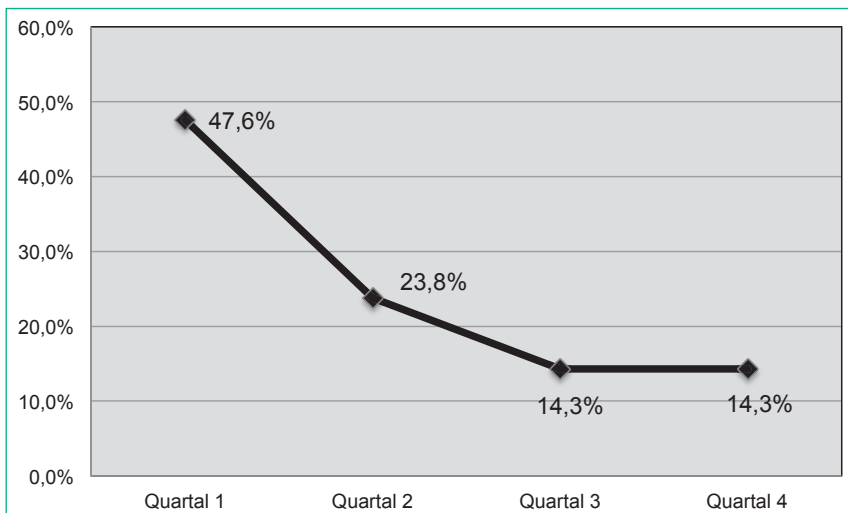


Abbildung 2: Zeitpunkt des ersten Rückfalls (N=21)

Schlafschwierigkeiten, Nicht nein sagen können, Schlafschwierigkeiten, Konflikte mit anderen Personen sowie Angst betreffen 12,0 Prozent bis 16,0 Prozent. Noch weniger geben als rückfälliges Verhalten „Versuchung in Gesellschaft nicht widerstehen zu können“ mit 4,0% an (vgl. Tabelle 8).

Tab. 8: Angaben der rückfälligen Antwort\* zu Gründen für erneuten Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Gründe für erneuten Suchtmittelkonsum	Prozent
Gute Stimmung, Glücksgefühl	40,0%
Ärger	36,0%
Unwiderstehliches Verlangen / Suchtdruck	36,0%
Überzeugung, kontrolliert trinken zu können	36,0%
Körperliche Schmerzen	32,0%
Innere Spannung, Unruhe	28,0%
Frustration, Enttäuschung	28,0%
Einsamkeit	28,0%
Depression	24,0%
In schwierigen Lebenssituationen	24,0%
Stressgefühle	20,0%
Langeweile	20,0%
Entzugsähnliche Beschwerden	20,0%
Nicht nein sagen können	16,0%
Schlafschwierigkeiten	12,0%
Konflikte mit anderen Personen	12,0%
Angst	12,0%
In Gesellschaft der Versuchung nicht widerstehen können	4,0%
Hemmungen	0,0%
Sonstiges	8,0%

\* Anmerkung: (rückfällige Antwort mit zustimmenden Angaben zu diesem Item, Mehrfachantworten möglich).

### Diskussion der Ergebnisse

Der Fachverband Sucht e.V. legt zum fünften Mal eine Katamnese von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige vor. Hinsichtlich der Behandlungsart handelt es sich nur, leistungsrechtlich gesehen, um ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, hiervon waren 77,6 Prozent rein ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, 17,0 Prozent poststationäre ambulante Rehabilitationsmaßnahmen und bei 5,4 Prozent handelte es sich um einen ambulanten Teil einer Kombibehandlung. Es ist bei weiteren Publikationen für die ambulante Behandlung Abhängigkeitskranker dringend zu empfehlen, die konkrete Behandlungsart hinsichtlich der Gesamtstichprobe differenziert analog der hier vorgestellten Vorgehensweise aufzuschlüsseln.

Die katamnestische Erfolgsquote der FVS-Katamnese 2011 aus Ambulanzen nach DGSS 4 beträgt 51,7 Prozent (davon 45,8 Prozent der Rehabilitanden durchgehend abstinent). Die katamnestische Erfolgsquote 2010 betrug 48,4 Prozent (39,7 Prozent durchgehend abstinent). Abstinenzquoten und katamnestische Erfolgsquoten wurden für beide Entlassjahrgänge nach dem neuen Kriterium ‚Abstinent nach Rückfall 30 Tage‘ gemäß Kerndatensatz der DHS (2008) berechnet.

Die katamnestischen Erfolgsquoten nach DGSS 4 bei ausschließlich ambulanter Rehabilitation sind höher als bei dem ambulanten Teil einer Kombi-Behandlung, letztere wiederum höher als die der poststationär ambulanten Rehabilitation.

Die katamnestische Erfolgsquote liegt über den Ergebnissen der Fachverband Sucht-Katamnese 2011 für den stationären Bereich (vgl. Missel et al. in diesem Band). Für den ambulanten Bereich ergab sich eine katamnestische Erfolgsquote bei Einrichtungen mit einer Ausschöpfungsquote  $\geq 45$  Prozent in DGSS 4 von 51,7 Prozent gegenüber dem stationären Bereich mit 41,8 Prozent (Ausschöpfungsquote ambulant vs

stationär: 59,4 Prozent vs. 57,6 Prozent).

Die katamnestischen Erfolgsquoten für die ambulante Reha (stationär in Klammern) für DGSS 1, DGSS 2 und DGSS 3 betragen 90,6 Prozent (74,6 Prozent), 58,7 Prozent (44,9 Prozent) und 86,9 Prozent (72,7 Prozent).

Bei einem Vergleich der Ergebnisse mit dem stationären Bereich ist allerdings auf die deutlichen Unterschiede in Rehabilitandenmerkmalen und Behandlungsmerkmalen zu verweisen.

Bei den soziodemografischen Variablen ist die ambulante Klientel als vergleichsweise prognostisch günstiger einzuschätzen. Hinsichtlich weiterer komorbider Erkrankungen der ambulanten Klientel kann aufgrund noch unzureichender Datensätze keine Aussage getroffen werden. Die Vernetzung mit der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung ist im ambulanten Bereich positiv zu vermerken.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) empfiehlt in dem 2004 verabschiedeten ‚Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Kerndatensatz Katamnese‘ für stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eine prospektiv geplante und routinemäßig durchgeführte Katamnese (1-Jahres-Katamnese) als Vollerhebung. Die Entwicklung des Kerndatensatzes Katamnese unter Mitwirkung des Fachverbandes Sucht e.V. lässt hoffen, dass Routineevaluation zunehmend auch zum Standard im ambulanten und teilstationären Bereich wird.

Insbesondere wäre es zu begrüßen, wenn nicht nur Aspekte der Struktur- und Prozessqualität in der Behandlung bzw. Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Mittelpunkt der Betrachtungen ständen, sondern dass mit einer Routinekatamnese ein entscheidender Schritt zum Nachweis der Ergebnisqualität des gesamten Suchthilfesystems in Deutschland gemacht würde. Hiermit könnten auch innovative Nachsorge-Module zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges differenziell evaluiert werden und mit den Ergebnissen der poststationär ambulanten Rehabilitation verglichen werden.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse der fünften Routinekatamnese aus ambulanten Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. für eine hohe Ergebnisqualität der ambulanten Behandlung Abhängigkeitskranker in diesen Einrichtungen. Einschränkung ist aber anzumerken, dass der Bereich der ambulanten Rehabilitation kontinuierlich und umfassend mit dem stationären Bereich vergleichbare regelmäßige Wirksamkeitsstudien vorlegen sollte. Der Fachverband Sucht e.V. wird mit einer regelmäßigen Publikation von Routinekatamnesen für den ambulanten Bereich hierzu seinen Beitrag leisten.

**Literatur:**

Bachmeier, R. und Brandl, E. (2000). Behandlungserfolg von erst- und wiederholungsbehandelten Rehabilitanden in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger. *Sucht Aktuell*, 7/1, 44 – 51.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1985). Standards für die Durchführung von Katamnese bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1992). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *SUCHT*, 47. Jahrgang, Sonderheft 2.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2004). Deutscher Kerndatensatz Katamnese. [www.dhs.de](http://www.dhs.de).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2008). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Stand: 05.10.2010. [www.dhs.de](http://www.dhs.de).

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2013). Ambulante Suchtrehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden, Bericht zur Qualitätssicherung 2013, Rehabilitandenbefragung – Gesamtbericht.

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2007). Basisdokumentation Sucht Version 1.0, Düsseldorf.

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2007). Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht), Version 1.0. Düsseldorf.

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2009). Basisdokumentation 2008 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 16, Bonn.

Funke, W., Funke, J., Klein, M., und Scheller, R. (1995). Zur Bedeutung differentieller Katamnesen: Strategien, Befunde, Konsequenzen. In: J. Körkel, G. Lauer und R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. S. 14 – 24. Stuttgart: Enke.

Funke, W., Kluger, H., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (1999). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1996 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 6/1, 40 – 44.

Funke, W., Kluger, H., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (2000). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1997 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 7/1, 39 – 44.

Funke, W., Kluger, H., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (2001). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1998 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 8/1, 43 – 48.

Kluger, H., Funke, W., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (2002). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1999 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 9/1, 25 – 33.

Kluger, H., Funke, W., Bachmeier, R., Brünger, M., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (2003). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2000 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 10/1, 14 – 23.

Küfner, H., Feuerlein, W. und Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der Vier-Jahres-Katamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157 – 272.

Lange, N., Wüst, G., Brenner, R., Funke, W., Janner-Schraml, A., Klein, T., Kramer, D., Löhnert, B., Missel, P., Schneider, B., Schneider, P., Steffen, R., Weissinger, V. (2012). Basisdokumentation 2011 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Basisdokumentation 2011 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V.. Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 19, 48-58.

Missel, P. (2007). Ergebnisqualität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Ausgewählte Ergebnisse. *Sucht Aktuell*, 14/1, 16 – 26.

Missel, P., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jahrreis, R., Ott, E., Quinten, C., Schneider, B. und Zemlin, U. (1997). Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese. *Sucht Aktuell*, 4/3-4, 10 – 22.

Missel, P. und Schäfer, R. (1997). Qualitätsmanagement in der Therapie Suchtkranker. In: Jeschke, H. A. und Lang, J. R. (Hrsg.), *Rehabilitation im Umbruch*. Kulmbach: Baumann.

Missel, P., Zobel, M., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2008). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2005 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 15/1, 13-24.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2009). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2006 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 16/1, 5-16.

Missel, P., Schneider, B., Funke, W., Janner-Schraml, A., Klein, T., Medenwaldt, J., Schneider, P., Steffen, D., Weissinger, V. (2010). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 17/1, 57-63.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2010). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 17/1, 9-20.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Brenner, R., Finkelmeier, B., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Janner-Schraml, A., Kersting, S., Klein, T., Kramer, D., Lange, N., Löhnert, B., v. Majewski, M., Medenwaldt, J., Opendiek, J.H., Schneider, B., Schneider, P., Steffen, D., Steffen, R., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2011). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 18/1, 27-33.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2011). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 18/1, 15-26.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V. (2012). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 19/1, 16-27.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Brenner, R., Finkelmeier, Fölsing, S., B., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Janner-Schraml, A., Kersting, S., Klein, T., Kramer, D., Kroll, B., Lange, N., Löhnert, B., v. Majewski, M., Medenwaldt, J., Opendiek, J.H., Schneider, B., Schneider, P., Steffen, D., Steffen, R., Verstege, R., Wehler, A., Weissinger, V. (2012). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 19/1, 28-35.

Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Kluger, H., Lange, N., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V. (2013). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 20/1, 13-25

Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R., Brenner, R., Deller, H., Finkelmeier, B., Fölsing, S., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Janner-Schraml, A., F. Kersting, S., Klein, T., Kluger, H., Kramer, D., Lange, N., Löhnert, B., Majewski, Michael von, Medenwaldt, J., Opendiek, J.-H., Schneider, B., Schneider, P., Steffen, D., Verstege, R., Wehler, A., Weissinger, V. (2013). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 20/1, 26-33

Zemlin, U., Schneider, B., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jahrreis, R., Missel, P., Ott, E., Quinten, C., Roeb, W. (1999). Effektivität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Ein-Jahreskatamnese in fünf Fachkliniken. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1999, 47, 60 – 73.

Zemlin, U., Herder, F. und Dornbusch, P. (1999). Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behand-



lungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? – Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. *Sucht Aktuell* 6/2, 16-32.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Brünger, M., Funke, W., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Weissinger, V., Wüst, G. (2004). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 11/1, 11-20.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2005a). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2002 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 12/1, 5-15.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2005b). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2003 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 12/2, 5-15.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2007). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2004 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 14/1, 5-15.

**Die Autoren:**

*Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung Johannesbad Holding, Bad Füssing*

*Bick, Stefanie, Wissenschaftliche Mitarbeiterin der AHG Kliniken Daun*

*Brenner, Roland, Dipl.-Psych., Teamleitung, Therapieverbund Sucht in den Landkreisen Altenkirchen, Neuwied und Westerwald, Altenkirchen*

*Deller, Hermann, Klinikum Bremen-Nord, Bremen*

*Finkelmeier, Bernd, Geschäftsführer und Leiter der Beratungs- und Behandlungsstelle, Ge.on Team GmbH*

*Fölsing, Silvia, salus Fachambulanz, Friedrichsdorf*

*Funke, Wilma, Prof. Dr., Dipl.-Psych., Leitende Psychologin der Kliniken Wied, Wied*

*Garbe, Dieter, Dipl.-Psych., Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Kliniken Wied, Wied*

*Herder, Franz, Dipl.-Päd., Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf*

*Janner-Schraml, Anette, Suchtambulanz Weiden, Weiden*

*Kersting, Stephan, EDV-Koordinator, salus-Kliniken, Hürth*

*Klein, Thomas, Dr., Klinikleitung, Klinik Eschenburg, Eschenburg*

*Kramer, Dietmar, Dr. Leitender Arzt, salus klinik Friedrichsdorf*

*Lange, Nikolaus, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe, Fachklinik Eußerthal, Eußerthal/Pfalz*

*Löhnert, Bärbel, Dipl.-Biologin, Geschäftsführerin, Klientenzentrierte Problemlösung, Fachambulanz für Suchterkrankungen, München/Sending und Dachau*

*Majewski, Michael, von, Leitender Psychologe, AHG Poliklinik Schelfstadt Medenwaldt, Jens, Redline Data GmbH, Ahrensböck*

*Missel, Peter, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe der AHG Kliniken Daun Am Rosenberg, Daun*

*Neeb, Katrin, Dipl.-Psych. Und wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachklinik Eußerthal, Eußerthal*

*Obendiek, Jan-H., Dipl.-Päd. Leitender Therapeut, Fachklinik Alte Ölmühle – Ambulante Rehabilitation, Magdeburg*

*Schneider, Bernd, Dr., Dipl. Psych., Leiter der AHG Gesundheitsdienste, Koblenz*

*Schneider, Peter, Suchtambulanz Weiden, Weiden*

*Steffen, David, Arzt i. W., IANUA G. P. S. mbH, Saarlouis*

*Verstege, Rainer, Dr., Dipl.-Psych., Leiter des AHG Adaptionshauses TPR Duisburg, Duisburg*

*Wehler, Anja, AHG Gesundheitsdienste, Koblenz*

*Weissinger, Volker, Dr., Geschäftsführer Fachverband Sucht e. V., Bonn*

**Literaturhinweise**

**Fogel, A.: *Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie*, Stuttgart 2013, ISBN: 978-3-7945-2965-0, 49,99 €**

Ein gutes und realistisches Körpergefühl ist essentiell für unser Wohlbefinden. In der Anpassung an wechselnde Lebensphasen und -wirklichkeiten kann es uns jedoch vorübergehend oder dauerhaft verloren gehen. Das Buch befasst sich mit unserer Fähigkeit, Bewegungen, Gefühle und Emotionen zu spüren, denn das kontinuierliche Erleben dieser Körpergefühle ist unerlässlich, um uns erfolgreich ohne Verletzung und Stress in der physischen und sozialen Welt zu bewegen. Anhand konkreter Beispiele wird in Teilen des Buches sowohl das Erlernen wie auch der Verlust von verkörperter Selbstwahrnehmung geschildert. Darüber hinaus werden physiologische Grundprinzipien für die Überwindung krank machender oder traumatischer Belastungen wie auch die Vorgehensweise beschrieben, auf die es bei der Förderung der verkörperter Selbstwahrnehmung im Kontakt zwischen dem Klienten und Therapeuten in der Praxis ankommt. Verschiedene Methoden der

Körperwahrnehmung, wie Bewegungs- und Berührungstherapien, Meditation und die bildenden Künste werden mit psychotherapeutischen und somatischen Verfahren verbunden. Zahlreiche klinische Beispiele aus der Arbeit mit verletzten und traumatisierten Klienten illustrieren und untermauern den integrativen Behandlungsansatz, der auf der Rosen-Methode basiert. Das Buch richtet sich an Therapeuten, Ärzte, Psychologen, Studenten und andere Interessierte.

**Schwickerath, J.: *Mobbing erfolgreich bewältigen – In vier Schritten aus der Mobbingfalle*, Weinheim/Basel 2014, ISBN: 978-3-621-28105-8, 19,95 €**

Der Autor befasst sich seit zwei Jahrzehnten mit dem Problem Mobbing aus wissenschaftlicher und therapeutischer Sicht. Unter Mobbing wird ein langandauernder Prozess, in dem jemand z.B. schikaniert, belästigt oder beleidigt wird, verstanden. Der Mobbingbetroffene ist hierbei unterlegen, er wird direkt oder indirekt von einer oder

mehreren Personen angegriffen. Das Ziel besteht immer in der Ausgrenzung dieser Person. Schikanen und Konflikte am Arbeitsplatz sind leider keine Seltenheit. Das Buch erläutert Hintergründe, Ursachen und gesundheitliche Auswirkungen von Mobbing. Der Schwerpunkt liegt auf der Bewältigung von Mobbing. Hierzu werden vier Schritte erläutert:

- Abstand von der Mobbingsituation gewinnen.
- Die Mobbingsituation verstehen: Was passiert da tatsächlich?
- Entscheidungen treffen: Wie geht es nun weiter?
- Handeln: Entscheidungen umsetzen und Ziele verfolgen.

Die Bearbeitung dieser Schritte hilft dem Betroffenen Problemlösefähigkeiten zu verbessern und ein stärkeres Selbstvertrauen zu entwickeln. Anhand einer Vielzahl von Beispielen, Übungen und Empfehlungen erfährt der Leser Hilfemöglichkeiten, um mit Mobbingsituationen erfolgreich umgehen zu können. Darüber hinaus gibt es entsprechende Arbeitsblätter zum Download.