

Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Peter Missel, Bernhard Schneider, Rudolf Bachmeier, Wilma Funke, Dieter Garbe, Franz Herder, Stephan Kersting, Jens Medenwaldt, Bernd Schneider, Rainer Verstege, Volker Weissinger, Gerhard Wüst

Im Zuge einer verstärkten Diskussion um Effizienz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren auch das Thema „Qualitätssicherung“ zunehmende Bedeutung erlangt. 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. Durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV – Gesundheitsreformgesetz 2000) sowie die Einführung des SGB IX (§ 20) wurde dem Thema „Qualitätssicherung“ auch sozialrechtlich ein zentraler Stellenwert zugemessen. Im Rahmen des übergreifenden Sozialgesetzbuches IX wurden als konkrete Anforderungen hinsichtlich der Qualitätssicherung formuliert, dass einrichtungsübergreifende vergleichende Qualitätsanalysen durchgeführt werden sollen und die Leistungserbringer ein internes Qualitätsmanagement sicherzustellen haben. Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (2007) wurde das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement mit der Verpflichtung zur Zertifizierung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen verbunden (§ 137 d SGB V, § 20 SGB IX). Mittlerweile liegen verbindliche Kriterien für die Anerkennung entsprechender Zertifizierungsverfahren durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vor. Auch wurden Fristen vereinbart, bis zu deren Ablauf stationäre Rehabilitationseinrichtungen zertifiziert sein müssen, um von den Leistungsträgern weiter belegt zu werden.

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. Besonderer Wert wird hierbei neben der Struktur- und Prozessqualität auch auf die Ergebnisqualität gelegt.

Der Auftrag der Rehabilitation im Sinne des SGB IX – an dem sich auch der Rehabilitationserfolg misst – liegt darin, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden bzw. zu mindern, die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern. Diese Ziele sind aber nur unter der Voraussetzung zu erreichen, dass es den suchtkranken Menschen durch die Rehabilitationsmaßnahmen gelingt, dauerhaft abstinenz zu leben bzw. die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallschwere zu minimieren. Begrenzte finanzielle Mittel (z. B. durch Vorgabe gedeckelter Budgets) dürfen in diesem Zusammenhang nicht dazu führen, dass die Qualität der Behandlung bzw. des Behandlungssystems reduziert wird (vgl. auch Missel & Schäfer, 1997). Die Leistungsfähigkeit des Behandlungssystems für Suchtkranke, in dem die stationäre medizinische Rehabilitation einen unverzichtbaren Bestandteil ausmacht, ist nach unterschiedlichen Aspekten zu bewerten. Zu diesen wichtigen Aspekten zählen das Konsumverhalten während des Katamnesezeitraumes und die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit verschiedenen Lebensbereichen im poststationären Rehabilitationsverlauf. Beide Merkmale werden in der hier vorgelegten Katamnese erhoben. Die katamnestische Untersuchung nach stationärer oder ambulanter Behandlung ist somit ein wesentlicher Baustein zur Bewertung der Ergebnisqualität.

Katamnestische Untersuchungen zu den Ergebnissen stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen werden seit Jahren in vielen qualifizierten Einrichtungen zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen des Fachverbandes Sucht mit folgenden Zielsetzungen durchgeführt:

- statistischer Nachweis der Effektivität der Behandlung über die Kriterien ‚dauerhafte Suchtmittelabstinenz‘, ‚stabile Erwerbs- und Arbeitssituation‘, ‚Lebenszufriedenheit im psychischen und sozialen Bereich‘ und ‚soziale Integration‘;

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

Zur Evaluation der Ergebnisqualität für die stationären Einrichtungen des Fachverbandes Sucht (FVS) konnten katamnestische Ergebnisse für den Entlassjahrgang 2008 mit 10.461 (2003: 7.266; 2004: 9.799; 2005: 10.269; 2006: 10.306; 2007: 10.983) durchgeführten Behandlungen berücksichtigt werden. Der FVS ist zurzeit der einzige bundesweit tätige Verband, der damit regelmäßig (ab dem Entlassjahrgang 1996) aussagekräftige, klinikübergreifende katamnestische Erhebungen publiziert. Dieser Beitrag stellt die Ergebnisse für eine Gesamtstichprobe, die in 18 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige behandelt wurden, dar. Es handelt sich um die folgenden Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen: AHG Klinik Schweriner See; AHG Kliniken Daun Am Rosenberg; Diakoniekrankenhaus Elbingerode; Paracelsus Berg-hofklinik; AHG Klinik Tönisstein; Fachklinik Eußerthal; Fachklinik Eschenburg; Fachklinik Fredeburg; Fachklinik Furth im Wald; AHG Klinik Münchwies; Paracelsus Wiehen-gebirgsklinik; salus klinik Friedrichsdorf; medinet-AG, Alte Ölmühle, Magdeburg; AHG Klinik Richelsdorf; AHG Kliniken Daun Thommener Höhe; Kliniken Wied; AHG Klinik Wilhelmsheim; Fachklinik Zwieselberg.

Gemäß Qualitätsvereinbarung im FVS gingen in die Auswertung nur Datensätze aus Kliniken mit einer katamnestischen Rücklaufquote von ca. 45 Prozent ein.

Untersuchungsdesign

Die Katamnese des Fachverbandes Sucht umfasst die Daten einer Totalerhebung des Entlassjahrgangs 2008 aus den beteiligten Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen.

In allen beteiligten Kliniken wird nach rehabilitationswissenschaftlich fundierten Behandlungskonzepten gearbeitet. Die jeweilige Maßnahme wird patientenorientiert individuell geplant und durchgeführt. Das Spektrum der Behandlungsdauern liegt, je

Tab.1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, kategoriale Auswertung

| Merkmal | Kategorie | Kein Katamneseantworter | | Katamneseantworter | | Gesamtstichprobe | |
|---|-----------------------------------|-------------------------|---------|--------------------|---------|------------------|---------|
| | | N=4.568 | | N=5.893 | | N=10.461 | |
| | | Anzahl | Prozent | Anzahl | Prozent | Anzahl | Prozent |
| Geschlecht | Männlich | 3233 | 70,8% | 4037 | 68,5% | 7270 | 69,5% |
| | Weiblich | 1335 | 29,2% | 1856 | 31,5% | 3191 | 30,5% |
| Altersgruppe | Bis 40 | 1609 | 35,2% | 1283 | 21,8% | 2892 | 27,6% |
| | Über 40 | 2959 | 64,8% | 4610 | 78,2% | 7569 | 72,4% |
| Familienstand bei Aufnahme | Nicht verheiratet | 3147 | 68,9% | 3246 | 55,1% | 6393 | 61,1% |
| | Verheiratet | 1413 | 30,9% | 2640 | 44,8% | 4053 | 38,8% |
| Partnerbeziehung bei Aufnahme | Keine feste Beziehung | 2534 | 55,5% | 2649 | 45,0% | 5183 | 49,5% |
| | Feste Beziehung | 1986 | 43,5% | 3189 | 54,1% | 5175 | 49,5% |
| Höchster Schulabschluss | Kein Schulabschluss | 221 | 4,8% | 183 | 3,1% | 404 | 3,9% |
| | Sonder- / Hauptschulabschluss | 2197 | 48,1% | 2658 | 45,1% | 4855 | 46,4% |
| | Realschulabschluss und höher | 2048 | 44,8% | 2932 | 49,8% | 4980 | 47,6% |
| | Sonstiger Abschluss | 55 | 1,2% | 81 | 1,4% | 136 | 1,3% |
| Erwerbstätigkeit bei Aufnahme | Erwerbstätig | 1460 | 32,0% | 2639 | 44,8% | 4099 | 39,2% |
| | Erwerbslos | 1961 | 42,9% | 1789 | 30,4% | 3750 | 35,8% |
| | Nicht erwerbstätig | 648 | 14,2% | 992 | 16,8% | 1640 | 15,7% |
| Vermittlung | Ohne Vermittlung | 685 | 15,0% | 1011 | 17,2% | 1696 | 16,2% |
| | Arbeitgeber / Betrieb / Schule | 146 | 3,2% | 258 | 4,4% | 404 | 3,9% |
| | Arzt / Psychotherapeut | 123 | 2,7% | 194 | 3,3% | 317 | 3,0% |
| | Krankenhaus | 817 | 17,9% | 881 | 14,9% | 1698 | 16,2% |
| | Suchtberatung | 2258 | 49,4% | 2965 | 50,3% | 5223 | 49,9% |
| | Kosten- / Leistungsträger | 128 | 2,8% | 138 | 2,3% | 266 | 2,5% |
| | Sonstige | 391 | 8,6% | 414 | 7,0% | 805 | 7,7% |
| Leistungsträger | Rentenversicherung | 3821 | 83,7% | 4795 | 81,5% | 8616 | 82,5% |
| | Krankenversicherung | 524 | 11,5% | 722 | 12,3% | 1246 | 11,9% |
| | Sozial- / Jugendhilfe | 107 | 2,4% | 131 | 2,2% | 238 | 2,2% |
| | Selbstzahler | 99 | 2,2% | 182 | 3,1% | 281 | 2,7% |
| | Sonstige | 43 | 1,0% | 66 | 1,1% | 109 | 0,9% |
| Hauptsuchtmitteldiagnose zusammengefasst | Alkohol | 4287 | 93,8% | 5645 | 95,8% | 9932 | 94,9% |
| | Sedativa, Hypnotika | 67 | 1,5% | 91 | 1,5% | 158 | 1,5% |
| | Multipler Substanzgebrauch | 83 | 1,8% | 60 | 1,0% | 143 | 1,4% |
| | Sonstige | 131 | 2,9% | 97 | 1,6% | 228 | 2,2% |
| Anzahl Entgiftungen | Keine Entgiftungen | 782 | 17,1% | 1191 | 20,2% | 1973 | 18,9% |
| | Eine | 1449 | 31,7% | 2192 | 37,2% | 3641 | 34,8% |
| | Mehr als eine | 2290 | 50,1% | 2442 | 41,4% | 4732 | 45,2% |
| Anzahl ambulante Entwöhnungen | Keine | 4020 | 88,0% | 5085 | 86,3% | 9105 | 87,0% |
| | Eine oder mehrere | 251 | 5,5% | 370 | 6,3% | 621 | 5,9% |
| Art der Behandlungsbeendigung | Planmäßig | 3651 | 79,9% | 5405 | 91,7% | 9056 | 86,6% |
| | Abbruch durch Patient | 754 | 16,5% | 410 | 7,0% | 1164 | 11,1% |
| | Abbruch durch Einrichtung | 96 | 2,1% | 43 | 0,7% | 139 | 1,3% |
| | Verlegt | 64 | 1,4% | 35 | 0,6% | 99 | 0,9% |
| | Im Behandlungszeitraum verstorben | 3 | 0,1% | 0 | 0,0% | 3 | 0,0% |

Anmerkung: In Folge fehlender Daten addieren sich die Prozentangaben nicht immer auf 100. Unter planmäßiger Behandlungsbeendigung werden regulär, vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, vorzeitige Entlassung mit ärztlichem Einverständnis und planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsformen zusammengefasst.

nach Indikationsstellung, bei regulärer Entlassung in der Regel zwischen 4 und 26 Wochen.

Die Durchführung der 1-Jahres-Katamnese orientierte sich an den „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie“ (1985, 1992, 2001). Alle im Jahr 2008 entlassenen Patienten¹ 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 Fachkliniken versucht, den Patienten telefonisch zu erreichen, um in Anlehnung an einen Gesprächsleitfaden Katamneseantworten zu erhalten. Folgende Erhebungsinstrumente wurden eingesetzt:

- Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2007) bzw. klinikspezifisch angepasste Versionen;
- Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2007), mit dazugehörigem Protokollbogen zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamneseablaufs.

Beim Entlassjahrgang 2008 wurden eine Basisdokumentation und eine Katamnese eingesetzt, die den überarbeiteten Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (DHS, 2008) abdecken. Hierbei wurde das Kriterium für „abstinent nach Rückfall“ von mindestens dreimonatiger (12 Wochen) durchgängiger Abstinenz zum Befragungszeitpunkt auf mindestens 30 Tage Abstinenz zum Befragungszeitpunkt reduziert. Da ergänzend zum Kerndatensatz das bisherige Kriterium im FVS weiter erhoben wird, muss auf die früheren Kriterien, für die auch Ver-

gleichsdaten vorliegen, nicht verzichtet werden. Auch für die Auswertung des Entlassjahrgangs 2008 werden die gewohnten Tabellen berichtet, zusätzlich Auswertungen zu dem neuen Kriterium.

Als „abstinent“ wurden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als „abstinent nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage, beziehungsweise 3 Monate abstinent war. Als „rückfällig“ galten alle anderen Personen einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben.

Die Daten wurden von den beteiligten Einrichtungen dem Fachverband jeweils in Form eines Datensatzes pro Patient in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt und vom Fachverband Sucht zur statistischen Aufbereitung an Redline Data, Ahrensböck, weitergeleitet. Der Fachverband hat die jeweiligen Datensätze der Einrichtungen vor der Weitergabe an Redline Data bezüglich der Kliniken anonymisiert.

Beschreibung der Stichprobe

Alle im Zeitraum vom 1.1.2008 bis 31.12.2008 in den beteiligten Kliniken entlassenen Patienten bilden die Gesamtstichprobe mit insgesamt 10.568 stationären Maßnahmen. Der Datensatz der beteiligten Kliniken wurde vorab um Patienten mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“ (N = 43) bereinigt. 21 Patienten wurden wegen fehlender Angaben in der Variable Art der Behandlungsbeendigung und 43 Patienten wegen sonstiger nicht verwertbarer Angaben aus der Untersuchung genommen. Es verblieben 10.461 Patienten in der Auswertung. Die soziodemographischen Daten sowie die Angaben zur Behandlung und zum Aufnahme- und Entlassstatus wurden mit der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2007) erfasst. In Tabelle 1 werden absolute und relative Häufigkeiten von Patienten- und Behandlungsmerkmalen für die Gesamtstichprobe, die Katamneseantworter und die Nichtantworter in der Katamnese aufgeführt. In Tabelle 2 werden Mittelwerte berichtet.

Patientenmerkmale

69,5 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe waren männlichen, 30,5 Prozent weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter betrug in der Gesamtstichprobe 45,6 Jahre, 72,4 Prozent der Patienten waren älter als 40 Jahre. Insgesamt 38,8 Prozent der Patienten waren verheiratet, 49,5 Prozent lebten in einer festen Beziehung.

Bezüglich der Schulausbildung gaben insgesamt 3,9 Prozent an, keinen Schulabschluss zu haben, 46,4 Prozent hatten einen Sonder- oder Hauptschulabschluss erreicht, 47,6 Prozent einen darüber hinausgehenden Abschluss.

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit am Tag vor der Aufnahme standen 39,2 Prozent der Patienten in einem Arbeitsverhältnis, 35,8 Prozent waren erwerbslos und 15,7 Prozent fielen unter die Kategorie Nicht-Erwerbspersonen (Hausfrauen, Rentner, Schüler, Studenten etc.). Von 9,3 Prozent der Patienten lagen keine Angaben vor.

Behandlungsmerkmale

Der Hauptanteil mit 49,9 Prozent der Vermittlungen erfolgte durch Suchtberatungsstellen. Durch Krankenhäuser wurden 16,2 Prozent der Patienten vermittelt, Kosten- und Leistungsträger waren in 2,5 Prozent der Fälle die Überweisenden. Arbeitgeber/Betriebe/Schulen hatten einen Vermittlungsanteil von 3,9 Prozent, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten wiesen 3,0 Prozent der Patienten zu. Ohne Vermittlung kamen 16,2 Prozent der Patienten in die Behandlung, sonstige Vermittler wurden in 7,7 Prozent der Fälle genannt.

Die Behandlungen wurden überwiegend von den Rentenversicherungsträgern getragen (82,5 Prozent). In 11,9 Prozent der Fälle war eine Krankenversicherung der Kostenträger, 2,7 Prozent der Patienten waren Selbstzahler und in 2,2 Prozent der Fälle wurden die Kosten von der Sozial-/Jugendhilfe übernommen. Sonstige Kostenträger hatten einen Anteil von 0,9 Prozent.

Es hatten 94,9 Prozent (N = 9.932) der Patienten in der Hauptdiagnose eine Störung durch Alkohol (ICD-10, F10). Bei den übrigen Patienten (vgl. Abbildung 1) hatten 1,4

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

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

| | Kein Katamneseantworter | | | Katamneseantworter | | | Gesamtstichprobe | | |
|--|-------------------------|------------------|-----------|--------------------|------------------|-----------|------------------|------------------|-----------|
| | N=4.568 | | | N=5.893 | | | N=10.461 | | |
| | Mittelwert | Standardabweich. | Gültige N | Mittelwert | Standardabweich. | Gültige N | Mittelwert | Standardabweich. | Gültige N |
| Alter bei Aufnahme | 43.45 | 10.20 | 4568 | 47.24 | 9.71 | 5893 | 45.59 | 10.10 | 10461 |
| Abhängigkeitsdauer | 15.68 | 9.43 | 3884 | 16.12 | 10.64 | 5007 | 15.93 | 10.13 | 8891 |
| Behandlungsdauer (alle) | 77.76 | 36.19 | 4568 | 84.28 | 31.22 | 5893 | 81.44 | 33.63 | 10461 |
| Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung | 86.80 | 30.74 | 3651 | 87.87 | 28.76 | 5405 | 87.44 | 29.58 | 9056 |

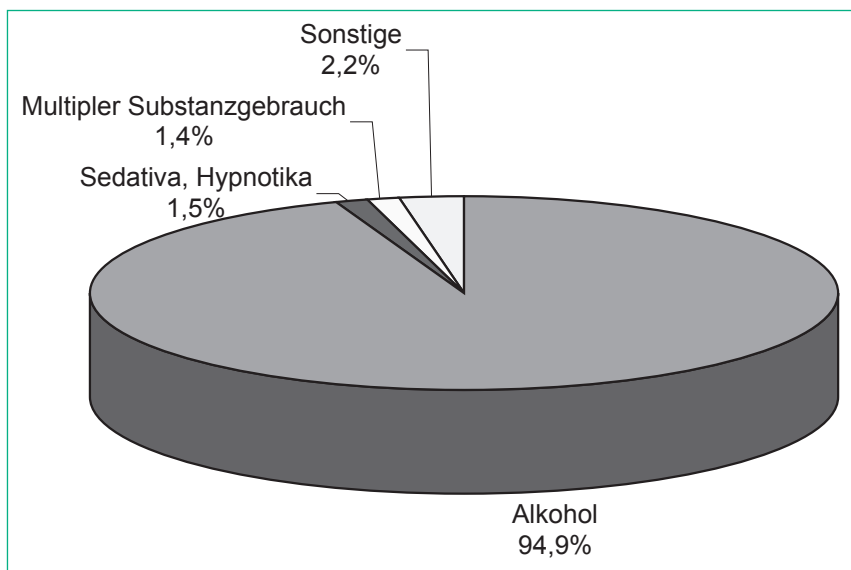


Abbildung 1: Primärdiagnose der Suchtmittelabhängigkeit (N = 10.461)

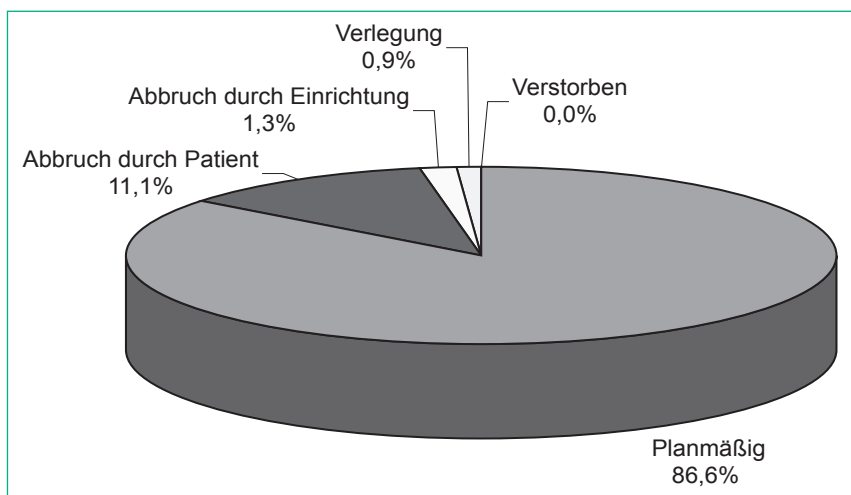


Abbildung 2: Art der Behandlungsbeendigung (N = 10.461)

Prozent Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (ICD-10, F19), 1,5 Prozent zeigten Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10, F13). Andere Hauptdiagnosen nach ICD-10 (F12, F14, F15, F16, F17, F18) wurden bei 2,2 Prozent der Patienten vergeben. 43 Patienten mit der Hauptsuchtmitteldiagnose Pathologisches Glücksspiel (ICD-10, F63.0) wurden nicht in die Untersuchung aufgenommen.

Die mittlere Dauer der Abhängigkeit bei Beginn der Behandlung lag bei 15,9 Jahren. Der überwiegende Teil der Gesamtstichprobe (80,0 Prozent) hatte in der Vorgeschichte mindestens eine Entzugsbehandlung absolviert.

Bei der Angleichung an den Kerndatensatz (DHS, 2008) kam es in vielen Einrichtungen zu einer inkonsistenten Erfassung der Anzahl der vorangegangenen stationären Entwöhnungsbehandlungen. Es sollte die Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen inklusive der aktuellen Maßnahme angeben

werden, dies schien nicht immer so erfolgt zu sein, die Angaben wichen stark von den Vorjahren ab. Dies trifft auch für das Entlassjahr 2008 zu. Aus diesem Grunde wird auf alle Auswertungen mit dieser Variable verzichtet. Inzwischen wurde im Manual des Kerndatensatzes eine entsprechende Überarbeitung vorgenommen.

Tab. 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

| | Anzahl | Prozent |
|-----------------------------------|--------------|---------------|
| Abstinent | 3576 | 34,2% |
| Abstinent nach Rückfall (30 Tage) | 979 | 9,4% |
| Rückfällig | 1338 | 12,8% |
| Verweigert | 160 | 1,5% |
| Verstorben | 136 | 1,3% |
| Unbekannt verzogen | 1346 | 12,9% |
| Unfähig zur Beantwortung | 12 | 0,1% |
| Sonstiges / Keine Daten | 2914 | 27,9% |
| Gesamt | 10461 | 100,0% |

Die Beendigung der stationären Abhängigkeitsbehandlung erfolgte für 86,6 Prozent planmäßig. 11,1 Prozent der Patienten brachen ihre Behandlung ab. Bei 1,3 Prozent wurde die Therapie durch die Einrichtung beendet. In andere Einrichtungen verlegt wurden 0,9 Prozent der Patienten, 3 Patienten gleich 0,0 Prozent verstarben während des Behandlungszeitraums (Abbildung 2).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag für die Gesamtstichprobe bei 81,4 Tagen (für planmäßig entlassene Patienten: 87,4 Tage).

Vergleich der Gesamtstichprobe mit der Stichprobe der Katamneseantworter

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

Zusammenfassend weist die Stichprobe der Katamneseantworter im Vergleich zur Gesamtstichprobe folgende nennenswerte Unterschiede auf: mehr weibliche und ältere Patienten, mehr Patienten in fester Beziehung, mehr verheiratete Patienten, mehr erwerbstätige und weniger erwerbslose Patienten, mehr Patienten mit planmäßiger Behandlungsbeendigung und dadurch bedingt eine höhere mittlere Behandlungsdauer über alle Entlassungen.

Katamneseergebnisse

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse zum Datenrücklauf der Katamnese.

Die Ausschöpfungsquote beträgt für den Entlassjahrgang 2008, sofern nur Katamneseantworter berücksichtigt werden, 56,4 Prozent (Vorjahr: 58,8 Prozent). Berücksichtigt man alle Patienten, für die eine Katamneseinformation vorliegt (N = 6.041), und bezieht diese Zahl auf die um die Verweigerer verminderte Katamnese-Stichprobe (N = 10.301), ergibt sich eine Ausschöpfungsquote von 58,6 Prozent.

Bei 1,3 Prozent der Patienten wurde in Erfahrung gebracht, dass sie in der Zwischenzeit verstorben sind, 1,5 Prozent der ehe-

maligen Patienten verweigerten die Teilnahme an der Befragung, 0,1 Prozent der Patienten waren unfähig zur Beantwortung.

Als Antworterstichprobe wurden die Katamneseantworter mit den Kategorien „abstinent“, „abstinent nach Rückfall“, und „rückfällig“ in den Katamneseprotokollbögen definiert. Dies sind 5.893 ehemalige Patienten und 56,4 Prozent der Ausgangsstichprobe.

Von diesen 5.893 Datensätzen der Antworterstichprobe beruhen 87,5% auf schriftlichen Katamneseangaben durch den Patienten, 11,4% auf telefonischen Angaben durch den Patienten und 0,6% auf sonstigen Angaben des Patienten. In 1,3% der Fälle wurde dieses Datenfeld nicht ausgefüllt.

Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese

Zum Katamnesezeitpunkt waren 45,5 Prozent der Antworter verheiratet, zu Therapiebeginn waren es 45,1 Prozent. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten.

Die Quote der erwerbstätigen Katamneseantworter stieg von 48,9 Prozent bei Therapiebeginn auf 51,9 Prozent zum Katamnesezeitpunkt deutlich an. Die Zahl der erwerbslosen Katamneseantworter sank von 32,8 Prozent auf 25,9 Prozent zum Katamnesezeitpunkt um 6,9 Prozent. Demgegenüber erhöhte sich die Quote der Nichterwerbstätigen von 18,3 Prozent auf 22,2 Prozent. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten.

Der Vergleich der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der Behandlung und im Jahr nach der Behandlung zeigt eine Zunahme des Anteils der ehemaligen Patienten ohne jegliche Arbeitsunfähigkeit von 43,3% um 13,6 Prozent auf 56,9% im Katamnesezeitraum. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten bis 3 Monate nehmen um 16,1 Prozent, die bis 6 Monate um 6,4 Prozent ab, bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten über 6 Monate ist eine Zunahme um 2,5 Prozent zu verzeichnen. Die Prozentangaben beziehen sich ausschließlich auf Datensätze mit Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsdauern zu beiden Zeitpunkten.

Bei der Erfassung des Besuchs von Selbsthilfegruppen wurde unterschieden zwischen der Dauer innerhalb des Katamneseintervalls und der Frequenz. Kein Selbsthilfegruppenbesuch wurde von 38,7 Prozent der Katamneseantworter angegeben. 29,5 Prozent der Katamneseantworter berichten über einen Selbsthilfegruppenbesuch während des gesamten Katamnesezeitraumes, mindestens ein halbes Jahr lang hatten 15,2 Prozent und weniger als ein halbes Jahr lang hatten 12,4 Prozent eine Selbsthilfe-

Tab. 4: Daten der Katamneseantworter zum Katamnesezeitpunkt (im Vergleich zum Behandlungsbeginn)*

| | | Katamneseantworter | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------|---------|----------------|---------|
| | | N = 5.893 | | | |
| | | Katamnesezeitpunkt | | Therapiebeginn | |
| Merkmal | Kategorien | Anzahl | Prozent | Anzahl | Prozent |
| Familienstand (N=5708) | Verheiratet | 2597 | 45,5% | 2575 | 45,1% |
| | Nicht verheiratet | 3111 | 54,5% | 3133 | 54,9% |
| Erwerbstätigkeit (N=5234) | Erwerbstätig | 2715 | 51,9% | 2560 | 48,9% |
| | Erwerbslos | 1356 | 25,9% | 1718 | 32,8% |
| | Nicht erwerbstätig | 1163 | 22,2% | 956 | 18,3% |
| Arbeitsunfähigkeit im Katamnesezeitraum (N=3899) | Keine Arbeitsunfähigkeit | 2218 | 56,9% | 1688 | 43,3% |
| | < 3 Monate | 734 | 18,8% | 1359 | 34,9% |
| | < 6 Monate | 188 | 4,8% | 435 | 11,2% |
| | > 6 Monate | 284 | 7,3% | 186 | 4,8% |
| Selbsthilfegruppenbesuch | Nein, keine Selbsthilfegruppe besucht | 2283 | 38,7% | | |
| | Während des gesamten Zeitraums | 1738 | 29,5% | | |
| | Mindestens ein halbes Jahr lang | 894 | 15,2% | | |
| | Weniger als ein halbes Jahr lang | 733 | 12,4% | | |
| | Keine Angabe | 245 | 4,2% | | |
| Häufigkeit des Selbsthilfegruppenbesuchs | Unter einmal pro Monat | 609 | 10,3% | | |
| | Ein bis dreimal pro Monat | 1082 | 18,4% | | |
| | Wöchentlich | 294 | 5,0% | | |
| | Nie | 371 | 6,3% | | |
| | Keine Angabe | 3537 | 60,0% | | |
| Beratungsstellenbesuch, Nachsorge | Ja | 1564 | 26,5% | | |
| | Nein | 1836 | 31,2% | | |
| | Keine Angaben | 2493 | 42,3% | | |

gruppe besucht. 5,0 Prozent der Antworter besuchten wöchentlich eine Selbsthilfegruppe. 18,4 Prozent taten dies ein bis dreimal im Monat und 10,3 Prozent gaben an, weniger als einmal im Monat eine Selbsthilfegruppe besucht zu haben.

Eine Inanspruchnahme einer poststationären ambulanten Rehabilitation oder Nachsorge wird nur von 26,5 Prozent der Katamneseantworter angegeben, 42,3 Prozent haben sich dazu nicht geäußert, 31,2 Prozent verneinten dies.

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 Patienten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen wurden, einbezogen. Die **Berechnungsform 2** bezieht sich auf alle planmäßig entlassenen Patienten. In **Berechnungsform 3** werden die Anga-

ben aller in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten berücksichtigt. Bezugsbasis für die konservativste **Berechnungsform 4** sind alle in 2008 entlassenen Patienten. 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 Patienten dar. Die in der Regel günstigste Berechnungsform 1 bezieht sich auf die Anzahl der Katamneseantworter, die ihre Behandlung planmäßig beendet haben.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe der Patienten inklusive der verstorbenen Patienten ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote („abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“) nach DGSS 4 von 40,8 Prozent. Es lebten im gesamten Katamnesezeitraum 34,2 Prozent der Patienten abstinent, 6,6

Tab. 5: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (alt „abstinent nach Rückfall 3 Monate“)*

| | DGSS 1 (N=5.405) | | DGSS 2 (N=9.056) | | DGSS 3 (N=5.893) | | DGSS 4 (N=10.461) | |
|---|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|----------------------|-------|
| Katamnestiche Erfolgsquote | 4.007 | 74,2% | 4.007 | 44,3% | 4.263 | 72,4% | 4.263 | 40,8% |
| Abstinent | 3.377 | 62,5% | 3.377 | 37,3% | 3.576 | 60,7% | 3.576 | 34,2% |
| Abstinent nach Rückfall (3 Monate) | 630 | 11,7% | 630 | 7,0% | 687 | 11,7% | 687 | 6,6% |
| Rückfällig | 1.398 | 25,8% | 5.049 | 55,7% | 1.630 | 27,6% | 6.198 | 59,2% |

* Die Berechnungen wurden unter Einbeziehung der verstorbenen Patienten durchgeführt, dies führt zu einer geringfügigen Reduzierung der Abstinenzquoten bei DGSS 2 und DGSS 4.

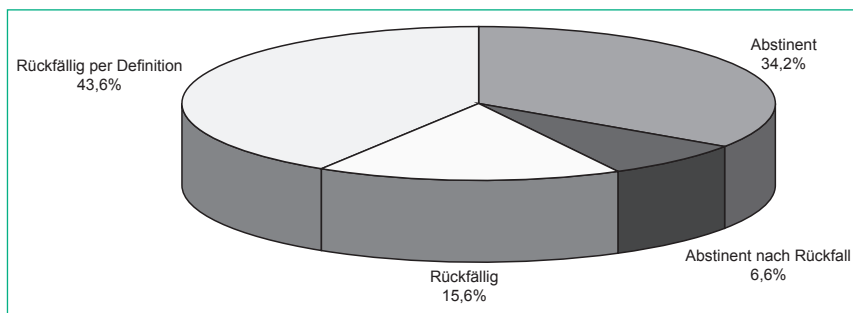


Abbildung 3: Abstinenzquote nach konservativer Berechnungsart (DGSS 4) incl. Verstorbene

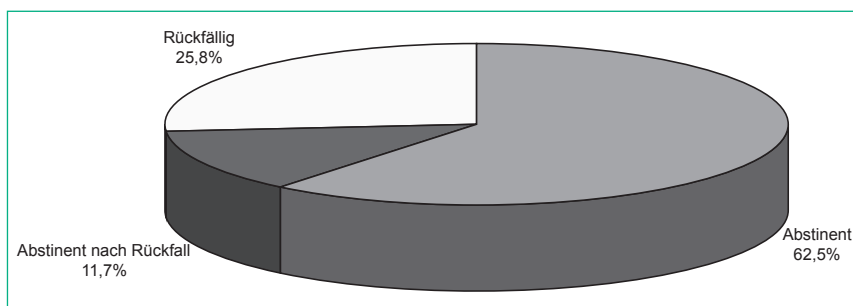


Abbildung 4: Abstinenzquote nach (DGSS 1) incl. Verstorbene

Prozent abstinent nach Rückfall. Die weiteren 59,2 Prozent wurden in der konservativen Schätzung als rückfällig eingestuft (vgl. Abbildung 3.). Die 59,2 Prozent rückfälligen Patienten setzten sich aus 15,6 Prozent „rückfällig per Katamneseantwort“ und 43,6 Prozent „rückfällig per Definition“ zusammen.

In der Berechnungsform 1 nach DGSS, bei der nur die erreichten Patienten (Katamneseantworter), welche die Behandlung planmäßig beendet haben, einbezogen wer-

den, ergab sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 74,2 Prozent. Danach lebten im gesamten Katamnesezeitraum 62,5 Prozent der Patienten durchgehend abstinent, 11,7 Prozent abstinent nach Rückfall und die anderen 25,8 Prozent wurden als rückfällig eingestuft (Abbildung 4.).

Untersucht man das neu eingeführte Kriterium „abstinent nach Rückfall“ bei ununterbrochener Abstinenz von 30 Tagen, so sind grundsätzlich bessere Ergebnisse zu erwarten. Diese sind in Tabelle 6 dargestellt.

Ein Vergleich der katamnestiche Erfolgsquoten mit neuer vs. alter Berechnungsform zeigt nachfolgende Ergebnisse: 79,0 Prozent vs. 74,2 Prozent bei DGSS 1, 47,1 Prozent vs. 44,3 Prozent bei DGSS 2, 77,3 Prozent vs. 72,4 Prozent bei DGSS 3 und 43,6 Prozent vs. 40,8 Prozent bei DGSS 4.

Vermindert man die Katamnesezeitprobe um die nachträglichen Verweigerer (N = 160) auf 10.301 Patienten, ergeben sich für DGSS 4 katamnestiche Erfolgsquoten von 41,4 Prozent („alt“) bzw. 44,2 Prozent („neu“), also um jeweils 0,6 Prozent erhöhte Erfolgsquoten.

Katamnestiche Erfolgsquoten nach DGSS 1 – 4 nach Geschlecht und Behandlungsdauern

Die katamnestiche Erfolgsquoten für Frauen liegen nach allen vier Berechnungsmethoden geringfügig über denen der Männer. Die Unterschiede betragen bei DGSS 1 1,2 Prozent und bei DGSS 4 2,5 Prozent.

Tabelle 8 stellt den Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg dar. Demnach weisen Patienten mit einer Behandlungsdauer von bis zu 12 vollendeten Behandlungswochen eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 38,0 Prozent auf, Patienten die länger als 16 Wochen behandelt wurden, waren in 37,1 Prozent der Fälle zum Befragungszeitpunkt abstinent oder abstinent nach Rückfall. Die höchste katamnestiche Erfolgsquote weist das Behandlungsdauerintervall von über 12 Wochen bis 16 Wochen auf, nämlich 45,4 Prozent.

Für die Stichprobe der planmäßig entlassenen Patienten ergibt sich gleichfalls mit

Tab. 6: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (neu „Abstinent nach Rückfall 30 Tage“)*

| | DGSS 1 (N=5.405) | | DGSS 2 (N=9.056) | | DGSS 3 (N=5.893) | | DGSS 4 (N=10.461) | |
|--|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|----------------------|-------|
| Katamnestiche Erfolgsquote | 4.269 | 79,0% | 4.269 | 47,1% | 4.555 | 77,3% | 4.555 | 43,6% |
| Abstinent | 3.377 | 62,5% | 3.377 | 37,3% | 3.576 | 60,7% | 3.576 | 34,2% |
| Abstinent nach Rückfall (30 Tage) | 892 | 16,5% | 892 | 9,8% | 979 | 16,6% | 979 | 9,4% |
| Rückfällig | 1.136 | 21,0% | 4.787 | 52,9% | 1.338 | 22,7% | 5.906 | 56,4% |

* Die Berechnungen wurden unter Einbeziehung der verstorbenen Patienten durchgeführt, dies führt zu einer geringfügigen Reduzierung der Abstinenzquoten bei DGSS 2 und DGSS 4.

Tab. 7: Abstinenzquoten nach Geschlecht DGSS 1 – 4 (Prozentangaben)

| | DGSS 1 (N = 5.405) | | DGSS 2 (N = 9.056) | | DGSS 3 (N = 5.893) | | DGSS 4 (N = 10.461) | |
|---------------------------------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|------------------------|--------|
| | Männer | Frauen | Männer | Frauen | Männer | Frauen | Männer | Frauen |
| Katamnestic Erfolgsquote | 73,7% | 74,9% | 43,4% | 46,3% | 72,0% | 73,1% | 40,0% | 42,5% |
| Abstinent | 62,9% | 61,5% | 37,0% | 38,0% | 61,1% | 59,8% | 33,9% | 34,8% |
| Abstinent nach Rückfall | 10,8% | 13,4% | 6,4% | 8,3% | 10,9% | 13,3% | 6,1% | 7,7% |
| Rückfall | 26,3% | 25,1% | 56,6% | 53,7% | 28,0% | 26,9% | 60,0% | 57,5% |

Tab. 8: Abstinenzquoten in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer (DGSS 1 – 4) (Prozentangaben)

| | DGSS 1 (N = 5.405) | | | DGSS 2 (N = 9.056) | | | DGSS 3 (N = 5.893) | | | DGSS 4 (N = 10.461) | | |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|------------------------|-----------------------|----------------|
| | bis 12 Wochen | über 12 bis 16 Wochen | über 16 Wochen | bis 12 Wochen | über 12 bis 16 Wochen | über 16 Wochen | bis 12 Wochen | über 12 bis 16 Wochen | über 16 Wochen | bis 12 Wochen | über 12 bis 16 Wochen | über 16 Wochen |
| Katamnestic Erfolgsquote | 73,9% | 75,7% | 67,4% | 43,3% | 46,5% | 38,4% | 71,0% | 75,0% | 67,0% | 38,0% | 45,4% | 37,1% |
| Abstinent | 61,9% | 64,4% | 55,9% | 36,2% | 39,6% | 31,8% | 59,1% | 63,7% | 55,2% | 31,6% | 38,5% | 30,6% |
| Abstinent nach Rückfall | 12,0% | 11,3% | 11,5% | 7,1% | 6,9% | 6,6% | 11,9% | 11,3% | 11,8% | 6,4% | 6,9% | 6,5% |
| Rückfall | 26,1% | 24,3% | 32,6% | 56,7% | 53,5% | 61,6% | 29,0% | 25,0% | 33,0% | 62,0% | 54,6% | 52,9% |

46,5 Prozent die höchste katamnestic Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer von über 12 bis zu 16 Wochen (bis 12 Wochen 43,3 Prozent, über 16 Wochen 38,4 Prozent). In allen 4 Berechnungsformen weist die Behandlungsdauerklasse ‚über 12 bis 16 Wochen‘ jeweils die höchste katamnestic Erfolgsquote auf.

Bedauerlicherweise führt die Operationalisierung von Erst- und Wiederholungsbehandlung im Kerndatensatz der DHS (2008) weiterhin zu invaliden Angaben, so dass auch in diesem Jahr keine entsprechenden Auswertungen vorgenommen werden konnten.

Zum Zusammenhang von Abstinenz und sozialen, beruflichen, krankheits- und behandlungsbezogenen Merkmalen

Die nachfolgende Tabelle 9 zeigt Therapieerfolgsquoten bezüglich relevanter Patienten- und Behandlungsmerkmale zum Aufnahme- bzw. Entlasszeitpunkt der Behandlung. Die Ergebnisse basieren auf der konservativen Berechnungsform der Erfolgsquoten nach DGSS 4. Die Kategorien, welche die Erfolgsquote ausmachen („abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“) wurden auf Basis der Gesamtstichprobe zusammengefasst.

- 42,5 Prozent der Frauen waren ein Jahr nach Therapieende „erfolgreich“ (abstinent bzw. abstinent nach Rückfall). Bei Männern sind 40,0 Prozent erfolgreich.
- Patienten, die bei Therapiebeginn nicht in einer festen Partnerschaft leben, waren deutlich weniger erfolgreich (35,0 Prozent) als Patienten, die aus einer festen Beziehung kommen (46,1 Prozent).

- Von den zu Therapiebeginn erwerbstätigen Patienten waren nach einem Jahr 49,6 Prozent als erfolgreich zu bezeichnen. Dies traf hingegen nur für 31,0 Pro-

zent der bei Therapiebeginn erwerbslosen, aber für 41,9 Prozent der zu Therapiebeginn nicht-erwerbstätigen Patienten zu.

Tab. 9: Relevante Patienten- und Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg (DGSS 4)

| Variable | Kategorien | Therapieerfolg (abstinent und abstinent nach Rückfall) in Prozent |
|---|---------------------------|---|
| | | Gesamtstichprobe (N=10.461) |
| Geschlecht | Männlich | 40,0* |
| | Weiblich | 42,5* |
| Partnerbeziehung | Keine feste Partnerschaft | 35,0** |
| | Feste Partnerschaft | 46,1** |
| Erwerbstätigkeit bei Aufnahme | Erwerbstätig | 49,6** |
| | Erwerbslos | 31,0** |
| | Nicht Erwerbstätig | 41,9** |
| Abhängigkeitsdauer | Bis 10 Jahre | 42,2* |
| | Über 10 Jahre | 40,0* |
| Entgiftungen | Keine Entgiftungen | 46,0** |
| | 1 Entgiftung | 46,7** |
| | 2 und mehr Entgiftungen | 34,2** |
| Entlassart | Planmäßig | 44,3** |
| | Nicht planmäßig | 18,2** |
| Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen (DGSS 2) | Bis 12 Wochen | 38,0** |
| | Über 12 bis 16 Wochen | 45,4** |
| | Über 16 Wochen | 37,1** |

Anmerkung: (Chi-Quadrat - Test; * p < 0.05; ** p < 0.01)

- Patienten mit einer Abhängigkeitsdauer von bis zu 10 Jahren hatten häufiger einen Therapieerfolg als Patienten, die mehr als 10 Jahre abhängig waren (42,2 Prozent vs. 40,0 Prozent).
- Patienten, die vor Therapiebeginn keine (Erfolgsquote 46,0 Prozent) beziehungsweise nur eine Entgiftungsbehandlung (Erfolgsquote 46,7 Prozent) aufwiesen, hatten größere Erfolgsaussichten als Patienten mit wiederholten Entgiftungsbehandlungen (Erfolgsquote 34,2 Prozent).
- Patienten mit planmäßigem Abschluss der Therapie schnitten deutlich besser ab als Patienten, bei denen dies nicht zutraf (Erfolgreich bei planmäßiger Beendigung: 44,3 Prozent). Nicht planmäßig entlassene Patienten waren nur zu einem Anteil von 18,2 Prozent erfolgreich bezüglich der Aufrechterhaltung der Abstinenz.
- Bezieht man die katamnestiche Erfolgsquote auf Behandlungsdauerklassen bei planmäßigen Entlassungen, so weisen Patienten mit einer Behandlungsdauer von über 12 bis 16 Wochen mit 45,4 Prozent die höchsten Erfolgsquoten auf. Patienten, die eine Behandlung von über 16 Wochen aufweisen, haben eine katamnestiche Erfolgsquote von 37,1 Prozent. Bei bis zu 12 Wochen Behandlungsdauer beträgt die Erfolgsquote 38,0 Prozent.

Damit bestätigen sich im Wesentlichen die Ergebnisse von Zemlin et al. (1999) sowie Küfner, Feuerlein und Huber (1988), wonach insbesondere Merkmale der sozialen und beruflichen Stabilität prognostisch äußerst bedeutsam sind. Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat auch die Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen (vgl. Missel, 2007).

Zufriedenheitseinstufungen

Die nachfolgenden Bewertungen der Katamneseantworter zur Zufriedenheit in relevanten Lebensbereichen zum Katamnesezeitpunkt (vgl. Tabelle 10) 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.

Die Quote der Katamneseantworter, die mit der Partnersituation zufrieden waren, beträgt 76,8 Prozent. Mit der Verwandtschaft, Eltern und Geschwistern sind 83,1 Prozent, mit den Kindern 85,6 Prozent, mit Bekannten und Freunden sind 84,5 Prozent, mit der Freizeitgestaltung 80,2 Prozent, mit der beruflichen Situation 62,6 Prozent, mit der körperlichen Gesundheit 76,1 Prozent und mit dem psychischen Zustand 75,0 Prozent zufrieden. Mit der finanziellen Situation sind 64,8 Prozent, mit der Wohnsituation 89,9 Prozent, in Bezug auf Straftaten und

Tab. 10: Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Therapieerfolg (Prozentangaben)

| Zufriedenheit mit | Therapieerfolg | | |
|--------------------------------|----------------|----------|--------|
| | Abstinenz | Rückfall | Gesamt |
| Partnerbeziehung | 82,6% | 61,2% | 76,8% |
| Eltern, Geschwister, Verwandte | 88,3% | 69,5% | 83,1% |
| Eigene Kinder | 90,7% | 70,8% | 85,6% |
| Bekannte, Freunde | 90,8% | 67,9% | 84,5% |
| Freizeitgestaltung | 88,6% | 58,1% | 80,2% |
| Berufliche Situation | 71,1% | 38,2% | 62,6% |
| Körperliche Gesundheit | 84,7% | 51,4% | 76,1% |
| Seelischer Zustand | 86,0% | 43,8% | 75,0% |
| Finanzielle Situation | 72,5% | 43,1% | 64,8% |
| Wohnsituation | 92,7% | 82,0% | 89,9% |
| Straftaten, Delikte | 84,7% | 54,0% | 71,2% |
| Suchtmittelabstinenz | 94,1% | 44,7% | 79,7% |
| Alltagsbewältigung | 92,8% | 58,9% | 83,9% |

Delikte sind 71,2 Prozent, in Bezug auf die Suchtmittelabstinenz 79,7 Prozent und mit ihrer Alltagsbewältigung sind 83,9 Prozent zufrieden.

Tabelle 10 beschreibt auch Zufriedenheitseinstufungen über die unterschiedlichen Lebensbereiche der Katamneseantworter im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. Die Kategorien, die die Erfolgsquote ausmachen, „abstinente“ und „abstinente nach Rückfall“, wurden auf Basis der Katamneseantworter mit entsprechenden Angaben zusammengefasst.

Abstinente lebende Patienten sind ein Jahr nach Behandlungsende in allen Lebenssituationen deutlich zufriedener als rückfällige Patienten. Vergleicht man die Zufriedenheit von abstinent lebenden Patienten mit der Zufriedenheit von rückfälligen Patienten, so ergeben sich die nachfolgend aufgeführten Werte. Die Zahlen für die rückfälligen Patienten stehen jeweils in Klammern hinter der Zufriedenheits-Quote bei den abstinenten Patienten. Mit der Partnerbeziehung sind 82,6 (61,2) Prozent, mit der Verwandtschaft 88,3 (69,5) Prozent, mit den eigenen Kindern 90,7 (70,8) Prozent, mit dem Bekanntenkreis 90,8 (67,9) Prozent, mit der Freizeitgestaltung 88,6 (58,1) Prozent und mit der beruflichen Situation 71,1 (38,2) Prozent der Patienten zufrieden. In Bezug auf die körperliche Gesundheit sind 84,7 (51,4) Prozent, mit der seelischen Gesundheit 86,0 (43,8) Prozent, bezüglich der finanziellen Situation 72,5 (43,1) Prozent, der Wohnsituation 92,7 (82,0) Prozent und im Hinblick auf Straftaten 84,7 (54,0) Prozent der Antworter zufrieden. Der höchste Prozentsatz von zufriedenen Patienten ist in Bezug auf die Suchtmittelabstinenz 94,1 (44,7) Prozent und die Alltagsbewältigung mit 92,8 (58,9) Prozent zu verzeichnen.

Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

Von insgesamt 1931 rückfälligen Katamneseantwortern wurde das Item „Wie viele Wochen waren Sie nach Abschluss der Therapie abstinent?“ beantwortet. 30,3 Prozent der Rückfälle ereigneten sich bereits im ersten Monat nach Behandlungsende, weitere 11,7 Prozent im zweiten und weitere 16,5 Prozent im dritten Monat nach Beendigung der stationären Rehabilitation. Drei Monate nach Abschluss der Behandlung hatten sich somit bereits 58,5 Prozent der Rückfälle des gesamten Katamnesezeitraums von einem Jahr ereignet (bis sechs Monate: 83,4 Prozent der Rückfälle). Dies verdeutlicht u. a. die Notwendigkeit intensiver ambulanter Weiterbehandlungsmaßnahmen und macht auf die weiterhin bestehende Schnittstellenproblematik in der ‚therapeutischen Kette‘ aufmerksam. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges und zur Überwindung dieser Schnittstellenproblematik sind insbesondere auch weiterhin innovative Interventionsformen erforderlich. Abbildung 5 gibt einen Überblick über den Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende.

Gründe für Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Wenn Patienten 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 (vgl. Tabelle 11).

Als häufigster Grund für rückfälliges Verhalten wurden frustrierende Erfahrungen ge-

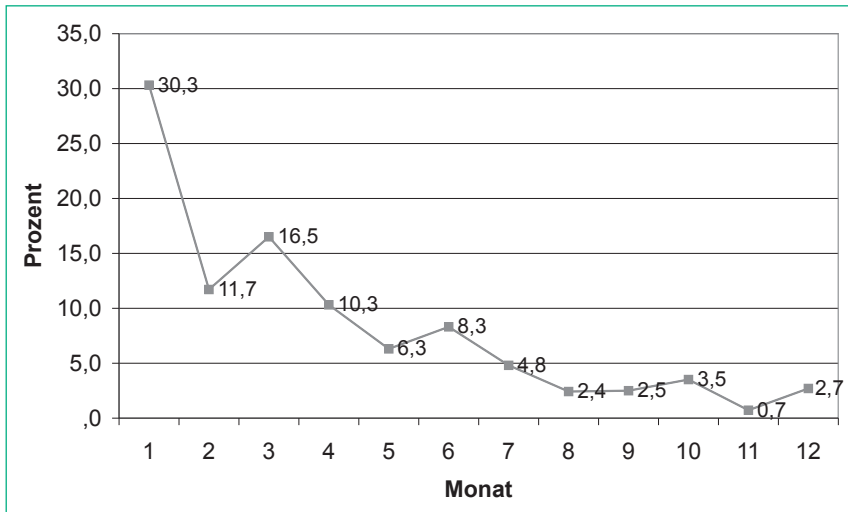


Abbildung 5: Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende (N = 1.931)

nannt (49,0 Prozent). Es folgen Depressionen mit 44,1 Prozent, Ärger mit 42,1 Prozent und innere Spannung/Unruhe mit 40,6 Prozent. Einsamkeit wurde von 33,9 Prozent, Angst von 31,4 Prozent und schwierige Lebenssituationen von 30,6 Prozent der rückfälligen Patienten als Grund für den erneuten Suchtmittelkonsum genannt. Mehr als ein Viertel der Rückfälligen gaben Langeweile (27,5 Prozent) als Grund an, Stressgefühl (26,4 Prozent), die Überzeugung,

Tab. 11: Angaben der rückfälligen Antworten zu Gründen für erneuten Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

| Gründe für erneuten Suchtmittelkonsum | Prozent |
|---|---------|
| Frustration, Enttäuschung | 49,0% |
| Depression | 44,1% |
| Ärger | 42,1% |
| Innere Spannung, Unruhe | 40,6% |
| Einsamkeit | 33,9% |
| Angst | 31,4% |
| Schwierige Lebenssituation | 30,6% |
| Langeweile | 27,5% |
| Stressgefühl | 26,4% |
| Schlafschwierigkeiten | 26,3% |
| Kontrolliertes Trinken | 23,8% |
| Unwiderstehliches Verlangen | 23,4% |
| Gute Stimmung, Glücksgefühl | 21,5% |
| Konflikte mit anderen Personen | 21,1% |
| Körperliche Schmerzen | 14,7% |
| Entzugsähnliche Beschwerden | 14,7% |
| Nicht nein sagen können | 12,6% |
| In Gesellschaft nicht nein sagen können | 12,2% |
| Hemmungen | 8,4% |
| Sonstiges | 8,1% |

wieder kontrolliert trinken zu können (23,8 Prozent) oder unwiderstehliches Verlangen (23,4). Etwa jeder fünfte Rückfall ereignete sich in guter Stimmung verbunden mit Glücksgefühlen (21,5 Prozent).

Therapieerfolg und Erwerbstätigkeit

Tabelle 12 bezieht den Therapieerfolg auf Veränderungen, die sich hinsichtlich der Erwerbslosigkeit bzw. der Erwerbstätigkeit zwischen dem Aufnahmezeitpunkt in die Behandlung und dem Katamnesezeitpunkt ergeben.

Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbslos waren, weisen nach DGSS 3 (Angaben beziehen sich auf Katamneseantworten) eine katamnestiche Erfolgsquote von 79,0 Prozent auf, wenn sie zum Katamnesezeitpunkt wieder erwerbstätig waren. Patienten, die auch zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos waren, haben nur eine Erfolgsquote von 58,6 Prozent. Bei vor Therapiebeginn erwerbslosen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der

Tab. 12: Therapieerfolg gemäß DGSS 3 (alle Antworten) und Veränderungen hinsichtlich der Erwerbslosigkeit bzw. der Erwerbsfähigkeit zwischen dem Aufnahmezeitpunkt in die Behandlung und dem Katamnesezeitpunkt

| Erwerbssituation bei Aufnahme | Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt | Therapieerfolgsquote in Prozent (DGSS 3) |
|-------------------------------|---|--|
| erwerbslos * | Erwerbstätig | 79,0 |
| | Erwerbslos | 58,6 |
| | Nicht erwerbstätig | 68,8 |
| erwerbstätig ** | Erwerbstätig | 80,7 |
| | Erwerbslos | 62,7 |
| | Nicht erwerbstätig | 62,8 |

* N = 1718 (Pat., die vor Therapiebeginn erwerbslos waren und in der Katamnese Fragen zur Erwerbssituation beantwortet haben)

** N = 2560 (Pat., die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und in der Katamnese Fragen zur Erwerbssituation beantwortet haben)

Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote bei 68,8 Prozent.

Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbstätig waren und es zum Katamnesezeitpunkt auch blieben, weisen eine katamnestiche Erfolgsquote von 80,7 Prozent auf. Patienten, die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos wurden, haben nur eine Erfolgsquote von 62,7 Prozent. Bei erwerbstätigen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote bei 62,8 Prozent.

Diskussion der Ergebnisse

Wie bereits in der Diskussion der katamnestiche Ergebnisse für den Entlassjahrgang 1996 näher ausgeführt (vgl. auch Funke et al., 1999) ist der Vergleich katamnestiche Erfolgsquoten ohne differentielle Berücksichtigung von Patienten- und Behandlungsmerkmalen problematisch. Daher beschränken wir uns an dieser Stelle auf eine deskriptive Kommentierung der berichteten Ergebnisse.

Die katamnestiche Erfolgsquote nach der konservativen Berechnungsform DGSS 4 nimmt gegenüber dem Vorjahr um 1,4 Prozent auf 40,8 Prozent ab. Über einen größeren Zeitraum betrachtet, liegt das Ergebnis weiterhin im langjährigen Trend des Rückgangs der katamnestiche Erfolgsquoten (1996: 52,2 Prozent; 1997: 52,4 Prozent; 1998: 49,8 Prozent; 1999: 49,3 Prozent; 2000: 48,5 Prozent; 2001: 43,9 Prozent; 2002: 46,4 Prozent; 2003: 43,4 Prozent; 2004: 42,6 Prozent; 2005: 45,3 Prozent; 2006: 42,0 Prozent; 2007: 42,2 Prozent).

Der Anteil der durchgehend Abstinenter lag im Vorjahr bei 34,5 Prozent und ist damit um 0,3 Prozent auf 34,2 Prozent gefallen. Der Anteil der nach Rückfall Abstinenter ist um 1,1 Prozent von 7,7 auf 6,6 Prozent gefallen. Der Anteil der gesichert Rück-

Tab. 13: Durchschnittliche Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

| Jahr | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Behandlungsdauer in Tagen | 108 | 96 | 88 | 87 | 86 | 86 | 86 | 86 | 86 | 85 | 88 | 88 | 88 |

Quelle: VDR Statistik Rehabilitation

fälligen fällt im Vergleich zum Vorjahr von 16,6 Prozent um 1,0 Prozent auf 15,6 Prozent. Der Anteil der definiert Rückfälligen steigt im Vergleich zum Vorjahr von 41,2 Prozent um 2,4 Prozent auf 43,6 Prozent. Es ist davon auszugehen, dass nur ein Teil der definiert „rückfälligen“ Patienten auch tatsächlich rückfällig ist.

In der FVS-Katamnese 2008 steigt die katamnestiche Erfolgsquote im Vergleich zum Vorjahr bei DGSS 1 von 73,7 Prozent auf 74,2 Prozent, bei DGSS 2 fällt sie von 45,8 Prozent auf 44,3 Prozent, bei DGSS 3 steigt sie von 71,7 Prozent auf 72,4 Prozent und, wie oben ausgeführt, bei DGSS 4 fällt sie von 42,2 Prozent auf 40,8 Prozent. Ein Rückgang der katamnestiche Erfolgsquoten zeigt sich also für DGSS 2 und DGSS 4, während sich bei den Antwortstichproben von DGSS 1 und DGSS 3 eine geringfügige Zunahme der katamnestiche Erfolgsquoten ergibt.

Die Ausschöpfungsquote fällt von 58,8 Prozent in 2007 um 2,4 Prozent auf 56,4 Prozent in 2008, demnach ergibt sich auch ein Rückgang der Erfolgsquote nach DGSS 4 (um 1,4 Prozent) gegenüber dem Vorjahr. Allerdings fällt auch die Quote der rückfälligen Katamneseantworter von 16,6 Prozent auf 15,6 Prozent.

Bei einer Interpretation der Ergebnisse der FVS-Katamnese 2008 im Vergleich zum Vorjahr muss auch auf eine geringfügig veränderte Zusammensetzung der Klinikstichprobe, die anfangs beschrieben wurde, hingewiesen werden.

Möglicherweise bestehen hinsichtlich des langfristigen Rückgangs der katamnestiche Erfolgsquoten im Zeitraum von 1996 bis 2008 neben einer zunehmenden Krankheitsschwere (Chronifizierung, Co- und Multimorbidität) der Klientel auch weiterhin Zusammenhänge zur Umsetzung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) aus dem Jahre 1996, in dessen Folge sich die Behandlungszeiten in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker deutlich verkürzt haben. Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung hat sich die Behandlungsdauer für Alkoholabhängigkeit im stationären Bereich wie folgt geändert (vgl. Tabelle 13).

Zu differenzierten Zusammenhangsanalysen zwischen Veränderung der Verweildauern und Veränderung der Behandlungsergebnisse 1997 bis 2003 verweisen wir auf den Beitrag von Missel (2007).

Im Vergleich zum Vorjahr ist die mittlere Behandlungsdauer für die Gesamtstichprobe

von 81,8 Tagen auf 81,4 Tage zurückgegangen, die mittlere Behandlungsdauer für planmäßige Entlassungen hat sich um 0,6 Tage verkürzt (88,0 Tage vs. 87,4 Tage).

In der Gesamtstichprobe ist der Anteil behandelte Frauen von 29,8 Prozent im Vorjahr auf 30,5 Prozent im Jahr 2008 gestiegen. Ihr Anteil an den Katamneseantwortern (31,5 Prozent) ist nur leicht erhöht, somit zeigt sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Katamneseeteilnahme.

An weiteren Unterschieden im Vergleich zum Vorjahr ergaben sich: Zunahme der Altersgruppe über 40 Jahre (72,4 Prozent vs. 70,6 Prozent), Zunahme des Anteils von Patienten mit fester Beziehung (49,5 Prozent vs. 46,9 Prozent) und Erhöhung der durchschnittlichen Abhängigkeitsdauer von 15,33 Jahren auf 15,93 Jahre. Der Prozentsatz Erwerbsloser zu Beginn der Maßnahme nimmt im Vergleich zum Vorjahr von 35,1 Prozent um 0,7 Prozent auf 35,8 Prozent zu. Der Anteil der Erwerbslosen liegt bei den Katamneseantwortern nur bei 30,4 Prozent.

Die Quote planmäßiger Therapiebeendigungen ist 2008 mit 86,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr (85,5 Prozent) um 1,1 Prozent gestiegen.

Bestätigen können wir mit dieser Untersuchung (vgl. Kluger et al., 2002, 2003; Zobel et al. 2004, 2005a, 2005b, 2007; Missel et al. 2008, 2009, 2010) die prognostische Bedeutsamkeit ausgewählter Merkmale für den späteren Therapieerfolg. Patienten, die aus einer festen Partnerschaft kommen, sind deutlich erfolgreicher als Patienten, bei denen dies nicht der Fall ist. Gleiches gilt für Erwerbstätige: Patienten, die vor bzw. nach der Behandlung erwerbslos sind, sind wesentlich häufiger rückfällig.

Weitere Behandlungsmerkmale erweisen sich als stabile Prädiktoren für den Therapieerfolg: Weibliche Patienten und Patienten mit einer Abhängigkeitsdauer von bis zu 10 Jahren hatten erhöhte katamnestiche Erfolgsquoten. Patienten, die vor der Indexbehandlung zwei oder mehr Entgiftungsbehandlungen aufwiesen, hatten eine signifikant geringere Abstinenzwahrscheinlichkeit als Vergleichspatienten, bei denen keine oder nur eine Entgiftungsbehandlung vorlagen. Eine nicht planmäßige Beendigung der Rehabilitationsbehandlung erhöht signifikant das Rückfallrisiko, planmäßige Entlassungen erhöhen die Abstinenzwahrscheinlichkeit. Auch zwischen der Dauer der Behandlung bei planmäßiger Entlassung und dem Behandlungsergebnis

bestehen bedeutsame Zusammenhänge. Am erfolgreichsten sind Patienten mit einer Behandlungsdauer von über 12 bis 16 Wochen.

Die vorliegende Katamnese ergibt eine konservativ berechnete Abstinenzquote von 34,2 Prozent und eine katamnestiche Erfolgsquote unter Einbezug der Kategorie „abstinent nach Rückfall“ von 40,8 Prozent nach DGSS 4 (alt 3 Monate) und 43,6 Prozent nach DGSS 4 (neu 30 Tage). Eine Berechnung für die Katamneseantworter (DGSS 3) ergibt eine katamnestiche Erfolgsquote von 72,4 Prozent. Dies bestätigt insgesamt die Effektivität stationärer medizinischer Suchtrehabilitation, da Suchtmittelabstinenz als eine wichtige Voraussetzung der Wiederherstellung und dauerhaften Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit und der Teilhabe am Arbeitsleben anzusehen ist.

Darüber hinaus ist der Anteil der erwerbslosen Katamneseantworter ein Jahr nach der Behandlung deutlich gesunken: Waren zu Beginn der Behandlung 32,8 Prozent der Katamneseantworter erwerbslos, so reduzierte sich deren Anteil zum Katamnesezeitpunkt auf 25,9 Prozent. Dies erlaubt aber keine gesicherten differentiellen Rückschlüsse auf die Veränderungen der Erwerbssituation in der Gesamtstichprobe, also einschließlich der Nichtantworter.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für die hohe Ergebnisqualität in der Behandlung Abhängigkeitskranker in den Einrichtungen des Fachverbandes Sucht. Interessant wird es sein, wenn seitens anderer Suchtverbände ebenfalls regelmäßig Katamneseergebnisse publiziert werden, die einen Vergleich bezüglich der Stichproben und etwaiger Selektionseffekte ermöglichen.

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 mehr und mehr zum Standard im ambulanten und teilstationären Bereich wird.

Der Fachverband Sucht hat alle seine stationären Mitgliedseinrichtungen im Indikationsbereich ‚Alkohol-/Medikamentenab-

hängigkeit' aufgefordert, ab 01.01.2005 ein Basisdokumentationssystem und ab 01.01.2006 eine Routinekatamnese einzusetzen. Alle Mitgliedseinrichtungen sind auch gehalten, entsprechend definierter Qualitätsstandards (u. a. Missing-data-Vorgaben) komplette Datensätze zu erheben und dem Fachverband für klinikübergreifende Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Zu berücksichtigen bei den Anforderungen ist selbstverständlich, dass es beispielsweise bei drogenabhängigen Patienten schwierig ist, aussagekräftige Rücklaufquoten zu erreichen. Hier ist man auch auf die Durchführung entsprechender Forschungsprojekte aus Drittmitteln angewiesen, um entsprechende Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung durchführen zu können. Ein vergleichbares Vorgehen aller suchtspezifischen Fachverbände hinsichtlich der Sicherung von Struktur- und Ergebnisqualität durch Einsatz von Basisdokumentation und Katamnese wäre zu begrüßen.

Angemerkt werden muss aber auch, dass mit dem stationären Bereich vergleichbare umfangreiche Evaluationsergebnisse bisher weder für den ambulanten Rehabilitationsbereich noch für Kombinationsbehandlungsmodelle in aussagekräftigem Umfang vorliegen. Hieraus resultiert die Einschätzung des Fachverbandes Sucht e.V., dass diese Rehabilitationsformen insbesondere im Rahmen von Modellevaluationen mit dem stationären Bereich vergleichbare Effizienzstudien vorlegen sollten. Die Wirksamkeit entsprechender Behandlungsformen muss – vor dem Hintergrund der Spezifität des jeweils behandelten Klientels – auf breiter Ebene erst noch belegt werden. Zu begrüßen ist die einrichtungsübergreifende Katamnese von ambulanten Behandlungseinrichtungen des FVS, welche in dieser Ausgabe von „Sucht aktuell“ zum zweiten Mal publiziert wird.

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 2007‘ (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2007) als Referenzsystem im Bereich der Katamnese einzusetzen. Diese überarbeitete Version der Basisdokumentation Sucht enthält bereits den neuen deutschen Kern-

datensatz. Der neue deutsche Kerndatensatz enthält auch den empfohlenen einheitlichen Katamnese-Datensatz, der es ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland ermöglicht, sich an Routinekatamnesen als Ein-Jahres-Katamnesen zu beteiligen. Auch dieser Katamnese-Datensatz fordert die ausschließliche Orientierung an den Berechnungsformen 1 bis 4 der Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. 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 katamnesterischer Aussagen beseitigen, indem in jeder nationalen Veröffentlichung im Suchtbereich heute angegeben werden sollte, welche Katamnese-standards und welche Berechnungsform der DGSS in der Darstellung Anwendung findet.

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 gemeinsam mit einer Routinekatamnese ein entscheidender Schritt zum Nachweis der Ergebnisqualität des gesamten Suchthilfesystems in Deutschland gemacht würde. Hiermit könnten auch innovative Nachsorgemodule zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges differenziell evaluiert werden.

Literatur:

Bachmeier, R. und Brandl, E. (2000). Behandlungserfolg von erst- und wiederholungsbehandelten Patienten 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 Katamnesen 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.

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

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. *Sucht-gefahren*, 34, 157 - 272.

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., 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 Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 17/1, 9-20.

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 Behandlungsdauer 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., 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., Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fachklinik Furth im Wald
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
Kersting, Stephan, EDV-Koordinator, salus-Kliniken, Hürth
Medenwaldt, Jens, Redline Data GmbH, Ahrensböök
Missel, Peter, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe der AHG Kliniken Daun Am Rosenberg, Daun
Schneider, Bernhard, Dipl. Psych., Abteilung Wissenschaft und Forschung der AHG Kliniken Daun, Daun
Schneider, Bernd, Dr., Dipl. Psych., Leiter der AHG Gesundheitsdienste, Koblenz
Verstege, Rainer, Dr., Dipl.-Psych., Leiter des AHG Adaptionshauses TPR Duisburg, Duisburg
Weissinger, Volker, Dr., Geschäftsführer Fachverband Sucht e. V., Bonn
Wüst, Gerhard, Dipl.-Psych., Stellv. Leitender Psychologe der Fachklinik Eußerthal, Eußerthal/Pfalz

Literaturhinweise

Kraus, Th., Letzel, S. Nowak, D. (Hrsg.): Der chronisch Kranke im Erwerbsleben – Orientierungshilfe für Ärzte in Praxis, Klink und Betrieb, Heidelberg 2010, ISBN: 978-3-609-10575-8, 34,95 €

Die Anzahl Beschäftigter, die an chronischen Erkrankungen leiden oder ein höheres Risiko haben, diese zu bekommen, nimmt z.B. durch die steigende Lebensarbeitszeit im Kontext des demografischen Wandels ständig zu. Das Buch zeigt auf, wer, was und wie zur Erhaltung und Förderung der Wiederherstellung der individuellen Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit beitragen kann. Neben einführenden Überblicksartikeln sind im allgemeinen Teil unter anderem Beiträge zur Zusammenarbeit von Betriebsärzten mit Allgemeinmedizinern und anderen Fachärzten, zur Situation chronisch Kranker im Großunternehmen bzw. in kleinen und mittelständischen Unternehmen, zum Jugendarbeitsschutz oder zum betrieblichen Eingliederungsmanagement enthalten. Im speziellen Teil geht es dann um spezifische Erkrankungsarten wie z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skeletterkrankungen, psychische Erkrankungen und Abhängigkeitsstörungen. Somit richtet sich das Buch nicht nur an Betriebsärzte und Arbeitsmediziner, sondern auch an alle

Facharztgruppen sowie Institutionen im Bereich der Rehabilitation oder dem Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Kläber, M.: Doping im Fitness-Studio – Die Sucht nach dem perfekten Körper, Bielefeld 2010, ISBN: 978-3-8376-1611-8, 33,80 €

Doping findet nicht nur im Spitzensport statt, sondern auch jenseits des öffentlichen Interesses im Breiten- und Freizeitsport. In der Lebenswelt der Kraftsportler und Bodybuilder hat sich ein Milieu etabliert, in dem Medikamente missbräuchlich eingesetzt werden, um den als defizitär wahrgenommenen Körper zu überarbeiten bzw. zu modellieren. Das Buch gliedert sich in 4 Kapitel.

1. Untersuchung des sozialen Milieus des Kraftsports in Deutschen Fitness-Studios.
2. Biografien ausgewählter Kraftsportler, hierbei werden insbesondere Sinnmotive untersucht.
3. Untersuchungen übergreifender Bedingungsstrukturen und -geflechte.
4. Untersuchung von Doping-Karrieren im Hinblick auf das Suchtpotential sowie auf weitere Forschungsperspektiven.

Die Studie zeigt, wie sehr die technische und medikamentöse Körpermodellierung unter Inkaufnahme von Nebenwirkungen bereits im Alltag angekommen ist.

Wolfersdorf, M.: Depression – Die Krankheit bewältigen, Bonn 2010, ISBN: 978-3-86739-060-6, 14,95 €

Depression ist eine Erkrankung, die den gesamten Menschen in seiner psychischen und körperlichen Befindlichkeit, in seiner Selbsteinschätzung und Selbstbewertung, seinem Erleben und Handeln betrifft. Es ist davon auszugehen, dass an einem Stichtag ca. 10 % der Bevölkerung an Depressionen leidet, hierbei sind Frauen doppelt so oft betroffen wie Männer. Die Depression ist gut behandelbar, wird allerdings zu spät oder gar nicht erkannt. Der Autor führt durch anschauliche, einfühlsame und beispielhafte Schilderungen in die Problematik ein, zeigt Ursachen auf und stellt unterschiedliche therapeutische Angebote vor. Hierzu gehören Psychotherapie, medikamentöse Behandlung, Psychoindikation, Selbsthilfegruppen, Soziotherapie, Rehabilitation. Des weiteren geht er auf die langfristige Behandlung und Prophylaxe sowie spezifische Erscheinungsformen der Depression ein.