

Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Peter Missel, Bernhard Schneider, Rudolf Bachmeier, Wilma Funke, Dieter Garbe, Franz Herder, Stephan Kersting, Nikolaus Lange, Jens Medenwald, Bernd Schneider, Rainer Verstege, Volker Weissinger

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 wurde eine Frist (01.10.2012) 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 abstinent 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:

- 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 2009 mit 10961 (2003: 7.266; 2004: 9.799; 2005: 10.269; 2006: 10.306; 2007: 10.983; 2008: 10.461) durchgeführten Behandlungen berücksichtigt werden. Der FVS ist damit ein bundesweit tätiger Verband, der 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 Kliniken Daun Thommener Höhe; Kliniken Wied; AHG Klinik Wilhelmsheim; Fachklinik Zwieselberg; salus Klinik Lindow.

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

Untersuchungsdesign

Die Katamnese des Fachverbandes Sucht umfasst die Daten einer Totalerhebung des Entlassjahrgangs 2009 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 nach In-

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, kategoriale Auswertung

Merkmal	Kategorie	kein Katamneseantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N=4.547		N=6.414		N=10.961	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	Männlich	3205	70,5%	4450	69,4%	7655	69,8%
	Weiblich	1342	29,5%	1964	30,6%	3306	30,2%
Altersgruppe	Bis 40	1616	35,5%	1360	21,2%	2976	27,2%
	Über 40	2931	64,5%	5054	78,8%	7985	72,8%
Familienstand bei Aufnahme	Nicht verheiratet	3032	66,7%	3682	57,4%	6714	61,3%
	Verheiratet	1411	31,0%	2634	41,1%	4045	36,9%
Partnerbeziehung bei Aufnahme	Keine feste Beziehung	2483	54,6%	2892	45,1%	5375	49,0%
	Feste Beziehung	1919	42,2%	3361	52,4%	5280	48,2%
Höchster Schulabschluss	Kein Abschluss	225	4,9%	165	2,6%	390	3,6%
	Sonder- / Hauptschule	2026	44,6%	2508	39,1%	4534	41,4%
	Realschule oder höher	2105	46,3%	3544	55,3%	5649	51,5%
	Sonstiger Abschluss	65	1,4%	79	1,2%	144	1,3%
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme*	Erwerbstätig	1477	32,5%	2749	42,9%	4226	38,6%
	Erwerbslos	1901	41,8%	2128	33,2%	4029	36,8%
	Nicht erwerbstätig	613	13,5%	1025	16,0%	1638	14,9%
Vermittlung	Ohne Vermittlung	578	12,7%	937	14,6%	1515	13,8%
	Arbeitgeber / Betrieb / Schule	116	2,6%	219	3,4%	335	3,1%
	Arzt / Psychotherapeut	135	3,0%	256	4,0%	391	3,6%
	Krankenhaus	847	18,6%	1029	16,0%	1876	17,1%
	Suchtberatung	2285	50,3%	3129	48,8%	5414	49,4%
	Kosten- / Leistungsträger	93	2,0%	157	2,4%	250	2,3%
	Sonstige	448	9,9%	640	10,0%	1088	9,9%
Leistungsträger	Rentenversicherung	3370	74,1%	4279	66,7%	7649	69,8%
	Krankenversicherung	414	9,1%	646	10,1%	1060	9,7%
	Sozial- / Jugendhilfe	64	1,4%	65	1,0%	129	1,2%
	Selbstzahler	78	1,7%	116	1,8%	194	1,8%
	Sonstige	31	0,7%	55	0,9%	86	0,8%
	Keine Angaben	590	13,0%	1253	19,5%	1843	16,7%
Hauptsuchtmitteldiagnose zusammengefasst	Alkohol	4264	93,8%	6143	95,8%	10407	94,9%
	Sedativa, Hypnotika	75	1,6%	102	1,6%	177	1,6%
	Multipler Substanzgebrauch	79	1,7%	64	1,0%	143	1,3%
	Sonstige	129	2,8%	105	1,6%	234	2,1%
Anzahl Entgiftungen	Keine	1092	24,0%	1587	24,7%	2679	24,4%
	Eine	1132	24,9%	1972	30,7%	3104	28,3%
	Mehr als eine	2216	48,7%	2759	43,0%	4975	45,4%
Anzahl ambulanter Entwöhnungen	Nein	4083	89,8%	5634	87,8%	9717	88,7%
	Ja	277	6,1%	589	9,2%	866	7,9%
Art der Behandlungsbeendigung	Planmäßig	3577	78,7%	5788	90,2%	9365	85,4%
	Abbruch durch Patient	795	17,5%	497	7,7%	1292	11,8%
	Abbruch durch Einrichtung	98	2,2%	86	1,3%	184	1,7%
	Verlegt	77	1,7%	43	0,7%	120	1,1%

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.

* 9,7% ohne Angabe bei Erwerbstätigkeit

dikationsstellung, bei regulärer Entlassung in der Regel zwischen 4 und bis zu 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 2009 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 Katamnese-rücklaufs.

Beim Entlassjahrgang 2009 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 (altes Kriterium) zum Befragungszeitpunkt auf mindestens 30 Tage Abstinenz (neues Kriterium) zum Befragungszeitpunkt reduziert. Da ergänzend zum Kerndatensatz das bisherige Kriterium im FVS weiter erhoben wird, muss auf die früheren Kriterien, für die auch Vergleichs-

daten vorliegen, nicht verzichtet werden. Für den Entlassjahrgang 2009 wird jedoch vorrangig das neue Kriterium herangezogen, da nicht von allen Kliniken Angaben auch für das alte Kriterium vorlagen.

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 1.1.2009 bis 31.12.2009 in den beteiligten Kliniken entlassenen Patienten bilden die Gesamtstichprobe mit insgesamt 11.127 stationären Maßnahmen. Der Datensatz der beteiligten Kliniken wurde vorab um Patienten mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“ und „Schädlicher PC / Internetgebrauch“ (F63.0 N = 113; F68.8 N=1) bereinigt. 45 Patienten wurden wegen fehlender bzw. nicht verwertbarer Angaben zur Hauptsuchtmitteldiagnose aus der Untersuchung genommen. 7 während der Behandlung verstorbene Patienten wurden ebenfalls nicht berücksichtigt. Es verblieben 10.961 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

69,8 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe waren männlichen, 30,2 Prozent weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter betrug in der Gesamtstichprobe 45,7 Jahre, 72,8 Prozent der Patienten waren älter als 40 Jahre. Insgesamt 36,9 Prozent der Patienten waren verheiratet, 48,2 Prozent lebten in einer festen Beziehung.

Bezüglich der Schulausbildung gaben insgesamt 3,6 Prozent an, keinen Schulabschluss zu haben, 41,4 Prozent hatten einen Sonder- oder Hauptschulabschluss erreicht, 51,5 Prozent einen darüber hinausgehenden Abschluss.

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit am Tag vor der Aufnahme standen 38,6 Prozent der Patienten in einem Arbeitsverhältnis, 36,8 Prozent waren erwerbslos und 14,9 Prozent fielen unter die Kategorie Nicht-Erwerbspersonen (Hausfrauen, Rentner, Schüler, Studenten etc.). Von 9,7 Prozent der Patienten lagen keine Angaben vor.

Behandlungsmerkmale

Der Hauptanteil mit 49,4 Prozent der Vermittlungen erfolgte durch Suchtberatungsstellen. Durch Krankenhäuser wurden 17,1 Prozent der Patienten vermittelt, Kosten- und Leistungsträger waren in 2,3 Prozent der Fälle die Überweisenden. Arbeitgeber/Betriebe/Schulen hatten einen Vermittlungsanteil von 3,1 Prozent, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten wiesen 3,6 Prozent der Patienten zu. Ohne Vermittlung kamen 13,8 Prozent der Patienten in die Behandlung, sonstige Vermittler wurden in 9,9 Prozent der Fälle genannt.

Die Behandlungen wurden überwiegend von den Rentenversicherungsträgern als Leistungsträger getragen (69,8 Prozent). In 9,7 Prozent der Fälle war eine Krankenversicherung der Kostenträger, 1,8 Prozent der Patienten waren Selbstzahler und in 1,2 Prozent der Fälle wurden die Kosten von der Sozial-/Jugendhilfe übernommen. Sonstige Kostenträger hatten einen Anteil

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

Merkmal	Kein Katamneseantworter			Katamneseantworter			Gesamtstichprobe		
	N = 4.547			N = 6.414			N = 10.961		
	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N
Alter bei Aufnahme	43.65	10.58	4547	47.21	9.82	6414	45.74	10.29	10961
Abhängigkeitsdauer	14.13	8.73	3633	14.88	9.20	4604	14.55	9.01	8237
Behandlungsdauer (alle)	76.53	35.51	4547	83.43	29.68	6414	80.57	32.40	10961
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung	86.06	30.02	3577	87.31	26.97	5788	86.83	28.18	9365

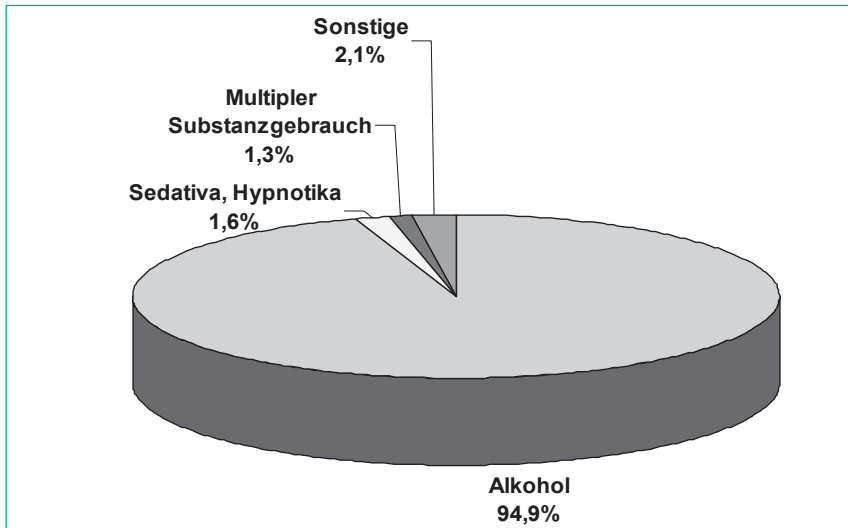


Abbildung 1: Primärdiagnose der Suchtmittelabhängigkeit (N = 10.961)

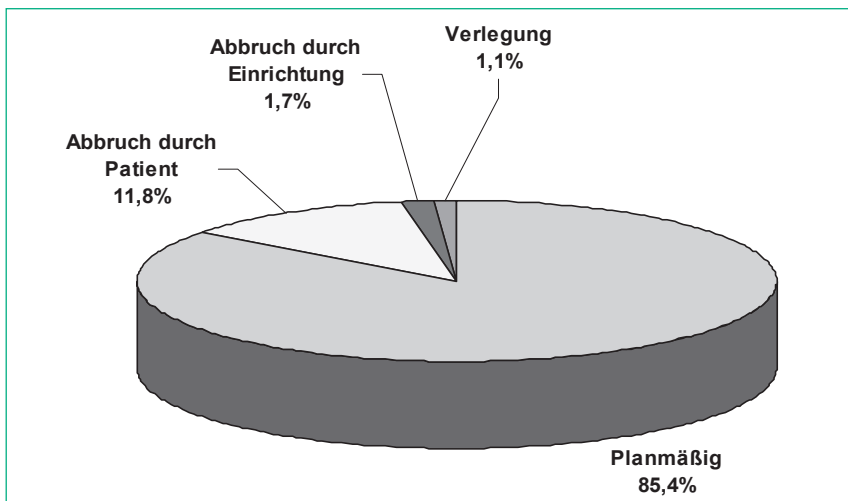


Abbildung 2: Art der Behandlungsbeendigung (N = 10.961)

von 0,8 Prozent. Für 16,7 Prozent der Fälle lagen keine Angaben zum Leistungs- bzw. Kostenträger vor.

Es hatten 94,9 Prozent (N = 10.407) der Patienten in der Hauptdiagnose eine Störung durch Alkohol (ICD-10, F10). Bei den übrigen Patienten (vgl. Abbildung 1) hatten 1,3 Prozent Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (ICD-10, F19), 1,6 Prozent zeigten Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10, F13). Andere Hauptdiagnosen nach ICD-10 (F12, F14, F15, F16, F17, F18) wurden bei 2,1 Prozent der Patienten vergeben. Patienten mit der Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel (ICD-10: F63.0) waren nicht in den Datensatz aufgenommen worden.

Die mittlere Dauer der Abhängigkeit bei Beginn der Behandlung lag bei 14,6 Jahren. Der überwiegende Teil der Gesamtstichprobe (73,7 Prozent) hatte in der Vorgesichte 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 Maßnahmen angegeben

Tab. 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

Ergebnisse zum Datenrücklauf	Anzahl	Prozent
Abstinenter	3837	35,0%
Abstinenter nach Rückfall (30 Tage)	1103	10,1%
Rückfällig	1393	12,7%
Widersprüchliche Angaben	81	0,7%
Verweigert	221	2,0%
Verstorben	122	1,1%
Unbekannt verzogen	1244	11,3%
Unfähig zur Beantwortung	22	0,2%
Sonstiges / Keine Daten	2938	26,9%
Gesamt	10961	100,0%

werden, dies schien nicht immer so erfolgt zu sein, die Angaben weichen stark von den Vorjahren ab. Dies trifft auch für das Entlassjahr 2009 zu. Aus diesem Grunde wird auf alle Auswertungen mit dieser Variable verzichtet. Inzwischen wurde im Manual des Kerndatensatzes eine entsprechende Überarbeitung vorgenommen.

Die Beendigung der stationären Abhängigkeitsbehandlung erfolgte für 85,4 Prozent planmäßig. 11,8 Prozent der Patienten brachen ihre Behandlung ab. Bei 1,7 Prozent wurde die Therapie durch die Einrichtung beendet. In andere Einrichtungen verlegt wurden 1,1 Prozent der Patienten, (vgl. Abbildung 2.).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag für die Gesamtstichprobe bei 80,6 Tagen (für planmäßig entlassene Patienten: 86,8 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 der Hauptdiagnose einer ‚Störung durch Alkohol‘, 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 2009, sofern nur Katamne-

seantworte berücksichtigt werden, 58,5 Prozent (Vorjahr: 56,4 Prozent). Berücksichtigt man alle Patienten, für die eine Katamneseinformation vorliegt (N = 6.558), und bezieht diese Zahl auf die um die Verweigerer verminderte Katamneseerhebung (N = 10.740), ergibt sich eine Ausschöpfungsquote von 61,1 Prozent (Vorjahr: 58,6 Prozent).

Bei 1,1 Prozent der Patienten wurde in Erfahrung gebracht, dass sie in der Zwischenzeit verstorben sind, 2,0 Prozent der ehemaligen Patienten verweigerten die Teilnahme an der Befragung, 0,2 Prozent der Patienten war unfähig zur Beantwortung.

Als Antworterstichprobe wurden die Katamneseantworter mit den Kategorien „Abstinenz“, „Abstinenz nach Rückfall“, „Rückfällig“ und „Widersprüchliche Angaben“ in den Katamneseprotokollbögen definiert. Dies sind 6.414 ehemalige Patienten und 58,5 Prozent der Ausgangsstichprobe.

Von diesen 6.414 Datensätzen der Antworterstichprobe beruhen 86,1 Prozent auf schriftlichen Katamneseangaben durch den Patienten, 11,6 Prozent auf telefonischen Angaben durch den Patienten und 0,3 Prozent auf sonstigen Angaben des Patienten. In 2,0 Prozent der Fälle wurde dieses Datenfeld nicht ausgefüllt.

Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese

Zum Katamnesezeitpunkt waren 44,7 Prozent der Antworter verheiratet, zu Therapiebeginn waren es 43,0 Prozent. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten.

Die Quote der erwerbstätigen Katamneseantworter stieg von 47,3 Prozent bei Therapiebeginn auf 50,5 Prozent zum Katamnesezeitpunkt deutlich an. Die Zahl der erwerbslosen Katamneseantworter sank von 35,0 Prozent auf 27,7 Prozent zum Katam-

nesezeitpunkt um 7,3 Prozent. Demgegenüber erhöhte sich die Quote der Nichterwerbstätigen von 17,8 Prozent auf 21,8 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 44,1 Prozent um 21,2 Prozent auf 65,3 Prozent im Katamnesezeitraum. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten bis 3 Monate nehmen um 17,9 Prozent, die bis 6 Monate um 6,4 Prozent ab, bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten über 6 Monate ist eine Zunahme um 3,1 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 (es bestehen Inkompatibilitäten im Antwortverhalten beider Items). Kein Selbsthilfegruppenbesuch wurde von 33,5 Prozent der Katamneseantworter angegeben. 29,5 Prozent der Katamneseantworter berichten über einen Selbsthilfegruppenbesuch während des gesamten Katamnesezeitraumes, mindestens ein halbes Jahr lang hatten 15,3 Prozent und weniger als ein halbes Jahr lang hatten 12,5 Prozent eine Selbsthilfegruppe besucht. 7,9 Prozent der Antworter besuchten wöchentlich eine Selbsthilfegruppe. 27,7 Prozent taten dies ein bis dreimal im Monat und 16,4 Prozent gaben an, weniger als einmal im Monat eine Selbsthilfegruppe besucht zu haben.

Eine Inanspruchnahme einer poststationären ambulanten Rehabilitation oder Nachsorge wird nur von 24,8 Prozent der Katamneseantworter angegeben, 51,1 Prozent haben sich dazu nicht geäußert, 24,2 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 Angaben aller in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten berücksichtigt. Bezugsbasis für die konservativste **Berechnungsform 4** sind alle in 2009 entlassenen Patienten. Personen für die keine oder widersprüchliche Katamneseinformationen vorliegen, werden hier nach als rückfällig gewertet. Darunter fallen auch die Unterkategorien „unbekannt verzogen“, „verweigert“, „Nichtantworter/Sons-

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

		Katamneseantworter			
		N=6.414			
		Katamnesezeitpunkt		Therapiebeginn	
Merkmal	Kategorien	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Familienstand (N=5810)	Verheiratet	2596	44,7%	2496	43,0%
	Nicht verheiratet	3214	55,3%	3314	57,0%
Erwerbstätigkeit (N=5480)	Erwerbstätig	2769	50,5%	2591	47,3%
	Erwerbslos	1517	27,7%	1916	35,0%
	Nicht erwerbstätig	1194	21,8%	973	17,8%
Arbeitsunfähigkeit im Katamnesezeitraum (N=3039)	Keine Arbeitsunfähigkeit	1984	65,3%	1339	44,1%
	< 3 Monate	631	20,8%	1175	38,7%
	< 6 Monate	184	6,1%	380	12,5%
	> 6 Monate	240	7,9%	145	4,8%
Selbsthilfegruppenbesuch (N=6414)	Nein, keine Selbsthilfegruppe besucht	2148	33,5%		
	Während des gesamten Zeitraums	1900	29,5%		
	Mindestens ein halbes Jahr lang	983	15,3%		
	Weniger als ein halbes Jahr lang	800	12,5%		
	Keine Angabe	583	9,1%		
Häufigkeit des Selbsthilfegruppenbesuchs (N=6414)	Unter einmal pro Monat	1055	16,4%		
	Ein bis dreimal pro Monat	1776	27,7%		
	Wöchentlich	507	7,9%		
	Nie	1059	16,5%		
	Keine Angabe	2017	31,4%		
Beratungsstellenbesuch Nachsorge (N=6414)	Ja	1588	24,8%		
	Nein	1550	24,2%		
	Keine Angabe	3276	51,1%		

* Bei Vergleichen mit Angaben zum Aufnahmezeitpunkt werden nur Patienten berücksichtigt, bei denen Angaben zu beiden Zeitpunkten vorliegen.

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

	DGSS 1 (N=5.788)		DGSS 2 (N=9.365)		DGSS 3 (N=6.414)		DGSS 4 (N=10.961)	
Katamnestiche Erfolgsquote	4.588	79,3%	4.588	49,0%	4.940	77,0%	4.940	45,1%
Abstinenter	3.597	62,2%	3.597	38,4%	3.837	59,8%	3.837	35,0%
Abstinenter nach Rückfall (30 Tage)	991	17,1%	991	10,6%	1.103	17,2%	1.103	10,1%
Rückfällig	1.200	20,7%	4.777	51,0%	1.474	23,0%	6.021	54,9%

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

tiges/Keine Daten“, „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. Es wurde nach dem Kriterium „Nach einem Rückfall zum Katamnesezeitpunkt mindestens wieder 30 Tage durchgehend abstinent“ ausgewertet.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe der Patienten inklusive der verstorbenen Patienten ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote („abstinenter“ und „abstinenter nach Rückfall“) nach DGSS 4 von 45,1 Prozent (Neues Kriterium). Es lebten im gesamten Katamnesezeitraum 35,0 Prozent der Patienten abstinent, 10,1 Prozent abstinent nach Rückfall. Die weiteren 54,9 Prozent wurden in der konservativen Schätzung als rückfällig eingestuft (vgl. Abbildung 3.). Die 54,9 Prozent rückfälligen Patienten setzten sich aus 13,4 Prozent „rückfällig per Katamneseantwort“ und 41,5 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 werden, ergab sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 79,3 Prozent. Danach lebten im gesamten Katamnesezeitraum 62,2 Prozent der Patienten durchgehend abstinent, 17,1 Prozent abstinent nach Rückfall und die anderen 20,7 Prozent wurden als rückfällig eingestuft (vgl. Abbildung 4.).

Untersucht man das alte Kriterium „abstinenter nach Rückfall, bei zum Katamnesezeit-

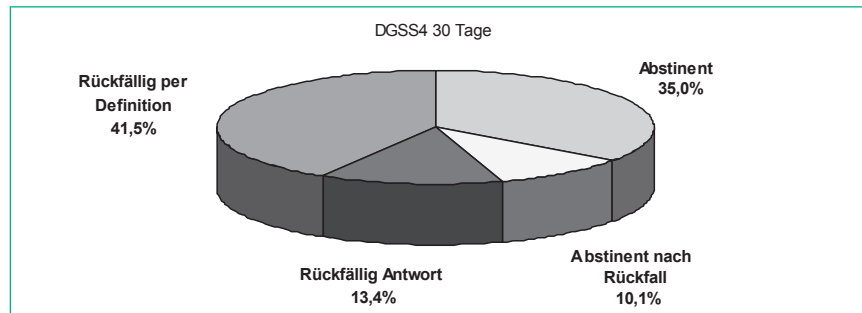


Abbildung 3: Abstinenzquote nach konservativer Berechnungsart (DGSS 4) incl. Verstorbene (neu „Abstinenter nach Rückfall 30 Tage“)

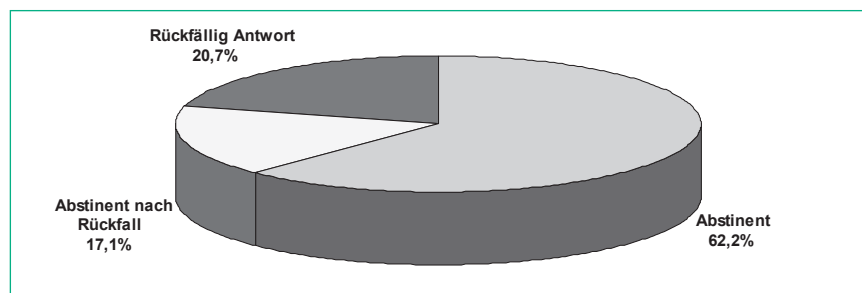


Abbildung 4: Abstinenzquote nach (DGSS 1) incl. Verstorbene (neu „Abstinenter nach Rückfall 30 Tage“)

punkt mindestens wieder ununterbrochener Abstinenz von drei Monaten“, so sind grundsätzlich ungünstigere Ergebnisse zu erwarten. Diese sind in Tabelle 6 dargestellt. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse einer Klinik wegen nicht vorliegender Daten aus dieser Auswertung herausgenommen werden mussten.

Ein Vergleich der katamnestiche Erfolgsquoten mit neuer vs. alter Berechnungsform zeigt nachfolgende Ergebnisse: 79,3 Prozent vs. 76,9 Prozent bei DGSS 1, 49,0 Pro-

zent vs. 46,3 Prozent bei DGSS 2, 77,0 Prozent vs. 75,0 Prozent bei DGSS 3 und 45,1 Prozent vs. 42,6 Prozent bei DGSS 4.

Vermindert man die Katamnesezeitprobe um die nachträglichen Verweigerer (N = 221) auf 10.740 Patienten (Neues Kriterium) bzw. auf 9.818 Patienten (Altes Kriterium) ergeben sich für DGSS 4 katamnestiche Erfolgsquoten von 46,0 Prozent („Neu“) bzw. 43,5 Prozent („alt“), also um 0,9 Prozent („neu“) bzw. 0,9 Prozent („alt“) erhöhte Erfolgsquoten.

Tab. 6: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (alt „Abstinenter nach Rückfall 3 Monate“)*

	DGSS 1 (N=5.184)		DGSS 2 (N=8.605)		DGSS 3 (N=5.696)		DGSS 4 (N=10.039)	
Katamnestiche Erfolgsquote	3.984	76,9%	3.984	46,3%	4.272	75,0%	4.272	42,6%
Abstinenter	3.298	63,7%	3.298	38,3%	3.509	61,6%	3.509	35,0%
Abstinenter nach Rückfall (3 Monate)	686	13,2%	686	8,0%	763	13,4%	763	7,6%
Rückfällig gesamt	1.200	23,1%	4.621	53,7%	1.424	25,0%	5.767	57,4%

* Die Berechnungen wurden unter Einbeziehung der verstorbenen Patienten durchgeführt, dies führt zu einer geringfügigen Reduzierung der Abstinenzquoten bei DGSS 2 und DGSS 4. Wegen nicht verwertbarer Angaben zu diesem Kriterium musste eine Klinik aus der Auswertung genommen werden.

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 2,4 Prozent und bei DGSS 4 2,6 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 40,9 Prozent auf, Patienten die länger als 16 Wochen behandelt wurden, waren in 42,0 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 51,6 Prozent.

Für die Stichprobe der planmäßig entlassenen Patienten (DGSS 2) ergibt sich gleichfalls mit 52,6 Prozent die höchste katamnestiche Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer von über 12 bis zu 16 Wochen (bis 12 Wochen 46,7 Prozent, über 16 Wochen 43,1 Prozent). In allen 4 Berechnungsformen weist die Behandlungsdauerkategorie ‚über 12 bis 16 Wochen‘ jeweils die höchste katamnestiche 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. Mit Ausnahme des Effekts der Abhängigkeitsdauer, konnten alle Unterschiede über einen Chi – Quadrattest statistisch abgesichert werden.

- 46,9 Prozent der Frauen waren ein Jahr nach Therapieende „erfolgreich“ (abstinent bzw. abstinent nach Rückfall). Bei Männern sind 44,3 Prozent erfolgreich.
- Patienten in der Gruppe bis 40 Jahre haben nur eine Erfolgsquote von 33,3 Prozent, während die über 40 jährigen eine Erfolgsquote von 49,5 Prozent erreichen.
- Patienten, die bei Therapiebeginn nicht in einer festen Partnerschaft leben, waren deutlich weniger erfolgreich (39,9 Prozent) als Patienten, die aus einer festen Beziehung kommen (50,6 Prozent).
- Von den zu Therapiebeginn erwerbstätigen Patienten waren nach einem Jahr 51,8 Prozent als erfolgreich zu bezeichnen. Dies traf hingegen nur für 38,4 Prozent der bei Therapiebeginn erwerbslo-

sen, aber für 49,1 Prozent der zu Therapiebeginn nicht-erwerbstätigen Patienten zu.

- Patienten mit einer Abhängigkeitsdauer von bis zu 10 Jahren hatten etwas häufiger einen Therapieerfolg als Patienten, die mehr als 10 Jahre abhängig waren (43,5 Prozent vs. 42,7 Prozent). Dieser geringe Unterschied ist statistisch nicht bedeutsam.
- Patienten, die vor Therapiebeginn keine (Erfolgsquote 46,2 Prozent) beziehungsweise nur eine Entgiftungsbehandlung (Erfolgsquote 51,3 Prozent) aufwiesen, hatten größere Erfolgsaussichten als Patienten mit wiederholten Entgiftungsbehandlungen (Erfolgsquote 41,0 Prozent).
- Patienten mit planmäßigem Abschluss der Therapie schnitten deutlich besser ab als Patienten, bei denen dies nicht zutrif (Erfolgreich bei planmäßiger Beendigung: 49,0 Prozent). Nicht planmäßig entlassene Patienten waren nur zu einem Anteil von 22,1 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 52,6 Prozent die höchsten Erfolgsquoten auf. Patienten, die eine Behandlung von über 16 Wochen aufweisen, haben eine katamnestiche Erfolgsquote von 43,1 Prozent. Bei bis zu 12 Wochen Behandlungsdauer beträgt die Erfolgsquote 46,7 Prozent.

Damit bestätigen sich im Wesentlichen die Ergebnisse von Zemlin et al. (1999) sowie

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

	DGSS 1 (N = 5.788)		DGSS 2 (N = 9.365)		DGSS 3 (N = 6.414)		DGSS 4 (N = 10.961)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Katamnestiche Erfolgsquote	78,5	80,9	48,1	50,9	76,2	78,9	44,3	46,9
Abstinent	62,9	60,5	38,6	38,1	60,4	58,6	35,1	34,8
Abstinent nach Rückfall	15,6	20,4	9,5	12,8	15,8	20,3	9,2	12,1
Rückfall	21,5	19,1	51,9	49,1	23,8	21,1	55,7	53,1

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

	DGSS 1 (N = 5.788)			DGSS 2 (N = 9.365)			DGSS 3 (N = 6.414)			DGSS 4 (N = 10.961)		
	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
Katamnestiche Erfolgsquote	77,2	81,7	78,0	46,7	52,6	43,1	73,7	81,1	77,5	40,9	51,6	42,0
Abstinent	60,9	64,3	56,5	36,9	41,4	31,2	57,0	63,8	56,2	31,6	40,6	30,5
Abstinent nach Rückfall	16,3	17,4	21,5	9,8	11,2	11,9	16,7	17,3	21,3	9,3	11,0	11,5
Rückfall	22,8	18,3	22,0	53,3	47,4	56,9	26,3	18,9	22,5	59,1	48,4	58,0

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

Variable	Kategorien	Therapieerfolg (abstinent und abstinent nach Rückfall) in Prozent	Chi- Quadrat- test
		Gesamtstichprobe (N=10.961)	p
Geschlecht	Männlich	44,3	0,01*
	Weiblich	46,9	
Alter	Bis 40	33,3	0,01*
	Über 40	49,5	
Partnerbeziehung	Keine feste Partnerschaft	39,9	0,00**
	Feste Partnerschaft	50,6	
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	51,8	0,00**
	Erwerbslos	38,4	
	Nicht Erwerbstätig	49,1	
Abhängigkeitsdauer	Bis 10 Jahre	43,5	0,45
	Über 10 Jahre	42,7	
Entgiftungen	Keine Entgiftungen	46,2	0,00**
	1 Entgiftung	51,3	
	2 und mehr Entgiftungen	41,0	
Entlassart	Planmäßig	49,0	0,00**
	Nicht planmäßig	22,1	
Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen	Bis 12 Wochen	46,7	0,00**
	Über 12 bis 16 Wochen	52,6	
	Über 16 bis 52 Wochen	43,1	

Anmerkung:
(Chi-Quadratstest nach Pearson, p = asymptotische Signifikanz zweiseitig, *p <0.05; **p <0.01)

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 74,0 Prozent. Mit der Verwandtschaft, Eltern und Geschwistern sind 70,7 Prozent, mit den Kindern 86,2 Prozent, mit Bekannten und Freunden sind 63,2 Prozent, mit der Freizeitgestaltung 60,2 Prozent, mit der beruflichen Situation 58,3 Prozent, mit der

körperlichen Gesundheit 62,1 Prozent und mit dem psychischen Zustand 61,6 Prozent zufrieden. Mit der finanziellen Situation sind 41,3 Prozent, mit der Wohnsituation

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

Zufriedenheit mit	Therapieerfolg		
	Abstinenz	Rückfall	Gesamt
Partnerbeziehung	78,3%	53,8%	74,0%
Eltern, Geschwister, Verwandte	77,3%	41,2%	70,7%
Eigene Kinder	89,8%	62,4%	86,2%
Bekannte, Freunde	72,0%	30,0%	63,2%
Freizeitgestaltung	71,1%	21,0%	60,2%
Berufliche Situation	62,9%	35,4%	58,3%
Körperliche Gesundheit	70,0%	22,7%	62,1%
Seelischer Zustand	70,7%	17,1%	61,6%
Finanzielle Situation	46,1%	20,4%	41,3%
Wohnsituation	84,6%	59,3%	80,2%
Straftaten, Delikte	90,1%	73,2%	86,3%
Suchtmittelabstinenz	91,9%	29,3%	84,2%
Alltagsbewältigung	80,9%	22,7%	70,5%

80,2 Prozent, in Bezug auf Straftaten und Delikte sind 86,3 Prozent, in Bezug auf die Suchtmittelabstinenz 84,2 Prozent und mit ihrer Alltagsbewältigung sind 70,5 Prozent zufrieden.

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

Abstinent 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 78,3 (53,8) Prozent, mit der Verwandtschaft 77,3 (41,2) Prozent, mit den eigenen Kindern 89,8 (62,4) Prozent, mit dem Bekanntenkreis 72,0 (30,0) Prozent, mit der Freizeitgestaltung 71,1 (21,0) Prozent und mit der beruflichen Situation 62,9 (35,4) Prozent der Patienten zufrieden. In Bezug auf die körperliche Gesundheit sind 70,0 (22,7) Prozent, mit der seelischen Gesundheit 70,7 (17,1) Prozent, bezüglich der finanziellen Situation 46,1 (20,4) Prozent, der Wohnsituation 84,6 (59,3) Prozent, im Hinblick auf Straftaten 90,1 (73,2) Prozent und bezüglich der Alltagsbewältigung 80,9 (22,7) Prozent der Antworter zufrieden. Der höchste Prozentsatz von zufriedenen Patienten ist in Bezug auf die Suchtmittelabstinenz 91,9 (29,3) Prozent zu verzeichnen.

Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

Von insgesamt 2052 rückfälligen Katamneseantwortern wurde das Item „Wie viele Wochen waren Sie nach Abschluss der Therapie abstinent?“ beantwortet. 38,3 Prozent der Rückfälle ereigneten sich bereits im ersten Monat nach Behandlungsende, weitere 15,8 Prozent im zweiten und weitere 10,3 Prozent im dritten Monat nach Beendigung der stationären Rehabilitation. Drei Monate nach Abschluss der Behandlung hatten sich somit bereits 64,4 Prozent der Rückfälle des gesamten Katamnesezeitraums von einem Jahr ereignet (bis sechs Monate: 85,9 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.

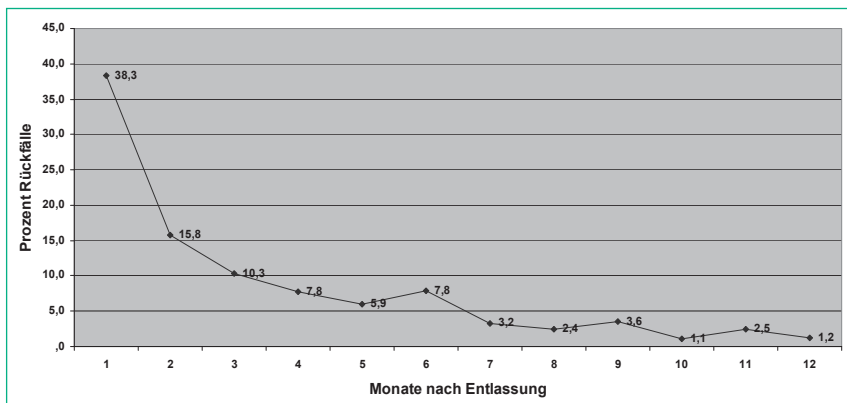


Abbildung 5: Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende (N = 2052)

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 von 45,9 Prozent der Antworter genannt. Es folgen Depressionen mit 44,3 Prozent, innere Spannung und Unruhe mit 39,2 Prozent und Ärger mit 37,6 Prozent. Einsamkeit wurde von 32,6 Prozent, Angst von 29,9 Prozent, schwierige Lebenssituationen von 28,6 Prozent und Stress von 26,6 Prozent der Antworter als Rückfallgrund genannt. Weiterhin wurden mit abnehmendem Prozentanteil Schlafschwierigkeiten von 25,8 Prozent, die Überzeugung wieder kontrolliert trinken zu können von 25,2 Prozent, unwiderstehliches Verlangen / Suchtdruck von 23,7 Prozent, Langeweile von 23,3 Prozent und Konflikte mit anderen Personen von 20,1 Prozent der Antworter genannt. Etwa jeder fünfte Rückfall (19,3 Prozent) ereignete sich in guter Stimmung verbunden mit Glücksgefühlen.

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 Katamneseantworter mit Angaben zur Erwerbstätigkeit zu beiden Messzeitpunkten) eine katamnestiche Erfolgsquote von 78,2 Prozent auf, wenn sie zum Katamnesezeitpunkt wieder erwerbstätig waren. Patienten, die auch zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos waren, haben nur eine Erfolgsquote von 71,5 Prozent. Bei vor Therapiebeginn erwerbslosen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote bei 73,7 Prozent.

Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbstätig waren und es zum Katamnesezeitpunkt auch blieben, weisen eine katamnestiche Erfolgsquote von 84,4 Prozent auf. Patienten, die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos wurden, haben nur eine Erfolgsquote von 66,2 Prozent. Bei erwerbstätigen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote nur bei 70,1 Prozent.

Diskussion der Ergebnisse

Wie bereits in der Diskussion der katamnestiche Ergebnisse für den Entlassjahrgang 1996 näher ausgeführt (vgl. auch Funke et

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

Gründe für erneuten Suchtmittelkonsum	Prozent
Frustration, Enttäuschung	45,9%
Depression	44,3%
Innere Spannung, Unruhe	39,2%
Ärger	37,6%
Einsamkeit	32,6%
Angst	29,9%
Schwierige Lebenssituationen	28,6%
Stressgefühl	26,6%
Schlafschwierigkeiten	25,8%
Kontrolliertes Trinken	25,2%
Unwiderstehliches Verlangen	23,7%
Langeweile	23,3%
Konflikte mit anderen Personen	20,1%
Gute Stimmung, Glücksgefühl	19,3%
Entzugsähnliche Beschwerden	15,7%
Körperliche Schmerzen	15,2%
In Gesellschaft der Versuchung nicht widerstehen können	12,7%
Nicht nein sagen können	11,8%
Hemmungen	8,0%
Sonstiges	8,0%

Tab. 12: Therapieerfolg gemäß DGSS 3 (alle Antworter mit Angaben zur Erwerbssituation bei Behandlungsbeginn und Katamnese) und Veränderungen hinsichtlich der Erwerbslosigkeit bzw. der Erwerbstätigkeit zwischen dem Aufnahmezeitpunkt in die Behandlung und dem Katamnesezeitpunkt

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	Therapieerfolgsquote in Prozent (DGSS 3)
erwerbslos	Erwerbstätig	78,2
	Erwerbslos	71,5
	Nicht erwerbstätig	73,7
erwerbstätig	Erwerbstätig	84,4
	Erwerbslos	66,2
	Nicht erwerbstätig	70,1

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

Jahr	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Behandlungsdauer in Tagen	108	96	88	87	86	86	86	86	86	85	88	88	87	89

Quelle: VDR Statistik Rehabilitation

al., 1999) ist der Vergleich katamnesticcher Erfolgsquoten ohne differentielle Berücksichtigung von Patienten- und Behandlungsmerkmalen problematisch. Daher beschränken wir uns an dieser Stelle auf eine deskriptive Kommentierung der berichteten Ergebnisse.

Die katamnesticche Erfolgsquote nach der konservativen Berechnungsform DGSS 4 (Kriterien „abstinent nach Rückfall 3 Monate“) nimmt gegenüber dem Vorjahr um 1,8 Prozent auf 42,6 Prozent zu. Über einen größeren Zeitraum betrachtet, liegt das Ergebnis im gegenläufigen Trend des Rückgangs der katamnesticchen 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; 2008 40,8).

Der Anteil der durchgehend Abstinenter lag im Vorjahr bei 34,2 Prozent und ist damit um 0,8 Prozent auf 35,0 Prozent gestiegen. Der Anteil der nach Rückfall (wieder 3 Monate) Abstinenter ist um 1,0 Prozent von 6,6 Prozent auf 7,6 Prozent gestiegen. Der Anteil der rückfälligen Patienten einschließlich der Nichtantworter sinkt von 59,2 Prozent um 1,8 Prozent auf 57,4 Prozent.

In der FVS-Katamnese 2009 steigt die katamnesticche Erfolgsquote im Vergleich zum Vorjahr bei DGSS 1 von 74,2 Prozent auf 76,9 Prozent, bei DGSS 2 steigt sie von 44,3 Prozent auf 46,3 Prozent an, bei DGSS 3 steigt sie von 72,4 Prozent auf 75,0 Prozent und, wie oben ausgeführt, bei DGSS 4 steigt sie von 40,8 Prozent auf 42,8 Prozent. Bei allen 4 Berechnungsformen ergeben sich Steigerungen.

Die Ausschöpfungsquote steigt von 56,4 Prozent in 2008 um 2,1 Prozent auf 58,5 Prozent in 2009.

Vergleicht man die katamnesticchen Erfolgsquoten 2008 und 2009 hinsichtlich des neuen Kriteriums („abstinent nach Rückfall 30 Tage“) steigt die katamnesticche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 43,6 Prozent um 1,5 Prozent auf 45,1 Prozent, die Quote der durchgehend abstinent lebenden Patienten steigt um 0,8 Prozent von 34,2 Prozent auf 35,0 Prozent und die Quote der abstinent nach Rückfall lebenden Patienten um 0,7 Prozent von 9,4 Prozent auf 10,1 Prozent. Die Quote der rückfälligen Patienten reduziert sich um 1,5 Prozent von 56,4 Prozent auf 54,9 Prozent. Nach diesem neuen

Kriterium ergeben sich nachfolgende Unterschiede in den katamnesticchen Erfolgsquoten DGSS 1 – 4 von 2009 im Vergleich zu 2008: eine katamnesticche Erfolgsquote von 79,3 Prozent nach DGSS 1 im Vergleich zu 79,0 Prozent, eine katamnesticche Erfolgsquote nach DGSS 2 von 49,0 Prozent im Vergleich zu 47,1 Prozent, eine katamnesticche Erfolgsquote nach DGSS 3 von 77,0 Prozent im Vergleich zu 77,3 Prozent und eine katamnesticche Erfolgsquote nach DGSS 4, wie ausgeführt, von 45,1 Prozent im Vergleich zu 43,6 Prozent. Damit verbessern sich im Jahresvergleich die katamnesticchen Erfolgsquoten bei DGSS 1, DGSS 2 und DGSS 4, nur bei den Antwortern nach DGSS 3 ergibt sich eine Reduktion um 0,3 Prozent.

Möglicherweise bestehen hinsichtlich des langfristigen Rückgangs der katamnesticchen 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 Behandlungsdauern 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 81,4 Tagen auf 80,6 Tage zurückgegangen, die mittlere Behandlungsdauer für planmäßige Entlassungen hat sich um 0,6 Tage verkürzt (87,4 Tage vs. 86,8 Tage).

In der Gesamtstichprobe ist der Anteil behandelter Frauen von 30,5 Prozent auf 30,2 Prozent zurückgegangen. Ihr Anteil an den Katamneseantwortern (30,6 Prozent) ist nur leicht erhöht, somit zeigt sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Katamneseeteilnahme.

An weiteren Unterschieden im Vergleich zum Vorjahr ergaben sich: Abnahme des Anteils von Patienten mit fester Beziehung um 1,3 Prozentpunkte (49,5 Prozent vs. 48,2 Prozent) und Verringerung der durchschnittlichen Abhängigkeitsdauer von 15,93 Jahren auf 14,55 Jahre. Der Prozent-

satz Erwerbsloser zu Beginn der Maßnahme nimmt im Vergleich zum Vorjahr von 35,8 Prozent um 1,0 Prozent auf 36,8 Prozent zu. Der Anteil der Erwerbslosen liegt bei den Katamneseantwortern nur bei 33,2 Prozent.

Die Quote planmäßiger Therapiebeendigungen ist 2009 mit 85,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr (86,6 Prozent) um 1,2 Prozent gefallen.

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, 2011) 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 ältere Patienten hatten erhöhte katamnesticche Erfolgsquoten. 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 durchgängige Abstinenzquote von 35,0 Prozent und eine katamnesticche Erfolgsquote unter Einbezug der Kategorie „abstinent nach Rückfall“ von 42,6 Prozent nach DGSS 4 (alt 3 Monate) und 45,1 Prozent nach DGSS 4 (neu 30 Tage). Eine Berechnung für die Katamneseantworter (DGSS 3) ergibt eine katamnesticche Erfolgsquote von 75,0 Prozent (alt 3 Monate) und 77,0 Prozent (neu 30 Tage). 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 35,0 Prozent der Katamneseantworter erwerbslos, so redu-

zierte sich deren Anteil zum Katamnesezeitpunkt auf 27,7 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.

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 auch im ambulanten und teilstationären Bereich wird.

Der Fachverband Sucht hat alle seine stationären Mitgliedseinrichtungen im Indikationsbereich ‚Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit‘ 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 schwieriger 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 Katamnestik wäre zu begrüßen.

Angemerkt werden muss aber auch, dass mit dem stationären Bereich vergleichbare umfangreiche Evaluationsergebnisse bisher weder ausreichend für den ambulanten Rehabilitationsbereich noch generell 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 einrichtungübergreifende Katamnese von ambulanten und ganztägig ambulanten Behandlungseinrichtungen des FVS, welche in dieser Ausgabe von „Sucht aktuell“ zum dritten bzw. zweiten Mal publiziert werden.

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 Katamnestik einzusetzen. Diese überarbeitete Version der Basisdokumentation Sucht enthält bereits den neuen deutschen Kerndatensatz. 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 katamnestischer 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 Routinekatamnestik 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.) (2010). Basisdokumentation 2009 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 17, 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.
- 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 Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 17/1, 9-20.
- 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 Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 18/1, 15-26.
- 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., Schneider, 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

Lange, Nikolaus, Leitender Psychologe, Fachklinik EuBerthal, EuBerthal/Pfalz

Medenwaldt, Jens, Redline Data GmbH, Ahrensböck

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

Literaturhinweis

Frölich, J., Lehmkuhl, G.: Computer und Internet erobern die Kindheit – vom normalen Spielverhalten bis zur Sucht und deren Behandlung, Köln 2012, ISBN 978-3-7945-2771-7, 29,95 €

Die Informationsgesellschaft entwickelt sich rasant, so dass Pädagogen, Eltern und Therapeuten bei der Bewertung immer neuer medialer Entwicklungen kaum noch mitkommen. Von daher ist es wichtig, ein Bewusstsein für die Möglichkeiten eines sinnvollen und nicht gefährdenden Umgangs einschließlich der Chancen und Risiken zu entwickeln. Da Medien aus dem Alltag von Jugendlichen nicht wegzudenken

sind, sollten Eltern und Betroffene möglichst frühzeitig erkennen, ab wann sie von ihnen dominiert und beherrscht werden. Über den schwierigen Weg zu einer sachkundigen Beratung zu kommen und wie es Eltern gelingen kann, eine angemessene Haltung gegenüber dem Medienkonsum ihrer Kinder zu entwickeln und umzusetzen, informiert dieses Buch. Nach einem Überblick über die Mediengewohnheiten der „digitalen Generation“ gehen die Autoren aus klinisch-psychiatrischer Sicht auf die Gefahren der Mediennutzung ein. Hierzu gehören Beeinträchtigungen des emotionalen Empfindens und der kognitiven Prozesse, Computerspiel- und Internet-

sucht sowie Cybermobbing. Psychopathologische Risikokonstellationen (z.B. ADHS und pathologischer PC-Gebrauch) werden anhand von Fallbeispielen praxisnah erörtert. Auch wird ausführlich auf die Fragen eingegangen, wie eine effektive und nachhaltige Therapie geplant und durchgeführt werden kann und welche präventive Medienarbeit unter Berücksichtigung von Aspekten des Jugendmedienschutzes erforderlich ist. Im Anhang sind entsprechende Materialien zusammengestellt, die dazu beitragen sollen, realistische und überprüfbare Regeln für den Medienkonsum zu formulieren und eine angemessene Nutzung zu erreichen.