

Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Peter Missel, Christiane Jung, Franz Herder, Ralf Fischer, Rudolf Bachmeier, Wilma Funke, Dieter Garbe, Stephan Kersting, Nikolaus Lange, Jens Medenwaldt, Doreen Mielke, Bernd Schneider, Christian Seeliger, Rainer Verstege, Volker Weissinger

Im Rahmen der Qualitätssicherung spielt neben der Struktur- und Prozessqualität insbesondere die Ergebnisqualität eine zentrale Rolle. Der Fachverband Sucht e. V. (FVS) und seine Mitgliedseinrichtungen legen besonderes Gewicht im Rahmen der Qualitätssicherung bestehender und sich entwickelnder Behandlungsangebote auf den Nachweis der Wirksamkeit.

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 erfordern, dass es den suchtkranken Menschen durch die Rehabilitationsmaßnahmen gelingt, dauerhaft abstinent zu leben bzw. die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallsschwere 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 nachhaltige 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 katamnestiche Untersuchung nach stationärer oder ambulanter Behandlung ist somit ein wesentlicher Baustein zur Bewertung der Ergebnisqualität.

Katamnestiche Untersuchungen zu den Ergebnissen stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen werden seit Jahren in vielen qualifizierten Einrichtungen zur Behandlung von Alkohol- und Medika-

mentenabhängigen des Fachverbands 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 katamnestiche Ergebnisse für den Entlassjahrgang 2011 mit 13.570 (2003: 7.266; 2004: 9.799; 2005: 10.269; 2006: 10.306; 2007: 10.983; 2008: 10.461; 2009: 10.961; 2010: 13.113) durchgeführten Behandlungen berücksichtigt werden. Der FVS ist damit ein bundesweit tätiger Verband, der regelmäßig (ab dem Entlassjahrgang 1996) aussagekräftige, klinikübergreifende katamnestiche Erhebungen publiziert. Dieser Beitrag stellt die Ergebnisse für eine Gesamtstichprobe, die in 27 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige behandelt wurden, dar. Es handelt sich um die folgenden Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen: salus Klinik Lindow; AHG Klinik Schweriner See; Fachklinik Eschenburg; Diakonie-Krankenhaus Harz; Fachklinik Alte Ölmühle; Paracelsus Berhofklinik; Paracelsus Wiehengebirgsklinik; AHG Klinik Tönisstein; AHG Kliniken Daun Thommener Höhe; Fachklinik Fredeburg; Kliniken Wied; salus Klinik Friedrichsdorf; AHG Klinik Münchwies; AHG Klinik Hardberg; bwlv Fachklinik Schloz; Fachklinik Zwieselberg; Fachklinik Eußerthal; Fachklinik Furth im Wald; Saaletalklinik; AHG Klinik Römhild; Soteria-Klinik; AHG Kliniken Daun Am Rosenberg; AHG Klinik Richelsdorf; AHG Klinik Wigbertshöhe; AHG Klinik Lübeck; AHG Klinik Wilhelmsheim; salus klinik Hürth.

Im Vergleich zur FVS-Katamnese 2010 (Missel et al., 2013) konnten nun 27 statt 24 Fachkliniken einbezogen werden, wobei 22 Fachkliniken in beiden Jahrgängen betei-

ligt waren. Die katamnestiche Rücklaufquote variiert zwischen den Einrichtungen von 41,9 Prozent bis 83,5 Prozent (6 Einrichtungen weisen dabei eine etwas geringere Rücklaufquote als die vom FVS e.V. empfohlenen 45 Prozent auf).

Der FVS e.V. wird seine Wirksamkeitsstudien weiterentwickeln und im Sinne einer Differenzierung des Behandlungserfolges auch die Analyse von Subgruppen verstärkt aufgreifen. So wird in diesem Beitrag auch zum zweiten Mal eine Überprüfung des Zusammenhanges von Komorbidität und Behandlungserfolg vorgenommen.

Untersuchungsdesign

Die Katamnese des Fachverbandes Sucht umfasst die Daten einer Totalerhebung des Entlassjahrgangs 2011 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 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 2011 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 er-

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

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, kategoriale Auswertung

Merkmal	Kategorie	kein Katamneseantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N=6.227		N=7.343		N=13.570	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	Männlich	4393	70,5%	5033	68,5%	9426	69,5%
	Weiblich	1834	29,5%	2310	31,5%	4144	30,5%
Altersgruppe	Bis 40	2239	36,0%	1572	21,4%	3811	28,1%
	Über 40	3988	64,0%	5771	78,6%	9759	71,9%
Familienstand bei Aufnahme	Verheiratet	1698	28,4%	2944	41,2%	4642	35,4%
	Nicht verheiratet	4279	71,6%	4200	58,8%	8479	64,6%
Partnerbeziehung bei Aufnahme	Feste Beziehung	2554	43,1%	3773	53,3%	6327	48,6%
	Keine feste Beziehung	3377	56,9%	3302	46,7%	6679	51,4%
Höchster Schulabschluss	Kein Abschluss	285	4,8%	182	2,6%	467	3,6%
	Sonder-/Hauptschulabschluss	2613	44,0%	2801	39,5%	5414	41,6%
	Realschulabschluss und höher	2956	49,8%	4014	56,7%	6970	53,5%
	Sonstiger Abschluss	81	1,4%	88	1,2%	169	1,3%
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	1882	33,8%	3133	45,9%	5015	40,5%
	Erwerbslos	2808	50,5%	2521	37,0%	5329	43,0%
	Nicht erwerbstätig	875	15,7%	1168	17,1%	2043	16,5%
Vermittlung	Ohne Vermittlung	240	3,9%	303	4,1%	543	4,0%
	Arbeitgeber / Betrieb / Schule	166	2,7%	246	3,4%	412	3,0%
	Arzt / Psychotherapeut	206	3,3%	259	3,5%	465	3,4%
	Krankenhaus	1340	21,5%	1377	18,8%	2717	20,0%
	Suchtberatung	2977	47,8%	3830	52,2%	6807	50,2%
	Kosten-/Leistungsträger	137	2,2%	167	2,3%	304	2,2%
	Sonstige	870	14,0%	940	12,8%	1810	13,3%
Leistungsträger	Rentenversicherung	5219	83,8%	5794	78,9%	11013	81,2%
	Krankenversicherung	620	10,0%	742	10,1%	1362	10,0%
	Sozial-/Jugendhilfe	9	0,1%	12	0,2%	21	0,2%
	Selbstzahler	86	1,4%	140	1,9%	226	1,7%
	Sonstige	293	4,7%	655	8,9%	948	7,0%
Hauptsuchtmitteldiagnose zusammengefasst	Alkohol	5823	93,5%	7055	96,1%	12878	94,9%
	Opiode	50	0,8%	49	0,7%	99	0,7%
	Cannabis	120	1,9%	68	0,9%	188	1,4%
	Sedativa, Hypnotika	88	1,4%	93	1,3%	181	1,3%
	Sonstige	146	2,3%	78	1,1%	224	1,7%
Anzahl Entgiftungen	Keine	1247	20,0%	1539	21,0%	2786	20,5%
	Eine	1822	29,3%	2644	36,0%	4466	32,9%
	Zwei oder mehr	3158	50,7%	3160	43,0%	6318	46,6%
Anzahl ambulanter Entwöhnungen	Keine	5627	90,4%	6588	89,7%	12215	90,0%
	Eine	288	4,6%	453	6,2%	741	5,5%
	Zwei oder mehr	312	5,0%	302	4,1%	614	4,5%
Art der Behandlungsbeendigung	Planmäßig	4979	80,0%	6691	91,1%	11670	86,0%
	Abbruch durch Patient	1034	16,6%	521	7,1%	1555	11,5%
	Abbruch durch Einrichtung	135	2,2%	77	1,0%	212	1,6%
	Verlegt	75	1,2%	54	0,7%	129	1,0%
	Verstorben	4	0,1%	0	0,0%	4	0,0%

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

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

Merkmal	kein Katamneseantworter			Katamneseantworter			Gesamt		
	N=6.227			N=7.343			N=13.570		
	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N
Alter bei Aufnahme	43	11	6227	48	10	7343	46	11	13570
Abhängigkeitsdauer	15	32	4331	15	10	5393	15	22	9724
Behandlungsdauer (alle)	77,44	36,45	6227	83,38	30,25	7344	80,65	33,37	13570
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung	86,61	31,6	4979	87,28	27,44	6691	87	29,29	11670

reichen, um in Anlehnung an einen Interviewleitfaden Katamneseantworter 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, 2011), mit dazugehörigem Katamneseprotokoll zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamneseerücklaufs.

Beim Entlassjahrgang 2011 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 „abstinenter 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 Vergleichsdaten vorliegen, nicht verzichtet werden. Für den Entlassjahrgang 2011 wird primär das neue Kriterium herangezogen, es wurden aber auch Berechnungen mit dem alten Kriterium vorgenommen, um die Vergleichbarkeit im Längsschnitt der Jahre zu gewährleisten.

Als „abstinenter“ wurden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als „abstinenter nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage, beziehungsweise 3 Monate abstinenter 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, Ah-

rensboök, 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 1.1.2011 bis 31.12.2011 in den beteiligten Kliniken entlassenen Patienten bilden die Gesamtstichprobe mit insgesamt 14365 stationären Maßnahmen. Der Datensatz der beteiligten Kliniken wurde vorab um Patienten mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“ (F63.0 N = 486) und um Patienten ohne Einverständnis zum Versandzeitpunkt (N = 309) bereinigt. Es verblieben 13.570 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 46 Jahre, 71,9 Prozent der Patienten waren älter als 40 Jahre. Insgesamt 35,4 Prozent der Patienten waren verheiratet, 48,6 Prozent lebten in einer festen Beziehung.

Bezüglich der Schulausbildung gaben insgesamt 3,6 Prozent an, keinen Schulabschluss zu haben, 41,6 Prozent hatten einen Sonder- oder Hauptschulabschluss erreicht, 53,5 Prozent einen darüber hinausgehenden Abschluss.

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit am Tag vor der Aufnahme standen 40,5 Prozent der Patienten in einem Arbeitsverhältnis, 43,0 Prozent waren erwerbslos und 16,5 Prozent fielen unter die Kategorie Nicht-Erwerbspersonen (Hausfrauen, Rentner, Schüler, Studenten etc.).

Behandlungsmerkmale

Der Hauptanteil mit 50,2 Prozent der Vermittlungen erfolgte durch Suchtberatungsstellen. Durch Krankenhäuser wurden 20,0 Prozent der Patienten vermittelt, Leistungs-

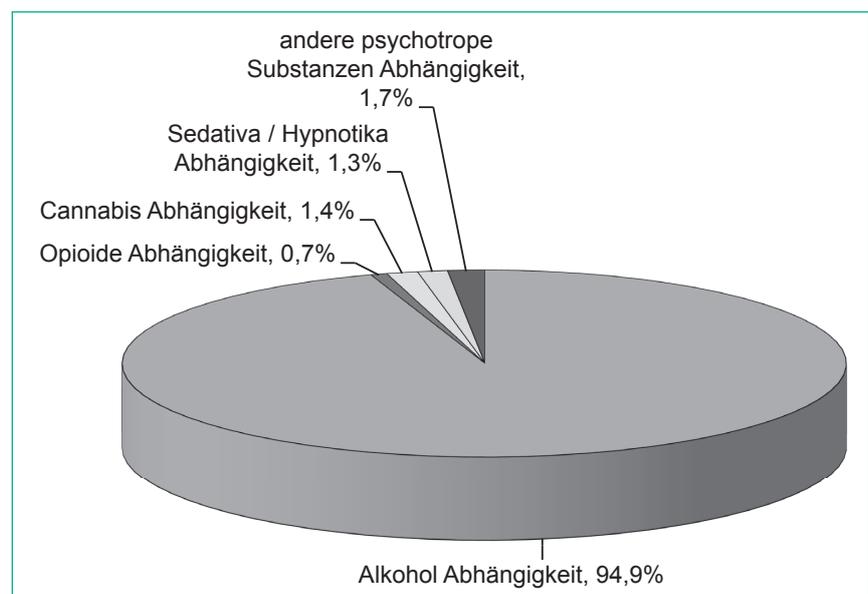


Abbildung 1: Primärdiagnose der Suchtmittelabhängigkeit (N = 13.570)

träger waren in 2,2 Prozent der Fälle die Überweisenden. Arbeitgeber/Betriebe/Schulen hatten einen Vermittlungsanteil von 3,0 Prozent, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten wiesen 3,4 Prozent der Patienten zu. Ohne Vermittlung kamen 4,0 Prozent der Patienten in die Behandlung, sonstige Vermittler wurden in 13,3 Prozent der Fälle genannt.

Die Behandlungen wurden überwiegend von den Rentenversicherungsträgern getragen (81,2 Prozent). In 10,0 Prozent der Fälle war eine Krankenversicherung der Leistungsträger, 1,7 Prozent der Patienten waren Selbstzahler und in 0,2 Prozent der Fälle wurden die Kosten von der Sozial-/Jugendhilfe übernommen. Sonstige Kostenträger hatten einen Anteil von 7,0 Prozent.

Es hatten 94,9 Prozent (N = 12.878) der Patienten in der Hauptdiagnose eine Störung durch Alkohol (ICD-10, F10). Bei den übrigen Patienten (vgl. Abbildung 1) hatten 1,4 Prozent Störungen durch Cannabis (ICD-10, F12), 1,3 Prozent zeigten Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10, F13) und 0,7 Prozent durch Opioide (ICD-10, F11). Andere Hauptdiagnosen nach ICD-10 (F14, F15, F16, F17, F18, F19) wurden bei 1,7 Prozent der Patienten vergeben.

Die mittlere Dauer der Abhängigkeit bei Beginn der Behandlung lag bei 15 Jahren. Der überwiegende Teil der Gesamtstichprobe (79,5 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 Maßnahmen angegeben werden, dies schien nicht immer so erfolgt zu sein, die Angaben weichen stark von den Vorjahren ab. Dies trifft auch für das Entlassjahr 2011 zu. Aus diesem Grund wird auf alle Auswertungen mit dieser Variable ver-

Tab. 3a + 3b: Ergebnisse zum Datenrücklauf

Tab. 3a: Ergebnisse zum Datenrücklauf: Gesamtstichprobe	Anzahl	Prozent
Abstinent	4126	30,4%
Abstinent nach Rückfall (30 Tagen)	1269	9,4%
Rückfällig	2006	14,8%
Verweigert	174	1,3%
Verstorben	103	0,8%
Unbekannt verzogen	1566	11,5%
Unfähig zur Beantwortung	12	0,1%
Zweifel an Glaubwürdigkeit	2	0,0%
Sonstiges/Nichtantworter	4312	31,8%
Gesamt	13570	100,0%

Tab. 3b: Ergebnisse zum Datenrücklauf: 21 Einrichtungen	Anzahl	Prozent
Abstinent	3306	31,7%
Abstinent nach Rückfall (30 Tagen)	1061	10,2%
Rückfällig	1680	16,1%
Verweigert	127	1,2%
Verstorben	88	0,8%
Unbekannt verzogen	1235	11,8%
Unfähig zur Beantwortung	10	0,1%
Sonstiges/Nichtantworter	2934	28,2%
Gesamt	10441	100,0%

zichtet. Inzwischen wurde im Manual des Kerndatensatzes eine entsprechende Überarbeitung vorgenommen.

Die Beendigung der stationären Abhängigkeitsbehandlung erfolgte für 86,0 Prozent planmäßig. 11,5 Prozent der Patienten brachen ihre Behandlung ab. Bei 1,6 Prozent wurde die Therapie durch die Einrichtung beendet. In andere Einrichtungen verlegt wurden 1,0 Prozent der Patienten (Abb. 2.).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag für die Gesamtstichprobe bei 80,7 Tagen (für planmäßig entlassene Patienten: 87 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 mehr ältere Patienten, mehr Patienten in fester Beziehung, mehr verheiratete Patienten, mehr erwerbstätige und weniger erwerbslose Patienten, mehr Patienten mit der Hauptsuchtmitteldiagnose Alkoholabhängigkeit, mehr Patienten mit planmäßiger Behandlungsbeendigung und dadurch bedingt eine höhere mittlere Behandlungsdauer über alle Entlassungen Tage.

Katamneseergebnisse

Tabelle 3a und 3b zeigen die Ergebnisse zum Datenrücklauf der Katamnese gesondert nach Rücklaufquoten.

Die Ausschöpfungsquote, beträgt für den Entlassjahrgang 2011 sofern nur Katamneseantworter (Kategorien ‚abstinent‘, ‚abstinent nach Rückfall‘, ‚rückfällig‘, ‚Zweifel an Glaubwürdigkeit‘ und ‚widersprüchliche Angaben‘) berücksichtigt werden 54,6 Prozent (Vorjahr: 53,8 Prozent, Rücklauf ≥ 40%)

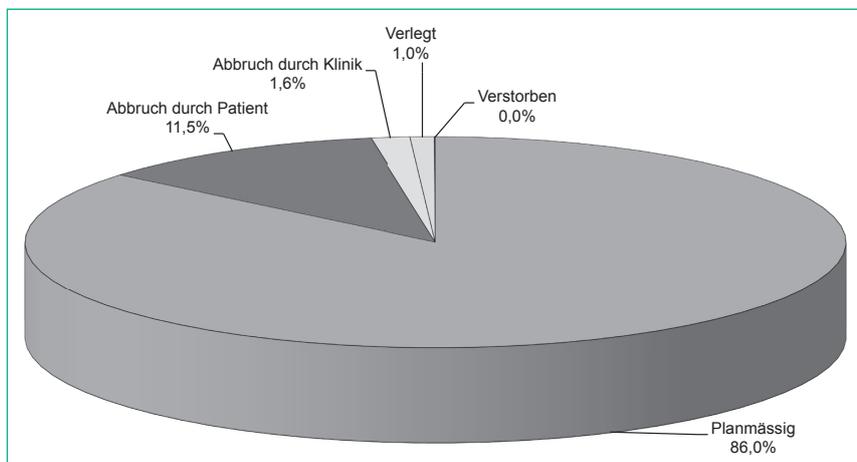


Abbildung 2: Art der Behandlungsbeendigung (N = 13.570)

bzw. 58,0 (Rücklauf \geq 45%). Berücksichtigt man alle Patienten, für die eine Katamneseinformation vorliegt (N = 7.506), ergibt sich eine Ausschöpfungsquote von 55,4 Prozent.

Bei 0,8 Prozent, N=103 (Rücklauf \geq 40%) bzw. 0,8 Prozent, N=88 (Rücklauf \geq 45%) der Patienten wurde in Erfahrung gebracht, dass sie in der Zwischenzeit verstorben sind, 1,3 Prozent (Rücklauf \geq 40%) bzw. 1,2 Prozent (Rücklauf \geq 45%) der ehemaligen Patienten verweigerten die Teilnahme an der Befragung, 0,1 Prozent (Rücklauf \geq 40%) bzw. 0,1 Prozent, (Rücklauf \geq 45%) der Patienten waren unfähig zur Beantwortung.

Als Antworterstichprobe wurden die Katamneseantworter mit den Kategorien „abstinent“, „abstinent nach Rückfall“, „rückfällig“ und „Zweifel an Glaubwürdigkeit“ in den Katamneseprotokollbögen definiert. Dies sind 7.343 ehemalige Patienten und 54,6 Prozent der Ausgangsstichprobe.

Von diesen 7.343 Datensätzen der Antworterstichprobe beruhen 81,7 Prozent auf schriftlichen Katamneseangaben durch den Patienten, 13,9 Prozent auf telefonischen Angaben durch den Patienten und 3,7 Prozent auf sonstigen Angaben des Patienten. In 0,7 Prozent der Fälle wurde dieses Datenfeld nicht ausgefüllt.

Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese

Zum Katamnesezeitpunkt waren 44,2 Prozent der Antworter verheiratet, zu Therapiebeginn waren es 43,4 Prozent. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten.

Die Quote der erwerbstätigen Katamneseantworter stieg von 46,6 Prozent bei Therapiebeginn auf 53,0 Prozent zum Katamnesezeitpunkt deutlich an. Die Zahl der erwerbslosen Katamneseantworter sank von 36,1 Prozent auf 25,2 Prozent zum Katamnesezeitpunkt um 10,9 Prozent. Demgegenüber erhöhte sich die Quote der Nichterwerbstätigen von 17,4 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 40,5 Prozent um 24,9 Prozent auf 65,4 Prozent im Katamnesezeitraum. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten bis 3 Monate nehmen um 14,5 Prozent, die bis 6 Monate um 9,0 Prozent ab, bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten über 6 Monate ist eine Abnahme um 1,3 Prozent zu verzeichnen. Die Prozentangaben beziehen sich ausschließlich auf Datensätze mit Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsdauern zu beiden Zeitpunkten.

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

Merkmal		Katamneseantworter			
		N=7.343			
		Katamnesezeitpunkt		Therapiebeginn	
Kategorien	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
Familienstand (N=5.625)	Verheiratet	2484	44,2%	2368	43,4%
	Nicht verheiratet	3141	55,8%	3085	56,6%
Erwerbsituation (N=6.298)	Erwerbstätig	3335	53,0%	2932	46,6%
	Erwerbslos	1587	25,2%	2273	36,1%
	Nicht erwerbstätig	1376	21,8%	1093	17,4%
Arbeitsunfähigkeit (N=4.395)	Keine Arbeitsunfähigkeit	2874	65,4%	1782	40,5%
	< 3 Monate	1008	22,9%	1645	37,4%
	< 6 Monate	210	4,8%	608	13,8%
	> 6 Monate	303	6,9%	360	8,2%
Selbsthilfegruppenbesuch (N=7.044)	Nein, keine Selbsthilfegruppe besucht	2020	28,7%		
	Während des gesamten Zeitraums	1684	23,9%		
	Mindestens ein halbes Jahr lang	794	11,3%		
	Weniger als ein halbes Jahr lang	993	14,1%		
	Keine Angabe	1553	22,0%		
	Gesamt	7044	100,0%		
Beratungsstellenbesuch Nachsorge (N=6.712)	Ja	1172	17,5%		
	Nein	1146	17,0%		
	Keine Angabe	4394	65,5%		

Bei der Erfassung des Besuchs von Selbsthilfegruppen wurden Angaben zur Dauer innerhalb des Katamneseintervalls erhoben. Kein Selbsthilfegruppenbesuch wurde von 28,7 Prozent der Katamneseantworter angegeben. 23,9 Prozent der Katamneseantworter berichten über einen Selbsthilfegruppenbesuch während des gesamten Katamnesezeitraumes, mindestens ein halbes Jahr lang hatten 11,3 Prozent und weniger als ein halbes Jahr lang hatten 14,1 Prozent eine Selbsthilfegruppe besucht.

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 2011 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 5a zeigt die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe, Tabelle 5b stellt die Ergebnisse der 21 Einrichtungen nach den Bewertungsarten 1 – 4 der DGSS inklusive der verstorbenen Patienten dar, die eine Ausschöpfungsquote über 45,0 Prozent erreicht haben. 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.

Im Folgenden werden die katamnestiche Erfolgsquoten für die Gesamtstichprobe (in Klammern für die Einrichtungen nach einer Rücklaufquote von \geq 45 Prozent) beschrieben.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe der Patienten inklusive der verstorbenen Patienten ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote („abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“) nach DGSS 4 von 39,8 (41,8) Prozent. Es lebten im gesamten Katamnesezeitraum

Tab. 5a: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (neu „Abstinenz nach Rückfall 30 Tage“) von allen Einrichtungen (Gesamtstichprobe)

	DGSS 1 (N=6.691)		DGSS 2 (N=11.670)		DGSS 3 (N=7.343)		DGSS 4 (N=13.570)	
Katamnestiche Erfolgsquote	5038	75,3%	5038	43,2%	5395	73,5%	5395	39,8%
Abstinent	3884	58,0%	3884	33,3%	4126	56,2%	4126	30,4%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	1154	17,3%	1154	9,9%	1269	17,3%	1269	9,4%
Rückfällig	1653	24,7%	1703	14,6%	1948	26,5%	2006	14,8%
Rückfällig per Definition	0	0,0%	4929	42,2%	0	0,0%	6169	45,4%
Rückfällig gesamt	1653	24,7%	6632	56,8%	1948	26,5%	8175	60,2%

Tab. 5b: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (neu „Abstinenz nach Rückfall 30 Tage“) von 21 Einrichtungen

	DGSS 1 (N=5.505)		DGSS 2 (N=9.143)		DGSS 3 (N=6.011)		DGSS 4 (N=10.441)	
Katamnestiche Erfolgsquote	4105	74,6%	4105	44,9%	4367	72,7%	4367	41,8%
Abstinent	3136	57,0%	3136	34,3%	3306	55,0%	3306	31,7%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	969	17,6%	969	10,6%	1061	17,7%	1061	10,2%
Rückfällig	1400	25,4%	1430	15,6%	1644	27,3%	1680	16,1%
Rückfällig per Definition	0	0,0%	3608	39,5%	0	0,0%	4394	42,1%
Rückfällig gesamt	1400	25,4%	5038	55,1%	1644	27,3%	6074	58,2%

30,4 (31,7) Prozent der Patienten abstinent, 9,4 (10,2) Prozent abstinent nach Rückfall. Die weiteren 60,2 (58,2) Prozent wurden in der konservativen Schätzung als rückfällig eingestuft (vgl. Abbildung 3.). Die 60,2 (58,2) Prozent rückfälligen Patienten setzten sich aus 14,8 (16,1) Prozent „rückfällig per Katamneseantwort“ und 45,4 (42,1) 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 75,3 (74,6) Prozent. Danach lebten im gesamten Katamnesezeitraum 58,0 (57,0) Prozent der Patienten durchgehend abstinent, 17,3 (17,6) Prozent absti-

nent nach Rückfall und die anderen 24,7 (25,4) Prozent wurden als rückfällig eingestuft (Abbildung 4.).

Untersucht man das alte Kriterium „abstinent nach Rückfall, bei zum Katamnesezeitpunkt mindestens wieder ununterbrochener Abstinenz von drei Monaten“, so sind grundsätzlich ungünstigere Ergebnisse zu erwarten. Diese sind in Tabelle 6a und 6b dargestellt.

Ein Vergleich der katamnestiche Erfolgsquoten mit neuer vs. alter Berechnungsform zeigt für die Gesamtstichprobe nachfolgende Ergebnisse: 75,3 Prozent vs. 70,1 Prozent bei DGSS 1, 43,2 Prozent vs. 40,8 Prozent bei DGSS 2, 73,5 Prozent vs. 68,3 Prozent bei DGSS 3 und 39,8 Prozent vs. 37,6 Prozent bei DGSS 4.

Vermindert man die Katamnesezeitprobe um die nachträglichen Verweigerer (N = 174) auf 13.396 Patienten ergibt sich für DGSS 4 für die Gesamtstichprobe eine katamnestiche Erfolgsquote nach neuem Kriterium von 40,3 Prozent, also eine um 0,5 Prozent erhöhte Erfolgsquote.

Alle nachfolgenden Ausführungen beziehen sich vorrangig auf die Gesamtstichprobe nach neuer Berechnungsform.

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 (in Klammern für die Einrichtungen mit einer Rücklaufquote von ≥ 45 Prozent). Die Unterschiede betragen bei DGSS 1 3,6

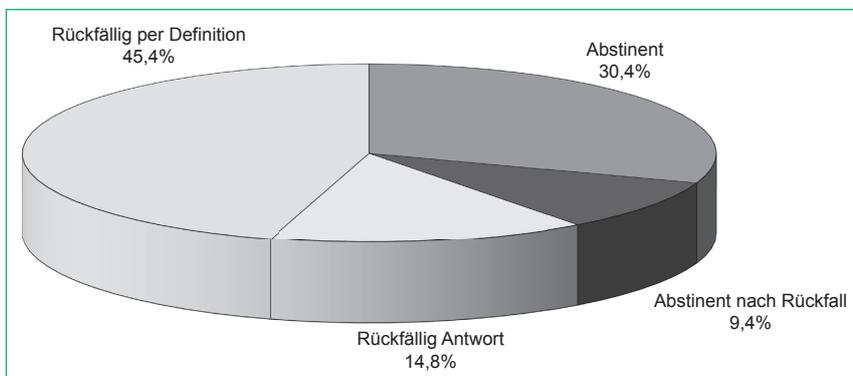


Abbildung 3: Abstinenzquote nach konservativer Berechnungsart (DGSS 4) incl. Verstorbene (neu „Abstinent nach Rückfall 30 Tage“) in der Gesamtstichprobe

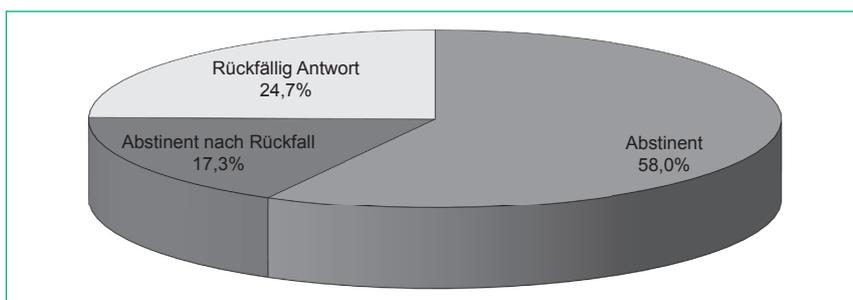


Abbildung 4: Abstinenzquote nach (DGSS 1) incl. Verstorbene (neu „Abstinent nach Rückfall 30 Tage“) in der Gesamtstichprobe

Tab. 6a: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (alt „Abstinenz nach Rückfall 3 Monate“) von allen Einrichtungen (Gesamtstichprobe)

	DGSS 1 (N=6.691)		DGSS 2 (N=11.670)		DGSS 3 (N=7.343)		DGSS 4 (N=13.570)	
Katamnestiche Erfolgsquote	4691	70,1%	4691	40,8%	5014	68,3%	5014	37,6%
Abstinent	3884	58,0%	3884	33,7%	4126	56,2%	4126	30,9%
Abstinent nach Rückfall (3 Monate)	807	12,1%	807	7,1%	888	12,1%	888	6,7%
Rückfällig gesamt	2000	29,9%	6979	59,2%	2329	31,7%	8556	62,4%

Tab. 6b: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (alt „Abstinenz nach Rückfall 3 Monate“) von 21 Einrichtungen

	DGSS 1 (N=5.505)		DGSS 2 (N=9.153)		DGSS 3 (N=6.011)		DGSS 4 (N=10.441)	
Katamnestiche Erfolgsquote	3830	69,6%	3830	42,6%	4064	67,6%	4064	39,8%
Abstinent	3136	57,0%	3136	34,9%	3306	55,0%	3306	32,4%
Abstinent nach Rückfall (3 Monate)	694	12,6%	694	7,7%	758	12,6%	758	7,4%
Rückfällig gesamt	1675	30,4%	5323	67,4%	1947	32,4%	6377	60,2%

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

	DGSS 1 (N=6.691)		DGSS 2 (N=11.670)		DGSS 3 (N=7.343)		DGSS 4 (N=13.570)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Katamnestiche Erfolgsquote	74,1%	77,7%	42,2%	45,3%	72,1%	76,5%	38,5%	42,6%
Abstinent	58,1%	57,9%	33,1%	33,7%	55,9%	56,9%	29,8%	31,7%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	16,0%	19,8%	9,1%	11,6%	16,2%	19,6%	8,7%	10,9%
Rückfällig gesamt	25,9%	22,3%	57,8%	54,7%	27,9%	23,5%	61,5%	57,4%

Tab. 7b: Abstinenzquoten nach Geschlecht (DGSS 1 – 4) (Prozentangaben) von 21 Einrichtungen

	DGSS 1 (N=5.505)		DGSS 2 (N= 5.505)		DGSS 3 (N= 6.011)		DGSS 4 (N=10.441)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Katamnestiche Erfolgsquote	73,6%	76,8%	43,9%	47,1%	71,4%	75,4%	40,6%	44,6%
Abstinent	57,3%	56,2%	34,2%	34,5%	55,0%	55,1%	31,3%	32,6%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	16,3%	20,6%	9,7%	12,6%	16,5%	20,3%	9,4%	12,0%
Rückfällig gesamt	26,4%	23,2%	56,1%	52,9%	28,6%	24,6%	59,4%	55,4%

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

	DGSS 1 (N=6.691)			DGSS 2 (N=11.670)			DGSS 3 (N=7.343)			DGSS 4 (N=13.570)		
	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	73,1%	74,6%	79,8%	40,6%	44,4%	44,9%	69,4%	74,2%	79,6%	34,4%	43,4%	44,6%
Abstinent	54,6%	58,5%	62,4%	30,3%	34,8%	35,1%	51,1%	58,0%	62,3%	25,3%	34,0%	34,9%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	18,5%	16,1%	17,4%	10,3%	9,6%	9,8%	18,3%	16,2%	17,3%	9,1%	9,5%	9,7%
Rückfällig gesamt	26,9%	25,4%	20,2%	59,4%	55,6%	55,1%	30,6%	25,8%	20,4%	65,6%	56,6%	55,4%

Tab. 8b: Abstinenzquoten in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer (DGSS 1 – 4) (Prozentangaben), von 21 Einrichtungen

	DGSS 1 (N=5.505)			DGSS 2 (N=9.143)			DGSS 3 (N=6.011)			DGSS 4 (N=10.441)		
	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	72,8%	72,8%	80,7%	42,4%	45,6%	47,9%	68,9%	72,4%	80,8%	36,9%	44,8%	47,7%
Abstinent	54,5%	56,4%	62,3%	31,7%	35,3%	37,0%	50,5%	56,0%	62,4%	27,0%	34,6%	36,8%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	18,4%	16,4%	18,4%	10,7%	10,3%	10,9%	18,4%	16,5%	18,4%	9,8%	10,2%	10,9%
Rückfällig gesamt	27,2%	27,2%	19,3%	57,6%	54,4%	52,1%	31,1%	27,6%	19,2%	63,1%	55,2%	52,3%

(3,2) Prozent, bei DGSS 2 3,1 (3,2) Prozent, bei DGSS 3 4,4 (4,0) Prozent und bei DGSS 4 4,1 (4,0) Prozent.

Tabelle 8a und 8b stellt den Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg dar (in Klammern für die Einrichtungen mit einer Rücklaufquote von ≥ 45 Prozent). Demnach weisen Patienten mit einer Behandlungsdauer von bis zu 12 vollendeten Behandlungswochen eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 34,4 (36,9) Prozent auf, Patienten die über 12 Wochen bis 16 Wochen behandelt wurden, waren in 43,4 (44,8) Prozent der Fälle zum Befragungszeitpunkt abstinent oder abstinent nach Rückfall. Die höchste katamnestiche Erfolgsquote weist das Behandlungsdauerintervall von über 16 Wochen auf, nämlich 44,6 (47,7) Prozent.

Für die Stichprobe der planmäßig entlassenen Patienten (DGSS 2) ergibt sich gleichfalls mit 44,9 (47,9) Prozent die höchste katamnestiche Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer von über 16 Wochen (bis 12 Wochen 40,6 (42,4) Prozent, über 12 bis zu 16 Wochen 44,4 (45,6) Prozent). In allen 4 Berechnungsformen weist die Behandlungsdauerklasse 'über 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 zusammen-

gefasst. Mit Ausnahme des Effekts der Abhängigkeitsdauer, konnten alle Unterschiede über einen Chi – Quadrattest statistisch abgesichert werden.

- 42,6 Prozent der Frauen waren ein Jahr nach Therapieende „erfolgreich“ (abstinent bzw. abstinent nach Rückfall). Bei Männern sind 38,5 Prozent erfolgreich.
- Patienten in der Gruppe bis 40 Jahre haben nur eine Erfolgsquote von 28,9 Pro-

zent, während die über 40 jährigen eine Erfolgsquote von 44,2 Prozent erreichen. Dies macht deutlich, dass insbesondere für jüngere und mittlere Jahrgänge spezifische Behandlungsoptimierungen erforderlich sind. Hierfür sind zunächst weitere differenzierte Auswertungen und Analysen erforderlich.

- Patienten, die bei Therapiebeginn nicht in einer festen Partnerschaft leben, waren

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=13.570)	p
Geschlecht	Männlich	38,5%	0,00**
	Weiblich	42,6%	
Alter	Bis 40	28,9%	0,00**
	Über 40	44,2%	
Partnerbeziehung	Keine feste Partnerschaft	34,4%	0,00**
	Feste Partnerschaft	45,5%	
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	48,7%	0,00**
	Erwerbslos	31,5%	
	Nicht erwerbstätig	42,6%	
Abhängigkeitsdauer	Bis 10 Jahre	40,0%	0,06
	Über 10 Jahre	41,3%	
Entgiftungen	Keine Entgiftungen	42,4%	0,00**
	Eine Entgiftung	44,4%	
	Zwei und mehr Entgiftungen	35,3%	
Entlassart	Planmäßig	43,2%	0,00**
	Nicht planmäßig	18,8%	
Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen	Bis 12 Wochen	40,6%	0,00**
	Über 12 bis 16 Wochen	44,4%	
	Über 16 Wochen	44,9%	

Anmerkung: (Chi-Quadratstest nach Pearson, p = asymptotische Signifikanz zweiseitig, *p <0,05; **p <0,01)

deutlich weniger erfolgreich (34,4 Prozent) als Patienten, die aus einer festen Beziehung kommen (45,5 Prozent).

- Von den zu Therapiebeginn erwerbstätigen Patienten waren nach einem Jahr 48,7 Prozent als erfolgreich zu bezeichnen. Dies traf hingegen nur für 31,5 Prozent der bei Therapiebeginn erwerbslos, aber für 42,6 Prozent der zu Therapiebeginn nicht-erwerbstätigen Patienten zu.
- Patienten mit einer Abhängigkeitsdauer von bis zu 10 Jahren hatten etwas weniger häufig einen Therapieerfolg als Patienten, die mehr als 10 Jahre abhängig waren (40,0 Prozent vs. 41,3 Prozent).
- Patienten, die vor Therapiebeginn keine (Erfolgsquote 42,4 Prozent) beziehungsweise nur eine Entgiftungsbehandlung (Erfolgsquote 44,4 Prozent) aufwiesen, hatten größere Erfolgsaussichten als Patienten mit wiederholten Entgiftungsbehandlungen (Erfolgsquote 35,3 Prozent).
- Patienten mit planmäßigem Abschluss der Therapie schnitten deutlich besser ab als Patienten, bei denen dies nicht zutrifft (erfolgreich bei planmäßiger Beendigung: 43,2 Prozent). Nicht planmäßig entlassene Patienten waren nur zu einem Anteil von 18,8 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 16 Wochen mit 44,9 Prozent die höchsten Erfolgsquoten auf. Patienten, die eine Behandlung von 12 bis 16 Wochen aufweisen, haben eine katamnestiche Erfolgsquote von 44,4 Prozent. Bei bis zu 12 Wochen Behandlungsdauer beträgt die Erfolgsquote 40,6 Prozent.

Damit bestätigen sich im Wesentlichen die Ergebnisse von Zemlin et al. (1999) sowie Kufner, 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 47,9 Prozent. Mit der Verwandtschaft,

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

Zufriedenheit mit	Therapieerfolg		
	Abstinenz	Rückfall	Gesamt
Partnerbeziehung	52,8%	31,6%	47,9%
Eltern, Geschwister, Verwandte	67,6%	46,8%	62,8%
Eigene Kinder	47,4%	29,2%	43,2%
Bekannte, Freunde	74,5%	51,7%	69,3%
Freizeitgestaltung	74,8%	43,2%	67,6%
Arbeitssituation	56,5%	30,6%	50,6%
Körperliche Gesundheit	69,8%	39,0%	62,8%
Seelischer Zustand	66,3%	29,4%	57,9%
Finanzielle Situation	58,1%	34,4%	52,7%
Wohnsituation	72,0%	55,9%	68,3%
Suchtmittelgebrauch	65,8%	29,0%	57,4%
Alltagsbewältigung	65,4%	36,6%	58,9%

Eltern und Geschwister sind 62,8 Prozent, mit den Kindern 43,2 Prozent, mit Bekannten und Freunden sind 69,3 Prozent, mit der Freizeitgestaltung 67,6 Prozent, mit der beruflichen Situation 50,6 Prozent, mit der körperlichen Gesundheit 62,8 Prozent und mit dem seelischen Zustand 57,9 Prozent zufrieden. Mit der finanziellen Situation sind 52,7 Prozent, mit der Wohnsituation 68,3 Prozent, in Bezug auf den Suchtmittelgebrauch 57,4 Prozent und mit ihrer Alltagsbewältigung sind 58,9 Prozent zufrieden.

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

Abstinenz lebende Patienten sind ein Jahr nach Behandlungsende in allen Lebenssituationen deutlich zufriedener als rückfällige Patienten. Vergleicht man die Zufriedenheit von abstinenz 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 abstinenz lebenden Patienten. Mit der Partnerbeziehung sind 52,8 (31,6) Prozent, mit der Verwandtschaft 67,6 (46,8) Prozent, mit den eigenen Kindern 47,4 (29,2) Prozent, mit dem Bekanntenkreis 74,5 (51,7) Prozent und mit der beruflichen Situation 56,5 (30,6) Prozent der Patienten zufrieden. In Bezug auf die körperliche Gesundheit sind 69,8 (39,0) Prozent, mit der seelischen Gesundheit 66,3 (29,4) Prozent, bezüglich der finanziellen Situation 58,1 (34,4) Prozent und der Wohnsituation 72,0 (55,9) Prozent zufrieden. Mit dem Suchtmittelgebrauch sind 65,8 (29,0) Prozent und mit der Alltagsbewältigung 65,4 (36,6) Prozent zufrieden.

Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

Von insgesamt 1.948 rückfälligen Katamneseantwortern wurde das Item „Wie viele Wochen waren Sie nach Abschluss der Therapie abstinenz?“ von 1215 Personen beant-

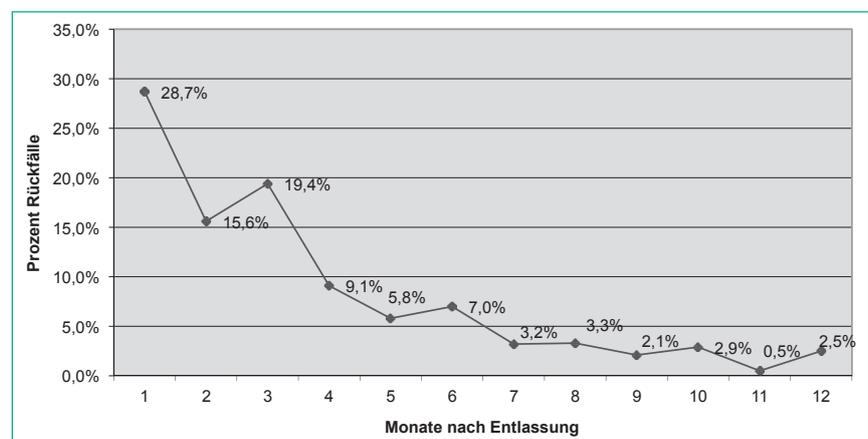


Abbildung 5: Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende (N = 1.215)

wortet. 28,7 Prozent der Rückfälle ereigneten sich bereits im ersten Monat nach Behandlungsende, weitere 15,6 Prozent im zweiten und weitere 19,4 Prozent im dritten Monat nach Beendigung der stationären Rehabilitation. Drei Monate nach Abschluss der Behandlung hatten sich somit bereits 63,7 Prozent der Rückfälle des gesamten Katamnesezeitraums von einem Jahr ereignet (bis sechs Monate: 85,6 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).

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

Gründe für den erneuten Suchtmittelkonsum	Prozent
Entzugsähnliche Beschwerden	43,6%
Depression	32,4%
Frustration, Enttäuschung	31,0%
Innere Spannung, Unruhe	29,9%
Ärger	29,7%
Einsamkeit	26,8%
Schwierige Lebenssituationen	24,9%
Angst	22,9%
Langeweile	22,8%
Stressgefühle	22,4%
Schlafschwierigkeiten	21,9%
Kontrolliertes Trinken	20,9%
Unwiderstehliches Verlangen	20,0%
Konflikte mit anderen Personen	17,2%
Gute Stimmung, Glücksgefühl	17,0%
Körperliche Schmerzen	13,1%
Nicht nein sagen können	10,9%
In Gesellschaft der Versuchung nicht widerstehen können	10,3%
Hemmungen	7,1%
Sonstiges	5,4%

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

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	Therapieerfolgsquote in Prozent (DGSS 3)
Erwerbslos	Erwerbstätig	79,8%
	Erwerbslos	61,8%
	Nicht erwerbstätig	66,4%
Erwerbstätig	Erwerbstätig	81,3%
	Erwerbslos	66,1%
	Nicht erwerbstätig	71,6%

Als häufigster Grund für rückfälliges Verhalten wurden entzugsähnliche Beschwerden von 43,6 Prozent der Antwort genannt. Es folgten Depressionen mit 32,4 Prozent, Frustration/Enttäuschung mit 31,0 Prozent, sowie innere Spannung und Unruhe mit 29,9 Prozent. Ärger wurde von 29,7 Prozent und Einsamkeit von 26,8 Prozent der Antwort als Rückfallgrund genannt. Weiterhin wurden mit abnehmendem Prozentanteil schwierige Lebenssituationen von 24,9 Prozent, Angst von 22,9, Langeweile von 22,8 Prozent, Stressgefühl von 22,4 Prozent und Schlafschwierigkeiten von 21,9 Prozent der Antwort genannt. Etwa jeder sechste Rückfall (17 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 (Anga-

ben beziehen sich auf Katamneseantwort mit Angaben zur Erwerbstätigkeit zu beiden Messzeitpunkten) eine katamnestiche Erfolgsquote von 79,8 Prozent auf, wenn sie zum Katamnesezeitpunkt wieder erwerbstätig waren. Patienten, die auch zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos waren, haben nur eine Erfolgsquote von 61,8 Prozent. Bei vor Therapiebeginn erwerbslosen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote bei 66,4 Prozent.

Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbstätig waren und es zum Katamnesezeitpunkt auch blieben, weisen eine katamnestiche Erfolgsquote von 81,3 Prozent auf. Patienten, die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos wurden, haben nur eine Erfolgsquote von 66,1 Prozent. Bei erwerbstätigen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote nur bei 71,6 Prozent.

Komorbidität

Um beurteilen zu können, ob die unter-

Tab. 13: Co- und Multimorbidität der untersuchten Gruppen

Diagnosengruppe	Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
	N=6.227		N=7.343		N=13.570	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine weiteren Sucht-Diagnosen	5.932	95,3%	6.735	91,7%	12.663	93,3%
Keine psychischen Diagnosen	3.233	51,9%	4.150	56,5%	7.383	54,5%
Keine somatischen Diagnosen	1.968	31,6%	1.788	24,3%	3.756	27,7%

Diagnosengruppe	Gesamt		
	N = 13.570		
	Mittelwert	Standard-abw.	Gültige N
Sucht-Diagnosen	0,07	0,29	13570
Psychische Diagnosen	0,62	0,8	13570
Somatische Diagnosen	1,81	1,47	13570

Tab. 14: Co- und Multimorbidität, psychische Diagnosen im Detail

Diagnosen	Gesamtstichprobe	
	N = 13.570	
	Anzahl	Prozent
Keine organische, symptomatische psychische Störung	13481	99,3%
Keine schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störung	13446	99,1%
Keine affektive Störung	10014	73,8%
Keine neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung	11957	88,1%
Keine Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	13157	97,0%
Keine Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	11488	84,7%
Keine Intelligenzminderung	13518	99,6%
Keine Entwicklungsstörungen	13537	99,8%
Keine Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	13441	99,0%

Tab. 15: Abstinenzquoten nach DGSS 4 in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität

	DGSS 4			
	(N = 13.570)			
	Keine psych. Diagnosen (N = 7.383)		Eine oder mehr psych. Diagnosen (N = 6.187)	
Katamnestiche Erfolgsquote	3.050	41,4%	2.345	37,9%
Abstinent	2.374	32,2%	1.752	28,3%
Abstinent nach Rückfall (30 Tagen)	676	9,2%	593	9,6%
Rückfällig	4.333	58,4%	3.842	62,1%

suchten Gruppen durch co- und multimorbide Störungen belastet sind, wurde die Zahl der weiteren F1-, der psychischen Diagnosen sowie die Anzahl der somatischen Diagnosen ermittelt. Tabelle 13 zeigt, dass weitere Abhängigkeitsdiagnosen nur eine geringe Rolle spielen: 93,3 Prozent der Gesamtstichprobe haben keine weitere Suchtmitteldiagnose. Psychische Störungen weisen dagegen 45,5 Prozent und somatische Diagnosen 72,3 Prozent der Patienten auf. Durchschnittlich ergaben sich 0,62 psychische und 1,81 somatische Diagnosen (F1-Diagnosen:0,07).

Betrachtet man die katamnestiche Erfolgsquote DGSS 4 (neues Kriterium) in Abhängigkeit vom Vorhandensein psychischer Störungen, so weisen die Patienten ohne psychische Diagnosen mit 41,4 Prozent eine höhere katamnestiche Erfolgsquote auf als die Patienten mit einer oder mehr psychischen Diagnosen mit nur 37,9 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 (Kriterium ‚abstinent nach Rückfall 3 Monate‘) nimmt gegenüber dem Vorjahr von 38,9 Prozent um 1,3 Prozent auf 37,6 Prozent ab.

Der Anteil der durchgehend Abstinenten lag im Vorjahr bei 32,3 Prozent und ist damit um 1,4 Prozent auf 30,9 Prozent gefallen. Der Anteil der nach Rückfall (wieder 3 Monate) Abstinenten ist um 0,1 Prozent von 6,6 auf 6,7 Prozent gestiegen. Der Anteil der rückfälligen Patienten einschließlich Nichtantworter steigt von 61,1 Prozent um 1,3 Prozent auf 62,4 Prozent.

In der FVS-Katamnese 2011 fällt die katamnestiche Erfolgsquote im Vergleich zum Vorjahr bei DGSS 1 von 73,8 Prozent auf 70,1 Prozent, bei DGSS 2 sinkt sie von 42,0 Prozent auf 40,8 Prozent, bei DGSS 3 sinkt sie von 71,9 Prozent auf 68,3 Prozent und, wie oben ausgeführt, bei DGSS 4 sinkt sie von 38,9 Prozent auf 37,6 Prozent. Bei allen 4 Berechnungsformen ergeben sich Reduzierungen.

Die Ausschöpfungsquote steigt leicht von 53,8 Prozent 2010 um 0,8 Prozent auf 54,6 Prozent in 2011.

Berücksichtigt man bei der Katamnese 2011 hinsichtlich des Kriteriums ‚abstinent

nach Rückfall 3 Monate“ nur die Datensätze mit einer Rücklaufquote von ≥ 45 Prozent, ergeben sich etwas günstigere Vergleichswerte: DGSS 1 69,6 Prozent vs. 73,6 Prozent, DGSS 2 42,6 Prozent vs. 43,2 Prozent, DGSS 3 67,6 Prozent vs. 71,9 Prozent und DGSS 4 39,8 Prozent vs. 40,2 Prozent.

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; 2008 40,8 Prozent; 2009: 42,6 Prozent; 2010: 40,2 Prozent; 2011: 39,8 Prozent).

Da sich eine Reduktion der katamnestiche Erfolgsquoten auch bei den Antwortern (DGSS 3 und DGSS 1) im Vergleich zum Vorjahr ergibt, lässt sich diese Reduktion nicht mit der Ausschöpfungsquote erklären, zumal diese leicht angestiegen ist. Die Einführung einer Neufassung der Katamnese Sucht (2011) hat keinen Reduktion der Ausschöpfungsquote zur Folge gehabt.

Vergleicht man die katamnestiche Erfolgsquoten 2010 und 2011 hinsichtlich des neuen Kriteriums („abstinent nach Rückfall 30 Tage“), reduziert sich die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 41,3 Prozent um 1,5 Prozent auf 39,8 Prozent, die Quote der durchgehend abstinent lebenden Patienten sinkt um 1,6 Prozent von 32,0 Prozent auf 30,4 Prozent und die Quote der abstinent nach Rückfall lebenden Patienten steigt um 0,1 Prozent von 9,3 Prozent auf 9,4 Prozent. Die Quote der rückfälligen Patienten steigt um 1,5 Prozent von 58,7 Prozent auf 60,2 Prozent. Nach diesem neuen Kriterium ergaben sich nachfolgende Unterschiede in den katamnestiche Erfolgsquoten DGSS 1 – 4 von 2011 im Vergleich zu 2010: eine katamnestiche Erfolgsquote von 75,3 Prozent nach DGSS 1 im Vergleich zu 78,9 Prozent, eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 2 von 43,2 Prozent im Vergleich zu 44,5 Prozent, eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 3 von 73,5 Prozent im Vergleich zu 77,2 Prozent und eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 39,8 Prozent im Vergleich zu 41,3 Prozent. Damit sinken im Jahresvergleich die katamnestiche Erfolgsquoten bei DGSS1, DGSS 2, DGSS3 und DGSS 4.

Möglicherweise bestehen hinsichtlich des langfristigen Rückgangs der katamnestiche Erfolgsquoten im Zeitraum von 1996 bis 2011 neben einer zunehmenden Krankheitsschwere (Chronifizierung, Co- und Multimorbidität) der Klientel auch weiterhin langfristig wirkende Zusammenhänge zur Umsetzung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) aus

Tab. 16: Durchschnittliche Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

Jahr	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Behandlungsdauer in Tagen	108	96	88	87	86	86	86	86	86	85	88	88	87	89	88	88

Quelle: VDR Statistik Rehabilitation

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 82,1 Tagen auf 80,7 Tage gesunken, die mittlere Behandlungsdauer für planmäßige Entlassungen hat sich um 0,9 Tage reduziert (87,9 Tage vs. 87,0 Tage).

In der Gesamtstichprobe ist der Anteil behandelte Frauen von 29,8 Prozent auf 30,5 Prozent angestiegen. Ihr Anteil an den Katamneseantwortern ist nur leicht erhöht, somit zeigt sich nur ein geringer geschlechtsspezifischer Unterschied in der Katamneseeteilnahme.

An weiteren Unterschieden im Vergleich zum Vorjahr ergaben sich: Anstieg des Anteils von Patienten mit fester Beziehung um 1,0 Prozentpunkte (47,6 Prozent vs. 48,6 Prozent) und Steigerung der durchschnittlichen Abhängigkeitsdauer von 14 Jahren auf 15 Jahre. Der Prozentsatz Erwerbsloser zu Beginn der Maßnahme nimmt im Vergleich zum Vorjahr von 39,6 Prozent um 3,4 Prozent auf 43,0 Prozent zu. Der Anteil der Erwerbslosen liegt bei den Katamneseantwortern nur bei 37,0 Prozent.

Die Quote planmäßiger Therapiebeendigungen ist 2011 mit 86,0 Prozent gegenüber dem Vorjahr (86,6 Prozent) um 0,6 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, 2012, 2013) 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 und ältere hatten er-

höhte 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 16 Wochen.

Die vorliegende Katamnese ergibt eine konservativ berechnete katamnestiche Erfolgsquote unter Einbezug der Kategorie „abstinente nach Rückfall“ von 37,6 Prozent nach DGSS 4 (alt 3 Monate) und 39,8 Prozent nach DGSS 4 (neu 30 Tage). Eine Berechnung für die Katamneseantworter (DGSS 3) ergibt eine katamnestiche Erfolgsquote von 68,3 Prozent (alt 3 Monate) und 73,5 Prozent (neu 30 Tage). Dies bestätigt insgesamt weiterhin 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 36,1 Prozent der Katamneseantworter erwerbslos, so reduzierte sich deren Anteil zum Katamnesezeitpunkt auf 25,2 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 eine 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 Mit-

wirkung 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-/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. Die Empfehlung Katamnesen durchzuführen, gilt auch auf stationäre Drogeneinrichtungen, ganztägig ambulante und ambulante Mitgliedseinrichtungen.

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 einrichtungsübergreifende Katamnese von ambulanten und ganztägig ambulanten Behandlungseinrichtungen des FVS, welche in dieser Ausgabe von ‚Sucht aktuell‘ zum fünften bzw. dritten 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 2011‘ (Fachausschuss

Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2011) als Referenzsystem im Bereich der Katamnese 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 finden.

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.) (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-Katamnese, 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: Bauermann.
- 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.
- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2011). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 18/1, 15-26.
- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V. (2012). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 19/1, 16-27.
- Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V. (2013). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 20/1, 13-25.
- 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., Johannesbad Holding, Bad Füssingen

Fischer, Ralf, Dipl.-Psych.-Wissenschaftlicher Mitarbeiter der AHG Kliniken Daun, Daun

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

Jung, Christiane, Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin der AHG Kliniken Daun, Daun

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

Lange, Nikolaus, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe, Fachklinik Eußerthal, Eußerthal

Medenwaldt, Jens, Redline Data GmbH, Ahrensböck

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

Mielke, Doreen, Dipl.-Mathematikerin, Wissenschaftlicher Mitarbeiter der AHG Gesundheitsdienste Koblenz, Koblenz

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

Seeliger, Christian, Dipl.-Psych., Mitarbeiter AHG, Fachkliniken Wied, Wied

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

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

Literaturhinweise

Watts, D. J.: Alles ist offensichtlich – So bald man die Antwort kennt – Wie uns der gesunde Menschenverstand täuscht, Bern 2013, ISBN: 978-3-456-85230-0, 24,95 €

Der Autor ist Physiker und Soziologe und arbeitet als Principle Researcher bei Microsoft. Seine These ist, dass der gesunde Menschenverstand hervorragend dazu geeignet ist, mit den Problemen unseres Alltags umzugehen. Aber Unternehmen, Kulturen, Märkte, Staaten und globale Institutionen sind deutlich komplexer als die Probleme des Alltags. Dort stellt sich heraus, dass der gesunde Menschenverstand seine Schwächen hat und uns systematisch aufs Glatteis führt. Der Autor zeigt anhand vieler Experimente in der Welt der Netzwerke, was wir tatsächlich mit einiger Sicherheit vorhersagen können und mit welchen Mitteln wir das bewerkstelligen können. Der Autor gibt vielfältige Hinweise unser erkenntnis-theoretisches Vorgehen zu hinterfragen gemäß dem Motto „Es ist gar nicht so einfach, unsere Überzeugungen zu hinterfragen, doch es ist der erste Schritt auf dem Weg zu neuen und hoffentlich korrekteren Vorstellungen.“

Bodenmann, G.: Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie, Bern 2013, ISBN: 978-3-456-85290-4, 49,95 €

In den vergangenen 40 Jahren hat sich das Scheidungsrisiko mehr als verdoppelt, trotzdem haben Ehe und Partnerschaft nichts an Bedeutung verloren. Der Autor geht in diesem Lehrbuch auf folgende Aspekte ein:

- Klinisch-psychologische Bedeutung von Partnerschaft und Ehe
- psychische Störungen und Partnerschaft
- psychische Störungen bei Kindern und die Rolle der Familie
- Scheidung und ihre Bedeutung für die Familien
- familiäre Gewalt
- Familie als Resilienzfaktor
- Prävention im Rahmen von Partnerschaft und Familie
- Paartherapie
- Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Er geht dabei davon aus, dass ein individuum-zentriertes Störungsverständnis bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu kurz greift und geht nicht nur auf die schädlichen Auswirkungen von dysfunktionalen Strukturen, sondern auch auf die weitgehend ungenutzten Ressourcen zur Heilung, die sich in Partnerschaft und Familie bieten, ein.

Bernard, Ch.: Frauen in Drogenszenen, Wiesbaden 2013, ISBN: 978-3-658-01329-5, 49,99 €

Aus einer frauenspezifischen Perspektive gibt die Studie vergleichende Einblicke in die deutsche und US-amerikanische Drogenpolitik, den Konsum illegaler Substanzen, die hiermit verknüpften gesundheitlichen und sozialen Folgen sowie die Alltagswelt von Drogenkonsumentinnen in der Straßenszene in Frankfurt am Main

und New York City. Hierzu wurden amtliche Statistiken ausgewertet, qualitative und quantitative Interviews mit drogenkonsumierenden Frauen sowie eine Metaanalyse ethnografischer Forschungsarbeiten durchgeführt.

In den USA zeigt sich eine höhere Prävalenz des Drogengebrauchs, eine stärkere Kriminalitätsbelastung und Inhaftierungsrate von Frauen und ein deutlich höherer Anteil von Drogendelikten an der weiblichen Gesamtkriminalität. Keine bedeutenden Differenzen zeigen sich hinsichtlich Inhaftierungserfahrungen von Drogenkonsumentinnen in Frankfurt und New York. Auch weisen in beiden Straßenszenen die Drogenkonsumentinnen übereinstimmend ein geringes Bildungs-, berufliches Qualifikations- und Beschäftigungsniveau sowie instabile Wohnverhältnisse auf. Deutliche Unterschiede gibt es beispielsweise hinsichtlich der Finanzierungsmuster der Frauen. Dies sind nur einige der vielfältigen Befunde der Studie. Die Autorin plädiert dafür, die Defizitorientierung in der Drogenhilfe zugunsten einer Akzeptanzorientierung aufzugeben und im Rahmen einer frauenspezifischen, niedrigschwelligen Drogenarbeit den Peer-Ansatz zu stärken, um auch Solidarisierungsprozesse zu initiieren. Darüber hinaus sollte ein stärkeres Bewusstsein für die Geschlechter-Stereotype in der Drogenszene und die genderspezifischen Problemlagen und Aspekte des Szenenlebens entwickelt und Angebotsstrukturen stärker an diesen Problemen und Bedürfnissen ausgerichtet werden.