

Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Rudolf Bachmeier, Stefanie Bick, Wilma Funke, Franz Herder, Christiane Jung, Dietmar Kemmann, Stephan Kersting, Nikolaus Lange, Jens Medenwaldt, Doreen Mielke, Peter Missel, Bernd Schneider, Christian Seeliger, 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. 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. Mit dem § 20 SGB IX Abs. 2a wurde die Verpflichtung zur Zertifizierung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen festgeschrieben. Mittlerweile liegen nicht nur verbindliche Kriterien für die Anerkennung entsprechender Zertifizierungsverfahren durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vor vielmehr müssen alle stationären Rehabilitationseinrichtungen zertifiziert sein, um von den Rehabilitationsträgern 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 – und damit die Wirksamkeit der Behandlung – 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. Die Erreichung dieser Zielsetzungen hängt aber eng damit zusammen, inwieweit 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 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 Medikamentenabhängigen des Fachverbandes Sucht mit spezifischen 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.
- Weiterentwicklung der Analysen, um Ergebnisse von Subgruppen vergleichen zu können. So wurde z.B. in dieser Studie

erstmalig der Zusammenhang von psychischer Komorbidität und dem Behandlungsergebnis näher untersucht.

Zur Evaluation der Ergebnisqualität für die stationären Einrichtungen des Fachverbandes Sucht (FVS) konnten katamnestiche Ergebnisse für den Entlassjahrgang 2012 mit 13.228 (2003: 7.266; 2004: 9.799; 2005: 10.269; 2006: 10.306; 2007: 10.983; 2008: 10.461; 2009: 10.961; 2010: 13.113, 2011: 13.570) durchgeführten Behandlungen berücksichtigt werden. Der FVS ist damit als bundesweit tätiger Verband seit 1996 in der Lage regelmäßig aussagekräftige, klinikübergreifende katamnestiche Erhebungen zu publizieren. Dieser Beitrag stellt die Ergebnisse für eine Gesamtstichprobe, die in 26 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige behandelt wurden, dar. Es handelt sich um die folgenden Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen: Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda; salus Klinik Lindow; AHG Klinik Schweriner See; Haus Niedersachsen – Klinik Oerre; Fachklinik Eschenburg; Diakonie-Krankenhaus Harz; Fachklinik Alte Ölmühle; Paracelsus Berhofklinik; Paracelsus Wiehengebirgsklinik; AHG Klinik Tönisstein; AHG Kliniken Daun Thommener Höhe; Fachklinik Fredenburg; Kliniken Wied; salus Klinik Friedrichsdorf; AHG Klinik Münchwies; AHG Klinik Hardberg; Fachklinik Zwieselberg; Fachklinik Eußerthal; Fachklinik Furth im Wald; AHG Klinik Römhild; 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 2011 (Missel et al., 2014) wurden 26 statt 27 Fachkliniken einbezogen, wobei 24 Fachkliniken in beiden Jahrgängen beteiligt waren. Die katamnestiche Rücklaufquote variiert zwischen den Einrichtungen von 43,1 Prozent bis 76,6 Prozent (eine Einrichtung wies dabei eine um 1,9 Prozent geringere Rücklaufquote als die vom FVS e.V. empfohlenen 45 Prozent auf).

Untersuchungsdesign

Die Katamnese des Fachverbandes Sucht umfasst die Daten einer Totalerhebung des

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, kategoriale Auswertung

Merkmal	Kategorie	kein Katamneseantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N=5.893		N=7.335		N=13.228	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	Männlich	4274	72,5%	5061	69,0%	9335	70,6%
	Weiblich	1619	27,5%	2274	31,0%	3893	29,4%
Altersgruppe	Bis 40 Jahre	2188	37,1%	1531	20,9%	3719	28,1%
	Über 40 Jahre	3705	62,9%	5804	79,1%	9509	71,9%
Familienstand bei Aufnahme	Verheiratet	1646	28,7%	2941	40,8%	4587	35,4%
	Nicht verheiratet	4091	71,3%	4273	59,2%	8364	64,6%
	Keine Daten	156	2,6%	121	1,6%	277	2,1%
Partnerbeziehung bei Aufnahme	Feste Beziehung	2420	42,4%	3737	52,4%	6157	47,9%
	Keine feste Beziehung	3285	57,6%	3399	47,6%	6684	52,1%
	Keine Daten	188	3,2%	199	2,7%	387	2,9%
Höchster Schulabschluss	Kein Abschluss	320	5,6%	180	2,5%	500	3,9%
	Sonder-/Hauptschulabschluss	2478	43,5%	2801	39,0%	5279	41,0%
	Realschulabschluss und höher	2826	49,6%	4135	57,6%	6961	54,1%
	Sonstiger Abschluss	70	1,2%	68	0,9%	138	1,1%
	Keine Daten	199	3,4%	151	2,1%	350	2,6%
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	2010	35,1%	3275	45,4%	5285	40,8%
	Erwerbslos	2789	48,7%	2601	36,1%	5390	41,7%
	Nicht erwerbstätig	933	16,3%	1333	18,5%	2266	17,5%
	Keine Daten	161	2,7%	126	1,7%	287	2,2%
Vermittlung	Ohne Vermittlung	129	2,3%	142	2,0%	271	2,1%
	Arbeitgeber / Betrieb / Schule	152	2,7%	250	3,5%	402	3,1%
	Arzt / Psychotherapeut	159	2,8%	181	2,5%	340	2,6%
	Krankenhaus	1372	24,1%	1494	20,8%	2866	22,3%
	Suchtberatung	2986	52,4%	3881	54,1%	6867	53,3%
	Kosten-/Leistungsträger	125	2,2%	138	1,9%	263	2,0%
	Sonstige	780	13,7%	1083	15,1%	1863	14,5%
	Keine Daten	190	3,2%	166	2,3%	356	2,7%
Leistungsträger	Rentenversicherung	4798	84,5%	5583	84,0%	10381	84,2%
	Krankenversicherung	753	13,3%	877	13,2%	1630	13,2%
	Sozial-/Jugendhilfe	9	0,2%	12	0,2%	21	0,2%
	Selbstzahler	55	1,0%	107	1,6%	162	1,3%
	Sonstiger	66	1,2%	66	1,0%	132	1,1%
	Keine Daten	212	3,6%	690	9,4%	902	6,8%
Hauptsuchtmitteldiagnose zusammengefasst	Alkohol	5311	90,1%	6884	93,9%	12195	92,2%
	Opiode	49	0,8%	56	0,8%	105	0,8%
	Cannabis	184	3,1%	118	1,6%	302	2,3%
	Sedativa, Hypnotika	97	1,6%	111	1,5%	208	1,6%
	Sonstige	252	4,3%	166	2,3%	418	3,2%
Anzahl Entgiftungen	Keine	1102	18,8%	1374	18,8%	2476	18,8%
	Eine	1729	29,5%	2637	36,1%	4366	33,2%
	Zwei oder mehr	3023	51,6%	3296	45,1%	6319	48,0%
	Keine Daten	39	0,7%	28	0,4%	67	0,5%
Anzahl ambulanter Entwöhnungen	Keine	5476	94,0%	6683	91,9%	12159	92,8%
	Eine	274	4,7%	442	6,1%	716	5,5%
	Zwei oder mehr	76	1,3%	145	2,0%	221	1,7%
	Keine Daten	67	1,1%	65	0,9%	132	1,0%
Anzahl stationärer Entwöhnungen	Keine	3577	61,2%	5049	69,4%	8626	65,8%
	Eine	1411	24,1%	1512	20,8%	2923	22,3%
	Zwei oder mehr	857	14,7%	713	9,8%	1570	12,0%
	Keine Daten	48	0,8%	61	0,8%	109	0,8%
Art der Behandlungsbeendigung	Planmäßig	4664	79,4%	6652	90,7%	11316	85,6%
	Abbruch durch Patient	928	15,8%	541	7,4%	1469	11,1%
	Abbruch durch Einrichtung	183	3,1%	95	1,3%	278	2,1%
	Verlegt	99	1,7%	47	0,6%	146	1,1%
	Verstorben	3	0,1%	0	0,0%	3	0,0%
	Keine Daten	16	0,3%	0	0,0%	16	0,1%

Anmerkung: 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 und Mittelwerte

Merkmal	kein Katamneseantworter			Katamneseantworter			Gesamt		
	N=5.893			N=7.335			N=13.228		
	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N
Alter bei Aufnahme	43,4	11,3	5893	48,0	10,5	7335	45,9	11,1	13228
Abhängigkeitsdauer	14,2	9,2	4673	15,0	9,8	6179	14,6	9,5	10852
Behandlungsdauer (alle)	76,7	36,0	5893	82,3	28,4	7335	79,8	32,1	13228
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung	85,3	29,4	4664	85,8	25,6	6652	85,6	27,3	11316

Entlassjahrgangs 2012 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 2012 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 Interviewleitfaden Katamnesedaten 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 Katamneserücklaufs.

Beim Entlassjahrgang 2012 wurden eine Basisdokumentation und eine Katamnese eingesetzt, die den überarbeiteten Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (DHS,

2008) abdecken. Hierbei wurde das Kriterium für „abstinent nach Rückfall“ von mindestens dreimonatiger (12 Wochen) durchgängiger Abstinenz zum Befragungszeitpunkt auf mindestens 30 Tage Abstinenz zum Befragungszeitpunkt reduziert. Da ergänzend zum Kerndatensatz das bisherige Kriterium im FVS weiter erhoben wird, muss auf die früheren Kriterien, für die auch Vergleichsdaten vorliegen, nicht verzichtet werden. Für den Entlassjahrgang 2012 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 „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 1.1.2012 bis 31.12.2012 in den beteiligten Kliniken entlassenen Patienten bilden die Gesamtstichprobe mit insgesamt 13.976 stationären Maßnahmen. Der Datensatz der beteiligten Kliniken wurde vorab um Patienten mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“ (F63.0 N = 585) bzw. mit einer sonstigen nicht substanzbezogenen Suchtmittel-diagnose (N = 8) und um Patienten ohne Einverständnis zum Versandzeitpunkt (N = 155) bereinigt. Es verblieben 13.228 Patienten in der Auswertung. Die soziodemographischen Daten sowie die Angaben zur Be-

handlung 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 (die jeweiligen Anteile ohne Daten in den Variablen sind in kursiv gesetzter Schrift mit ausgewiesen und in den Prozentangaben der einzelnen Kategorien heraus gerechnet). In Tabelle 2 werden Mittelwerte berichtet.

Patientenmerkmale

70,6 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe waren männlichen, 29,4 Prozent weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter betrug in der Gesamtstichprobe 45,9 Jahre, 71,9 Prozent der Patienten waren älter als 40 Jahre. Insgesamt 35,4 Prozent der Patienten waren verheiratet, 47,9 Prozent lebten in einer festen Beziehung.

Bezüglich der Schulausbildung gaben insgesamt 3,9 Prozent an, keinen Schulabschluss zu haben, 41,0 Prozent hatten einen Sonder- oder Hauptschulabschluss erreicht, 54,1 Prozent einen darüber hinausgehenden Abschluss.

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit am Tag vor der Aufnahme standen 40,8 Prozent der Patienten in einem Arbeitsverhältnis, 41,7 Prozent waren erwerbslos und 17,5 Prozent fielen unter die Kategorie Nicht-Erwerbspersonen (Hausfrauen, Rentner, Schüler, Studenten etc.).

Behandlungsmerkmale

Der Hauptanteil mit 53,3 Prozent der Vermittlungen erfolgte durch Suchtberatungsstellen. Durch Krankenhäuser wurden 22,3 Prozent der Patienten vermittelt, Arbeitgeber/Betriebe/Schulen waren in 3,1 Prozent der Fälle die Überweisenden. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten hatten einem Vermittlungsanteil von 2,6 Prozent, Leistungsträger wiesen 2,0 Prozent der Patienten zu. Ohne Vermittlung kamen 2,1 Prozent der Patienten in die Behandlung, sonstige Vermittler wurden in 14,5 Prozent der Fälle genannt.

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

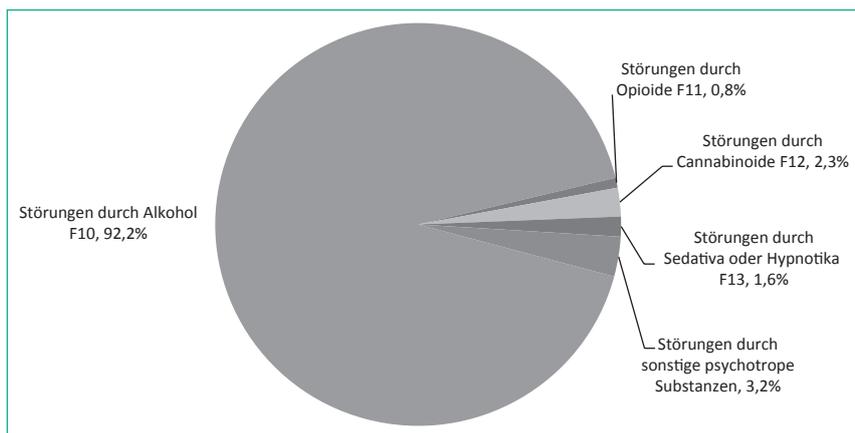


Abbildung 1: Hauptsuchtmitteldiagnose (N = 13.228)

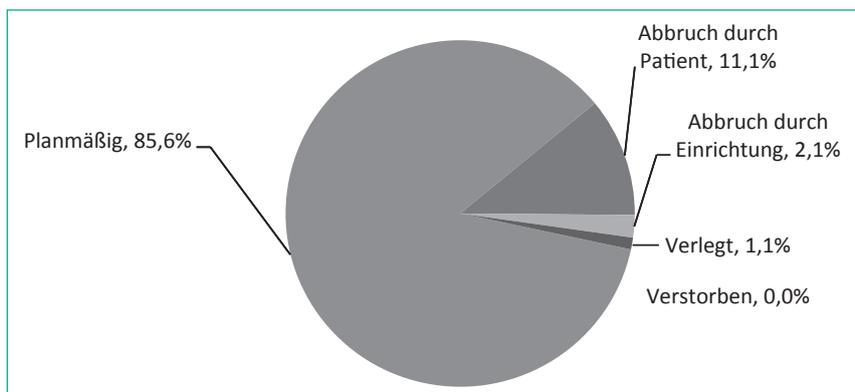


Abbildung 2: Art der Behandlungsbeendigung (N = 13.228)

Die Behandlungen wurden überwiegend von den Rentenversicherungsträgern getragen (84,2 Prozent). In 13,2 Prozent der Fälle war eine Krankenversicherung der Leistungsträger, 1,3 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 1,1 Prozent.

Es hatten 92,2 Prozent (N = 12.195) der Patienten in der Hauptdiagnose eine Störung durch Alkohol (ICD-10, F10). Bei den übrigen Patienten (vgl. Abbildung 1) hatten 2,3 Prozent Störungen durch Cannabis (ICD-10, F12), 1,6 Prozent zeigten Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10, F13) und 0,8 Prozent durch Opioide (ICD-10, F11). Andere Hauptdiagnosen nach ICD-10 (F14, F15, F16, F17, F18, F19) wurden bei 3,2 Prozent der Patienten vergeben.

Die mittlere Dauer der Abhängigkeit bei Beginn der Behandlung lag bei 14,6 Jahren. Der überwiegende Teil der Gesamtstichprobe (81,2 Prozent) hatte in der Vorgeschichte mindestens eine Entzugsbehandlung absolviert. Über ein Drittel der Patienten der Gesamtstichprobe (34,2 Prozent) kann mindestens eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, aber nur 7,2 Prozent mindestens eine ambulante Entwöhnung in der Vorgeschichte vorweisen.

Die Beendigung der stationären Abhängigkeitsbehandlung erfolgte für 85,6 Prozent planmäßig. 11,1 Prozent der Patienten brachen ihre Behandlung ab. Bei 2,1 Prozent wurde die Therapie durch die Einrichtung beendet. In andere Einrichtungen verlegt wurden 1,1 Prozent der Patienten (Abbildung 2).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag für die Gesamtstichprobe bei 79,8 Tagen (für planmäßig entlassene Patienten: 85,6 Tage).

Tab. 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

Ergebnisse zum Datenrücklauf	Anzahl	Prozent
Abstinenz	4199	31,7%
Abstinenz nach Rückfall (30 Tagen)	1313	9,9%
Rückfällig	1819	13,8%
Verweigert	210	1,6%
Verstorben	137	1,0%
Unbekannt verzogen	2022	15,3%
Unfähig zur Beantwortung	21	0,2%
Zweifel an Glaubwürdigkeit	4	0,0%
Sonstiges/Nichtantworter	3503	26,5%
Gesamt	13228	100,0%

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 ohne bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlung, mehr Patienten mit planmäßiger Behandlungsbeendigung und dadurch bedingt eine höhere mittlere Behandlungsdauer über alle Entlassungen Tage.

Katamneseergebnisse

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse zum Datenrücklauf der Katamnese. Die Ausschöpfungsquote, beträgt für den Entlassungsjahr 2012 sofern nur Katamneseantworter (Kategorien „abstinenz“, „abstinenz nach Rückfall“, „rückfällig“ und „Zweifel an Glaubwürdigkeit“) berücksichtigt werden 55,5 Prozent (Vorjahr: 57,6 (Rücklauf \geq 45 Prozent). Berücksichtigt man alle Patienten, für die eine Katamneseinformation vorliegt (N = 7.472), ergibt sich eine Ausschöpfungsquote von 56,5 Prozent.

Bei 1,0 Prozent, N=137 der Patienten wurde in Erfahrung gebracht, dass sie in der Zwischenzeit verstorben sind, 1,6 Prozent der ehemaligen Patienten verweigerten die Teilnahme an der Befragung, 0,2 Prozent der Patienten waren unfähig zur Beantwortung.

Als Antworterstichprobe wurden die Katamneseantworter mit den Kategorien „abstinenz“, „abstinenz nach Rückfall“, und „rückfällig“ „Zweifel an Glaubwürdigkeit“ in den Katamneseprotokollbögen definiert.

Dies sind 7.335 ehemalige Patienten und 55,5 Prozent der Ausgangsstichprobe.

Von diesen 7.335 Datensätzen der Antworterstichprobe beruhen 81,1 Prozent auf schriftlichen Katamneseangaben durch den Patienten, 13,3 Prozent auf telefonischen Angaben durch den Patienten, 0,5 Prozent durch Online-Katamnesen und 4,5 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 43,2 Prozent der Antworter verheiratet, zu Therapiebeginn waren es 42,4 Prozent. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten.

Die Quote der erwerbstätigen Katamneseantworter stieg von 45,7 Prozent bei Therapiebeginn auf 50,7 Prozent zum Katamnesezeitpunkt deutlich an. Die Zahl der erwerbslosen Katamneseantworter sank von 35,9 Prozent auf 26,4 Prozent zum Katamnesezeitpunkt um 9,5 Prozent. Demgegenüber erhöhte sich die Quote der Nichterwerbstätigen von 18,4 Prozent auf 22,9 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 32,2 Prozent um 29,8 Prozent auf 62,0 Prozent im Katamnesezeitraum. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten bis 3 Monate nehmen um 21,4 Prozent, die bis 6 Monate um 8,3 Prozent ab, bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten über 6 Monate ist der Rückgang mit 0,1 Prozent dahingegen nur gering. Die Prozentangaben beziehen sich ausschließlich auf Datensätze mit Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsdauern zu beiden Zeitpunkten.

Bei der Erfassung des Besuchs von Selbsthilfegruppen wurden Angaben zur Dauer innerhalb des Katamneseintervalls erhoben. Kein Selbsthilfegruppenbesuch wurde von 35,4 Prozent der Katamneseantworter angegeben. 32,9 Prozent der Katamneseantworter berichten über einen Selbsthilfe-

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

		Katamneseantworter			
		N=7.335			
		Katamnesezeitpunkt		Therapiebeginn	
Merkmal	Kategorien	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Familienstand (N=5.046)	Verheiratet	2178	43,2%	2142	42,4%
	Nicht verheiratet	2868	56,8%	2904	57,6%
Erwerbsituation (N=7.015)	Erwerbstätig	3557	50,7%	3204	45,7%
	Erwerbslos	1849	26,4%	2519	35,9%
	Nicht erwerbstätig	1609	22,9%	1292	18,4%
Arbeitsunfähigkeit (N=3.985)	Keine Arbeitsunfähigkeit	2470	62,0%	1283	32,2%
	< 3 Monate	923	23,2%	1776	44,6%
	< 6 Monate	228	5,7%	559	14,0%
	> 6 Monate	364	9,1%	367	9,2%
Selbsthilfgruppenbesuch (N=5.483)	Nein, keine Selbsthilfegruppe besucht	1939	35,4%		
	Während des gesamten Zeitraums	1804	32,9%		
	Mindestens ein halbes Jahr lang	711	13,0%		
	Weniger als ein halbes Jahr lang	1029	18,8%		
Beratungsstellenbesuch Nachsorge (N=4.541)	Ja	749	16,5%		
	Nein	3792	83,5%		

gruppenbesuch während des gesamten Katamnesezeitraumes, mindestens ein halbes Jahr lang hatten 13,0 Prozent und weniger als ein halbes Jahr lang hatten 18,8 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. Be-

zugsbasis für die konservativste **Berechnungsform 4** sind alle in 2012 entlassenen Patienten. Personen für die keine oder widersprüchliche Katamneseinformationen vorliegen, werden hiernach als rückfällig gewertet. Darunter fallen auch die Unterkategorien „unbekannt verzogen“, „verweigert“, „nicht geantwortet“, „verstorben“ und „unfähig zur Beantwortung“.

Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe 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.

Tabelle 5: Abstinenzquoten nach DGSS 1 - 4 (neu „Abstinenz nach Rückfall 30 Tage“)

	DGSS1 (N=6.652)		DGSS2 (N=11.316)		DGSS3 (N=7.335)		DGSS4 (N=13.228)	
Katamnestiche Erfolgsquote	5148	77,4%	5148	45,5%	5512	75,1%	5512	41,7%
Abstinent	3966	59,6%	3966	35,0%	4199	57,2%	4199	31,7%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	1182	17,8%	1182	10,4%	1313	17,9%	1313	9,9%
Rückfällig	0	0,0%	1502	13,3%	0	0,0%	1819	13,8%
Rückfällig per Definition	0	0,0%	4666	41,2%	0	0,0%	5897	44,6%
Rückfällig gesamt	1504	22,6%	6168	54,5%	1823	24,9%	7716	58,3%

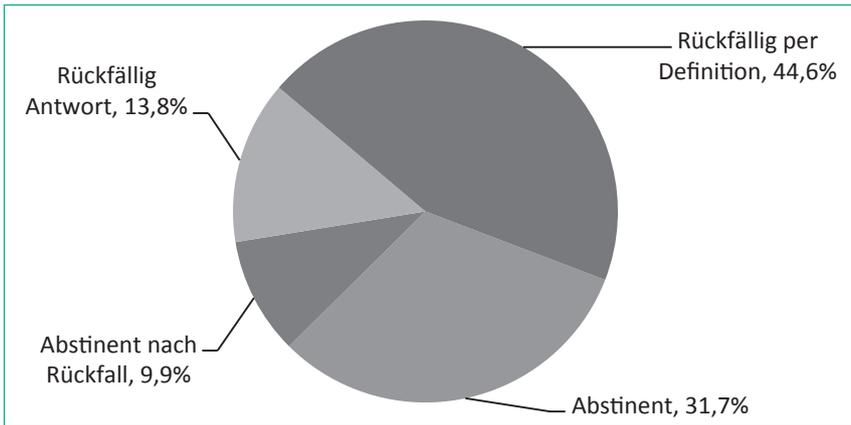


Abbildung 3: Abstinenzquote nach konservativer Berechnungsart (DGSS 4) incl. Verstorbene (neu „Abstinenter nach Rückfall 30 Tage“)

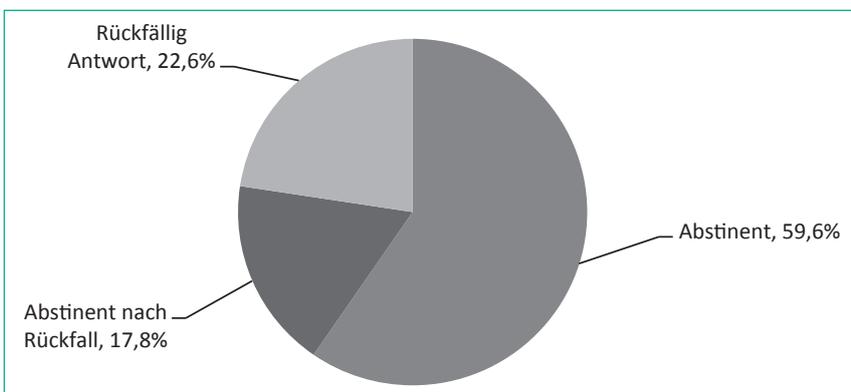


Abbildung 4: Abstinenzquote nach (DGSS 1) incl. Verstorbene (neu „Abstinenter nach Rückfall 30 Tage“)

Im Folgenden werden die katamnestic Erfolgsquoten für die Gesamtstichprobe beschrieben. Bezogen auf die Gesamtstichprobe der Patienten inklusive der verstorbenen Patienten ergibt sich eine katamnestic

erfolgsquote („abstinenter“ und „abstinenter nach Rückfall“) nach DGSS 4 von 41,7 Prozent. Es lebten im gesamten Katamnesticzeitraum 31,7 Prozent der Patienten abstinenter, 9,9 Prozent abstinenter nach Rückfall.

Die weiteren 58,3 Prozent wurden in der konservativen Schätzung als rückfällig eingestuft (vgl. Abbildung 3). Die 58,3 Prozent rückfälligen Patienten setzen sich aus 13,8 Prozent „rückfällig per Katamnesticantwort“ und 44,6 Prozent „rückfällig per Definition“ zusammen.

In der Berechnungsform 1 nach DGSS, bei der nur die erreichten Patienten (Katamnesticseantworter), welche die Behandlung planmäßig beendet haben, einbezogen werden, ergab sich eine katamnestic Erfolgsquote von 77,4 Prozent. Danach lebten im gesamten Katamnesticzeitraum 59,6 Prozent der Patienten durchgehend abstinenter, 17,8 Prozent abstinenter nach Rückfall und die anderen 22,6 Prozent wurden als rückfällig eingestuft (Abbildung 4).

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

Ein Vergleich der katamnestic Erfolgsquoten mit neuer vs. alter Berechnungsform zeigt nachfolgende Ergebnisse: 77,4 Prozent vs. 71,7 Prozent bei DGSS 1, 45,5 Prozent vs. 42,1 Prozent bei DGSS 2, 75,1 Prozent vs. 69,4 Prozent bei DGSS 3 und 41,7 Prozent vs. 38,5 Prozent bei DGSS 4.

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

Katamnestic Erfolgsquoten nach DGSS 1 – 4 nach Geschlecht und Behandlungsdauern

Die katamnestic Erfolgsquoten für Frauen liegen nach allen vier Berechnungs-

Tabelle 6: Abstinenzquoten nach DGSS 1 - 4 (alt „Abstinenz nach Rückfall 3 Monate“)

	DGSS1 (N=6.652)		DGSS2 (N=11.316)		DGSS3 (N=7.335)		DGSS4 (N=13.228)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Katamnestic Erfolgsquote	4767	71,7%	4767	42,1%	5089	69,4%	5089	38,5%
Abstinenter	3966	59,6%	3966	35,0%	4199	57,2%	4199	31,7%
Abstinenter nach Rückfall (30 Tage)	801	12,0%	801	7,1%	890	12,1%	890	6,7%
Rückfällig	0	0,0%	1883	16,6%	0	0,0%	2242	16,9%
Rückfällig per Definition	0	0,0%	4666	41,2%	0	0,0%	5897	44,6%
Rückfällig gesamt	1885	28,3%	6549	57,9%	2246	30,6%	8139	61,5%

Tabelle 7: Abstinenzquoten nach Geschlecht (DGSS 1 - 4) (Prozentangaben)

	DGSS1 (N=6.652)		DGSS2 (N=11.316)		DGSS3 (N=7.335)		DGSS4 (N=13.228)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Katamnestic Erfolgsquote	76,8%	78,7%	44,2%	48,4%	74,3%	77,0%	40,3%	45,0%
Abstinenter	60,4%	58,0%	34,8%	35,7%	57,7%	56,3%	31,3%	32,9%
Abstinenter nach Rückfall (30 Tage)	16,4%	20,7%	9,5%	12,8%	16,6%	20,7%	9,0%	12,1%
Rückfällig gesamt	23,2%	21,3%	55,8%	51,6%	25,7%	23,0%	59,7%	55,0%

Tabelle 8: Abstinenzquoten in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer (DGSS 1 - 4) (Prozentangaben)

	DGSS1 (N=6.652)			DGSS2 (N=11.316)			DGSS3 (N=7.335)			DGSS40 (N=13.228)		
	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	76,9%	77,5%	78,1%	44,3%	47,5%	42,1%	71,7%	77,3%	77,5%	36,7%	46,7%	41,2%
Abstinent	58,5%	61,0%	57,3%	33,7%	37,4%	30,9%	53,3%	60,6%	56,8%	27,3%	36,6%	30,2%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	18,3%	16,5%	20,8%	10,6%	10,1%	11,2%	18,3%	16,7%	20,7%	9,4%	10,1%	11,0%
Rückfällig gesamt	23,1%	22,5%	21,9%	55,7%	52,5%	57,9%	28,3%	22,7%	22,5%	63,3%	53,3%	58,8%

methoden geringfügig über denen der Männer. Die Unterschiede betragen bei DGSS 1 1,9 Prozent, bei DGSS 2 4,0 Prozent, bei DGSS 3 2,7 Prozent und bei DGSS 4 4,7 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 36,7 Prozent auf, Patienten die über 16 Wochen behandelt wurden, waren in 41,2 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 46,7 Prozent.

Für die Stichprobe der planmäßig entlassenen Patienten (DGSS 2) ergibt sich gleichfalls mit 47,5 Prozent die höchste katamnestiche Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer von über 12 bis zu 16 Wochen (bis 12 Wochen 44,3 Prozent, über 16 Wochen 42,1 Prozent). In den Stichproben der planmäßig entlassenen Patienten, die geantwortet haben (DGSS 1) und den Katamnesticheantwortern (DGSS 3) liegt die höchste katamnestiche Erfolgsquote mit 78,1 Prozent und 77,5 Prozent jeweils in der Behandlungsdauerklasse „über 16 Wochen“.

Es ist davon auszugehen, dass mit der Zunahme der Behandlungsdauer auch der Schweregrad der Erkrankung, die Multimorbidität und der Teilhabebedarf steigen. Dies näher zu untersuchen, bedarf detaillierter Analysen

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 („abs-

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=13.228)	p
Geschlecht	Männlich	40,3%	0,00**
	Weiblich	45,0%	
Alter	Bis 40	28,3%	0,00**
	Über 40	46,9%	
Partnerbeziehung	Keine feste Partnerschaft	36,3%	0,00**
	Feste Partnerschaft	47,5%	
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	49,7%	0,00**
	Erwerbslos	33,8%	
	Nicht erwerbstätig	42,7%	
Abhängigkeitsdauer	Bis 10 Jahre	42,8%	0,72
	Über 10 Jahre	43,1%	
Entgiftungen	Keine Entgiftungen	42,0%	0,00**
	Eine Entgiftung	48,0%	
	Zwei und mehr Entgiftungen	37,3%	
Stationäre Entwöhnungen	Keine stat. Entwöhnung	44,7%	0,00**
	Eine stat. Entwöhnung	38,7%	
	Zwei und mehr stat. Entwöhnungen	31,2%	
Entlassungsart	Planmäßig	45,5%	0,00**
	Nicht planmäßig	19,2%	
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung	Bis 12 Wochen	44,3%	0,00**
	Über 12 bis 16 Wochen	47,5%	
	Über 16 Wochen	42,1%	

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

inent“ und „abstinent nach Rückfall“) wurden auf Basis der Gesamtstichprobe zusammengefasst. Mit Ausnahme des Effekts der Abhängigkeitsdauer, konnten alle Unterschiede über einen Chi-Quadrat-test statistisch abgesichert werden.

- 45,0 Prozent der Frauen waren ein Jahr nach Therapieende „erfolgreich“ (abstinent bzw. abstinent nach Rückfall). Bei Männern sind 40,3 Prozent erfolgreich.
- Patienten in der Gruppe bis 40 Jahre haben nur eine Erfolgsquote von 28,3 Pro-

zent, während die über 40 jährigen eine Erfolgsquote von 46,9 Prozent erreichen.

- Patienten, die bei Therapiebeginn nicht in einer festen Partnerschaft leben, waren deutlich weniger erfolgreich (36,3 Prozent) als Patienten, die aus einer festen Beziehung kommen (47,5 Prozent).
- Von den zu Therapiebeginn erwerbstätigen Patienten waren nach einem Jahr 49,7 Prozent als erfolgreich zu bezeichnen. Dies traf hingegen nur für 33,8 Prozent der bei Therapiebeginn erwerbslosen, aber für 42,7 Prozent der zu Therapiebeginn nichterwerbstätigen 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 (42,8 Prozent vs. 43,1 Prozent).
- Patienten, die vor Therapiebeginn keine (Erfolgsquote 42,0 Prozent) beziehungsweise nur eine Entgiftungsbehandlung (Erfolgsquote 48,0 Prozent) aufwiesen, hatten größere Erfolgsaussichten als Patienten mit wiederholten Entgiftungsbehandlungen (Erfolgsquote 37,3 Prozent).
- Patienten mit bisher keiner stationären Entwöhnung hatten mit einer Erfolgsquote von 44,7 Prozent höhere Erfolgsaussichten als Patienten mit bisher einer stationären Entwöhnungsbehandlung (Erfolgsquote 38,7 Prozent) bzw. mehr als bisher einer stationären Entwöhnungsbehandlung (Erfolgsquote 31,2 Prozent).
- Patienten mit planmäßigem Abschluss der Therapie schnitten deutlich besser ab als Patienten, bei denen dies nicht zutraf (erfolgreich bei planmäßiger Beendigung: 45,5 Prozent). Nicht planmäßig entlassene Patienten waren nur zu einem Anteil von 19,2 Prozent erfolgreich bezüglich der Aufrechterhaltung der Abstinenz.
- Bezieht man die katamnestiche Erfolgsquote auf Behandlungsdauerklassen bei planmäßigen Entlassungen, so weisen Patienten mit einer Behandlungsdauer von 12 bis 16 Wochen mit 47,5 Prozent die höchsten Erfolgsquoten auf. Patienten, die eine Behandlung von bis zu 12 Wochen aufweisen, haben eine katamnestiche Erfolgsquote von 44,3 Prozent. Bei über 16 Wochen Behandlungsdauer beträgt die Erfolgsquote 42,1 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 Katamne-

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

Zufriedenheit mit	N	Therapieerfolg		
		Abstinenz	Rückfall	Gesamt
Partnerbeziehung	3957	72,3%	51,5%	68,4%
Eltern, Geschwister, Verwandte	4425	88,1%	65,6%	83,8%
Eigene Kinder	4666	60,5%	41,0%	56,7%
Bekannte, Freunde	4612	89,8%	66,9%	85,4%
Freizeitgestaltung	4649	88,1%	54,8%	81,7%
Arbeitssituation	4148	71,4%	38,7%	65,1%
Körperliche Gesundheit	4711	82,1%	44,1%	74,6%
Seelischer Zustand	4707	83,6%	40,2%	75,0%
Finanzielle Situation	4639	73,9%	44,6%	68,1%
Wohnsituation	4487	91,4%	77,9%	88,8%
Suchtmittelgebrauch	3837	90,8%	40,5%	79,8%
Alltagsbewältigung	3879	91,9%	53,2%	84,3%

sezeitpunkt (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 angegebenen Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf die Katamneseantworter, mit Angaben zu den Zufriedenheitseinstufungen.

Die Quote der Katamneseantworter, die mit der Partnersituation zufrieden waren, beträgt 68,4 Prozent. Mit der Verwandtschaft, Eltern und Geschwistern sind 83,8 Prozent, mit den Kindern 56,7 Prozent, mit Bekannten und Freunden sind 85,4 Prozent, mit der Freizeitgestaltung 81,7 Prozent, mit der beruflichen Situation 65,1 Prozent, mit der körperlichen Gesundheit 74,6 Prozent und mit dem seelischen Zustand 75,0 Prozent zufrieden. Mit der finanziellen Situation sind 68,1 Prozent, mit der Wohnsituation 88,8 Prozent, in Bezug auf die Suchtmittelabstinenz 79,8 Prozent und mit ihrer Alltagsbewältigung sind 84,3 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 72,3 (51,5) Prozent, mit der Verwandtschaft 88,1 (65,6) Prozent, mit den eigenen Kindern 60,5 (41,0) Prozent, mit dem Bekanntenkreis 89,8 (66,9) Prozent, mit der Freizeitgestaltung 88,1 (54,8) Prozent und mit der beruflichen Situation 71,4 (38,7) Prozent der Patienten zufrieden. In Bezug auf die körperliche Gesundheit sind 82,1 (44,1) Prozent, mit der seelischen Gesundheit 83,6 (40,2) Prozent, bezüglich der finanziellen Situation 73,9 (44,6) Prozent und der Wohnsituation 91,4 (77,9) Prozent zufrieden. Mit der Suchtmittelabstinenz sind 90,8 (40,5) Prozent und mit der Alltagsbewältigung 91,9 (53,2) Prozent zufrieden.

Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

Von den insgesamt 3.132 rückfälligen Katamneseantwortern (Rückfall und Abstinenz nach Rückfall 30 Tage) wurde das Item „Wie viele Wochen waren Sie nach Abschluss der Therapie abstinenz?“ von 2.314 Personen beantwortet. 23,6 Prozent der Rückfälle ereigneten sich bereits im ersten Monat nach Behandlungsende, weitere 14,6 Prozent im zweiten und weitere 16,2 Prozent im dritten Monat nach Beendigung der stationären Rehabilitation. Drei Monate nach Abschluss der Behandlung hatten sich somit bereits 54,5 Prozent der Rückfälle des gesamten Katamnesezeitraums von einem Jahr ereignet (bis sechs Monate: 82,3 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.

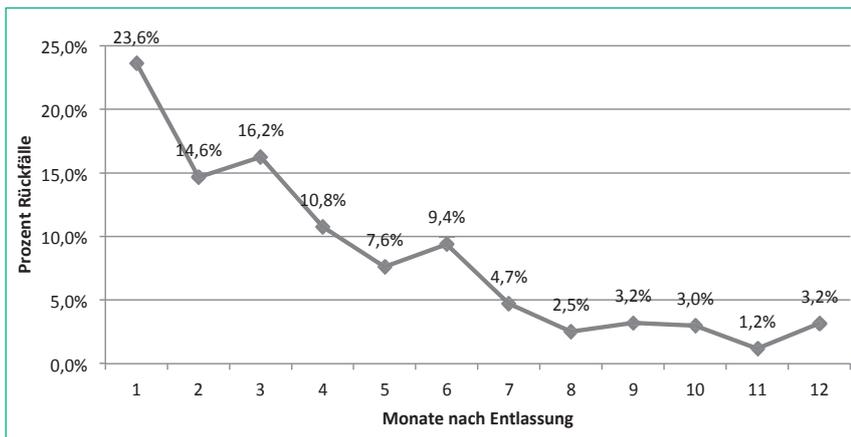


Abbildung 5: Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende (N = 2.314)

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 Depressionen von 37,9 Prozent der Antwortter genannt. Es folgten mit Frustration, Enttäuschung mit 37,7 Prozent, sowie innere Spannung und Unruhe mit 35,0 Prozent. Ärger wurde von 31,7 Prozent, schwierige Lebenssituationen von 28,6 Prozent und Einsamkeit von 27,3 Prozent der Antwortter als Rückfallgrund genannt. Weiterhin wurden mit abnehmendem Prozentanteil Angst von 25,7 Prozent, Schlafschwierigkeiten von 24,9 Prozent, Stressgefühle von 23,9 Prozent, das Empfinden kontrolliert trinken zu können von 21,6 Prozent, Langeweile von 21,2 Prozent und unwiderstehliches Verlangen von 20,9 Prozent der Antwortter genannt.

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

Gründe für den erneuten Suchtmittelkonsum	Prozent
Depression	37,9%
Frustration, Enttäuschung	37,7%
Innere Spannung, Unruhe	35,0%
Ärger	31,7%
Schwierige Lebenssituationen	28,6%
Einsamkeit	27,3%
Angst	25,7%
Schlafschwierigkeiten	24,9%
Stressgefühle	23,9%
Kontrolliertes Trinken	21,6%
Langeweile	21,2%
Unwiderstehliches Verlangen	20,9%
Gute Stimmung, Glücksgefühl	19,9%
Konflikte mit anderen Personen	19,6%
Körperliche Schmerzen	14,8%
Entzugsähnliche Beschwerden	12,3%
Nicht nein sagen können	10,1%
In Gesellschaft der Versuchung nicht widerstehen können	8,6%
Hemmungen	8,1%
Sonstiges	6,3%

tration, Enttäuschung mit 37,7 Prozent, sowie innere Spannung und Unruhe mit 35,0 Prozent. Ärger wurde von 31,7 Prozent, schwierige Lebenssituationen von 28,6 Prozent und Einsamkeit von 27,3 Prozent der Antwortter als Rückfallgrund genannt. Weiterhin wurden mit abnehmendem Prozentanteil Angst von 25,7 Prozent, Schlafschwierigkeiten von 24,9 Prozent, Stressgefühle von 23,9 Prozent, das Empfinden kontrolliert trinken zu können von 21,6 Prozent, Langeweile von 21,2 Prozent und unwiderstehliches Verlangen von 20,9 Prozent der Antwortter genannt.

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 Katamneseantwortter mit Angaben zur Erwerbstätigkeit zu beiden Messzeitpunkten) eine katamnestiche Erfolgsquote von 83,7 Prozent auf, wenn sie zum Katamnesezeitpunkt wieder erwerbstätig waren. Patienten, die auch

zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos waren, haben nur eine Erfolgsquote von 63,1 Prozent. Bei vor Therapiebeginn erwerbslosen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote bei 71,5 Prozent.

Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbstätig waren und es zum Katamnesezeitpunkt auch blieben, weisen eine katamnestiche Erfolgsquote von 83,9 Prozent auf. Patienten, die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos wurden, haben nur eine Erfolgsquote von 61,6 Prozent. Bei erwerbstätigen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote nur bei 71,3 Prozent.

Komorbidität

Um beurteilen zu können, ob die untersuchten Gruppen durch co- und multimorbide Störungen belastet sind, wurde die Zahl der weiteren substanzbezogenen Suchtmitteldiagnosen neben der Hauptdiagnose, der psychischen Diagnosen sowie die Anzahl der somatischen Diagnosen ermittelt. Tabelle 13a zeigt, dass über ein Sechstel der Patienten der Gesamtstichprobe (17,6 Prozent) neben der Suchtmittelhauptdiagnose weitere substanzbezogene Suchtmitteldiagnosen aufweisen. Für die Stichproben der Katamneseantwortter ist dieser Anteil mit 13,3 Prozent deutlich geringer, während für die Stichprobe der Nichtantwortter der entsprechende Anteil bei 23,0 Prozent liegt. Über zwei Fünftel der Patienten der Gesamtstichprobe (42,3 Prozent) weisen psychische Diagnosen auf, wobei der Unterschied für die Stichproben mit, 41,2 Prozent für die Katamneseantwortter und 43,8 Prozent für die Nichtantwortter nicht so stark ausgeprägt ist. Bei beinahe dreiviertel der Patienten der Gesamtstichprobe (72,6 Prozent) sind somatische Diagnosen kodiert, wobei der Anteil bei den Katamneseantwortern mit 76,6 Prozent deutlich über dem Anteil bei Nichtantwortern mit nur 67,6 Prozent liegt.

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

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	Therapieerfolgsquote in Prozent (DGSS 3)
Erwerbslos	Erwerbstätig	83,7%
	Erwerbslos	63,1%
	Nicht erwerbstätig	71,5%
Erwerbstätig	Erwerbstätig	83,9%
	Erwerbslos	61,6%
	Nicht erwerbstätig	71,3%

Tab. 13a: Co- und Multimorbidität der untersuchten Gruppen

Diagnosegruppe	Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
	N=5.893		N=7.335		N=13.228	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Weitere Suchtdiagnosen*	1.353	23,0%	972	13,3%	2.325	17,6%
Psychische Diagnosen	2.579	43,8%	3.023	41,2%	5.602	42,3%
Somatischen Diagnosen	3.984	67,6%	5.617	76,6%	9.601	72,6%

* nur substanzbezogen, ohne Nikotinabhängigkeit/Missbrauch

Tabelle 13b: Co- und Multimorbidität der untersuchten Gruppen (Mittelwerte)

Diagnosegruppe	Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
	N=5.893		N=7.335		N=13.228	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
Weitere Suchtdiagnosen*	0,41	0,92	0,22	0,66	0,30	0,80
Psychische Diagnosen	0,59	0,78	0,53	0,72	0,55	0,75
Somatischen Diagnosen	1,63	1,47	2,00	1,50	1,84	1,50

* nur substanzbezogen, ohne Nikotinabhängigkeit/Missbrauch

Tabelle 14: Details zur Suchtmittel-Komorbidität (nur substanzbezogene Diagnosen)

Suchtmittel-Nebendiagnosen		Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N=5.893		N=7.335		N=13.228	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Störungen durch Alkohol	F10	188	3,2%	135	1,8%	323	2,4%
Störungen durch Opioide	F11	218	3,7%	159	2,2%	377	2,9%
Störungen durch Cannabinoide	F12	712	12,1%	463	6,3%	1.175	8,9%
Störungen durch Sedativa und Hypnotika	F13	290	4,9%	220	3,0%	510	3,9%
Störungen durch Kokain	F14	267	4,5%	163	2,2%	430	3,3%
Störungen durch Stimulantien einschließlich Koffein	F15	403	6,8%	215	2,9%	618	4,7%
Störungen durch Halluzinogene	F16	78	1,3%	41	0,6%	119	0,9%
Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18	2	0,0%	1	0,0%	3	0,0%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	84	1,4%	53	0,7%	137	1,0%
Störungen durch Tabak	F17	3.609	61,2%	4.073	55,5%	7.682	58,1%

Tabelle 15: Details zur psychischen Komorbidität

Psychische Komorbidität		Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N=5.893		N=7.335		N=13.228	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	40	0,7%	42	0,6%	82	0,6%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	59	1,0%	45	0,6%	104	0,8%
Affektive Störungen	F3	1.606	27,3%	2.005	27,3%	3.611	27,3%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	789	13,4%	902	12,3%	1.691	12,8%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	F5	119	2,0%	133	1,8%	252	1,9%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	886	15,0%	791	10,8%	1.677	12,7%
Intelligenzminderung	F7	21	0,4%	18	0,2%	39	0,3%
Entwicklungsstörungen	F8	16	0,3%	11	0,1%	27	0,2%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	89	1,5%	66	0,9%	155	1,2%

In Tabelle 13b sind die statistischen Kennzahlen für die Co- und Multimorbidität aufgelistet. Im Durchschnitt haben die Patienten der Gesamtstichprobe 0,30 weitere substanzbezogene Suchtmitteldiagnosen, 0,55 psychische Diagnosen und 1,84 somatische Diagnosen. Die durchschnittliche Diagnoseanzahl für die Katamneseantworter und die Nichtantworter liegt bei 0,22, 0,53, 2,00 und 0,41, 0,59, 1,63.

Die Tabellen 14, 15 und 16 geben eine Übersicht über die Details der substanzbezogenen Suchtmittel-Komorbidität, der psychischen Komorbidität und der somatischen Komorbidität, jeweils für die Gesamtstichprobe sowie der Stichproben der Nichtantworter und der Katamneseantworter.

Bei 8,9 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe wurde neben der Hauptdiagnose „Störungen durch Cannabinoide“ kodiert, wobei zwischen der Stichprobe der Katamneseantworter und der Nichtantworter ein deutlicher Unterschied mit 6,3 Prozent vs. 12,1 Prozent besteht. Weitere sub-

Tabelle 16: Details zur somatischen Komorbidität

Somatische Komorbidität		Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N=5.893		N=7.335		N=13.228	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00 - B99	157	2,7%	150	2,0%	307	2,3%
Neubildungen, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	C00 - D89	282	4,8%	394	5,4%	676	5,1%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 - E90	1.540	26,1%	2.389	32,6%	3.929	29,7%
Krankheiten des Nervensystems	G00 - G99	699	11,9%	926	12,6%	1.625	12,3%
Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00 - H95	212	3,6%	276	3,8%	488	3,7%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 - I99	1.261	21,4%	2.073	28,3%	3.334	25,2%
Krankheiten des Atmungssystems	J00 - J99	404	6,9%	514	7,0%	918	6,9%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00 - K93	1.619	27,5%	2.433	33,2%	4.052	30,6%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 - L99	159	2,7%	254	3,5%	413	3,1%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 - M99	1.427	24,2%	2.240	30,5%	3.667	27,7%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 - N99	80	1,4%	111	1,5%	191	1,4%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andersorts klassifiziert sind	R00 - R99	119	2,0%	167	2,3%	195	1,5%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00 - T98	279	4,7%	402	5,5%	681	5,1%
sonstige somatische Diagnosen		114	1,9%	156	2,1%	270	2,0%

stanzbezogene Suchtmittelneben Diagnosen waren „Störungen durch Stimulantien einschließlich Koffein“ mit 4,7 Prozent (2,9 Prozent vs. 6,8 Prozent), „Störungen durch Sedativa und Hypnotika“ mit 3,9 Prozent (3,0 Prozent vs. 4,9 Prozent), „Störungen durch Kokain“ mit 3,3 Prozent (2,2 Prozent vs. 4,5 Prozent), „Störungen durch Opiode“ mit 2,9 Prozent (2,2 Prozent vs. 3,7 Prozent) und „Störungen durch Alkohol“ mit 2,4 Prozent (1,8 Prozent vs. 3,2 Prozent).

„Affektive Störungen“ liegen bei über einem Viertel der Patienten (27,3 Prozent) der Gesamtstichprobe neben der Hauptdiagnose vor. Katamneseantworter und Nichtantworter unterscheiden sich hierbei nicht. In deutlich geringerem Umfang wurden „Neurotische-, Belastungs- und somato-

forme Störungen“ mit 12,8 Prozent sowie „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ mit 12,7 Prozent in der Gesamtstichprobe kodiert. Der Unterschied zwischen Katamneseantwortern und Nichtantwortern ist bei den „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 12,3 Prozent vs. 13,4 Prozent nur gering, bei den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ mit 10,8 Prozent vs. 15,0 Prozent deutlich.

Bei den somatischen Diagnosen dominieren „Krankheiten des Verdauungssystems“ mit Anteilen von 30,6 Prozent in der Gesamtstichprobe (33,2 Prozent bei Katamneseantwortern vs. 27,5 Prozent bei Nichtantwortern), „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ mit 29,7 Prozent

(32,6 Prozent vs. 26,1 Prozent), „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ mit 27,7 Prozent (30,5 Prozent vs. 24,2 Prozent) und „Krankheiten des Kreislaufsystems“ mit 25,2 Prozent (28,3 Prozent vs. 21,4 Prozent).

Zur weiteren Betrachtung der psychischen Komorbidität wurden die drei Diagnosegruppierungen

- **Depression** mit den Diagnosen F32, F33 und F34.1
- **Angststörungen** mit den Diagnosen F40 und F41
- **Persönlichkeitsstörungen** mit den Diagnosen F60 und F61 gebildet.

Tabelle 17 zeigt gibt einen Überblick zur psychischen Komorbidität differenziert

Tabelle 17: Psychische Komorbidität: Differenzierung nach Depression, Angststörung und Persönlichkeitsstörung

Psychische Komorbidität		Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N=5.893		N=7.335		N=13.228	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Depression F32, F33, F34.1	keine Diagnose	4.337	73,6%	5.409	73,7%	9.746	73,7%
	mind. eine Diagnose	1.556	26,4%	1.926	26,3%	3.482	26,3%
Angststörung F40, F41	keine Diagnose	5.590	94,9%	6.980	95,2%	12.570	95,0%
	mind. eine Diagnose	303	5,1%	355	4,8%	658	5,0%
Persönlichkeitsstörung F60, F61	keine Diagnose	5.140	87,2%	6.637	90,5%	11.777	89,0%
	mind. eine Diagnose	753	12,8%	698	9,5%	1.451	11,0%

Tabelle 18: Abstinenzquoten nach DGSS 4 in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität

Abstinenz vs. Psychische Komorbidität		DGSS 4 (N = 13.228)							
		Erfolgsquote		abstinente		abstinente nach Rückfall (30 Tage)		Rückfall	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
psychische Komorbidität	keine Diagnose	3.297	43,2%	2.543	33,3%	754	9,9%	4.329	56,8%
	mind. eine Diagnose	2.215	39,5%	1.656	29,6%	559	10,0%	3.387	60,5%
Depression F32, F33, F34.1	keine Diagnose	4.077	41,8%	3.119	32,0%	958	9,8%	5.669	58,2%
	mind. eine Diagnose	1.435	41,2%	1.080	31,0%	355	10,2%	2.047	58,8%
Angststörung F40, F41	keine Diagnose	5.249	41,8%	4.009	31,9%	1.240	9,9%	7.321	58,2%
	mind. eine Diagnose	263	40,0%	190	28,9%	73	11,1%	395	60,0%
Persönlichkeitsstörung F60, F61	keine Diagnose	5.044	42,8%	3.857	32,8%	1.187	10,1%	6.733	57,2%
	mind. eine Diagnose	468	32,3%	342	23,6%	126	8,7%	983	67,7%

Tabelle 19: Abstinenzquoten nach DGSS 3 in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität

Abstinenz vs. Psychische Komorbidität		DGSS 3 (N = 7.335)							
		Erfolgsquote		abstinente		abstinente nach Rückfall (30 Tage)		Rückfall	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
psychische Komorbidität	keine Diagnose	3.297	76,5%	2.543	59,0%	754	17,5%	1.015	23,5%
	mind. eine Diagnose	2.215	73,3%	1.656	54,8%	559	18,5%	808	26,7%
Depression F32, F33, F34.1	keine Diagnose	4.077	76,5%	3.119	57,7%	958	17,7%	1.332	24,6%
	mind. eine Diagnose	1.435	74,5%	1.080	56,1%	355	18,4%	491	25,5%
Angststörung F40, F41	keine Diagnose	5.249	75,2%	4.009	57,4%	1.240	17,8%	7.321	58,2%
	mind. eine Diagnose	263	74,1%	190	53,5%	73	20,6%	395	60,0%
Persönlichkeitsstörung F60, F61	keine Diagnose	5.044	76,0%	3.857	58,1%	1.187	17,9%	1.593	24,0%
	mind. eine Diagnose	468	67,0%	342	49,0%	126	18,1%	230	33,0%

nach den drei Diagnosegruppierungen für die Gesamtstichprobe, die Katamneseantworter und die Nichtantworter. 26,3 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe haben mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen – Katamneseantworter und Nichtantworter unterscheiden sich hierbei mit Anteilen von 26,3 Prozent und 26,4 Prozent nur unwesentlich. 5,0 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe, 4,8 Prozent der Katamneseantworter und 5,1 Prozent der Nichtantworter weisen mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der Angststörungen aus. Bei den Persönlichkeitsstörungen liegt der Anteil von Patienten mit mindestens einer Diagnose in der Gesamtstichprobe bei 11,0 Prozent, wobei sich Katamneseantworter und Nichtantworter mit Anteilen von 9,5 Prozent und 12,8 Prozent deutlich unterscheiden.

In Tabelle 18 und 19 wird die katamnestiche Erfolgsquote DGSS 4 und DGSS 3 (neues Kriterium) in Abhängigkeit vom Vorhandensein psychischer Störungen dargestellt.

Patienten ohne psychische Diagnosen weisen mit 43,2 Prozent (DGSS 4) und 76,5 Pro-

zent (DGSS 3) eine höhere katamnestiche Erfolgsquote auf als Patienten mit einer oder mehr psychischen Diagnosen mit nur 39,5 Prozent (DGSS 4) und 73,3 Prozent (DGSS 3). Bei genauerer Betrachtung der katamnestiche Erfolgsquote in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität durch Fokussierung auf die drei Diagnosegruppierungen Depression, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen zeigt sich mit Erfolgsquoten von 41,8 Prozent (DGSS 4) und 76,5 Prozent (DGSS 3) bei keiner Depressionsdiagnose vs. 41,2 Prozent (DGSS 4) und 74,5 Prozent (DGSS 3) bei mindestens einer Depressionsdiagnose und 41,8 Prozent (DGSS 4) und 75,2 Prozent (DGSS 3) bei keiner Angstdiagnose vs. 40,0 Prozent (DGSS 4) und 74,1 Prozent (DGSS 3) bei Vorliegen von mindestens einer Angstdiagnose nur moderate Unterschiede. Dahingegen sind die Unterschiede in der katamnestiche Erfolgsquote in der Diagnosegruppierung Persönlichkeitsstörungen mit 42,8 Prozent (DGSS 4) und 76,0 Prozent (DGSS 3) bei keiner Diagnose gegen 32,3 Prozent (DGSS 4) und 67,0 Prozent (DGSS 3) bei Vorliegen von mindestens einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen beträchtlich.

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 „abstinente nach Rückfall 3 Monate“) steigt gegenüber dem Vorjahr von 37,6 Prozent um 0,9 Prozent auf 38,5 Prozent an. Über einen größeren Zeitraum betrachtet, liegt das Ergebnis aber 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 38,9 Prozent, 2011 37,6 Prozent).

Der Anteil der durchgehend Abstinenten lag im Vorjahr bei 30,9 Prozent und ist damit um 0,8 Prozent auf 31,7 Prozent angestiegen. Der Anteil der nach Rückfall (wieder 3 Monate) Abstinenten ist mit 6,7 Prozent konstant geblieben. Der Anteil der rückfälligen Patienten einschließlich Nichtantworter geht von 62,4 Prozent um 0,9 Prozent auf 61,5 Prozent zurück.

In der FVS-Katamnese 2012 steigt die katamnestiche Erfolgsquote im Vergleich zum Vorjahr bei DGSS 1 von 70,1 Prozent auf 71,7 Prozent, bei DGSS 2 steigt sie von 40,8 Prozent auf 42,1 Prozent, bei DGSS 3 steigt sie von 68,3 Prozent auf 69,4 Prozent und, wie oben ausgeführt, bei DGSS 4 steigt sie von 37,6 Prozent auf 38,5 Prozent. Bei allen 4 Berechnungsformen ergeben sich Erhöhungen.

Die Ausschöpfungsquote steigt moderat von 54,6 Prozent 2011 um 0,9 Prozent auf 55,5 Prozent in 2012.

Vergleicht man die katamnestiche Erfolgsquoten 2011 und 2012 hinsichtlich des neuen Kriteriums („abstinent nach Rückfall 30 Tage“), erhöht sich die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 39,8 Prozent um 1,9 Prozent auf 41,7 Prozent, die Quote der durchgehend abstinent lebenden Patienten erhöht um 1,3 Prozent von 30,4 Prozent auf 31,7 Prozent und die Quote der abstinent nach Rückfall lebenden Patienten steigt um 0,5 Prozent von 9,4 Prozent auf 9,9 Prozent. Die Quote der rückfälligen Patienten reduziert sich um 1,9 Prozent von 60,2 Prozent auf 58,3 Prozent. Nach diesem neuen Kriterium ergaben sich nachfolgende Unterschiede in den katamnestiche Erfolgsquoten DGSS 1 – 4 von 2012 im Vergleich zu 2011: eine katamnestiche Erfolgsquote von 77,4 Prozent (2012) nach DGSS 1 im Vergleich zu 75,3 Prozent (2011), eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 2 von 45,5 Prozent (2012) im Vergleich zu 43,2 Prozent (2011), eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 3 von 75,1 Prozent (2012) im Vergleich zu 73,5 Prozent (2011) und eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 41,7 Prozent (2012) im Vergleich zu 39,8 Prozent (2011). Damit erhöhen sich im Jahresvergleich die katamnestiche Erfolgsquoten bei DGSS1, DGSS 2, DGSS3 und DGSS 4 wieder nach einem Rückgang in den Vorjahren.

Hinsichtlich der Ergebnisqualität und der Behandlungsdauer gibt es deutliche Zusammenhänge. Die besten Ergebnisse hinsichtlich des Therapieziels „Abstinenz“ erreicht die Behandlungsgruppe mit einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 12 bis 16 Wochen. Hierbei ist generell davon auszugehen, dass bei länger behandelten Patienten die „Fallschwere“ zunimmt.

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 80,7 Tagen auf 79,8 Tage gesunken, die mittlere Behandlungsdauer für planmäßige Entlassungen hat sich um 1,4 Tage reduziert (87,0 Tage auf 85,6 Tage).

In der Gesamtstichprobe ist der Anteil behandelter Frauen von 30,5 Prozent auf 29,4 Prozent zurückgegangen. In beiden Jahrgängen ist der Anteil behandelter Frauen bei den Katamneseantwortern höher als bei der Gesamtstichprobe, insgesamt zeigt sich aber nur ein moderater geschlechtsspezifischer Unterschied in der Katamneseaufnahme in beiden Jahrgängen.

An weiteren Unterschieden im Vergleich zum Vorjahr ergaben sich: Rückgang des Anteils von Patienten mit fester Beziehung um 0,7 Prozentpunkte (48,6 Prozent vs. 47,9 Prozent), Rückgang des Anteils erwerbsloser Patienten von 43,0 Prozent um 1,3 Prozent auf 42,7 Prozent. Der Anteil der Erwerbslosen liegt bei den Katamneseantwortern nur bei 36,1 Prozent (2012) vs. 37,0 Prozent (2011).

Die Quote planmäßiger Therapiebeendigungen ist 2012 mit 85,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr (86,0 Prozent) um 0,4 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, 2014) 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 erhöhte katamnestiche Erfolgsquoten. Patienten, die vor der Indexbehandlung zwei oder mehr Entgiftungsbehandlungen aufwiesen bzw. Patienten mit ein oder mehr stationären Entwöhnungsbehandlungen im Vorfeld, hatten eine signifikant geringere Abstinenzwahrscheinlichkeit als Vergleichspatienten, bei denen keine oder nur eine Entgiftungsbehandlung bzw. bislang keine stationäre Entwöhnungsbehandlungen vorlagen. Eine nicht planmäßige Beendigung der Rehabilitationsbehandlung erhöht signifikant das Rückfallrisiko, planmäßige Entlassungen erhöhen die Abstinenzwahrscheinlichkeit.

Die vorliegende Katamnese ergibt eine konservativ berechnete katamnestiche Erfolgsquote unter Einbezug der Kategorie „abstinent nach Rückfall“ von 38,5 Prozent nach DGSS 4 (alt 3 Monate) und 41,7 Prozent nach DGSS 4 (neu 30 Tage). Eine Be-

rechnung für die Katamneseantworter (DGSS 3) ergibt eine katamnestiche Erfolgsquote von 69,4 Prozent (alt 3 Monate) und 75,1 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, der Teilhabe am Arbeitsleben und für die Lebensqualität anzusehen ist. Darüber hinaus ist der Anteil der erwerbslosen Katamneseantworter ein Jahr nach der Behandlung deutlich gesunken: Waren zu Beginn der Behandlung 35,9 Prozent der Katamneseantworter erwerbslos, so reduzierte sich deren Anteil zum Katamnesezeitpunkt auf 26,4 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 Mitwirkung des Fachverbandes Sucht e.V. lässt hoffen, dass Routineevaluation mehr und mehr auch 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 Modellevalua-

tionen mit dem stationären Bereich vergleichbare Effektivitätsstudien vorlegen sollten. Die breite 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 sechsten bzw. fünften Mal publiziert werden.

Mit der Verabschiedung des 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, wurde ein wichtiger 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 deutschen Kerndatensatz. Der 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. Dieser Katamnese-Datensatz fordert die ausschließliche Orientierung an den Berechnungsformen 1 bis 4 der Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. Hiermit ist ein Regelwerk für die Durchführung und Darstellung von Katamnesen verfasst, dem sich der Fachverband Sucht in seinen Publikationen seit 1996 verpflichtet fühlt. Dieses Regelwerk sollte auch die Beliebigkeit katamnesterischer Aussagen beseitigen, indem in jeder nationalen Veröffentlichung im Suchtbereich heute angegeben werden sollte, welche Katamnese-Standards und welche Berechnungsform der DGSS in der Darstellung Anwendung findet.

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

Literatur:

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

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

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

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

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2004). Deutscher Kerndatensatz Katamnese. www.dhs.de.

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

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

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

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2013). Basisdokumentation 2012 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 20, 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 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.
- Missel, P., Jung Ch., Herder F., Fischer R., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke D., Schneider, B., Seeliger Ch., Verstege, R., Weissinger, V. (2014). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 21/1, 5-18.
- 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., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2005a). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2002 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 12/1, 5-15.
- Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2005b). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2003 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 12/2, 5-15.
- Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2007). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2004 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 14/1, 5-15.

Die Autoren:

Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Johannesbad Holding, Bad Füssing
Bick, Stefanie, Mag. Art., Wissenschaftliche Mitarbeiterin der AHG Kliniken Daun
Funke, Wilma, Prof. Dr., Dipl.-Psych., Leitende Psychologin der Kliniken Wied, Wied
Herder, Franz, Dipl.-Päd., Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf
Jung, Christiane, Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin der AHG Kliniken Daun, Daun
Kemmann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode
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

Menning, H.: Das psychische Immunsystem – Schutzschild der Seele, Göttingen, ISBN: 978-3-8017-2495-5, 24,95 €

Wie bei körperlichen Erkrankungen das somatische Immunsystem zum Tragen kommt, so gibt es ein psychisches Immunsystem, das psychische Erkrankungen abwehren kann. Es ist ein System von Fähigkeiten und Haltungen, die helfen, mit kritischen Lebensereignissen, Traumatisierungen und Schicksalsschlägen umzugehen. Die psychische Widerstandskraft ist bei jedem Menschen unterschiedlich, einige verkraften selbst schwerste traumatische Schicksalsschläge und können an ihnen wachsen und „Sinn“ gewinnen, andere zerbrechen daran. Der Autor beschreibt auf Basis (neuro-)wissenschaftlicher Erkenntnisse, wie das psychische Immunsystem aufgebaut ist. Als Hauptkomponenten werden die folgenden vier Säulen beschrieben:

- Ressourcen (z.B. kognitive, emotionale, motivationale), bestehend aus entsprechenden Haltungen und Kompetenzen,
- daraus erwachsender Resistenz,

- Resilienz und
- Reifung.

Als ordnendes Prinzip wird außerdem die Selbstorganisation beschrieben, welche über Rückkoppelungsschleifen das psychische Immunsystem fortlaufend selbst korrigiert. Abschließend werden „Antiviren“, also „Schutzschilder der Seele“ abgeleitet und beleuchtet, wie das psychische Immunsystem angekurbelt und gestärkt werden kann.

Deister, A., Wilms, B.: Regionale Verantwortung übernehmen – Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach §64b SGB V, Köln, ISBN: 978-3-88414-605-7, 34,95 €

Der §64b SGB V schafft die Voraussetzungen für die Vernetzung stationärer und klinisch-ambulanter Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das Buch beschäftigt sich mit der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung mit dem Ziel, integrierte und vernetzte Hilfen und Angebotsformen zu stärken.

Wesentliche Kenntnisse zur Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens und der psychiatrischen Versorgung werden vermittelt. Zu Beginn erfolgt eine Beschreibung der bisherigen Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland in den letzten Jahren. Dabei wird herausgearbeitet, wo notwendige Veränderungen für eine regional orientierte Versorgungs- und Finanzierungsstruktur in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vorgenommen werden sollten. Anschließend folgt ein Überblick über die bisherigen Ansätze und Umsetzungen von Modellprojekten mit umfassenden und konkreten Hinweisen für Kliniken, Institutionen und Protagonisten, die ein solches Modellprojekt planen. Vertreter verschiedener Gruppen, die ebenfalls an Modellprojekten beteiligt sind, kommen mit ihren Überlegungen und Anregungen in Interviews zu Wort. Daneben beinhaltet das Buch ein umfangreiches Glossar mit wichtigen Fachbegriffen. Zudem besteht die Möglichkeit, einen Mustervertrag und verschiedene Checklisten auf der Internetseite herunterzuladen.