

Effektivität der Adaptionphase – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2018

Fabricius, B., Bingel-Schmitz, D., Burger, H., Hackenberg, D., Lehmann, S., Liebrich, Link, S., M., Nels-Lindemann, P., Reger, F., Schmidt, P., Schultze, M., Teigeler, H., Urban, K., Medenwaldt, J., Bick-Dresen, S., Bachmeier, R., Funke, W., Klein, T., Granowski, M.

Einleitung

Wir berichten über die katamnestischen Ergebnisse des Entlassjahrgangs 2018 der im Fachverband Sucht e.V. organisierten Adaptionseinrichtungen. Die Adaption ist die zweite Phase der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Sie schließt nahtlos an die Entwöhnungsbehandlung an. Die Rehabilitanden, für die aufgrund ihrer besonderen Situation eine Adaption indiziert ist, übertragen in dieser Phase die in der Entwöhnungsbehandlung erworbenen Fähigkeiten zur abstinenter Lebensbewältigung in eigenverantwortetes alltägliches Handeln. Die Grundlagen hierfür bilden neben einer Verbesserung in körperlicher, psychischer und sozialer Verfasstheit eine entsprechende Krankheitseinsicht und erlernte bzw. wiederentdeckte Bewältigungskompetenzen. Die Adaptionphase dient einer medizinisch und therapeutisch begleiteten Realitätsprüfung und -anpassung. Mit den Angeboten der Adaption wird die durch eine oft langjährige Suchtentwicklung geminderte Erwerbsfähigkeit in einer zwölf- bis sechzehnwöchigen Phase weiter überprüft, wiederhergestellt und verbessert. Die Instrumente und die flankierende Begleitung der Rehabilitanden dienen der weiteren Bewusstmachung und Minderung eines Rückfallrisikos sowie dem Aufbau von Kompetenzen und der Anbahnung geeigneter Perspektiven. Diese ermöglichen im gelungenen Fall wieder die Teilhabe am Arbeits- und am gesellschaftlichen Leben.

In der Regel können Rehabilitanden, die sich während ihrer Entwöhnung für eine Fortsetzung der Behandlung in einer Adaptionphase bewerben, nicht einfach in ihre bisherigen häuslichen oder sozialen Zusammenhänge zurückkehren. Sie sind im Verlauf ihrer Biografien und Suchtentwicklungen an einen Punkt gekommen, der es erschwert, ihre Teilhabemöglichkeiten zufriedenstellend und sinn erfüllt zu nutzen. Sinngemäß mit Hartmut Rosa zu denken, die Resonanzen der Individuen zu sich selbst, zu anderen Individuen und der zum Weltgeschehen sind erheblich beeinträchtigt. (vgl. Rosa, H.:2016 – S.270) Diese Störungen wirken sich umso deutlicher aus, je früher sie in der Entwicklung der Persönlichkeitsentwicklung der jeweiligen Rehabilitanden eintraten. Resonanz ist mehr als nur der Austausch, der häufig noch funktional angelegt oder begründet ist. Es ist ein Mitschwingen und Mitgehen, das Aufeinander einlassen können.

Brüchig sind auch häufig die Ausbildungs- und Erwerbsbiografien. Sie sind, nicht in jedem Fall aber auch, nicht selten Teil und Folge eines in der Kindheit und Schulzeit gravierenden Problems. Sucht und Abhängigkeitserkrankungen wirken nicht nur in Arbeitsprozesse hinein, sie können genauso die Antwort auf eskalierende Probleme am Arbeitsplatz oder den Bedingungen der Arbeitsumwelt sein. Das kann dann der Fall sein, wenn die Anforderungen an Flexibilität, Aushaltenkönnen von Situationen oder Verfügbarkeit über dem Leistbaren der jeweiligen Personen liegen. So zeigt sich nicht jede/r Erwerbsfähige in der Lage, Schichtarbeit, im ungünstigsten Fall noch mit hoher Frequenz wechselnd zu leisten. Stress und Leistungsdruck wirken direkt oder subtil auf die Person ein und fordern die Bewältigungskompetenzen. Mangelnde Ausbildung oder auch sich ver-

ändernde Berufsbilder, bspw. durch die Digitalisierung in vielen Bereichen erfordern ein überdurchschnittliches Engagement um in der Kohorte, der sozialen Umgebung mithalten zu können.

Viele Rehabilitanden, die eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen, beschreiben als Folgen ihres Konsumverhaltens den Verlust des Führerscheins, was als Einschränkung von Mobilität und Teilhabe verstanden wird. Es wirkt sich in möglichen Bewerbungsgesprächen ebenso nachteilig aus wie große, scheinbar nicht erklärbare Lücken im beruflich-tabellarischen Lebenslauf. Hinter letzterem stehen vielleicht in wenigen Fällen Zeiten der beruflichen Orientierung. Manches Mal sind es Haftzeiten oder Arbeitslosigkeit. Neben diesen eher äußeren Auffälligkeiten beobachten wir im Zusammenhang mit Suchterkrankungen nicht selten Entwicklungsdefizite der betroffenen Personen. So lassen sich immer wieder Linien aus der frühen Kindheit, dem Aufwachsen in unklaren familialen Verhältnissen, Trennungssituationen oder traumatischen Ereignissen, Mobbing in der Schule oder soziale Benachteiligung zum Beginn einer Suchtentwicklung ziehen. Wir weisen vorsorglich daraufhin, dass solche Ereignisse nicht zwingend eine Suchterkrankung begründen. Wir müssen sie aber als Kontexte verstehen, die uns Sucht und Abhängigkeit als ein multifaktorielles Problem zeigen. Entwöhnungsbehandlungen, Adaptionphasen, häufig auch sich anschließende betreute Wohngelegenheiten dienen nicht ohne Grund als Institutionen der Nachreifung. Im geschützten Rahmen lernen die Patient*innen, dass Selbstwert keine „Worthülse“ ist, sondern ge- und erlebt werden kann. Weil es entweder verlorenging oder nie vorhanden war, müssen Patient*innen darin unterstützt werden, wieder Vertrauen zu sich selbst und in Andere zu entwickeln, Verantwortung zu übernehmen, sich abgrenzen zu können oder die Grenzen anderer zu respektieren. Diese Erfahrungen helfen aus dem Kreislauf der Sucht heraus zu kommen. Handlungsfähigkeiten werden wieder erweitert, nachdem zuvor der Handlungsrahmen immer kleiner wurde, bis er sich nur noch auf die Besorgung und den Konsum richtete.

Nach einer Untersuchung zu Veränderungen der Klientel und der Konsummuster im Zeitverlauf in den Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie Drogenabhängigkeit stellten die Autoren Rudolf Bachmeier, Thomas Klein und Volker Weissinger fest: „In der Variable Hauptdiagnose nimmt die Quote der Patienten mit der Diagnose F10 – Störungen durch Alkohol von 2008 zu 2018 ab, die der Diagnosen F12 – Störungen durch Cannabis und F15 – Störungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein hingegen zu. Die durchschnittliche Anzahl weiterer Suchtdiagnosen pro Patient neben der Hauptdiagnose und weiterer psychischer Diagnosen nimmt zu.“ (Bachmeier, R., Klein, T., Weissinger, V.: 2020, Sucht Aktuell, Jahrgang 27/ 02.20 S. 5) Die Rehabilitanden scheinen kränker in die Kliniken zu kommen, dementsprechend steigen auch die Behandlungsbedarfe in den nachfolgenden Adaptionphasen. Neben den psychischen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen ist die soziale Situation vieler Betroffenen prekär. Dies begründet in der Adaptionphase einen weiterführenden Bedarf an medizinischer Versorgung, psycho- und sozialtherapeutischer Unterstützung, aber auch sozialer und ergotherapeutisch alltagspraktischer Begleitung. Das Ziel der

Adaptionsphase ist die Wiederherstellung stabiler Erwerbsfähigkeit, die nicht allein auf einer körperlichen Gesundung fußt, sondern in einem umfassenderen Sinn die Situation der Rehabilitanden im Blick hat. Adaption fördert die Bewältigungskompetenz, stärkt Ich-Funktionen, weitet den Blick für Handlungsalternativen und hilft auf vielfältige Weise ein Rückfallrisiko wahrzunehmen und zu mindern. Das macht die Adaptionsphase zu einem wichtigen Schritt von der stationären Entwöhnung hin in ein eigen verantwortetes Leben.

Seit 2015 werden Daten zur Wirksamkeit der Adaptionsphase der im Fachverband Sucht e.V. organisierten Einrichtungen zusammenzutragen und ausgewertet. In diesem Jahr folgt die fünfte Datensammlung. Sie dient der Überprüfung vorheriger Katamneseergebnisse und der Wahrnehmung neuer Erkenntnisse. Es bedeutet für kleinere Einrichtungen wie Adaptionshäuser einen vergleichsweise hohen Aufwand, katamnestic verwertbare Daten zu generieren. Dem steht seit Jahren ein nur geringer Rücklauf von Antworten gegenüber. Wir sind optimistisch, dennoch aus dem vorhandenen Datenmaterial Aussagen bestätigen oder ableiten zu können, die für die weitere konzeptionelle Arbeit in den Einrichtungen wichtig ist und ein ergänzendes Bild zu den Erhebungen der Leistungsträger bietet. Dass sich aus den Einjahres-Nachbefragungen und der Datenaufbereitung, für die herzlich den entsprechenden Fachleuten zu danken ist, ein insgesamt positives Resümee ableiten lässt, ist erfreulich und erkennt auch die Leistung der in den Einrichtungen tätigen Mitarbeiter*innen an. Die im Fachverband Sucht organisierten Mitgliedseinrichtungen arbeiten gemeinsam daran, valide Aussagen zur Behandlung und Wirksamkeit der Adaptionsphase zu erhalten. Ergebnisse der umfangreichen Basisdokumentation der jeweiligen Entlassjahrgänge, die dankenswerterweise von Herrn Teigeler verlässlich seit Jahren ausgewertet und präsentiert werden, dienen als Grundlage der Katamnese-Untersuchungen. Danke zu sagen ist auch nochmal das Bedürfnis der Autoren, an Herrn Dr. Volker Weissinger, der in hervorragender menschlicher und fachlicher Qualität den Fachverband Sucht e.V. geführt und die Anliegen der Einrichtungen gegenüber der Politik und Leistungsträgern engagiert vertreten hat. Seinem Nachfolger Herrn Dr. Thomas Klein wünschen wir Kraft in der Fortsetzung dieser Arbeit.

Für die vorliegende Katamnese-Untersuchung zu Rehabilitanden aus dem Entlassjahrgang 2018 wird auch auf die bereits publizierten Daten der Basisdokumentation für diesen Personenkreis verwiesen.

Die Datenlage ist entsprechend der Erhebungsmöglichkeiten der Einrichtungen sehr unterschiedlich. Zum Vergleich ziehen wir die strukturellen Daten der Katamnese und der Basisdokumentation des Entlassjahrgangs 2017 der Adaptionseinrichtungen hinzu.

Aus der Basisdokumentation 2018 resultieren 1071 Datensätze, 2017 waren es 1231. Die Rehabilitandengruppe wurde mit der vorliegenden Katamnese studie ein Jahr nach Entlassung nachuntersucht. Für die Untersuchung werden die Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigkeitserkrankungen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) angewendet. Ziel ist die Gewinnung von Erkenntnissen zur Nachhaltigkeit von Behandlungsergebnissen der Adaptionsphase sowie die Möglichkeit des Vergleichens mit Einrichtungen des gleichen Typus. Die Vergleichbarkeit wird durch die standardisierte Befragung nach dem Deutschen Kerndatensatz (Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2019, S. 107 f.) gewährleistet.

Teilnahme an der Nachbefragung

Die dargestellten Ergebnisse resultieren aus der Nachbefragung von Rehabilitanden des Entlassjahrgangs 2018, die ihre Adaptionsphase in einer der Mitgliedseinrichtungen des FVS absolviert haben. Folgende Einrichtungen beteiligten sich: Alte Ölmühle – Adaption, MEDIAN Klinik Römhild Adaption, MEDIAN Klinik Wigbertshöhe (Adaption), MEDIAN Kliniken Daun Altburg (Adaption), MEDIAN Kliniken Daun Rosenberg (Adaption), MEDIAN Kliniken Daun Thommener Höhe (Adaption), Saaletalklinik Adaption Maria Stern, salus klinik Friedrichsdorf (Adaption), Soteria Klinik Leipzig Adaption, THBB Adaptionshaus Berlin und die Adaption Therapiezentrum Speyer. Alle

in die Untersuchung einbezogenen Einrichtungen sind nach von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkannten Zertifizierungsverfahren zertifiziert.

Die Gesamtzahl aller Datensätze beträgt 668, in der Sammlung für den Entlassjahrgang 2017 waren es 935. Aus der Untersuchung wurden 23 Fälle mit der Hauptdiagnose F63.0 und einer mit der Hauptdiagnose F63.8 herausgerechnet. Von 23 Rehabilitanden lag kein Einverständnis zum Versand der Befragungsmaterialien vor. Die vereinbarte Mindestrücklaufquote von 25% wurde von drei Einrichtungen (3,5 – 12,3%) nicht erfüllt. Diese Datensätze wurden ebenso ausgeschlossen. Somit verblieben zunächst 388 Datensätze aus acht Einrichtungen (zum Vergleich 2017 = 403 Fälle) in der zu beschreibenden Stichprobe.

Untersuchungsdesign

Die teilnehmenden Einrichtungen erhoben die Daten auf Basis der ‚Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen‘ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS). Zur Datenerhebung der Katamnese wurden folgende Erhebungsinstrumente eingesetzt:

- Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (Basisdokumentation MEDIAN und KDS-/FVS-Datensatz (Sucht), Version 3.0, 2017 bzw. Datenerhebung auf Basis des Kerndatensatzes Sucht 3.0, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) erhoben zum Zeitpunkt der Maßnahme,
- Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese-Fragebogen MEDIAN bzw. KDS-/FVS-Datensatz, Version 2018 basierend auf dem Kerndatensatz Sucht 3.0, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) mit dazugehörigem Protokollbogen zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamneserücklaufes ein Jahr nach Abschluss der Maßnahme,
- Nachbefragungsbogen (Kurzfragebogen) zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese-Fragebogen MEDIAN bzw. KDS-/FVS-Datensatz, Version 2018 basierend auf dem Kerndatensatz Sucht 3.0, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) mit dazugehörigem Protokollbogen zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamneserücklaufes.

Die genannten Erhebungsinstrumente basieren auf dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (DHS 2017). Als „abstinent“ werden diejenigen Rehabilitanden eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol oder zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als „abstinent nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer vor dem Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage durchgängig abstinent war. Als „rückfällig“ gelten alle anderen Personen, einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben.

Angeschrieben wurden mit den o.g. Nachbefragungsinstrumenten die in 2018 entlassenen Rehabilitanden. Einem ersten Anschreiben folgten bei ausstehender Antwort i.d.R. zwei Erinnerungsschreiben und, abhängig von den jeweiligen einrichtungsinternen Möglichkeiten, telefonische Kontaktversuche. Die Daten wurden durch Redline Data, Ahrensbock, gesammelt, zusammengeführt sowie auf Fehlerfreiheit geprüft. Die Auswertung des anonymisierten Datensatzes wurde von Frau Bick-Dresen vorgenommen.

Beschreibung der Stichprobe

In den teilnehmenden Einrichtungen absolvierten im Entlasszeitraum 2018 insgesamt 668 Rehabilitanden die Adaptionsphase. Das sind etwa 2/3 der aus der Basisdokumentation 2018 resultierenden 1071 Fälle. Nach statistischen Bereinigungen beträgt die Analysestichprobe der im Jahr 2018 aus den an der Auswertung beteiligten Einrichtungen entlassenen Rehabilitanden $n = 388$. Die Menge der verwertbaren Datensätze verringerte sich weiter gegenüber den Vorjahren (2017 = 403, 2016 = 434, 2015 = 592).

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppe, kategoriale Auswertung

		Nichtantworter n = 257		Katamneseantworter n = 131		Gesamt n = 388	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	Männer	211	82,1%	97	74,0%	308	79,4%
	Frauen	46	17,9%	34	26,0%	80	20,6%
Alter	bis 40 Jahre	187	72,8%	86	65,6%	273	70,4%
	über 40 Jahre	70	27,2%	45	34,4%	115	29,6%
Partnerschaft	nein	178	70,9%	90	71,4%	268	71,1%
	ja	73	29,1%	36	28,6%	109	28,9%
	keine Angabe	6	2,3%	5	3,8%	11	2,8%
alleinlebend	nein	75	30,5%	33	26,2%	108	29,0%
	ja	171	69,5%	93	73,8%	264	71,0%
	keine Angabe	11	4,3%	5	3,8%	16	4,1%
zusammenlebend mit Partner/in	nein	72	80,9%	29	70,7%	101	77,7%
	ja	17	19,1%	12	29,3%	29	22,3%
	keine Angabe	168	65,4%	90	68,7%	258	66,5%
zusammenlebend mit Kind(ern)	nein	73	83,0%	36	92,3%	109	85,8%
	ja	15	17,0%	3	7,7%	18	14,2%
	keine Angabe	169	65,8%	92	70,2%	261	67,3%
zusammenlebend mit Eltern(teil)	nein	71	78,9%	34	82,9%	105	80,2%
	ja	19	21,1%	7	17,1%	26	19,8%
	keine Angabe	167	65,0%	90	68,7%	257	66,2%
zusammenlebend mit sonstiger/n Bezugsperson/en	nein	80	93,0%	31	77,5%	111	88,1%
	ja	6	7,0%	9	22,5%	15	11,9%
	keine Angabe	171	66,5%	91	69,5%	262	67,5%
zusammenlebend mit sonstiger/n Person/en	nein	59	66,3%	31	79,5%	90	70,3%
	ja	30	33,7%	8	20,5%	38	29,7%
	keine Angabe	168	65,4%	92	70,2%	260	67,0%
höchster Schulabschluss	ohne Abschluss	14	5,4%	7	5,4%	21	5,4%
	Haupt-/Volksschule	109	42,4%	43	33,1%	152	39,3%
	Realschule und höhere	129	50,2%	79	60,8%	208	53,7%
	anderer Abschluss	5	1,9%	1	0,8%	6	1,6%
	keine Angabe	0	0,0%	1	0,8%	1	0,3%
höchster Ausbildungsabschluss	noch keine Ausbildung begonnen	25	9,7%	11	8,5%	36	9,3%
	derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	3	1,2%	1	0,8%	4	1,0%
	keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	77	30,0%	24	18,5%	101	26,1%
	betrieblicher Berufsabschluss	135	52,5%	83	63,8%	218	56,3%
	Meister / Techniker	5	1,9%	2	1,5%	7	1,8%
	akademischer Abschluss	6	2,3%	6	4,6%	12	3,1%
	anderer Berufsabschluss	6	2,3%	3	2,3%	9	2,3%
	keine Angaben	0	0,0%	1	0,8%	1	0,3%
Erwerbssituation zu Behandlungsbeginn	erwerbstätig	20	7,8%	11	8,5%	31	8,0%
	erwerbslos	221	86,3%	114	87,7%	335	86,8%
	nicht erwerbstätig	15	5,9%	5	3,8%	20	5,2%
	keine Angabe	1	0,4%	1	0,8%	2	0,5%

		Nichtantworter n = 257		Katamneseantworter n = 131		Gesamt n = 388	
vermittelnde Instanz	keine/Selbstmelder	9	3,5%	5	3,8%	14	3,6%
	soziales Umfeld	2	0,8%	1	0,8%	3	0,8%
	Selbsthilfe	0	0,0%	1	0,8%	1	0,3%
	allgemeines Krankenhaus	2	0,8%	0	0,0%	2	0,5%
	psychiatrisches Krankenhaus	0	0,0%	1	0,8%	1	0,3%
	ambulante Suchthilfeeinrichtung	1	0,4%	1	0,8%	2	0,5%
	stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	241	93,8%	121	93,1%	362	93,5%
	Polizei / Justiz / Bewährungshilfe	2	0,8%	0	0,0%	2	0,5%
	keine Angabe	0	0,0%	1	0,8%	1	0,3%
Leistungsträger	Rentenversicherung	240	93,4%	127	96,9%	367	94,6%
	Krankenversicherung	5	1,9%	1	0,8%	6	1,5%
	Sozialhilfe	13	5,1%	3	2,3%	16	4,1%
	Arbeitsagentur/Jobcenter	1	0,4%	1	0,8%	2	0,5%
	Sonstiges	2	0,8%	0	0,0%	2	0,5%
Hauptdiagnose	schädlicher Gebrauch von Alkohol	2	0,8%	0	0,0%	2	0,5%
	Abhängigkeit von Alkohol	128	49,8%	82	62,6%	210	54,1%
	Abhängigkeit von Opioiden	9	3,5%	6	4,6%	15	3,9%
	Abhängigkeit von Cannabinoiden	36	14,0%	15	11,5%	51	13,1%
	Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
	Abhängigkeit von Kokain	3	1,2%	0	0,0%	3	0,8%
	Abhängigkeit von Stimulanzien	52	20,2%	21	16,0%	73	18,8%
Polytoxikomanie oder andere psychotrope Substanzen	26	10,1%	7	5,3%	33	8,5%	
Entgiftungen	keine	47	20,1%	31	27,9%	78	22,6%
	eine	64	27,4%	35	31,5%	99	28,7%
	zwei oder mehr	123	52,6%	45	40,5%	168	48,7%
	keine Angabe	23	8,9%	20	15,3%	43	11,1%
qualifizierter Entzug	keine	71	50,4%	38	52,1%	109	50,9%
	eine	25	17,7%	16	21,9%	41	19,2%
	zwei oder mehr	45	31,9%	19	26,0%	64	29,9%
	keine Angabe	116	45,1%	58	44,3%	174	44,8%
stat. Entwöhnung	keine	8	3,5%	3	2,7%	11	3,2%
	eine	130	56,3%	69	62,7%	199	58,4%
	zwei oder mehr	93	40,3%	38	34,5%	131	38,4%
	keine Angabe	26	10,1%	21	16,0%	47	12,1%
Art der Beendigung	planmäßig	208	80,9%	122	93,1%	330	85,1%
	Abbruch durch Patient	41	16,0%	7	5,3%	48	12,4%
	disziplinarisch	7	2,7%	2	1,5%	9	2,3%
	außerplanmäßige Verlegung	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%

Rehabilitandenmerkmale im Vergleich zur Katamnese 2016

Der Trend, dass der Anteil von männlichen Rehabilitanden an der Gesamtstichprobe gegenüber den Vorjahren leicht fällt, bestätigt sich auch für die untersuchte Gruppe des Entlassjahrgangs 2018. Der Anteil sank von 83,4% (2016) und 82,6% (2017) auf 82,1%. Der Anteil von Rehabilitandinnen an der Gesamtstichprobe stieg von 16,6% (2016) und 17,4% (2017) auf 17,9%. Im Durchschnitt waren die Rehabilitanden in den an der Katamneseauswertung beteiligten Häusern zum Betreuungsbeginn 36,4 Jahre (2017 = 37,4 Jahre) alt mit einer Standardabweichung von 9,9 Jahren. Dies ist insofern bemerkenswert, dass die Studie von Bachmeier, Klein und Weissinger (2020) zu Veränderungen der Konsummuster eine Anhebung des Altersdurchschnitts

der Patient*innen in den stationären Entwöhnungseinrichtungen verzeichnet. Aus der Alterserhebung der Basisdokumentation über die Gesamtstichprobe der im Fachverband Sucht versammelten Einrichtungen geht hervor, dass die Rehabilitanden einen Altersdurchschnitt von 37,7 Jahren aufweisen und 61,4% der Rehabilitanden unter 40 Jahren alt waren (Teigeler, H. et al.: 2019:53). Teigeler beschreibt: „Seit vielen Jahren bilden die 20 bis 50 Jahre alten Rehabilitanden die Kerngruppe der Behandelten in den Adaptionseinrichtungen des FVS (81,7%).“ (ebd.) 26,0% der gesamten Stichprobe gaben zum Aufnahmezeitpunkt an, sich in einer Partnerschaft zu befinden, davon mit einem Anteil von 37,1% die Frauen und 23,1% die Männer. Die Stichprobe der in der Untersuchung verbliebenen Adaptionseinrichtungen verzeichnet einen Anteil von 28,9% der Rehabilitanden in Partnerschaft. Allerdings gaben nur 22,3% von n=388 an mit ihren jeweiligen Partner*innen zusammenzuleben. Bei dieser

Aussage gibt es einen Widerspruch zur Erhebung in der Gesamtstichprobe, bei der 10,9% (vgl. Teigeler et al.: 2019:53) angaben, mit ihren jeweiligen Partner*innen zusammenzuleben.

Erfreulicherweise sank der Anteil von Personen ohne schulischen Abschluss von 9,8% im Vorjahr auf 5,4% der untersuchten Gruppe (in Gesamtstichprobe 5,8%). Seit der ersten Erhebung im Entlasszeitraum 2014 stieg dieser Anteil kontinuierlich. Der Anteil von Rehabilitanden, die über einen Real- oder höheren Schulabschluss verfügen stieg von 47,8% (2017) auf 53,0%. Der Anteil von Rehabilitanden mit einem Haupt- oder Volksschulabschluss liegt gegenüber dem Vorjahr mit 41,5% bei 39,3%, in der Gesamtstichprobe (n = 1071) jedoch bei 42,8%. Über ein Drittel der Rehabilitanden hat entweder noch keine Ausbildung begonnen (9,3%) oder verfügt über keine abgeschlossene Berufsausbildung. In der Gesamtstichprobe betrug der Anteil von nicht Ausgelernten 25,3%, in den katamnestic untersuchten Einrichtungen 26,1%. Über einen betrieblichen Berufsabschluss verfügten 56,3% von n = 388. 1,8% hatten eine Anerkennung als Meister oder Techniker, 3,1% verfügten über einen akademischen Abschluss, 2,3% hatten einen anderen Berufsabschluss.

Die technologischen und ökonomisch strukturellen Veränderungen der letzten Jahre auf dem Arbeitsmarkt können nicht ohne Auswirkungen auf die Rehabilitanden geblieben sein. In Berufsgruppen mit Büroaktivitäten und Helferberufen ohne nähere Beschreibung, Berufen in der Landwirtschaft, im Metallbau und der Textilindustrie sind die Erwerbschancen nach Angaben der Bertelsmann-Stiftung bis 2011 deutlich gesunken. Erst in den letzten Jahren sind neue Berufsbilder stärker in den Vordergrund gerückt. Es lohnt sich sicher zu forschen, inwieweit struktureller Wandel und die Schwierigkeiten betroffener suchtkrank Menschen mit diesen Veränderungen umzugehen, ihre jeweiligen Suchtentwicklungen multifaktoriell mit beeinflusst haben. In den letzten Jahren war jedoch auch eine Erholung des Arbeitsmarktes auszumachen, von dem wiederum auch die Rehabilitanden profitieren konnten.

Erwerbstätig waren zu Beginn der Adaptionphase 8,0% gegenüber 6,3% in 2017. Der Anteil an Erwerbslosen sank vom Vorjahr (91,7% in 2017) auf 86,8% in 2018. Die Werte schwankten in den vergangenen Jahren immer zwischen 80% und 92%. Nur wenige Rehabilitanden (5,2%) traten die Adaptionphase mit dem Merkmal „ohne Erwerbstätigkeit“ an.

Vermittelnde Instanz für eine Adaptionphase war nach Rehabilitanden-Angabe in 93,5% der Fälle die Entwöhnungseinrichtungen. Dieser Anteil stieg zum Vorjahreswert (83,9%) deutlich und deutet auf eine verbesserte Beantwortung dieser Frage hin. Die Prozentzahl der Angabe, vom ambulanten Bereich vermittelt worden zu sein sank von 8,8% auf 0,5%. Beide Angaben erreichen damit eine größere Validität und sprechen für eine reflektiertere Erfassung. In 0,5% der Fälle handelt es sich laut Angabe um eine Vermittlung durch die Justiz. Möglicherweise werden hier die Rehabilitanden eines Maßregelvollzugs erfasst. In der Gesamtstichprobe (n=1071) wird eine Zahl von 5,3% mit gerichtlicher Auflage nach §35 angegeben. Es ist wichtig zu verstehen, dass wir hier Unterschiede in der Motivation extrinsisch/intrinsisch wahrnehmen und dennoch wertschätzend davon ausgehen, dass jeder Rehabilitand und jede Rehabilitandin ihre Chance auf Veränderung ihres Lebens bekommen können.

Behandlungsmerkmale

Leistungsträger waren zu 94,6% die Rentenversicherungen. Die Krankenkassen beteiligten sich nur noch in 1,5% der Fälle gegenüber 2,2% in 2017. Der Anteil von Sozialhilfeträgern und Jugendhilfe bei der Finanzierung der Behandlung lag bei 4,1% und pegelt sich damit auf einem insgesamt höheren Niveau als noch vor zwei Jahren ein.

Obwohl Alkohol auch in der untersuchten Gruppe aus 2018 wieder als Hauptsubstanz für Abhängigkeitserkrankungen nachgewiesen ist, verzeichnet die Basisdokumentation 2018 (n=1071) nur noch einen Anteil von 56,4% aller Fälle. Dies ist gegenüber dem Vorjahreszeitraum ein Rückgang von 6,9%. Die in die Auswertung eingeschlossene Gruppe weist nur einen Anteil von 54,1% auf. Der Anteil an Rehabilitanden mit Opioiden als Hauptsuchtmittel in der Gesamtstichprobe stieg von 2,0% (2017) auf 4,3% in 2018. Ebenso stieg der Anteil von Rehabilitanden mit einer Abhängigkeit von Cannabinoiden, sie

waren mit einem Anteil von 11,3% gegenüber dem Vorjahr mit 8,2% an der Gesamtstichprobe vertreten. Der Anteil der Abhängigkeit von Stimulanzien (F 13 bis F 18 zusammengefasst) stieg mit 15,5% wieder auf das Niveau der untersuchten Gruppe aus 2016 (15,4%) an. In der Stichprobe (n=388) weisen 18,8% der Rehabilitanden eine Abhängigkeit von Stimulanzien (F 15.2) auf. Die Diagnose F19.2 Polytoxikomanie oder Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen wurde in der Gesamtstichprobe in 8,9% der Fälle gestellt, in 2017 waren es noch 13,2%. Es ist möglicherweise so, dass die Frage, wann von Polytoxikomanie zu sprechen ist, unterschiedlich beantwortet wurde.

Der Start in die Entwöhnungsbehandlung erfolgt häufig nach einer Reihe von Akutbehandlungen. 22,6 % der Gesamtstichprobe gaben an, vor ihrer Entwöhnungsbehandlung keine Entgiftung in Anspruch genommen zu haben. Der Anteil von Rehabilitanden mit zwei und mehr Entgiftungen sank auf 48,7%, in 2017 waren es noch 53,4%. Eine Entgiftung genutzt zu haben gaben 28,7% der Rehabilitanden an. 39,1% derer, die eine Adaptionphase nutzen, haben in der Vorbehandlung mehr als eine bis hin zu sechs Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen. Ab einer gewissen Menge an Therapien entsteht in der Praxis der Eindruck, dass es immer schwerer wird, Veränderungen hin zu einer stabilen Gesundheit und zufriedenen Abstinenz zu begleiten.

In der Basisdokumentation der stationären Adaptionbehandlungen wurden Daten zu insgesamt 1071 Rehabilitanden des Entlassjahrgangs 2018 erhoben. Diese weisen darauf hin, dass die Suchterkrankungen häufig mit einem Komplex psychischer und sozialer Probleme in Verbindung stehen. 26% der Rehabilitanden sind straffällig geworden, „Männer zu 29,4%, Frauen zu 13,5%“ (vgl. Teigeler et al., 2019: 55). Dies entspricht in etwa dem Ergebnis der Vorjahresgruppe. 10,2% waren drei Jahre und mehr ohne sozialversicherungsrechtliche Erwerbstätigkeit. Fast zwei Drittel der Rehabilitanden (59,5%) haben problematische Schulden. Ein Zehntel gaben im Vorfeld der Adaptionphase suizidale Gedanken oder Handlungen an. Im Mittelwert gaben die Rehabilitanden eine 15,9-jährige Abhängigkeitsdauer an. Eine mehr als zehnjährige Abhängigkeit bis hin zu über 25 Jahren von Suchtmitteln weist ein Anteil von 65,0% auf (vgl. Teigeler et al., 2019: 55ff).

Im Durchschnitt waren die Rehabilitanden (n=1071) bei Antritt der Adaption 37,7 Jahre alt (37,4 in 2017), die Standardabweichung beträgt 10,0 Jahre. In der Gruppe n=388 waren die Rehabilitanden zu Beginn der Adaption im Mittelwert 36,4 Jahre alt. Die Behandlungsdauer in der Adaption betrug im Schnitt 88,6 Tage mit einer Standardabweichung von 33,0 Tagen.

Planmäßig beendeten aus der Basisdokumentation 2018 84,0% (2017=83,1%) der Rehabilitanden die Adaptionphase. Zu vorzeitigen Beendigungen auf Grund von Abbruch durch den Rehabilitanden oder die Einrichtung kam es in 15,2% (2017=19,3%) der Fälle (vgl. Teigeler et al., 2019:60).

Der Anteil von Frauen an der Gesamtstichprobe (n=388) beträgt 20,6%. Von diesen antworteten 34 Frauen auf die Ein-Jahres-Nachbefragung. Dies entspricht einem Anteil von 27,2%.

31,5% % der 308 männlichen Rehabilitanden der Stichprobe antworteten auf die Katamnesebeschreiben.

Gesamtstichprobe und Katamneseantworter im Vergleich

273 Personen (bei n=388) befanden sich zum Aufnahmezeitpunkt in einem Alter bis 40 Jahren. Von diesem Personenkreis antworteten 86 Rehabilitanden auf die Katamnesebeschreiben. Das entspricht einem Anteil von 31,5 % in dieser Altersgruppe und unterscheidet sich nicht von der Rückmeldequote des Vorjahres. 115 Personen waren zum Aufnahmezeitpunkt älter als 40 Jahre. Aus dieser Gruppe antworteten 45 Personen, dies entspricht einem Anteil von 39,1%, 4,5% weniger im Vergleich zum Vorjahr. In der Gruppe der Nichtantworter liegt der Anteil von Rehabilitanden unter 40 Lebensjahren bei 68,5%. Rehabilitanden mit einem Realschulabschluss oder höherem Bildungsgrad beantworteten mit einem Anteil von 38,0% die Katamnesebeschreiben.

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

Merkmal	Nichtantworter			Katamneseantworter			Gesamt		
	M	SD	Gültige n	M	SD	Gültige n	M	SD	Gültige n
Alter bei Betreuungsbeginn	35,2	9,8	257	38,5	9,9	131	36,4	9,9	388
Abhängigkeitsdauer in Jahren	15,6	12,7	231	15,1	8,3	118	15,4	11,4	349
Behandlungsdauer in Tagen (alle)	86,7	34,4	257	92,3	29,8	131	88,6	33,0	388
Betreuungsdauer bei planmäßiger Behandlungsbeendigung in Tagen	96,0	28,4	208	96,7	25,3	122	96,2	27,3	330

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Katamneseergebnisse

Die Ausschöpfungsquote zu den Angaben der Katamneseantworter, d.h. zu Abstinenz, Rückfall und abstinenter nach Rückfall, beträgt 32,8%. Sie bleibt somit gegenüber den Vorjahren konstant. 62,6% der Rehabilitanden antworteten nicht auf die Katamnesebemühungen. Fünf Rehabilitanden verstarben im Katamnesezeitraum, bei vier Angeschriebenen lagen widersprüchliche Informationen vor (s. Tab. 3).

Tabelle 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

Ergebnisse zum Datenrücklauf	Anzahl	Prozent
abstinenter	74	19,1%
abstinenter nach Rückfall (30 Tage)	26	6,7%
rückfällig	27	7,0%
widersprüchliche Informationen	4	1,0%
keine Antwort / kein Katamnese-rücklauf	243	62,6%
Verweigerung, leerer Bogen	0	0,0%
unfähig zur Beantwortung	0	0,0%
verstorben	5	1,3%
Sonstiges/keine Information	9	2,3%
Gesamt	388	100,0%

Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese

Tabelle 4: Daten der Antworter zum Katamnesezeitpunkt im Vergleich zum Behandlungsbeginn (nur Fälle mit Antworten zu beiden Zeitpunkten; reduzierte Stichprobe)

		Katamneseantworter			
		Therapiebeginn		Katamnesezeitpunkt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Partnerschaft n = 125	nein	89	71,2%	75	60,0%
	ja	36	28,8%	50	40,0%
Alleinlebend n = 123	nein	31	25,2%	55	44,7%
	ja	92	74,8%	68	55,3%
Erwerbssituation n = 124	erwerbstätig	10	8,1%	71	57,3%
	arbeitslos	109	87,9%	37	29,8%
	nicht erwerbstätig	5	4,0%	16	12,9%

		Katamneseantworter			
		Therapiebeginn		Katamnesezeitpunkt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Arbeitsunfähigkeitszeiten n = 97	keine	31	32,0%	63	64,9%
	1 bis unter 3 Monate	41	42,3%	12	12,4%
	3 bis unter 6 Monate	25	25,8%	7	7,2%
	6 und mehr Monate	0	0,0%	7	7,2%
	nicht erwerbstätig	0	0,0%	8	8,2%
Selbsthilfegruppenbesuch n = 61	ja, während des gesamten Zeitraums			25	41,0%
	ja, mindestens ein halbes Jahr			17	27,9%
	ja, aber weniger als ein halbes Jahr			19	31,1%
Suchtbezogene Hilfe insgesamt n = 131	keine suchtbezogene Hilfe wahrgenommen			44	33,6%
	mindestens ein Angebot wahrgenommen			87	66,4%

Die Annahme, dass infolge einer gelungenen Therapie auch die Möglichkeit für gesunde partnerschaftliche Bindungen wächst, scheint sich in den Angaben der Rehabilitanden zu bestätigen. Der Anteil an Rehabilitanden, die in Partnerschaft leben, nahm vom Zeitpunkt der Aufnahme in die Adaption von 28,8% auf 40% (2017 von 29,4% auf 37,8%) zum Katamnesezeitpunkt um 11,2% zu. Der Anteil Alleinlebender nahm in diesem Zeitraum von 74,8% auf 55,3% ab.

Von den Katamneseantwortern gaben zu Beginn der Adaption 10 Personen (8,1%) an, noch in einem Arbeitsverhältnis zu stehen. Zum Katamnesezeitpunkt standen 71 Rehabilitanden, 57,3% der Rückmelder (n=124) in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Seit Beginn der katamnestischen Erhebungen 2014 hat sich diese Erfolgsquote weiter verbessert. Obwohl sich der Arbeitsmarkt im Wandel befindet, sind die Chancen der Reintegration für die Rehabilitanden erfreulicherweise gestiegen.

Zum Aufnahmezeitpunkt in die Adaption waren 87,9% der Antworter erwerbslos. Ein Jahr nach Behandlungsende waren zum zweiten Messpunkt 29,8% der Antwortenden erwerbslos. Dies bestätigt zum einen den positiven Trend der Erwerbchancen, zeigt aber auch, dass die Konzepte der Adaptionsphase mit ihrer Mischung aus medizinischer Versorgung, Alltagstraining, psychotherapeutischer Begleitung und den Berufserprobungspraktika an der richtigen Stelle ansetzen. Die berufliche Orientierung sowie Beratungen und Beantragungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bilden einen wichtigen Teilaspekt der Behandlung. Nicht selten haben die beruflichen Anforderungen oder Besonderheiten beruflicher Bereiche zur Suchtentwicklung beigetragen. Die vertiefte Auseinandersetzung mit den arbeitsplatzbezogenen Schwierigkeiten kann dazu beitragen, neue Sicherheit zu erlangen und die Probleme ohne den Einsatz von Suchtmitteln zu bewältigen.

Vor der Adaptionsphase, und hier wichtig, vor der Entwöhnungsbehandlung entstanden infolge von Sucht und Suchtfolgerkrankun-

gen Arbeitsunfähigkeitszeiten. Deshalb bildet der Faktor Arbeitsunfähigkeit nach der Adaptionsphase einen wichtigen Nachweis für den gelungenen Wiedereinstieg in Arbeitsprozesse und alltägliche Anforderungen. In den Werten, unter drei Monate und bis sechs Monate verbesserte sich die Situation für die Rehabilitanden zwischen Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt. Zum Aufnahmezeitpunkt gaben 32,0% der Rückmelder an, keine Arbeitsunfähigkeit in den letzten zwölf Monaten vor Behandlungsbeginn erlebt zu haben. 64,9% waren zum Katamnesezeitpunkt durchgehend arbeitsfähig. Arbeitsunfähig unter drei Monaten vor Aufnahme in die Entwöhnung waren 42,3% (in 2017=48,1%) der Rehabilitanden. Dieser Wert sank auf 12,4% (12,3%=2017) zum Katamnesezeitpunkt. Bei drei bis unter sechs Monaten verringerte sich der Wert Arbeitsunfähigkeit von 25,8% auf 7,2%. Neu aufgetreten ist die Situation, dass es einige wenige Rehabilitanden gab, die vor der Adaptionsphase nicht über sechs Monate arbeitsunfähig waren, jedoch zum zweiten Messpunkt eine Arbeitsunfähigkeit über diese Zeit angaben. In diesem Falle sehen wir individuelle Erklärungen, die die Ergebnisse über die Wirksamkeit der Adaptionsphase nicht in Frage stellen. Es bleibt dabei, die Instrumente der Adaption helfen wirksam, den Betroffenen ein stabiles, auch beruflich und gesundheitlich gut geankertes Leben zu ermöglichen.

Beim Merkmal Besuch Selbsthilfegruppe ist die Situation nicht wirklich besser geworden. 61 von möglichen 131 Rehabilitanden (2017=51 von 140) beantworteten zum Katamnesezeitpunkt die Frage nach Selbsthilfegruppenteilnahme. 25 von ihnen gaben an, über den gesamten Zeitraum eine Selbsthilfegruppe besucht zu haben, 17 hätten mindestens ein halbes Jahr eine Gruppe besucht und 19 Rehabilitanden gaben an, unter einem halben Jahr die Selbsthilfe genutzt zu haben.

Die Frage nach Nutzung der Nachsorgemöglichkeiten wurde tatsächlich von allen 131 Katamneseantwortern beantwortet. 87 Rehabilitanden gaben an, mindestens ein Angebot genutzt zu haben. Damit bestätigte sich bei der Beantwortung dieser Frage der positive Trend des Vorjahres.

Abstinenzquoten

Eine zentrale Komponente der Wirksamkeitsanalyse suchtsspezifischer Angebote wie Akutbehandlung, Entwöhnung, Adaption, Nachsorge und betreute Wohnformen bildet die Abstinenzquote. Die wahrscheinliche und die absolute Abstinenzquote werden auf der Grundlage der Berechnungsstandards DGSS 1 bis DGSS 4 der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie bestimmt. Die vier Berechnungsgrundlagen beziehen sich auf planmäßig entlassene und erreichte Rehabilitanden (DGSS 1), planmäßig entlassene Rehabilitanden (DGSS 2), erreichte Rehabilitanden (DGSS 3) und alle im Entlassjahrgang entlassenen Rehabilitanden (DGSS 4). Die Erhebung nach DGSS 2 und 4 impliziert, dass nicht erreichte Rehabilitanden, Verstorbene etc. als rückfällig bewertet werden.

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

	DGSS 1 n = 122		DGSS 2 n = 330		DGSS 3 n = 131		DGSS 4 n = 388	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	95	77,9%	95	28,8%	100	76,3%	100	25,8%
abstinent	70	57,4%	70	21,2%	74	56,5%	74	19,1%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	25	20,5%	25	7,6%	26	19,8%	26	6,7%
rückfällig	23	18,9%	23	7,0%	27	20,6%	27	7,0%
keine Information vorhanden	0	0,0%	208	63,0%	0	0,0%	257	66,2%

	DGSS 1 n = 122		DGSS 2 n = 330		DGSS 3 n = 131		DGSS 4 n = 388	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
widersprüchliche Informationen	4	3,3%	4	1,2%	4	3,1%	4	1,0%
Gesamt	122	100%	330	100%	131	100%	388	100%

Tabelle 5b: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 der Gesamtstichprobe nach klassischer Abstinenzeinstufung

	DGSS 1 n = 122		DGSS 2 n = 330		DGSS 3 n = 131		DGSS 4 n = 388	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	88	72,1%	88	26,7%	92	70,2%	92	23,7%
abstinent	70	57,4%	70	21,2%	74	56,5%	74	19,1%
abstinent nach Rückfall (12 Wochen)	18	14,8%	18	5,5%	18	13,7%	18	4,6%
rückfällig	30	24,6%	30	9,1%	35	26,7%	35	9,0%
keine Information vorhanden	0	0,0%	208	63,0%	0	0,0%	257	66,2%
widersprüchliche Informationen	4	3,3%	4	1,2%	4	3,1%	4	1,0%
Gesamt	122	100%	330	100%	131	100%	388	100%

Die Tabellen der Abstinenzquoten nach DGSS1-4 veranschaulichen die Ergebnisse zu Abstinenz und Rückfall nach Abschluss der Behandlung innerhalb eines Jahres nach dem Behandlungsende. Die Tabelle 5a zeigt die Ergebnisse nach der neuen Abstinenzeinstufung mit dem Zeitfenster „mindestens 30 Tage nach Rückfall abstinent“, Tabelle 5b veranschaulicht die Ergebnisse nach der klassischen Abstinenzeinstufung (mindestens 3 Monate abstinent). Die katamnestiche Erfolgsquote errechnet sich aus der Summe der abstinent und abstinent nach Rückfall (AnR) eingestufteten Rehabilitanden.

Für die planmäßig entlassenen und erreichten Rehabilitanden ergab sich nach der aktuellen Berechnungsform eine katamnestiche Erfolgsquote von 77,9% bei n=122. Nach der herkömmlichen Form (abstinent und abstinent nach Rückfall 3 Monate) ergab sich bei dieser Gruppe nach DGSS1 ein Wert von 72,1%. In der Gruppe nach DGSS3 (Nur-Antworter) ergab sich nach der neuen Berechnungsgrundlage ein Wert von 76,3% katamnestiche Erfolgsquote bei n= 131 (alte Berechnung 70,2%). Nach DGSS4, also der Einstufung, bei der grundsätzlich jeder nicht erreichte Rehabilitand als rückfällig zählt, zeigt sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 25,8% (neu) und 23,7% (alt) bei n= 388. Nach DGSS3 gaben 20,6% (neu) bzw. 26,7% (alt) an rückfällig zu sein. Die Ergebnisse unterscheiden sich nicht erheblich von den Ergebnissen der Vorjahre.

Abstinenzquoten nach Geschlecht und Behandlungsdauer

In den folgenden Ausführungen bezieht sich die katamnestiche Erfolgsquote jeweils auf die Berechnungsform (abstinent nach Rückfall 30 Tage). Die Ergebnisse zum Katamnese-Jahrgang 2018 unterscheiden sich bei Männern und Frauen nicht wesentlich.

Tabelle 6: Abstinenzquoten nach Geschlecht nach DGSS 1 – 4

	DGSS 1				DGSS 2			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	71	78,0%	24	77,4%	71	27,1%	24	35,3%
abstinent	54	59,3%	16	51,6%	54	20,6%	16	23,5%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	17	18,7%	8	25,8%	17	6,5%	8	11,8%
rückfällig	16	17,6%	7	22,6%	16	6,1%	7	10,3%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	171	65,3%	37	54,4%
widersprüchliche Informationen	4	4,4%	0	0,0%	4	1,5%	0	0,0%
Gesamt	91	100%	31	100%	262	100%	68	100%

	DGSS 3				DGSS 4			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	75	77,3%	25	73,5%	75	24,4%	25	31,3%
abstinent	58	59,8%	16	47,1%	58	18,8%	16	20,0%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	17	17,5%	9	26,5%	17	5,5%	9	11,3%
rückfällig	18	18,6%	9	26,5%	18	5,8%	9	11,3%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	211	68,5%	46	57,5%

	DGSS 3				DGSS 4			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	75	77,3%	25	73,5%	75	24,4%	25	31,3%
widersprüchliche Informationen	4	4,1%	0	0,0%	4	1,3%	0	0,0%
Gesamt	97	100%	34	100%	308	100%	80	100%

Abstinent und abstinent nach Rückfall gaben nach DGSS 1 77,4% der Frauen (in 2017=85,0 %) an, nach DGSS2 35,3% (in 2017=29,8%). Nach DGSS 3 betrug die katamnestiche Erfolgsquote 73,5% (in 2017=81,8%) und innerhalb der Gesamtstichprobe nach DGSS4 31,3% (in 2017=25,7%). Die katamnestiche Erfolgsquote bei Männern betrug nach DGSS 1 78,0% im Vergleich zum Vorjahr mit 82,0%. Die Ergebnisse zeigen eine Stabilität über mehrere Katamneseuntersuchungen (im Vergleichszeitraum 2016=74,6%). Nach DGSS 2 beträgt die katamnestiche Erfolgsquote 27,1% (in 2017=30,9%), in der Gruppe der Antworter nach DGSS3 77,3 (in 2017=76,3%) und nach DGSS 4 24,4% 27,0% (in 2017= 27,0%).

Mit der Auswertung der Ein-Jahres-Nachbefragung des Entlassjahrgangs 2018 können wir bestätigen, dass für eine erfolgreiche Behandlung auch genügend Zeit gebraucht wird. Kürzere Behandlungszeiten zeigen geringere Wirksamkeit (s. Tab. 7). Die katamnestiche Erfolgsquote verbessert sich im Zusammenhang der Dauer der Adaptionphase. Sie betrug nach DGSS 1 bei einer bis zu zwölfwöchigen Behandlung 75%, bei einer Behandlungsdauer bis 16 Wochen 77,6% und bei einem Zeitraum über 16 Wochen 79,5%, zusammengesetzt aus den Variablen abstinent und abstinent nach Rückfall. Nach DGSS3 ergeben sich 68,0% katamnestiche Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer unterhalb 12 Wochen, 77,6% für Behandelte über einen Zeitraum von 12 bis 16 Wochen und 79,5% für entsprechende Antworter, die länger als 12 Wochen in der Adaptionphase verweilten.

Die Rückfallrate sinkt bei den Katamneseantwortern nachweislich mit einer Verweildauer über 12 Wochen. Die Auswertung nach DGSS 3 ergibt für diesen Personenkreis 32,0 % bei bis zu 12 Wochen, 16,4 % bei bis zu 16 Wochen, aber auch 20,5% bei über 16 Wochen. Bei der letzten Zahl können wir Einmaleffekte vermuten, es aber auch bei der nächsten Katamnese überprüfen

Tabelle 7: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer

	DGSS 1						DGSS 2					
	bis 12 Wochen		12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen		bis 12 Wochen		12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	12	75,0%	52	77,6%	31	79,5%	12	19,0%	52	34,9%	31	26,3%
abstinent	7	43,8%	37	55,2%	26	66,7%	7	11,1%	37	24,8%	26	22,0%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	5	31,3%	15	22,4%	5	12,8%	5	7,9%	15	10,1%	5	4,2%
rückfällig	4	25,0%	11	16,4%	8	20,5%	4	6,3%	11	7,4%	8	6,8%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	47	74,6%	82	55,0%	79	66,9%
widersprüchliche Informationen	0	0,0%	4	6,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	2,7%	0	0,0%
Gesamt	16	100,0%	67	100,0%	39	100,0%	63	100,0%	149	100,0%	118	100,0%

	DGSS 3						DGSS 4					
	bis 12 Wochen		12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen		bis 12 Wochen		12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	17	68,0%	52	77,6%	31	79,5%	17	14,7%	52	34,0%	31	26,1%
abstinent	11	44,0%	37	55,2%	26	66,7%	11	9,5%	37	24,2%	26	21,8%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	6	24,0%	15	22,4%	5	12,8%	6	5,2%	15	9,8%	5	4,2%
rückfällig	8	32,0%	11	16,4%	8	20,5%	8	6,9%	11	7,2%	8	6,7%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	91	78,4%	86	56,2%	80	67,2%
widersprüchliche Informationen	0	0,0%	4	6,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	2,6%	0	0,0%
Gesamt	25	100,0%	67	100,0%	39	100,0%	116	100,0%	153	100,0%	119	100,0%

Abstinenz und Rückfall nach Hauptsuchtmitteldiagnose

Mittlerweile kann von einer gewissen Konstanz der Ergebnisse bei der Auswertung zu Abstinenz und Rückfall im Zusammenhang der Diagnosen ICD F10 (Alkoholabhängigkeit) und zusammengefasster F11 bis F19 (Abhängigkeit von illegalen Drogen und multipler Substanzgebrauch) ausgegangen werden. Es ergaben sich nur geringe Abweichungen in den Ergebnissen der Ein-Jahres-Nachbefragung zu den Vorjahren. Die katamnestiche Erfolgsquote für Rehabilitanden mit einer Alkoholabhängigkeit (F 10) nach DGSS1 beträgt 73,7% (in 2017=80%, 2016 =74,0%). Nach DGSS3 beträgt die katamnestiche Erfolgsquote 73,2% im Vergleich zu 79,1% in 2017 und 73,4% in 2016. Nach DGSS4 beträgt die katamnestiche Erfolgsquote 28,3% (2016 = 28,2%). In der Diagnosegruppe F11 bis F19 ergeben sich ähnliche Werte wie in den Vorjahren. Die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS1 beträgt 84,8% (2017= 83,8%) und 22,7% nach DGSS4 (2017=29,0% 2016 =28,0%).

Table 8a: Behandlungserfolg in Abhängigkeit der Diagnose Alkohol und F11 – F 19 zusammengefasst

	DGSS 1				DGSS 2			
	F11-F19		Störung durch Alkohol		F11-F19		Störung durch Alkohol	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	39	84,8%	56	73,7%	39	27,3%	56	29,9%
abstinent	30	65,2%	40	52,6%	30	21,0%	40	21,4%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	9	19,6%	16	21,1%	9	6,3%	16	8,6%
rückfällig	6	13,0%	17	22,4%	6	4,2%	17	9,1%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	97	67,8%	111	59,4%
widersprüchliche Informationen	1	2,2%	3	3,9%	1	,7%	3	1,6%
Gesamt	46	100%	76	100%	143	100%	187	100%

	DGSS 3				DGSS 4			
	F11-F19		Störung durch Alkohol		F11-F19		Störung durch Alkohol	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	40	81,6%	60	73,2%	40	22,7%	60	28,3%
abstinent	31	63,3%	43	52,4%	31	17,6%	43	20,3%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	9	18,4%	17	20,7%	9	5,1%	17	8,0%
rückfällig	8	16,3%	19	23,2%	8	4,5%	19	9,0%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	127	72,2%	130	61,3%
widersprüchliche Informationen	1	2,0%	3	3,7%	1	,6%	3	1,4%
Gesamt	49	100%	82	100%	176	100%	212	100%

Eine weitere Differenzierung in den Substanzgruppen erweist sich als schwierig, da die Datenmenge sehr gering ist. 6 Rehabilitanden wiesen eine Abhängigkeit von Opioiden (F11) auf. Wenn hier eine katamnestiche Erfolgsquote von 83,3% nach DGSS1 und 33,3% nach DGSS3 angegeben wird, lässt sich diese Zahl nicht auf die Realität anwenden. Valide Aussagen bedürfen einer größeren Datenmenge. Der Behandlungserfolg in Abhängigkeit der Suchtmitteldiagnose F12 wird nach DGSS1 bei einer Fallzahl von 13 mit 76,9% und nach DGSS3 mit 66,7% angegeben. Über Abhängige von Sedativa/Hypnotika und Kokain lässt sich keine Aussage tätigen. Bei 21 Rehabilitanden mit einer Abhängigkeit von Stimulanzien ergab die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS1 und DGSS3 jeweils 90,5%. In der Gruppe Polytoxikomanie und andere psychotrope Substanzen lag die Erfolgsquote nach DGSS1 bei 83,3% und nach DGSS3 bei 85,7%. In dieser Gruppe befanden sich auch nur 6 Rehabilitanden.

Tabelle 8b: Behandlungserfolg in Abhängigkeit der Suchtmittel-Diagnose F11 – F19

	DGSS 1											
	Opiode		Cannabinoide		Sedativa/ Hypnotika		Kokain		Stimulanzien		Polytoxiko- manie o. and. psychotr. Sub.	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	5	83,3%	10	76,9%	0	0,0%	0	0,0%	19	90,5%	5	83,3%
abstinent	5	83,3%	6	46,2%	0	0,0%	0	0,0%	15	71,4%	4	66,7%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	0	0,0%	4	30,8%	0	0,0%	0	0,0%	4	19,0%	1	16,7%
rückfällig	1	16,7%	2	15,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	9,5%	1	16,7%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
widersprüchliche Informationen	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	6	100,0%	13	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	21	100,0%	6	100,0%
	DGSS 2											
	Opiode		Cannabinoide		Sedativa/ Hypnotika		Kokain		Stimulanzien		Polytoxiko- manie o. and. psychotr. Sub.	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	5	45,5%	10	23,8%	0	0,0%	0	0,0%	19	30,6%	5	18,5%
abstinent	5	45,5%	6	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	15	24,2%	4	14,8%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	0	0,0%	4	9,5%	0	0,0%	0	0,0%	4	6,5%	1	3,7%
rückfällig	1	9,1%	2	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,2%	1	3,7%
keine Information vorhanden	5	45,5%	29	69,0%	0	0,0%	1	100,0%	41	66,1%	21	77,8%
widersprüchliche Informationen	0	0,0%	1	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	11	100,0%	42	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	62	100,0%	27	100,0%
	DGSS 3											
	Opiode		Cannabinoide		Sedativa/ Hypnotika		Kokain		Stimulanzien		Polytoxiko- manie o. and. psychotr. Sub.	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	5	83,3%	10	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	19	90,5%	6	85,7%
abstinent	5	83,3%	6	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	15	71,4%	5	71,4%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	0	0,0%	4	26,7%	0	0,0%	0	0,0%	4	19,0%	1	14,3%
rückfällig	1	16,7%	4	26,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	9,5%	1	14,3%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
widersprüchliche Informationen	0	0,0%	1	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	6	100,0%	15	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	21	100,0%	7	100,0%

	DGSS 4											
	Opioide		Cannabinoide		Sedativa/ Hypnotika		Kokain		Stimulanzien		Polytoxikomanie o. and. psychotr. Sub.	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote	5	33,3%	10	19,6%	0	0,0%	0	0,0%	19	26,0%	6	18,2%
abstinent	5	33,3%	6	11,8%	0	0,0%	0	0,0%	15	20,5%	5	15,2%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	0	0,0%	4	7,8%	0	0,0%	0	0,0%	4	5,5%	1	3,0%
rückfällig	1	6,7%	4	7,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,7%	1	3,0%
keine Information vorhanden	9	60,0%	36	70,6%	1	100,0%	3	100,0%	52	71,2%	26	78,8%
widersprüchliche Informationen	0	0,0%	1	2,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	15	100,0%	51	100,0%	1	100,0%	3	100,0%	73	100,0%	33	100,0%

Therapieerfolg im Zusammenhang sozialer, beruflicher und persönlicher Merkmale

Die geringen Datenmengen schränken auch die Aussagekraft der folgenden Gegenüberstellungen von Lebenssituation und katamnesticher Erfolgsquote ein. Daher vergleichen wir die Angaben mit den Ergebnissen der Vorjahre.

77,3% der Männer (2017=76,3%, 2016=73,4%) und 73,5% (2017=81,8%, 2016=80,0%) der Frauen nach DGSS3 (vgl. Tab.6) gaben an, ein Jahr nach ihrer Entlassung abstinent bzw. abstinent

nach Rückfall 30 Tage zu sein. Diese Angaben bleiben mit moderaten Schwankungen seit den ersten Erhebungen relativ stabil.

Rehabilitanden, die sich zum Aufnahmezeitpunkt in die Adaption in einem Lebensalter über 40 Jahren befanden, weisen wie bereits in den Vorjahren nachgewiesen eine ähnliche katamnestiche Erfolgsquote auf wie der Personenkreis mit einem Lebensalter von unter 40 Jahren zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Adaption. Die katamnestiche Erfolgsquote beträgt bei der Gruppe bis 40 Jahre 77,9% (2017=78,5%, 2016 = 72%). Die katamnestiche Erfolgsquote der zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme in die Adaption über 40- Jährigen betrug 73,3% (2017=75,4%, 2016 = 77,8%) (vgl. Tab.9).

Tabelle 9: Therapieerfolg (nach DGSS 3) im Zusammenhang ausgewählter sozialer und persönlicher Merkmale

		katamnestiche Erfolgsquote (30 Tage)		rückfällig		widersprüchliche Angaben		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alter	bis 40 Jahre	67	77,9%	18	20,9%	1	1,2%	86	100,0%
	über 40 Jahre	33	73,3%	9	20,0%	3	6,7%	45	100,0%
	Gesamt	100	76,3%	27	20,6%	4	3,1%	131	100,0%
Partnerschaft	nein	70	77,8%	18	20,0%	2	2,2%	90	100,0%
	ja	26	72,2%	8	22,2%	2	5,6%	36	100,0%
	Gesamt	96	76,2%	26	20,6%	4	3,2%	126	100,0%
Abhängigkeitsdauer	bis 10 Jahre	33	82,5%	6	15,0%	1	2,5%	40	100,0%
	über 10 Jahre	59	75,6%	16	20,5%	3	3,8%	78	100,0%
	Gesamt	92	78,0%	22	18,6%	4	3,4%	118	100,0%
planmäßige Beendigung	planmäßig	95	77,9%	23	18,9%	4	3,3%	122	100,0%
	unplanmäßig	5	55,6%	4	44,4%	0	0,0%	9	100,0%
	Gesamt	100	76,3%	27	20,6%	4	3,1%	131	100,0%

Weiterhin bestätigt sehen wir, dass dem Faktor Partnerschaft, als Komponente einer stabilen Abstinenz, keine größere Bedeutung zukommt. Wir wagen die These, dass nicht Partnerschaft oder Alleinsein über Herstellung und Erhaltung von Abstinenz entscheiden, sondern eher, wie die betreffende Person mit sich umgeht, Zufriedenheit herstellt oder auch in einer Partnerschaft konfliktfähig ist. Die Rehabilitanden, die sich zum Befragungszeitpunkt in Partnerschaft befanden, wiesen mit 72,6% bei n=26 eine etwas niedrigere Erfolgsquote auf als die Gruppe der Personen, die sich nicht in Partnerschaft befanden. Hier betrug die Erfolgsquote 77,8% bei n=70. In den Vorjahren hatte dieser Faktor rechnerisch keinen Einfluss bzw. in 2017 waren die Vorzeichen umgekehrt.

Wie in den vergangenen Katamnesen zeigte sich ein deutlicher Unterschied beim Faktor Entlassform. Planmäßig entlassene Rehabili-

tanden hatten mit 77,9% bei n=95 (2017=82,5% bei n= 120, 2016 = 75,7%) eine bessere Erfolgsquote als Rehabilitanden, die nicht planmäßig entlassen wurden. Hier betrug die katamnestiche Erfolgsquote 55,6% bei 5 Rehabilitanden (2017=45,0% bei n= 20, 2016 = 63,6%). Eine planmäßige Entlassform spricht in der Regel für einen gelungenen Ablauf einer Therapie und erworbenen Grundlagen für einen Alltag ohne Suchtmittel.

Die Dauer der Abhängigkeit scheint einen Einfluss auf die katamnestiche Erfolgsquote einer Adaptionbehandlung zu haben. 40 Personen aus der Antwortgruppe gaben eine Abhängigkeitsdauer unter zehn Jahren, 78 über zehn Jahren an. Wir weisen darauf hin, dass die Einschätzungen der Rehabilitanden nur näherungsweise objektivierbar sind. So differieren die Aussagen zum Zeitpunkt des ersten Konsums, zum Zeitpunkt eines Störungsbegins und zur Angabe, wie lange sich

der Rehabilitand abhängig sieht, in unterschiedlichen Befragungssituationen, bspw. zwischen der Aufnahme in eine Entwöhnungsbehandlung oder Adaptionphase. Hier spielt auch die Durcharbeitung der eigenen Suchtgeschichte und die Fragenbeantwortung im Suchtbericht je nach Modell der behandelnden Einrichtung eine Rolle. Die katamnestiche Erfolgsquote betrug bei den Rehabilitanden mit einer Abhängigkeitsdauer unter 10 Jahren 82,5% (2017=83%, 2016 =74,1% und 2015 = 83,0%) und bei Rehabilitanden mit längerer Abhängigkeitsdauer als 10 Jahre 75,6% (2017=70,9%, 2016=77,2% und 2015=73,8). In diesem Vier-Jahres-Vergleich zeigen sich Näherungen, aber auch die Tendenz zu einem leichtgradigen Unterschied zugunsten der Rehabilitanden, die eine kürzere Abhängigkeitsdauer aufweisen.

Komorbidität und Abstinenz

Somatische und psychische Zusatzdiagnosen zeichnen das Bild einer komplexen Störung, in der das Suchtgeschehen einen Teilaspekt abbildet, der in Wechselwirkungen steht, ursächlich für Störungen der Entwicklung verantwortlich ist oder erst infolge solcher Ereignisse auftritt. Wir erfassen zusätzliche psychische Diagnosen aus dem Bereichen F0 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen) und F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) bis F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) sowie somatische Störungen. Allerdings gibt es ein Erfassungsproblem, da in einer Einrichtung die somatischen Zusatzdiagnosen nicht erfasst wurden. Deshalb sind die Stichproben bei somatischen Zusatzdiagnosen reduziert.

Table 10: Co- und Multimorbidität der untersuchten Gruppen, psychische Diagnosen

		Nicht-antworter		Katamnese-antworter		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
F0, F2 bis F9 Diagnosen	keine	176	68,5%	81	61,8%	257	66,2%
	eine	55	21,4%	32	24,4%	87	22,4%
	zwei	17	6,6%	14	10,7%	31	8,0%
	drei	8	3,1%	3	2,3%	11	2,8%
	vier	1	0,4%	1	0,8%	2	,5%
	Gesamt	257	100%	131	100%	388	100%
	M	0,5		0,6		0,5	
SD	0,8		0,8		0,8		

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Table 10b: Co- und Multimorbidität der untersuchten Gruppen: somatische Diagnosen (reduzierte Stichprobe, n = 281)

		Nicht-antworter		Katamnese-antworter		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
alle somatischen Diagnosen	keine	124	68,9%	60	59,4%	184	65,5%
	eine	26	14,4%	15	14,9%	41	14,6%
	zwei	12	6,7%	8	7,9%	20	7,1%
	drei	8	4,4%	8	7,9%	16	5,7%
	vier	4	2,2%	4	4,0%	8	2,8%
	fünf	3	1,7%	3	3,0%	6	2,1%
	sechs	3	1,7%	3	3,0%	6	2,1%
	Gesamt	180	100%	101	100%	281	100%
	M	0,7		1,0		0,8	
	SD	1,3		1,6		1,4	

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Bis zu vier zur Suchterkrankung zusätzliche psychische Störungen wurden bei 38,2% (2017=52,9%, 2016=54,6%) der Rehabilitanden aus der Stichprobe bei n= 388 diagnostiziert. Zum Vergleich, die Basisdokumentation 2018 weist für die Gruppe n=1071 einen Anteil von 52,8% der Rehabilitanden aus, die ein bis vier zusätzliche psychische Diagnosen haben (vgl. Teigeler et al., 2019: 57). Im Durchschnitt liegt der Wert für eine oder mehrere zusätzliche psychische Diagnosen pro Rehabilitanden aus der Antwortgruppe der Katamnese 2018 bei 0,6 mit einer Standardabweichung von 1,6. Vergleicht man die Werte aus den letzten drei Jahrgängen, stellen wir für 2018 eine Abweichung fest. Eine deutliche Verringerung ist im Bereich der somatischen Diagnosen zu beobachten. Im Entlassjahrgang 2016 hatten 55,0% der Rehabilitanden mindestens eine bis vier zusätzliche somatische Diagnosen. Im Entlassjahrgang 2017 wiesen 60,0% der Rehabilitanden ein bis zu vier zusätzliche somatische Diagnosen auf. Für die untersuchte und aus oben genanntem Grund reduzierte Gruppe n=281 ergab sich bei ein bis sechs zusätzlichen somatischen Diagnosen ein Anteil von 40,6% der Rehabilitanden. Wir weisen an dieser Stelle auf das Durchschnittsalter der Rehabilitanden von 36,4 Jahre hin. Der über die somatischen Diagnosen nachweislich defizitäre Gesundheitszustand bedeutet für die Reintegration auf den Arbeitsmarkt ein zusätzliches Vermittlungshemmnis.

Table 11 a: Details zur Komorbidität

		Nicht-antworter		Katamnese-antworter		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Depression F32, F33 und F34.1	keine	214	83,3%	105	80,2%	319	82,2%
	mindestens eine	43	16,7%	26	19,8%	69	17,8%
	Gesamt	257	100%	131	100%	388	100%
Angststörung F40, F41	keine	252	98,1%	125	95,4%	377	97,2%
	mindestens eine	5	1,9%	6	4,6%	11	2,8%
	Gesamt	257	100%	131	100%	388	100%
Persönlichkeitsstörung F60, F61	keine	233	90,7%	118	90,1%	351	90,5%
	mindestens eine	24	9,3%	13	9,9%	37	9,5%
	Gesamt	257	100%	131	100%	388	100%

In der Gesamtstichprobe des Katamnesejahrgangs 2018 sank der Anteil an depressiven Störungen mit 17,8% (2017=26,2%, 2016 = 26,0%) gegenüber den Vorjahren. Mindestens eine Angststörung (F40, F41) wiesen 2,8% (2017=4,2%, 2016 =7,4%, 2015=3,5%) auf. Bei 9,5% (2017=15,2%) der Rehabilitanden wurde eine Persönlichkeitsstörung (F60, F61) diagnostiziert. Auch hier sank der Anteil gegenüber den Vorjahren.

Tabelle 11 b: Abstinenzquoten nach DGSS 3 in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität (reduzierte Stichprobe auf n=131)

		katamnestiche Erfolgsquote (30 Tage)		rückfällig		widersprüchliche Angaben		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Depression F32, F33 und F34.1	keine	81	77,1%	21	20,0%	3	2,9%	105	100,0%
	mindestens eine	19	73,1%	6	23,1%	1	3,8%	26	100,0%
	Gesamt	100	76,3%	27	20,6%	4	3,1%	131	100,0%
Angststörung F40, F41	keine	94	75,2%	27	21,6%	4	3,2%	125	100,0%
	mindestens eine	6	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Gesamt	100	76,3%	27	20,6%	4	3,1%	131	100,0%
Persönlichkeitsstörung F60, F61	keine	91	77,1%	23	19,5%	4	3,4%	118	100,0%
	mindestens eine	9	69,2%	4	30,8%	0	0,0%	13	100,0%
	Gesamt	100	76,3%	27	20,6%	4	3,1%	131	100,0%
F0, F2 bis F9 Diagnosen	keine	63	77,8%	15	18,5%	3	3,7%	81	100,0%
	mindestens eine	37	74,0%	12	24,0%	1	2,0%	50	100,0%
	Gesamt	100	76,3%	27	20,6%	4	3,1%	131	100,0%

Tabelle 11c: Abstinenzquoten nach DGSS 3 in Abhängigkeit von der somatischen Komorbidität (reduzierte Stichprobe n = 101)

		katamnestiche Erfolgsquote (30 Tage)		rückfällig		widersprüchliche Angaben		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
alle somatischen Diagnosen	keine	41	68,3%	17	28,3%	2	3,3%	60	100,0%
	mindestens eine	34	82,9%	6	14,6%	1	2,4%	41	100,0%
	Gesamt	75	74,3%	23	22,8%	3	3,0%	101	100,0%

Auf Grund der geringen Datenlage lassen sich keine Zusammenhänge zwischen psychischen Komorbiditäten und der Abstinenzfähigkeit der verschiedenen Gruppen belegen. Die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS3 lag in Fällen ohne die Zusatzdiagnose Depression bei 77,1% (2017=80,9%) gegenüber einer Quote von 73,1% (2017=73,5%) im Fall der diagnostizierten psychischen Störung. 23,1% der Rehabilitanden waren rückfällig. Ohne eine Diagnose Depression waren 20,0% rückfällig. Die sechs Rehabilitanden mit dem Merkmal Angsterkrankung gaben zu 100% an abstinent zu sein. Von 94 Personen ohne Angsterkrankung gaben 75,2% (2017=79,3%) an abstinent beziehungsweise abstinent nach Rückfall 30 Tage zu sein. Rehabilitanden ohne Persönlichkeitsstörung (F60, F61) hatten eine katamnestiche Erfolgsquote von 77,1% (2017=76,9%). Rehabilitanden mit der Zusatzdiagnose F60 und F61 wiesen eine Erfolgsquote von 76,3% (2017=89,5%) auf. Beim Merkmal alle somatische Diagnosen können wir nur feststellen, dass sich in der Gruppe der Rehabilitanden mit mindestens einer weiteren somatischen Diagnose (n=41) die katamnestiche Erfolgsquote 14,6% besser zeigt als im Falle einer nicht vorhandenen zusätzlichen somatischen Diagnose. Dies entspricht nicht dem Erwartungsbild und zeigt, dass bei kleineren Datenmengen verlässliche Aussagen nur bedingt möglich sind.

Bewertung der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen

In der Behandlung von Suchterkrankungen stellt die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen eine Größe dar, anhand derer der Therapieerfolg gemessen werden kann. Obwohl es sich hier um häufig rein subjektive Wahrnehmungen handelt, bildet Zufriedenheit einen wirksamen Schutz gegen den erneuten Einstieg in den Suchtmittelkonsum. Diese Aussage ist relativ, insbesondere dann, wenn Zufriedenheit zum Übermut wird. Zur Zufriedenheit beitragen könne die wieder erstarkte Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben. Der Handballfan darf wieder in die Halle, wenn seine Lieblingsmannschaft spielt. Getrennte Eltern können entspannter über die Situation ihres gemeinsamen Kindes reden. Endlich hat es der Rehabilitand geschafft ans Grab seines Vaters zu gehen und sich einiges von der Seele zu reden. Auch wenn dies vielleicht nicht wissenschaftlich klingt, so reden wir doch, wie Hartmut Rosa es ausdrücken würde, von Resonanzen, die wieder stattfinden und wahrgenommen werden.

Tabelle 12: Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Therapieerfolg nach DGSS 3

Zufriedenheit mit	katamnestiche Erfolgsquote (30 Tage)		rückfällig		widersprüchliche Angaben		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Suchtmittel, Substanzkonsum, Suchtverhalten	71	82,6%	12	14,0%	3	3,5%	86	100,0%
körperlicher Gesundheit, körperlichem Befinden	66	82,5%	13	16,3%	1	1,3%	80	100,0%
Freizeitverhalten	66	81,5%	12	14,8%	3	3,7%	81	100,0%
psychischer Gesundheit, seelischem Zustand	64	81,0%	13	16,5%	2	2,5%	79	100,0%
Alltagsstrukturierung und Tagesstruktur	72	80,9%	13	14,6%	4	4,5%	89	100,0%
weiteres soziales Umfeld	66	78,6%	14	16,7%	4	4,8%	84	100,0%

Zufriedenheit mit	katamnestiche Erfolgsquote (30 Tage)		rückfällig		widersprüchliche Angaben		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
finanzielle Situation	55	78,6%	13	18,6%	2	2,9%	70	100,0%
Schule, Ausbildungsplatz, Arbeitsplatz, Beschäftigungssituation	54	78,3%	13	18,8%	2	2,9%	69	100,0%
Straftaten bzw. justizielle Situation	29	76,3%	7	18,4%	2	5,3%	38	100,0%
Wohnsituation	61	75,3%	16	19,8%	4	4,9%	81	100,0%
familiäre Situation (Partner, Kinder, Eltern)	64	75,3%	17	20,0%	4	4,7%	85	100,0%

Bei einem ersten Blick auf die Tabelle 12 fällt auf, dass die katamnestiche Erfolgsquote sich eindeutig auf der Seite der Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen zeigt. Sie bewegt sich zwischen 75,3% und 82,6%. Das lässt einen ersten Schluss zu, dass in 2018 nicht ein einzelner Bereich in besonderer Weise auffällt, sondern eine Ausgewogenheit in verschiedenen Facetten des Lebens zur Abstinenzhaltung beiträgt.

Von den Rückmeldern beantworteten maximal 89 (2017=69) Personen die Frage: „Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie heute mit diesen Bereichen sind“. Das entspricht 67,9% (2017=56,1%, 2016=56,4%) der Gesamtstichprobe der Antwort. Das Antwortverhalten verbesserte sich damit gegenüber den Vorjahren. Dabei konnten wir beobachten, dass die einzelnen Bereiche in den Jahrgängen mit unterschiedlicher Bedeutung durch die Rehabilitanden wahrgenommen oder gemessen wurden. Im Katamnesejahrgang 2017 sahen die Rehabilitanden den Faktor körperliche Gesundheit (katamnestiche Erfolgsquote 60,8%) und den Faktor Wohnsituation (60,8%) als wichtigste Indikatoren für ein gelungenes abstinentes Leben an. Die Präferenz der Gruppe aus dem Entlassjahrgang 2018 lag bei dem Blick auf dem Sucht- und Konsumverhalten (82,6% katamnestiche Erfolgsquote), Freizeitverhalten (81,5%) und psychische Gesundheit, seelischer Zustand (81,0%), allerdings dicht gefolgt von der Alltagsstruktur (80,9%) sowie Zufriedenheit mit dem weiteren sozialen Umfeld und der finanziellen Situation (je 78,6% katamnestiche Erfolgsquote). Die Präferenzkategorie könnten wir positiv so interpretieren, dass bei den Rehabilitanden ein Problembewusstsein gereift ist.

Nur 38 Rehabilitanden beantworteten die Frage nach dem Zusammenhang Zufriedenheit im Bereich Straftaten bzw. justizielle Situation mit der Abstinenzhaltung. Davon gaben 76,3% an abstinent bzw. abstinent nach Rückfall zu sein.

Begründungen für Abstinenzunterbrechungen oder weiteren Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Rehabilitanden bedanken sich in ihrer letzten Gruppe ausführlich für die tolle Unterstützung durch das Team und die Mitpatienten. Am Abend des Entlasstages ist diese Person bereits in einem heftigen Rückfallgeschehen. Andere habe schwierigste Situationen gemeistert und in der dann eintretenden Entspannungsphase wieder begonnen zu konsumieren. Fragen wir unsere Rehabilitanden, was aus ihrer Sicht zu einem Rückfall führen könnte, sind die Antworten vielfältig. Oft führen sie aber große Ereignisse wie den Verlust von Bezugspersonen an. Die Realität ist kleinteiliger. Fehlende Abstinenzzuversicht oder eine mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung können ein Rückfallgeschehen auslösen. Tabelle 13 erfasst eine Auswahl möglicher Gründe für eine Abstinenzunterbrechung oder fortgesetztem Konsum. Der Anteil von Antwortern zu dieser Frage stieg auf 53 gegenüber dem Vorjahreswert von 44 Personen. Das bedeutet nicht zwingend, dass mehr Rehabilitanden als im Vorjahr rückfällig geworden sind.

Von 40,5% (2017=36,4%) der Rehabilitanden des Entlassjahrgangs 2018 sahen 52,8% das Erleben von Frustration und Enttäuschungen als Grund für einen erneuten Suchtmittelkonsum oder -verhalten an. Depression und Einsamkeit als weitere Gründe, jeweils benannt von 43,4% der Antworter verweisen auf Anschlussprobleme nach der Ad-

aptionsphase. Es reicht nachweislich nicht aus, Orte und Milieus zu wechseln, es bedarf auch des Gefühls eines „Mitgenommen seins“, „Dabei seins“ oder einer Eingebundenheit und Adressabilität der Betroffenen, um Rückfälligkeit vorzubeugen. Innere Spannungen, Ärger, Ängste und Schlafschwierigkeiten folgen in der Rangordnung mit 39,6% und je 35,8%. Bei Nennung dieser Gründe stellt sich die Frage, ob sich mit Hilfe einer in Anspruch genommenen Nachsorge besser vorsorgen ließe. Ebenso lassen sich die folgenden Nennungen Langeweile, Stressgefühle und schwierige Lebenssituationen (je 34,0%) hinterfragen. Wie gehen Rehabilitanden mit Stress oder Langeweile um? Konnten sie in der Realitätsprüfung der Adaptionphase den Umgang mit solchen ihnen bekannten Phänomenen verbessern und bleiben solche Verbesserungen stabil? Erfreulich ist, dass die Überzeugung, kontrolliert trinken zu können oder die Unfähigkeit, sich von Konsumaufforderungen zu distanzieren mit je 18,9% und 17,0% auf den hinteren Plätzen landet.

Tabelle 13: Angaben der rückfälligen Antworter zu Gründen für erneuten Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum, reduzierte Stichprobe n = 53

Gründe für erneuten Suchtmittelkonsum	Anzahl	Prozent
Frustration, Enttäuschung	28	52,8%
Depression	23	43,4%
Einsamkeit	23	43,4%
innere Spannung, Unruhe	21	39,6%
Ärger	19	35,8%
Angst	19	35,8%
Schlafschwierigkeiten	19	35,8%
Langeweile	18	34,0%
Stressgefühle	18	34,0%
schwierigen Lebenssituationen	18	34,0%
Konflikte mit anderen Personen	15	28,3%
in Gesellschaft der Versuchung nicht widerstehen können	13	24,5%
gute Stimmung, Glücksgefühl	11	20,8%
Hemmungen	11	20,8%
unwiderstehliches Verlangen/Suchtdruck	11	20,8%
Überzeugung, kontrolliert trinken zu können	10	18,9%
nicht Nein sagen können	9	17,0%
entzugsähnliche Beschwerden	7	13,2%
Sonstiges	7	13,2%
körperliche Schmerzen	6	11,3%

Erwerbssituation und Erfolgsquote der Antworter

Einen messbaren Indikator für wieder verbesserte Teilhabe und gelungene Integration abhängigkeitskranker Rehabilitanden sehen wir in der Schaffung einer stabilen beruflichen Perspektive. Besonders die Instrumente der Adaptionphase sind geeignet, die zur Erwerbstätigkeit notwendigen Kompetenzen zu überprüfen und zu fördern.

In den externen Berufserprobungsmöglichkeiten und unter psychotherapeutischer, ergotherapeutischer Begleitung und medizinischer Versorgung können Leistungsgrenzen ermittelt und die Fähigkeiten der eigenen Grenzziehung gefördert werden. Da, wo für einen Behandelten Arbeit Teil eines vielfältigen Lebenskonzeptes ist, das auch auf Balancen achtet, ist von einer stabileren Abstinenzprognose auszugehen als da, wo es kaum Entlastungsmöglichkeiten gibt.

Die folgende Tabelle zeigt den Zusammenhang zwischen Erwerbssituation/-tätigkeit zum Aufnahme- bzw. Katamnesezeitpunkt mit dem Abstinenzernfolg der Antwortgruppe.

Zum Aufnahmezeitpunkt in die Adaption waren 92,2% der Gesamtstichprobe bei n=388 erwerbslos bzw. nicht erwerbstätig. Innerhalb

der Stichprobe der Katamneseantworter n=131 waren 91,9% erwerbslos bzw. nicht erwerbstätig. Zum Katamnesezeitpunkt waren es 42,7%.

Über eine Arbeit zum Adaptionsbeginn verfügten aus der Antwortgruppe 8,1%, zum zweiten Messpunkt 57,3%

8,0%, 31 Rehabilitanden und damit ein leicht gestiegener Anteil an der Gesamtstichprobe von n=388) gegenüber den Vorjahren 6,3% 2017, 6,7% 2016 verfügten zu Beginn der Adaption noch über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz, darunter elf Rückmelder (vgl. Tabelle 1). Bei den zu Beginn der Adaption und zum Katamnesezeitpunkt vier Erwerbstätigen ergab sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 80,0%.

Tabelle 14: Erwerbssituation und Erfolgsquote bei Katamneseantwortern (DGSS 3) n = 131

Erwerbssituation zum Beginn der Behandlung	Erwerbssituation im Katamnesezeitraum	katamnestiche Erfolgsquote (30 Tage)		rückfällig		widersprüchliche Angaben		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Angabe	keine Angabe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	erwerbstätig	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
	erwerbslos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	nicht erwerbstätig	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
erwerbstätig	keine Angabe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	erwerbstätig	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	5	100,0%
	erwerbslos	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%	4	100,0%
	nicht erwerbstätig	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
erwerbslos	keine Angabe	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	5	100,0%
	erwerbstätig	54	78,3%	12	17,4%	3	4,3%	69	100,0%
	erwerbslos	25	78,1%	6	18,8%	1	3,1%	32	100,0%
	nicht erwerbstätig	5	62,5%	3	37,5%	0	0,0%	8	100,0%
nicht erwerbstätig	keine Angabe	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
	erwerbstätig	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%
	erwerbslos	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
	nicht erwerbstätig	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Zum Katamnesezeitpunkt verfügten 71 (2017=67) Rehabilitanden, das entspricht 57,3% (2017=49,6%) der Antwortgruppe bei n=131, über einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz.

Von den zu Beginn der Adaption erwerbslosen 54 Rehabilitanden, die zum Zeitpunkt der Katamnese eine Arbeit hatten, ergab sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 78,3%. Von den 25 Rückmeldern, die zu beiden Messpunkten erwerbslos waren, ergab sich eine Erfolgsquote von 78,1%. Somit lässt sich für diese Aussagen nur der Rückschluss ziehen, dass es in beiden Gruppen gelungen ist, eine Abstinenz zu erhalten.

Rückfallzeitpunkt

Sechs bis zehn Monate zuzüglich der Akutbehandlung waren die Rehabilitanden in einer schützenden, wertschätzenden, versorgenden und strukturierenden Umgebung. Die Rückkehr nach den Behandlungsphasen in ein eigen verantwortetes Leben ist dann häufig geprägt von Erwartungen an die „Funktionstüchtigkeit“ der Betroffenen. Dazu zählen die Selbst- und Fremderwartungen, Anforderungen durch Arbeitgeber, Familien, Freunde. Ein neuer Ort muss eingenommen werden, alternative Handlungstechniken gegenüber im Suchtgeschehen verlässlichen und wirksamen Methoden. Das überfordert viele. Deshalb setzen sich Rehabilitanden in den Einrichtungen mit dem Thema Rückfall auseinander. Vermeiden lassen sich solche Ereignisse kaum, aber sie können von den Betroffenen besser eingeordnet werden.

Wie in den Jahren zuvor beschreiben die Rehabilitanden eine Häufung von Rückfällen bzw. Abstinenzunterbrechungen im ersten hal-

ben Jahr nach der Behandlung. Zum Vergleich zeigt Tabelle 15 einen Fünfjahreszeitraum, beginnend von 2014 (der ersten katamnestiche Untersuchung).

Tabelle 15: Häufung der Rückfälle monatsbezogen nach Ende der Adaptionsphase (nur Rückfällige, 2018 n= 48), Vergleich mit den Vorjahren

	Anzahl	2018	2017	2016	2015	2014
		Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
1. Monat	13	27,1%	43,9%	48,4%	19,0%	20,0%
2. Monat	10	20,8%	14,6%	10,9%	9,5%	14,3%
3. Monat	7	14,6%	17,1%	14,1%	28,6%	14,3%
4. Monat	3	6,3%	2,4%	1,6%	9,5%	8,6%
5. Monat	2	4,2%	0,0%	3,1%	4,8%	8,6%
6. Monat	4	8,3%	4,9%	10,9%	4,8%	17,1%
7. Monat	1	2,1%	7,3%	3,1%	14,3%	2,8%
8. Monat	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
9. Monat	2	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
10. Monat	2	4,2%	4,9%	1,6%	4,8%	8,6%
11. Monat	1	2,1%	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%
12. Monat	3	6,3%	4,9%	3,1%	4,8%	2,8%

Die Frage nach dem Rückfallmonat wurde von 48 Rehabilitanden, die rückfällig wurden beantwortet. Tabelle 15 und die folgende Abbildung zeigen die Häufung von Rückfällen in den ersten 24 Wochen nach Behandlungsende. Zur Visualisierung der abnehmenden Rückfallhäufigkeit zeigt die nachstehende Abbildung 1 die Ergebnisse aus der Katamneseuntersuchung 2014 bis 2017. Die Kurven verlaufen ähnlich. Die Kurve zum Rückfallmonat des Entlassjahrgangs 2018 verläuft flacher als in den zwei Jahrgängen zuvor, zeigt aber die gleiche Tendenz. 81,3% der Rückfälle fanden im ersten Halbjahr nach Abschluss der Adaptionphase statt.

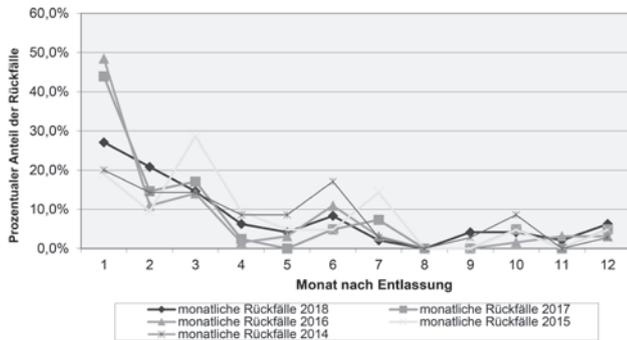


Abbildung 1: Eintritt des Rückfalls nach Behandlungsende (n=48 im Vergleich zu 2017 n=41, zu 2016 n= 68, 2015 n= 21 und 2014 n=35)

Diskussion der Ergebnisse

Die Ein-Jahres-Nachbefragung des FVS zu Rehabilitanden einer Adaptionphase aus dem Entlassjahrgang 2018 bestätigt die Ergebnisse der vorherigen Katamneseauswertungen, abgesehen von möglichen Einmaleffekten. Von 1071 möglichen Datensätzen aus der Basisdokumentation der im FVS organisierten Adaptionseinrichtungen aus dem Entlassjahr 2018 konnten 388 Datensätze als Grundlage der Auswertung herausgezogen werden. Von 131 Rehabilitanden und damit tendenziell weiter abnehmend (2017=140, 2016 = 163, 2015 = 195) aus acht Einrichtungen lagen Antworten zu den Katamnesefragen vor. Das zweite Jahr in Folge wurde mit dem KDS 3.0 ein neuer Fragebogen eingesetzt. Den an der Erhebung und Auswertung der Daten Beteiligten ist für ihren Einsatz ausdrücklich zu danken.

Im Ergebnis der Untersuchung kommen wir zu der Einschätzung, dass sich in einzelnen Teilbereichen wiederholt Verschiebungen zeigen, in der Gesamtansicht jedoch die positiven Effekte einer im Anschluss an die Entwöhnung stattfindenden Adaptionphase imponieren. So variieren beispielsweise Korrelationen zwischen psychiatrischen Zusatzdiagnosen mit der katamnesticen Erfolgsquote oder ändert sich das Ranking von Rückfallgründen, es bestätigt sich aber auch immer wieder die Rolle von Arbeit und sozialer Teilhabe als Bestandteil einer zufriedenen Abstinenz. Dem komplexen Störungsbild von Suchterkrankungen steht mit der Adaptionphase ein qualitativ hochwertiger Bestandteil der Suchtbehandlung gegenüber, mit dessen Hilfe von Suchterkrankungen betroffene Menschen in ein eigen verantwortetes und abstinenter gestaltetes Leben zurückkehren können.

LITERATUR:

Bachmeier, R., Klein, T., Weissinger, V.: 2020: Veränderungen der Klientel und der Konsummuster im Zeitverlauf in den Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie Drogenabhängigkeit: Sucht Aktuell, Jahrgang 27/ 02.20, S. 5 – 13

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.) (2019). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch Stand: 01.01.2019. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/methode/KDS/2019-01-01_Manual_Kerndatensatz_3.0.pdf (letztes Abrufdatum 06.02.2019)

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

Fabricius, B., Bingel-Schmitz, D., Burger, H., Hackenberg, D., Lehmann, S., Liebrich, M., Link, S., Nels-Lindemann, C., Reger, F., Schultze, M., Teigeler, H., Urban, K., Medenwaldt, J., Bick-Dresen, S., Bachmeier, R., Funke, Klein, T., W., Weissinger, V.: Effektivität der Adaptionphase – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2017, Sucht Aktuell, Jahrgang 26/01, S. 72 – 81. (2020)

Liebrich, M., Teigeler, H., Bingel-Schmitz, D., Braun, D., Burger, H., Danning, A., Donszewski, I., Fabricius, B., Kallina, U., Nels-Lindemann, C., Reger, F., Sagel, A., Schulze, M., van Kann, S., Weissinger, V., Wulf, F.: 2018, Positionspapier der Adaptionseinrichtungen im FVS 2018 in: Sucht Aktuell 18/2, S. 53-64.

Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranke Menschen vom 27. März 2019

Rosa, H.: Resonanz: Eine Soziologie der Weltbeziehung. Suhrkamp Verlag Berlin, 4.Auflage 2016

Teigeler, H., Reger, F., Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Bingel-Schmitz, D., Braun, D., Burger, H., Danning, A., Donszewski, I., Fabricius, B., Häberlein, G., Lehmann, S., Kemman, D., Lang, T., Liebrich, M., Missel, P. (†), Nels-Lindemann, C., Peters, F., Schultze, M., Urban, K., Wulf, F., Köstler, U., Weissinger, V.: Teilband III Basisdokumentation 2018 – Adaptionseinrichtungen in: Fachverband Sucht Basisdokumentation, S. 51-64., Band 26, 2019

DIE AUTOREN:

Dr. Benno Fabricius, Dipl.-Soz.P./A., Helios Parkklinikum, Leiter Adaption Soteria Klinik Leipzig

Rudolf Bachmeier, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing

Stefanie Bick-Dresen, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Wissenschaft und Forschung MEDIAN Kliniken

Dieter Bingel-Schmitz, Leiter des Adaptionshauses Daun der MEDIAN Kliniken Daun

Heiko Burger, Leiter Adaption Maria Stern Saaletal Klinik Bad Neustadt

Prof. Dr. Wilma Funke, Leitende Psychologin, MEDIAN Klinik Wied

Daniel Hackenberg, Tannenhof Berlin-Brandenburg, Adaptionshaus Berlin

Dr. Thomas Klein, Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Maryvonne Granowski, M.Sc. Psych., Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Sabine Link, wissenschaftliche MA, MEDIAN Klinik Roemhild

Sabine Lehmann, Adaption der Median Klinik am Waldsee, Rieden

Markus Liebrich, Psychologischer Psychotherapeut, Leiter Therapiezentrum Speyer

Jan Medenwaldt, Redline Data GmbH, Ahrensböck

Corinna Nels-Lindemann, Dipl.-Sozialarbeiterin, Leiterin Adaption der salus klinik Friedrichsdorf

Peter Schmidt, MEDIAN Klinik Wigbertshöhe

Horst Teigeler, Dipl.-Psych., Leiter AMEOS Adaptionshaus Lübeck

Kerstin Urban, Dipl.-Sozialpädagogin., Leiterin Adaption SRH Medinet Fachklinik Alte Ölmühle