

# Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation

## FVS- Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation

Martina Fischer, Dietmar Kemmann, Volker Weissinger, Manuela Dewitz, Hannsjürgen Kunert, Ingo Susemihl, Rudolf Bachmeier, Peter Missel

Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung hatten traditionell in der Praxis stationärer Drogentherapieeinrichtungen eher eine untergeordnete Rolle gespielt, da sie mit einem erheblichen Aufwand verbunden sind und die Aussagekraft entsprechender Erhebungen auf Einrichtungsebene aufgrund geringer Fallzahlen und vergleichsweise geringer Rücklaufquoten begrenzt ist. In den letzten Jahren wird allerdings immer mehr die Forderung laut, in Fachkliniken Instrumente zur Dokumentation und Evaluation von Therapieprozess und Therapieergebnis routinemäßig einzusetzen und darüber einen Beitrag zur Ergebnisqualität der Behandlung zu leisten. In der aktuellen Diskussion des Statistikausschusses der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (2008) wurde ein Kerndatensatz mit Katamnesestandards erarbeitet, welche die Durchführung von Routinekatamnesen auch für den stationären Bereich der Drogenrehabilitation empfehlen.

An Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger ist von daher die Forderung zu richten, im Rahmen ihrer Möglichkeiten entsprechende Nachweise über Behandlungsergebnisse zu erbringen, welche belegen, dass die eingesetzten Mittel auch effizient verwendet werden. Routinekatamnesen werden in den stationären Reha-Kliniken für Drogenabhängige, die dem Qualitätszirkel des FVS e.V. angehören, sukzessive implementiert und einrichtungsübergreifend ausgewertet. Nachdem 2012 erste katamnestiche Ergebnisse des Entlassjahrgangs 2009 von vier Kliniken vorgestellt werden konnten (Fischer et al. 2012), liegen für den Entlassjahrgang 2011 wiederum aussagekräftige katamnestiche Daten vor. Die aktuelle Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 umfasst die Daten von 5 Kliniken, die inzwi-

schen eine Routinekatamnese implementiert haben und deren Rücklaufquote (Katamneseantworter) bei über 25% lag. Hierzu gehören folgende Einrichtungen:

Die Durchführung der 1-Jahres-Katamnese orientiert sich an den „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie“ (1985, 1992, 2001).

Folgende Erhebungsinstrumente wurden eingesetzt:

- Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates 2007)
- Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrats, 2011) bzw. klinikspezifisch angepasste Versionen, mit dazugehörigem Protokollbogen zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamnese-rücklaufs.

Die eingesetzte Katamnese deckt ebenfalls den überarbeiteten Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (DHS, 2008) ab. Unterschiedliche Abstinenzeinschätzungen zur klassischen Abstinenzeinschätzung ergeben sich durch die Änderung des Kriteriums „abstinent nach Rückfall“. Das Kriterium „abstinent nach Rückfall“ wurde von mindestens dreimonatiger (12 Wochen) durchgängiger Abstinenz zum Befragungszeitpunkt auf mindestens 30 Tage Abstinenz zum Befragungszeitpunkt reduziert.

Als „abstinent“ wurden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum von einem Jahr weder Drogen, Alkohol noch psychotrope Medikamente konsumiert hatten. Als „abstinent nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage („abstinent nach Rückfall 30 Tage“), beziehungsweise 3 Monate („abstinent nach Rückfall 3 Monate“)

abstinent war. Als „rückfällig“ galten alle anderen Personen, einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben sowie der im Drogenbereich sehr hohe Anteil der Nichtantworter von 67,2 Prozent. Da die Nichtantworter bei der Berechnungsform 4 (nach DGSS) grundsätzlich als rückfällig eingestuft werden, ist bei dieser Berechnungsform mit einer deutlichen Unterschätzung des Behandlungserfolges zu rechnen.

### 1. Beschreibung der Stichprobe

Alle im Zeitraum vom 01.01.2011 bis 31.12.2011 in den beteiligten Kliniken entlassenen Patienten bilden die Gesamtstichprobe mit insgesamt 925 Patienten.

#### Alter und Geschlecht

Von den insgesamt 925 Patienten waren 76,4 % Männer und 23,6 % Frauen. Das durchschnittliche Alter liegt bei den Männern bei 27,5 Jahren und bei den Frauen bei 27,7 Jahren. Damit handelt sich um durchschnittlich 3 Jahre jüngere Patienten als im Katamnesejahrgang 2009 (Fischer et al. 2012).

#### Ausgewählte Patienten und Behandlungsmerkmale

Tabelle 3 zeigt einen Vergleich ausgewählter Patienten- und Behandlungsmerkmale der Gesamtstichprobe (Entlassjahrgang 2011) sowie die Differenzierung der Katamnese-stichproben nach Katamneseantwortern und Nicht-Antwortern.

Ein Vergleich der Merkmale der Antworter und Nicht-Antworter zeigt eine recht hohe Übereinstimmung bei den Patientenmerkmalen, bei den Behandlungsmerkmalen gibt es jedoch deutliche Unterschiede. So finden sich unter den Nicht-Antwortern weniger Patienten mit planmäßigem Abschluss, eine höhere Anzahl von Abbre-

Tab. 1: Beteiligte Einrichtungen

|  |
|--|
| AHG Kliniken Daun Altburg                          |
| AHG Klinik Am Waldsee                              |
| AHG Klinik Mecklenburg                             |
| Diakoniekrankenhaus Harz (Drogen)                  |
| Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V. Zentrum 1 (Reha) |

Tab. 2: Geschlecht und Alter

|            | Männer       | Frauen       | Gesamt        |
|------------|--------------|--------------|---------------|
| Geschlecht | 707 (76,4 %) | 218 (23,6 %) | 925 (100,0 %) |
| Alter      | 27,5 Jahre   | 27,7 Jahre   | 27,5 Jahre    |

Tab. 3: Patientenmerkmale und Behandlungsmerkmale der Gesamtstichprobe und der Katamnesestichproben

| Merkmal                              | Kategorien   | Gesamtstichprobe |         | Antworter    |         | Nicht-Antworter |         |
|--------------------------------------|--|------------------|---------|--------------|---------|-----------------|---------|
|                                      |  | N = 925          |         | N = 303      |         | N = 622         |         |
|                                      |  | Anzahl           | Prozent | Anzahl       | Prozent | Anzahl          | Prozent |
| Geschlecht                           | Männlich   | 707              | 76,4%   | 218          | 71,9%   | 489             | 78,6%   |
|                                      | Weiblich   | 218              | 23,6%   | 85           | 28,1%   | 133             | 21,4%   |
| Durchschnittsalter bei Aufnahme      | In Jahren, Mittelwert (Standardabweichung)   | 27,5 (6,6)       |         | 27,8 (6,1)   |         | 27,4 (6,9)      |         |
| Partnerbeziehung bei Aufnahme        | Feste Beziehung  | 236              | 25,5%   | 74           | 24,4%   | 162             | 26,0%   |
|                                      | keine feste Beziehung  | 689              | 74,5%   | 229          | 75,6%   | 460             | 74,0%   |
| Gesetzliche Grundlage der Behandlung | Freiwillige Behandlung   | 694              | 75,0%   | 260          | 85,8%   | 434             | 69,8%   |
|                                      | „Therapie als Auflage“   | 231              | 25,0%   | 43           | 14,2%   | 188             | 30,2%   |
| Erwerbstätigkeit bei Aufnahme        | Erwerbstätig   | 132              | 14,3%   | 57           | 18,8%   | 75              | 12,1%   |
|                                      | Arbeitslos   | 640              | 69,2%   | 202          | 66,7%   | 438             | 70,4%   |
|                                      | Sonstige   | 153              | 16,5%   | 44           | 14,5%   | 109             | 17,5%   |
| Haupt-Suchtmitteldiagnose            | F10  | 48               | 5,2%    | 18           | 5,9%    | 30              | 4,8%    |
|                                      | F11  | 74               | 8,0%    | 20           | 6,6%    | 54              | 8,7%    |
|                                      | F12  | 188              | 20,3%   | 76           | 25,1%   | 112             | 18,0%   |
|                                      | F13  | 2                | 0,2%    | 2            | 0,7%    | 0               | 0,0%    |
|                                      | F14  | 14               | 1,5%    | 5            | 1,7%    | 9               | 1,4%    |
|                                      | F15  | 101              | 10,9%   | 33           | 10,9%   | 68              | 10,9%   |
|                                      | F19  | 497              | 53,7%   | 148          | 48,8%   | 349             | 56,1%   |
|                                      | Sonstige   | 1                | 0,1%    | 1            | 0,3%    | 0               | 0,0%    |
| Mittlere Abhängigkeitsdauer          | In Jahren, Mittelwert (Standardabweichung)   | 11,0 (5,8)       |         | 11,2 (5,2)   |         | 10,9 (6,0)      |         |
| Art der Beendigung                   | Regulär  | 330              | 35,7%   | 142          | 46,9%   | 188             | 30,2%   |
|                                      | Vorzeitig auf ärztliche Veranlassung   | 79               | 8,5%    | 17           | 5,6%    | 62              | 10,0%   |
|                                      | Vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis  | 28               | 3,0%    | 4            | 1,3%    | 24              | 3,9%    |
|                                      | Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis   | 258              | 27,9%   | 66           | 21,8%   | 192             | 30,9%   |
|                                      | Disziplinarisch  | 142              | 15,4%   | 36           | 11,9%   | 106             | 17,0%   |
|                                      | Verlegt  | 10               | 1,1%    | 5            | 1,7%    | 5               | 0,8%    |
|                                      | Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Rehabilitation (z.B. Adaption) | 77               | 8,3%    | 33           | 10,9%   | 44              | 7,1%    |
|                                      | Verstorben   | 1                | 0,1%    | 0            | 0,0%    | 1               | 0,2%    |
| Planmäßige Beendigung                |  | 514              | 55,5%   | 196          | 64,7%   | 318             | 51,2%   |
| Mittlere Behandlungsdauer            | Gesamt, in Tagen, Mittelwert (Standardabweichung)                                  | 104,7 (69,4)     |         | 119,8 (67,2) |         | 97,3 (69,3)     |         |
|                                      | Planmäßige Entlassung in Tagen, Mittelwert (Standardabweichung)                    | 144,4 (55,9)     |         | 152,6 (49,8) |         | 139,2 (58,9)    |         |

Anmerkung: Aufgrund von „missing data“ und ausgewählten Kategorien addieren sich die Werte nicht immer auf 100 Prozent.

chern und auch kürzere Behandlungszeiten. Der prozentuale Anteil der planmäßig entlassenen Patienten ist bei den Antwortern mit 64,7 Prozent deutlich höher als bei der Gesamtstichprobe (55,5%) und den Nicht-Antwortern (51,2%).

## 2. Ergebnisse zum Datenrücklauf / Ausschöpfungsquote

Die Ausschöpfungsquote der Routinekatamnese FVS des Entlassjahrgangs 2011 liegt

bei 32,8 Prozent (Tab. 4). In Tabelle 5 sind der Datenrücklauf und verschiedene Gründe für Nichtbeantwortung bzw. fehlende Informationen differenziert.

Tab. 4: Verteilung der Antwortern und Nichtantwortern

|                  | Häufigkeit | Prozent |
|------------------|------------|---------|
| Antwortern       | 303        | 32,8%   |
| Nicht-Antwortern | 622        | 67,2%   |
| Gesamt           | 925        | 100,0%  |

Im Rahmen einer Drogenkatamnese (Fischer et al. 2007), die zur Implementierung von Routinekatamnesen als Forschungsprojekt durchgeführt wurde, konnte eine höhere Ausschöpfungsquote von 41,5 Prozent erreicht werden. Zu vermerken ist, dass natürlich im Rahmen eines Forschungsprojekts mehr Ressourcen zur Verfügung standen und mehr Aufwand zur Erreichung von ehemaligen Patientinnen möglich war.

Ursachen für die Schwierigkeiten hinsichtlich der Erreichbarkeit sind: keine postali-

Tab. 5: Informationen zum Datenrücklauf

|  | Häufigkeit | Prozent |
|--|------------|---------|
| Klient nicht erreicht / Unbekannt verzogen | 155        | 16,8%   |
| Klient verstorben                          | 4          | 0,4%    |
| Beantwortung verweigert                    | 120        | 13,0%   |
| Kein Rücklauf                              | 343        | 37,1%   |
| Fragebogen liegt vor                       | 303        | 32,8%   |
| Gesamt                                     | 925        | 100,0%  |

sche Erreichbarkeit, nicht planmäßige Entlassungen, mangelnde Bindung zur Klinik, erhöhte Mobilität sowohl bei rückfälligen als auch erfolgreichen Patienten, erneute Inhaftierung, u.v.m.

### 3. Abstinenzverhalten

Bezogen auf die Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (1985) galten als Suchtmittel Alkohol, Medikamente (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel; falls nicht vom Arzt verordnet), Opiate, Kokain, Halluzinogene, Amphetamine und sonstige illegale Drogen. Diejenigen Patienten, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol noch sonstige psychotrope Substanzen zu sich genommen hatten, wurden demnach als abstinent eingestuft. Diese Vorgabe setzt somit die generelle Abstinenz von legalen und illegalen Suchtmitteln als Erfolgskriterium voraus. Wenn der Patient nach Behandlungsende rückfällig geworden war, zum Zeitpunkt der Befragung aber seit mindestens 30 Tagen (früher 12 Wochen) abstinent lebte, wurde er als abstinent nach Rückfall eingestuft. Als rückfällig werden Personen betrachtet, die im Katamnesezeitraum Suchtmittel (incl. Alkohol) konsumiert hatten und zum Zeitpunkt der Befragung nicht mindestens seit drei Monaten abstinent lebten. Es gibt unterschiedliche Berechnungsformen hinsichtlich des Behandlungserfolges: Die in der Regel günstigste Berechnungsform DGSS 1 bezieht alle Katamneseantworter ein, die planmäßig entlassen worden sind. In die Berechnungsform DGSS 2 werden alle planmäßig entlassenen Patienten einbezogen. Die Berechnungsform DGSS 3 berücksichtigt jeweils nur die Personen, die ihren Katamnesebogen zur Verfügung stellten, unabhängig von der Entlassart. In der Berechnungsart 4 sind alle in 2011 entlassenen Patienten enthalten. War keine katamnestiche Information vorhanden (z.B. bei unvollständigen Katamneseangaben, bei verweigten Antworten etc.), dann wurden diese Patienten als rückfällig per Definition eingestuft.

### 3.1 Abstinenzzeinschätzung

Im Deutschen Kerndatensatz wird als „abstinent nach Rückfall“ eingestuft, wer in den letzten 30 Tagen des Befragungszeitraums abstinent war.

Nach der **DGSS-Berechnungsform 1**, die die prozentualen Erfolgsangaben auf die in der Jahreskatamnese erreichten Patienten mit planmäßiger Entlassung (n = 198) bezieht, betrug die katamnestiche Erfolgsquote 74,2 Prozent.

Die katamnestiche Erfolgsquote nach **DGSS 2**, welche sich auf alle Patienten der Jahreskatamnese mit planmäßiger Entlassung bezieht (n = 514), betrug 28,6 Prozent. Nicht-Antworter werden als rückfällig gewertet.

Die katamnestiche Erfolgsquote nach **DGSS 3**, welche die prozentualen Erfolgsangaben auf die in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten bezieht (n = 306), betrug 67,6 Prozent.

Nach **DGSS 4**, die die prozentualen Erfolgsangaben auf alle Patienten des Bezugszeitraumes bezieht (n = 925), betrug die katamnestiche Erfolgsquote 22,4 Prozent. Alle Nicht-Antworter (67,2 %) werden generell als rückfällig gewertet.

Tabelle 6 fasst die Ergebnisse zusammen:

### 3.2 Klassische Abstinenzzeinschätzung

Die klassische Abstinenzzeinschätzung erfordert für das Kriterium „abstinent nach Rückfall“ eine Abstinenz in den letzten drei Monaten des Befragungszeitraums. Diese

wird hier angegeben, um eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen früherer Studien herzustellen.

Nach **DGSS 1**, die die prozentualen Erfolgsangaben auf die in der Jahreskatamnese erreichten Patienten mit planmäßiger Entlassung (n = 198) bezieht, betrug die katamnestiche Erfolgsquote 67,7 Prozent.

Die katamnestiche Erfolgsquote nach **DGSS 2**, welche sich auf alle Patienten der Jahreskatamnese mit planmäßiger Entlassung bezieht (n = 514), betrug 26,1 Prozent. Nicht-Antworter werden als rückfällig gewertet.

Die katamnestiche Erfolgsquote nach **DGSS 3**, welche die prozentualen Erfolgsangaben auf die in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten bezieht (n = 306), betrug 60,5 Prozent.

Nach **DGSS 4**, die die prozentualen Erfolgsangaben auf alle Patienten des Bezugszeitraumes bezieht (n = 925), betrug die katamnestiche Erfolgsquote 20 Prozent. Alle Nicht-Antworter (67,2%) werden generell als rückfällig gewertet. In Tabelle 7 sind die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt:

### 3.3 Vergleich Abstinenzzeinschätzung / Erfolgsquote „Klassisch vs. Kerndatensatz“

Erwartungsgemäß liegen die neuen katamnestiche Erfolgsquoten etwas über den „klassischen“ Erfolgsquoten, was sich durch die neue Definition des Kriteriums „abstinent nach Rückfall“ in den 30 Tagen vor Befragung ergibt. Allerdings ist auch anzu-

Tab. 6: Abstinenzquoten (Deutscher Kerndatensatz) nach DGSS-Berechnungsformen 1 bis 4 (neu „Abstinent nach Rückfall 30 Tage“)

| Berechnungsform  | Katamnestiche Erfolgsquote | Abstinent   | Abstinent nach Rückfall 30 Tage | Rückfällig  |
|------------------|----------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|
| DGSS 1 (n = 198) | 147 (74,2%)                | 96 (48,5%)  | 51 (25,8%)                      | 51 (25,8%)  |
| DGSS 2 (n = 514) | 147 (28,6%)                | 96 (18,7%)  | 51 (9,9%)                       | 367 (71,4%) |
| DGSS 3 (n = 306) | 207 (67,6%)                | 127 (41,5%) | 80 (26,1%)                      | 99 (32,4%)  |
| DGSS 4 (n = 925) | 207 (22,4%)                | 127 (13,7%) | 80 (8,6%)                       | 718 (77,6%) |

Tab. 7: Klassische Abstinenzquoten nach DGSS-Berechnungsformen 1 bis 4 (alt „Abstinent nach Rückfall 3 Monate“)

| Berechnungsform  | Katamnestiche Erfolgsquote | Abstinent   | Abstinent nach Rückfall | Rückfällig  |
|------------------|----------------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| DGSS 1 (N = 198) | 134 (67,7%)                | 96 (48,5%)  | 38 (19,2%)              | 62 (31,3%)  |
| DGSS 2 (N = 514) | 134 (26,1%)                | 96 (18,7%)  | 38 (7,4%)               | 380 (73,9%) |
| DGSS 3 (N = 306) | 185 (60,5%)                | 127 (41,5%) | 58 (19%)                | 120 (39,2%) |
| DGSS 4 (N = 925) | 185 (20,0%)                | 127 (13,7%) | 58 (6,3%)               | 740 (80,0%) |

Tab. 8: Vergleich Erfolgsquoten „Klassisch“ vs „KDS“

| Berechnungsform  | Katamnestiche Erfolgsquote „abstinent nach Rückfall 3 Monate“ | Katamnestiche Erfolgsquote „abstinent nach Rückfall 30 Tage“ |
|------------------|---|--|
| DGSS 1 (N = 196) | 134 (67,7%)   | 147 (74,2%)  |
| DGSS 2 (N = 514) | 134 (26,1%)   | 147 (28,6%)  |
| DGSS 3 (N = 305) | 185 (60,5%)   | 207 (67,6%)  |
| DGSS 4 (N = 925) | 185 (20,0%)   | 207 (22,4%)  |

merken, dass die Unterschiede so sind, dass die Erfolgsquoten als belastbar angesehen werden können und nicht von einer Überschätzung ausgegangen werden muss.

#### 4. Vergleich: FVS Katamnese 2011, FVS 2009 und Forschungsprojekt „Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen“ (Fischer et al. 2007, Fischer et al 2012)

**Ergebnisse des Forschungsprojekts Drogenkatamnese** (Fischer et al. 2007): Tabelle 9 zeigt die Abstinenzquoten nach den DGSS-Berechnungsformen 1 bis 4 für die Jahreskatamnese. Nach der DGSS-Berechnungsform 1 betrug die katamnestiche Erfolgsquote 55,1 Prozent; es wurden dabei die prozentualen Erfolgsangaben auf die in der Jahreskatamnese erreichten Patienten mit planmäßiger Entlassung bezogen (n = 136). Nach der DGSS-Berechnungsform 2, welche sich auf alle Patienten der Jahreskatamnese mit planmäßiger Entlassung bezog (n = 308), betrug die katamnestiche Erfolgsquote 24,4 Prozent. Laut DGSS-Berechnungsform 3 konnte eine katamnestiche Erfolgsquote von 52,3 Prozent erreicht werden; es wurden die prozentualen Erfolgsangaben auf die in der Jahreskatamnese erreichten Patienten bezogen (n = 174). Die katamnestiche Erfolgsquote nach der DGSS-Berechnungsform 4, die die prozentualen Erfolgsangaben auf alle Patienten der Jahreskatamnese bezieht (n = 425), beträgt 21,5 Prozent.

Im **Vergleich** sind die Ergebnisse der aktuellen FVS Drogenkatamnese 2011 in den DGSS-Kriterien 1–3 durchgängig besser (Tabelle 10). Betrachtet man die konservativste Einschätzung DGSS 4 der Gesamtstichproben, so erreicht der FVS Entlassjahrgang 2011 (N=925) mit 20 Prozent eine geringere katamnestiche Erfolgsquote als die weiteren Studien, dies liegt aber an der geringeren Answerquote. Im Vergleich dazu erbrachte die FVS Katamnese Entlassjahrgang 2009 (N= 713) eine katamnestiche Erfolgsquote von 22,7 Prozent gegenüber 21,5 Prozent im oben genannten Forschungsprojekt (N=425). Die günstigste Variante (DGSS 1: Antworter und planmäßige Entlassung) weist mit 67,7 Prozent eine um 12,6 Prozentpunkte bessere katamnestiche Erfolgsquote als die Forschungsstudie auf, was sich auch in ähnlicher Höhe in dem DGSS 3-Kriterium abbildet.

#### 5. Veränderungen und Zufriedenheit in zentralen Lebensbereichen

Ergänzend werden nun die Einschätzungen der **Veränderungen in zentralen Lebensbereichen aus Sicht der Katamneseant-**

Tab. 9: Forschungsprojekt Drogenkatamnese: Klassische Abstinenzquoten nach DGSS-Berechnungsformen 1 bis 4 für die Jahreskatamnese

| Berechnungsform  | Katamnestiche Erfolgsquote | Abstinenz   | Abstinenz nach Rückfall | Rückfällig   |
|------------------|----------------------------|-------------|-------------------------|--------------|
| DGSS 1 (n = 136) | 75 (55,1 %)                | 51 (37,5 %) | 24 (17,6 %)             | 61 (44,9 %)  |
| DGSS 2 (n = 308) | 75 (24,4 %)                | 51 (16,6 %) | 24 ( 7,8 %)             | 233 (75,6 %) |
| DGSS 3 (n = 174) | 91 (52,3 %)                | 61 (35,1 %) | 30 (17,2 %)             | 83 (47,7 %)  |
| DGSS 4 (n = 425) | 91 (21,5 %)                | 61 (14,4 %) | 30 ( 7,1 %)             | 334 (78,5 %) |

Tab. 10: Vergleich „Klassische“ Erfolgsquoten FVS Katamnese 2011, FVS Katamnese 2009 (Fischer et al. 2012) und Forschungsprojekt Drogenkatamnese (Fischer et al. 2007)

| Berechnungsform | Katamnestiche Erfolgsquote „Klassisch“ FVS 2011 | Katamnestiche Erfolgsquote „Klassisch“ FVS 2009 | Katamnestiche Erfolgsquote Drogenkatamnese (Fischer et al. 2007) |
|-----------------|---|---|--|
| DGSS 1          | 67,7%   | 66,1%   | 55,1%  |
| DGSS 2          | 26,1%   | 25,9%   | 24,4%  |
| DGSS 3          | 60,5%   | 62,9%   | 52,3%  |
| DGSS 4          | 20,0%   | 22,7%   | 21,5%  |

Tab. 11: Einschätzung der Veränderungen – Jahreskatamnese

| Veränderungen          | n   | Verbessert  | Unverändert | Verschlechtert |
|------------------------|-----|-------------|-------------|----------------|
| Suchtmittelkonsum      | 219 | 172 (78,5%) | 18 ( 8,2%)  | 29 (13,2%)     |
| Alltagsbewältigung     | 242 | 183 (75,7%) | 32 (13,2%)  | 27 (11,2%)     |
| Seelischer Zustand     | 240 | 171 (70,9%) | 29 (12,1%)  | 41 (17,1%)     |
| Freizeitsituation      | 238 | 163 (68,5%) | 47 (19,7%)  | 28 (11,8 %)    |
| Gesundheitszustand     | 241 | 155 (64,3%) | 46 (19,1%)  | 40 (16,6 %)    |
| Freundes-/Bekanntkreis | 236 | 148 (62,7%) | 58 ( 9,7%)  | 30 ( 9,7 %)    |
| Arbeitssituation       | 236 | 145 (61,5%) | 58 (24,6%)  | 33 (13,9 %)    |
| Partnersituation       | 164 | 115 (57,2%) | 27 (13,4%)  | 22 (11,0 %)    |
| Finanzielle Situation  | 242 | 131 (54,1%) | 69 (28,5%)  | 42 (17,3 %)    |
| Justizielle Situation  | 77  | 45 (18,8%)  | 26 ( 8,5%)  | 6 ( 2,5%)      |

**worter** vorgestellt (vgl. Tabelle 11 und Abb. 1). Am deutlichsten werden positive Veränderungen in den Bereichen Suchtmittelkonsum (78,5%), Alltagsbewältigung (75,7%) und seelischer Zustand (70,9%) berichtet. 68,5 Prozent schätzten ihre Freizeitsituation als verbessert ein. Der Gesundheitszustand wurde von 64,3 Prozent als verbessert eingeschätzt. Die Situation im

Freundes-/Bekanntkreis wurde von 62,7 Prozent als verbessert erlebt. Die Arbeitssituation wurde von 61,5 Prozent als verbessert und von 24,6 Prozent als unverändert erlebt. Die finanzielle Situation wurde von 17,3 Prozent als verschlechtert erlebt, von 54,1 Prozent dagegen als verbessert und von 28,5 Prozent als unverändert. Die justizielle Situation wurde von 8,5 Prozent als

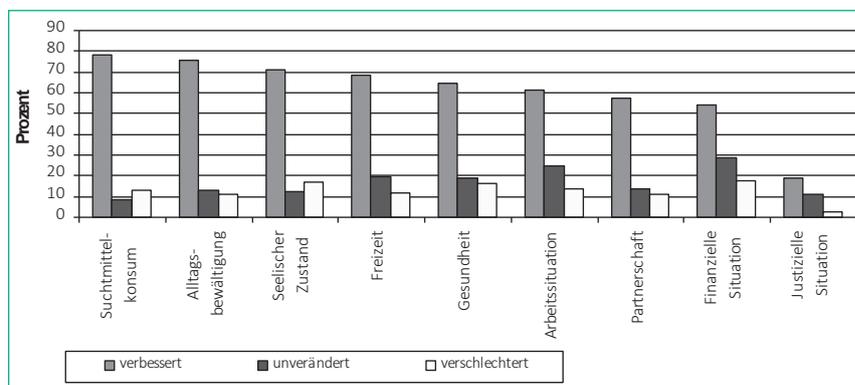


Abb. 1: Einschätzung der Veränderung in verschiedenen Lebensbereichen – Jahreskatamnese

Tab. 12: Durchschnittliche Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen

| Zufriedenheit mit ...                      | n   | Mittelwert (SW) |
|--|-----|-----------------|
| ... Beziehung zur Familie                  | 239 | 2,18 (1,25)     |
| ... der Wohnsituation                      | 236 | 2,29 (1,31)     |
| ... dem Umgang mit Suchtmitteln            | 214 | 2,35 (1,61)     |
| ... der Klärung der juristischen Situation | 68  | 2,38 (1,54)     |
| ... in Beziehung zu eigenen Kindern        | 76  | 2,41 (1,55)     |
| ... der Alltagsbewältigung                 | 236 | 2,51 (1,31)     |
| ... der Partnersituation                   | 171 | 2,61 (1,60)     |
| ... dem Gesundheitszustand                 | 237 | 2,62 (1,35)5    |
| ... dem Freundes-/Bekanntenkreis           | 236 | 2,74 (1,25)     |
| ... der Freizeitsituation                  | 237 | 2,74 (1,24)     |
| ... der seelischen Verfassung              | 236 | 2,85 (1,43)     |
| ... der beruflichen/schulischen Situation  | 228 | 3,05 (1,61)     |
| ... der finanziellen Situation             | 238 | 3,23 (1,46)     |

Anmerkung: Einschätzung erfolgt auf einer Skala von 1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden

unverändert erlebt, von 18,8 Prozent als verbessert und von 16,2 Prozent als verschlechtert.

**Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen.** Wie man der Tabelle 12 entnehmen kann, lagen die Zufriedenheitswerte der Jahreskatamnese im mittleren und positiven Bereich und man kann einen hohen Grad an Zufriedenheit in den verschiedenen Lebensbereichen feststellen. Am zufriedensten waren die Antwortter mit der Beziehung zur Familie (2,18), mit ihrer Wohnsituation (2,29), mit ihrem Umgang mit Suchtmitteln (2,35), mit der Klärung ihrer juristischen Situation (2,35), mit ihrer Beziehung zu ihren Kindern (2,41) sowie mit ihrer Alltagsbewältigung (2,51). Im mittleren Bereich zufrieden waren die Patienten weiterhin mit der beruflichen/schulischen Situation (3,05) und mit ihrer finanziellen Situation (3,23).

### 5. Fazit

Die aktuellen Ergebnisse der zweiten einrichtungsübergreifenden FVS Drogenkatamnese 2011 sind insgesamt als Erfolg zu werten. Nach den neueren Standards („Abstinent nach Rückfall 30 Tage“) des Deutschen Kerndatensatzes liegen die Werte bei 74,2 Prozent (DGSS1) für durchgängig Abstinente und Abstinente nach Rückfall über 30 Tage vor Befragung. Die konservativste Schätzung des Abstinenzserfolgs ein Jahr nach stationärer Drogenrehabilitation liegt bei 20 Prozent (DGSS 4), während die optimistische Schätzung davon ausgeht, dass ca. 2/3 (67,7%, DGSS 1) der Patienten ein Jahr nach der Behandlung abstinent oder wieder abstinent in den letzten 12 Wochen leben (Klassische Abstinenzstufung). Der „wahre“ Wert des Behandlungserfolgs wird zwischen beiden Polen zu finden sein. Ferner ist zu berücksichtigen, dass nicht nur der Konsum von Drogen und psychotropen

Medikamenten, sondern auch der Konsum von Alkohol generell als Rückfall in den Katamnesen gewertet wird.

Als weitere Erfolgsfaktoren der stationären Rehabilitation Drogenrehabilitation können die sehr positiven Entwicklungen der Patienten im Jahr nach der Behandlung betrachtet werden. Exemplarisch weisen wir auf die deutlich positiven Veränderungen in den zentralen Lebensbereichen Umgang mit Suchtmitteln, Alltagsbewältigung, seelischer Zustand, Gesundheitszustand und Arbeitssituation hin. Die Entwicklung der Zufriedenheit in den verschiedenen Lebensbereichen ist ebenfalls sehr erfreulich. Am zufriedensten waren die Antwortter mit der Beziehung zur Familie, mit ihrer Wohnsituation, mit ihrem Umgang mit Suchtmitteln, mit der Klärung ihrer juristischen Situation, mit ihrer Beziehung zu ihren Kindern sowie mit ihrer Alltagsbewältigung. Die Veränderungs- und Zufriedenheitsindices bestätigen auch Wirkmechanismen und Effekte der wissenschaftlich fundierten Behandlungsangebote der stationären Rehabilitation für Drogenabhängige, die alle Interventionen ganzheitlich, patientenorientiert und störungsspezifisch adaptiert.

Die mit 925 Teilnehmern größte Katamnese-Stichprobe im Drogenbereich in Deutschland mit einer vergleichsweise hohen Anzahl an Nichtantwortern, wirft die Frage auf, wie man über die Gruppe der Nichtantworter genauere Einschätzungen hinsichtlich des Behandlungserfolgs erhalten könnte. Hierzu würde es sich anbieten beispielsweise eine mit öffentlichen Mitteln geförderte gesonderte Forschungsstudie durchzuführen. Ebenso wäre es wichtig, bei dem Vergleich von Behandlungsergebnissen unterschiedlicher Studien die Stichproben auf Vergleichbarkeit bzw. signifikante Unterschiede in den Patientenmerkmalen und im Schweregrad der Drogenabhängigkeit zu untersuchen.

Auch wäre im Rahmen zusätzlicher Forschungsaktivitäten zu untersuchen, wie sich Abstinenzverhalten im ersten Jahr nach der Behandlung stabilisiert und wie sich die Ausstiegskarrieren (Inanspruchnahme weiterer Hilfen, inklusive Vorfälle und Rückfälle) nach der Rehabilitation gestalten.

Derzeit bleibt das Problem, dass der größte Teil der Ergebnisqualität der stationären abstinentenorientierten Drogenrehabilitation aufgrund der vergleichsweise geringen Rücklaufquote noch nicht umfassend aufgeklärt werden kann. Eine Erhöhung der Ausschöpfungsquote könnte zu einer Verbesserung der Ergebnisse nach DGSS 2 und 4 führen, da nicht davon auszugehen ist, dass alle Nichtantworter rückfällig sind.

Die Bewertung der katamnestischen Ergebnisse in der Zeitabfolge der Entlassjahrgänge 2007, 2009 und 2011 deutet auf Stabilität der Effektivität der medizinischen Drogenrehabilitation hin.

### 6. Literatur

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.) (2008). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Stand: 23.07.2008. www.dhs.de.

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

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2011). Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht), Version 1.0. Düsseldorf.

Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A., Schwehm, H. (2007). Ergebnisqualität in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese). Teil I: Einführung in die Thematik, Untersuchungsdesign und Behandlungseffekte. Sucht Aktuell 14/I, 41-47.

Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A., Schwehm, H. (2007). Ergebnisqualität in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese). Teil II: Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese. Sucht Aktuell 14/II, 37-46.

Fischer, M., Garbe, D., Weissinger, V., Missel, P., Bange, S., Stehr, M., Kemmann, D. (2012). Effektivität der stationären abstinentenorientierten Drogenrehabilitation FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell 19/03.12, 42-45.

### Autoren:

Martina Fischer, Leitende Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, AHG Kliniken Daun Altburg

Dietmar Kemmann, Leitender Psychologe, Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH – Medizinische Rehabilitation Sucht

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

Manuela Dewitz, Therapeutische Leitung, Psychologische Psychotherapeutin, Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V.

PD Dr. Hansjürgen Kunert, Leitender Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, AHG Klinik Am Waldsee

Ingo Susemihl, Leitender Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, AHG Klinik Mecklenburg

Rudolf Bachmeier, Dipl.-Phys., Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung, Johannesbad Holding AG & Co.KG, Bad Füssing

Peter Missel, Leitender Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, AHG Kliniken Daun Am Rosenberg

### Korrespondenzadresse:

Martina Fischer  
Leitende Psychologin  
AHG Kliniken Daun  
Altburg  
54552 Schalkenmehren

## Literaturhinweise

### **Smith, D.: Affe im Kopf – Mein Leben mit der Angst, Bern, ISBN: 978-3-456-85300-0, 19,95 €**

Die Geschichte des Autors behandelt ein grundlegendes Leiden unserer Zeit – chronische Angst. Er leistet damit einen wertvollen Beitrag für alle, die selbst von der Krankheit betroffen sind oder betroffene Angehörige haben. Anhand verschiedener Episoden seiner Angst hilft er, die dunkle Seite dieser Störung zu verstehen. Er beschreibt dies mit Weisheit, Aufrichtigkeit und einem herzhaften Humor. Das Buch endet mit einem hoffnungsvollen Ausblick, dank der erfolgreichen therapeutischen Behandlung des Autors.

### **Knuf, A., Hammer, M. (Hg.): Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, Köln 2013, ISBN: 978-3-88414-550-0, 39,95 €**

Das Buch befasst sich speziell mit der Anwendung des Achtsamkeitskonzepts für den psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Bereich. Es geht somit um die Methodik und praktische Umsetzung in verschiedenen psychiatrischen Arbeitsfeldern. Im Fokus stehen sowohl die Haltung professioneller Tätiger wie auch das Konzept als therapeutische Strategie bei verschiedenen Klientengruppen. Die 13 Beiträge befassen sich beispielsweise mit Themen wie:

- Grundlagen von Achtsamkeitskonzepten
- Achtsamerhaltung psychiatrisch Tätiger
- Achtsamkeitsprozesse und Werteorientierung in der Behandlung von traumatisierten Menschen
- Achtsamkeitsorientierung bei Psychosen
- Achtsamkeitstherapie bei Substanzabhängigkeiten

- Implementierung von Achtsamkeit im Team einer Psychotherapiestation
- Empirische Ergebnisse zur Achtsamkeit
- Mechanismen der Achtsamkeit: Eine Betrachtung aus konzeptuelle und neuro-naler Perspektiven.

Zahlreiche Fallbeispiele und der störungsspezifische Aufbau der Kapitel machen das Buch zu einer spannenden Lektüre für in der Versorgung und Therapie Tätige.

### **Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hg.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen – Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen, Stuttgart 2014, ISBN: 978-3-17-022491-9, 39,90 €**

In diesem Sammelband werden die häufig auftretenden Komorbiditäten von Suchterkrankungen mit anderen psychischen Störungen systematisch beschrieben. Im ersten allgemeinen Teil werden Grundlagen der Komorbidität, wie etwa theoretische Modelle, psychodynamische Aspekte, neuropsychiatrische Grundlagen und therapeutische Grundprinzipien dargestellt. Im zweiten Teil geht es um bestimmte psychische Störungen mit komorbid auftretenden Suchterkrankungen. Hierbei werden behandelt

- Psychische Störungen und komorbide Suchterkrankungen
- posttraumatische Belastungsstörung und komorbide Suchterkrankungen
- ADHS und komorbide Suchterkrankungen
- Persönlichkeitsstörung und komorbide Suchterkrankungen.

In einem weiteren Teil geht es um Suchterkrankungen mit häufig komorbid vorkommenden psychischen Störungen. Die

Beiträge befassen sich beispielsweise mit Alkoholabhängigkeit, Tabakabhängigkeit, Kokainabhängigkeit, Opiatabhängigkeit, Cannabisabhängigkeit und komorbiden psychischen Störungen. Das Buch richtet sich an alle Berufsgruppen die in der Klinik oder Praxis mit psychischen Störungen und Suchterkrankungen konfrontiert sind. Es ist aber auch für interessierte Laien geschrieben. Es zeigt, dass die Zusammenhänge zwischen Sucht und den komorbiden psychischen Störungen komplex und keinesfalls unidirektional zu verstehen sind. Wichtig ist, beide Störungsbilder zu kennen und korrekt zu diagnostizieren sowie integrierte Behandlungsansätze vorzuhalten.

### **Finzen, A.: Stigma psychische Krankheit – Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen, Köln 2013, ISBN: 978-3-88414-575-3, 19,95 €**

Psychische Krankheiten sind immer noch ein Tabu. Nach wie vor leiden Menschen mit psychischen Störungen unter Vorurteilen und Schuldzuweisungen sowie der Diskriminierung und Stigmatisierung. Das Buch will Hintergründe von Vorurteilsbildung, Diskriminierung und Stigmatisierung ausleuchten und Ansätze der Anti-Stigmaarbeit vorstellen. Es soll Betroffenen und Mitbetroffenen, den in der Psychiatrie Tätigen und zugewandten Teilen der Öffentlichkeit zeigen, wo und wie Strategien zum Umgang mit der Stigmatisierung ansetzen müssen und können. Das Buch leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Antistigma-Kompetenz, denn es vermittelt tragende Konzepte der Selbsthilfe, der Psychoinformation und -edukation sowie des Stigmamanagements als Mittel gegen die Macht von Vorurteilen und Schuldzuweisungen.