

# Effektivität der Ganztägig Ambulanten Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger

Bernd Schneider, Sabine Knuth, Rudolf Bachmeier, Sven Beyer, Marie-Louise Deichler, Wilma Funke, Dieter Garbe, Franz Herder, Stephan Kersting, Bertram Klitscher, Thomas Laab, Jens Medenwaldt, Peter Missel, Petra Rilck, Bernhard Schneider, Anne Trösken, Rainer Verstege, Volker Weissinger, Nikolaus Lange

Die Durchführung katamnesticer Untersuchungen ist ein wesentlicher Bestandteil interner und externer Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. Über die Erhebung, Auswertung und Interpretation katamnesticer Daten kann die Wirtschaftlichkeit und Effektivität der durchgeführten Maßnahmen nachgewiesen und gegenüber den jeweiligen Auftraggebern und gesamtgesellschaftlich belegt werden, dass es sich um eine sinnvolle gesundheitsbezogene Investition handelt. Im Rahmen der internen Qualitätssicherung dienen Katamnesen dazu, die konzeptionell postulierte und erwartete Wirkweise der medizinischen Rehabilitation über das Behandlungsende hinaus bis 1 Jahr danach zu verfolgen und deren Effekte in Bezug auf die Suchtmittelabstinenz und darüber hinaus für die persönliche, soziale und berufliche Entwicklung zu überprüfen.

Die Überprüfung der Wirksamkeit der Entwöhnungsbehandlung im Rahmen der Katamnesen ist aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) ein wichtiges Qualitätskriterium (Missel, 2007), das ergänzt wird durch weitere Daten, die beispielsweise im Zusammenhang mit den externen Qualitätssicherungsprogrammen der Leistungsträger (z. B. Patientenbefragungen) erhoben werden.

Mit der hier vorgelegten zweiten einrichtungsübergreifenden Katamnese im Bereich der Ganztägig Ambulanten Rehabilitation Sucht werden die Qualitätsstandards des FVS auch für diesen Bereich der medizinischen Rehabilitation umgesetzt. Der Fachverband Sucht e.V. kann insgesamt auf eine langjährige und in der Bundesrepublik Deutschland einzigartige Erfahrung im Bereich der einrichtungsübergreifenden Katamnesen zurückgreifen (vgl. Missel et al. 1997, Missel, 2007). Er übernimmt auch im Bereich der Ganztägig Ambulanten Rehabilitation, ähnlich wie im stationären und ambulanten Bereich, eine Vorreiterrolle in der konsequenten Umsetzung dieses Qualitätsstandards.

Die Darstellung der katamnesticen Daten in diesem Artikel knüpft nahtlos an die ein-

richtungsübergreifende Zusammenstellung der Basisdokumentationsdaten für die Ganztägig Ambulante Rehabilitation an (vgl. Schneider & Knuth, 2009, 2010, 2011). Aufgegriffen und als Referenzdaten herangezogen werden darüber hinaus die Ergebnisse der ersten einrichtungsübergreifenden Katamnese ganztägig ambulanter Mitgliedseinrichtungen des FVS (Entlassjahrganges 2008).

In die aktuelle Auswertung sind die Datensätze der Tagesrehabilitation der Fachklinik Alte Ölmühle Magdeburg und die AHG Tagesklinken Koblenz, Nürnberg und Stuttgart einbezogen. Entsprechend der Qualitätsvorgaben des FVS wurden nur die Datensätze aus Einrichtungen berücksichtigt, deren katamnestiche Rücklaufquote mindestens 45% betrug.

Die nachfolgende Darstellung der Katamnesedaten der Ganztägig Ambulanten Rehabilitation ist weitgehend parallel zu denjenigen von stationären und ambulanten Behandlungseinrichtungen angelegt. Augenfällig sind – insbesondere in Bezug auf die stationären Daten – die noch geringe Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen und daraus folgend die deutlich geringeren Fallzahlen insgesamt (Missel et al. 2011, siehe auch Beiträge in diesem Band). Hier wird deutlich, dass die Ganztägig Ambulante Rehabilitation als Behandlungssetting in ihrer quantitativen Bedeutung für die Rehabilitation Suchtkranker noch eine vergleichsweise geringere Rolle spielt. Von daher ist es von besonderer Bedeutung, einrichtungsübergreifende Untersuchungen zur Wirksamkeit dieses Behandlungsansatzes zu liefern und diese kontinuierlich fortzuführen. Verbunden damit ist auch die Zielsetzung, die inhaltlichen und qualitativen Akzentuierungen der Ganztägig Ambulanten Rehabilitation Sucht herauszustreichen.

## Untersuchungsdesign

Die Katamnesen des Fachverbandes Sucht werden als Totalerhebung eines gesamten Entlassjahrganges durchgeführt. D.h., in die

Datenerhebung werden alle Patienten einbezogen, die unabhängig von der jeweiligen Entlassart ihre Behandlung in der Einrichtung beendet haben. An der hier beschriebenen Katamnese des Entlassjahrganges 2009 beteiligten sich insgesamt vier tagesrehabilitative Einrichtungen des Fachverbandes Sucht. In die vorherige Auswertung des Entlassjahrganges 2008 sind die Daten von 5 Einrichtungen eingegangen.

In allen beteiligten Einrichtungen wird nach rehabilitationswissenschaftlich fundierten Behandlungskonzepten gearbeitet. Die jeweiligen Maßnahmen werden patientenorientiert und störungsspezifisch geplant und durchgeführt, die Behandlungsdauer liegt in der Regel zwischen 4 und 26 Wochen.

Die Durchführung der Ein-Jahres-Katamnese orientierte sich an den Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen und den Dokumentationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1985, 1992, 2001). Alle im Jahr 2009 entlassenen Patienten wurden 12 Monate nach Beendigung ihrer Entwöhnungsbehandlung im Rahmen eines gleitenden Schemas angeschrieben mit der Bitte, den beigefügten Katamnesebogen ausgefüllt zurückzusenden. Wenn der Bogen nicht zurückkam, folgten Erinnerungsschreiben nach einer, drei bzw. 6 Wochen. In die Auswertung der Katamnese gingen folgende Erhebungsinstrumente mit ein:

- Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates 2007)
- Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates 2007) mit dazugehörigem Protokollbogen zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamnese-rücklaufes.

Die genannten Erhebungsinstrumente berücksichtigen auch den überarbeiteten Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen

Merkmal	Kategorie	Kein Katamneseantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N=115		N=164		N=279	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Geschlecht</b>	männlich	74	64,3%	108	65,9%	182	65,2%
	weiblich	41	35,7%	56	34,1%	97	34,8%
<b>Altersgruppe</b>	Bis 40	39	33,9%	36	22,0%	75	26,9%
	Über 40	76	66,1%	128	78,0%	204	73,1%
<b>Familienstand bei Aufnahme</b>	Nicht verheiratet	85	73,9%	116	70,7%	201	72,0%
	Verheiratet	30	26,1%	47	28,7%	77	27,6%
	Keine Angabe			1	0,6 %	1	0,4 %
<b>Partnerbeziehung bei Aufnahme</b>	Keine feste Beziehung	38	33,0%	42	25,6%	80	28,7%
	Feste Beziehung	43	37,4%	67	40,9%	110	39,4%
	Keine Angabe	34	29,6 %	55	33,5 %	89	31,9 %
<b>Höchster Schulabschluss</b>	Kein Schulabschluss	2	1,7%	4	2,4%	6	2,2%
	Sonder-/ Hauptschulabschluss	36	31,3%	45	27,4%	81	29,0%
	Realschulabschluss und höher	47	40,9%	69	42,1%	116	41,6%
	Sonstiger Abschluss						
	Keine Angabe	30	26,1 %	46	28,0 %	76	27,2 %
<b>Erwerbstätigkeit bei Aufnahme</b>	Erwerbstätig	51	44,3%	97	59,1%	148	53,0%
	Erwerbslos	48	41,7%	49	29,9%	97	34,8%
	Nicht erwerbstätig	16	13,9%	18	11,0%	34	12,2%
<b>Vermittlung</b>	Keine / Selbstmelder	1	0,9%	2	1,2%	3	1,1%
	Arbeitgeber, Betrieb, Schule	1	0,9%	1	0,6%	2	0,7%
	Niederschwellige Einrichtung			1	0,6%	1	0,4%
	Suchtberatungs- / behandlungsstelle, Fachambulanz	91	79,1%	138	84,1%	229	82,1%
	Institutsambulanz	3	2,6%	4	2,4%	7	2,5%
	Krankenhaus, Krankenhausabteilung	4	3,5%	3	1,8%	7	2,5%
	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	11	9,6%	10	6,1%	21	7,5%
	Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	3	2,6%	3	1,8%	6	2,2%
	Kosten-, Leistungsträger	1	0,9%	1	0,6%	2	0,7%
	Sonstige			1	0,6%	1	0,4%
<b>Leistungsträger</b>	Rentenversicherung	95	82,6%	140	85,4%	235	84,2%
	Krankenversicherung	16	13,9%	16	9,8%	32	11,5%
	Sozial- / Jugendhilfe	2	1,7%	5	3,0%	7	2,5%
	Selbstzahler	1	0,9%	3	1,8%	4	1,4%
	Sonstige	1	0,9%			1	0,4%
<b>Hauptsuchtmittel- diagnose zusammen- gefasst</b>	Alkohol	113	98,3%	162	98,8%	275	98,6%
	Cannabis			1	0,6%	1	0,4%
	Sedativa, Hypnotika	1	0,9%	1	0,6%	2	0,7%
	and. Psychotrope Subst.	1	0,9%			1	0,4%
<b>Anzahl Entgiftungen</b>	Keine	54	47,0%	76	46,3%	130	46,6%
	Eine odere mehrere	61	53,0%	88	53,7%	149	53,4%
<b>Anzahl ambulanter Entwöhnungen</b>	Keine	111	96,5%	158	96,3%	269	96,4%
	Eine oder mehrere	4	3,5%	6	3,7%	10	3,6%
<b>Art der Beendigung</b>	Planmäßig	95	82,6%	155	94,5%	250	89,6%
	Abbruch durch Patienten	15	13,0%	5	3,0%	20	7,2%
	Abbruch durch Einrichtung	5	4,3%	2	1,2%	7	2,5%
	Verlegt			2	1,2%	2	0,7%

(DHS 2008). In diesem aktualisierten Deutschen Kerndatensatz wird das ursprünglich verwandte Kriterium für „abstinenter nach Rückfall“ von mind. 3-monatiger durchgängiger Abstinenz zum Befragungszeitpunkt auf mind. 30 Tage zum Befragungszeitpunkt reduziert. Als „abstinenter“ wurden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol oder zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als „abstinenter nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer vor dem Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage (neues Kriterium) bzw. drei Monate durchgängig abstinenter (altes Kriterium) war. Als „rückfällig“ galten alle anderen Personen, einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben. Die Daten wurden von den beteiligten Einrichtungen dem Fachverband Sucht e.V. jeweils in Form eines Datensatzes pro Patient in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt, die statistische Aufarbeitung erfolgte durch Redline DATA, Ahrensbrök. Von Redline Data wurden die aufgearbeiteten Daten an das Autorenteam übergeben und dort weiter ausgearbeitet und beschrieben.

### Beschreibung der Stichprobe

In den beteiligten Kliniken wurden vom 1.1.2009 bis zum 31.12.2009 insgesamt 279 Patienten entlassen. Die Anzahl der Datensätze aus dem Jahr 2008 lag mit 285 nur geringfügig über der aktuellen Erhebung. Die soziodemographischen Daten sowie die Angaben zur Behandlung und zum Aufnahme- und Entlassstatus wurden mit der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2007) erfasst und sind in Tabelle 1 dargestellt. Diese verdeutlicht jeweils die absoluten als auch relativen Häufigkeiten der Gesamtstichprobe und stellt die Katamneseantworter den Nichtantwortern gegenüber. Tabelle 2 berichtet auf gleiche Weise Mittelwerte bezüglich des Alters bei Aufnahme sowie der Abhängigkeits- und Behandlungsdauer. Letztere wird nochmals untergliedert in die Behandlungsdauer aller Patienten gegenüber der Behandlungsdauer der Patienten mit planmäßiger Entlassung.

### Patientenmerkmale

Im Hinblick auf das Geschlecht waren 65,2% der Gesamtstichprobe männlichen sowie 34,8% weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 46,6 ( $\pm 9,6$ ) Jahre, 73,1% der Patienten gehörten der Altersgruppe „über 40“ an. 27,6% der Patienten gaben an, verheiratet zu sein sowie 39,4% sich in einer festen Beziehung zu befinden.

Hinsichtlich des Schulabschlusses gaben 41,6% an, eine Real- oder höhere Schule erfolgreich absolviert zu haben sowie 29% die Sonder- oder Hauptschule. 2,2% der Personen waren ohne einen Schulabschluss.

In Bezug auf die Erwerbstätigkeit am Tag der Aufnahme gaben 53% an, erwerbstätig zu sein, 34,8% seien arbeitslos gemeldet gewesen sowie 12,2% nicht erwerbstätig.

In 84,2% der Fälle übernahmen die Rentenversicherungsträger die Kosten der Behandlung. 11,5% der Behandlungen wurden von Krankenkassen übernommen und 2,5% von der Sozial- bzw. Jugendhilfe finanziert. 1,4% der Patienten waren Selbstzahler.

### Behandlungsmerkmale

Nach ICD-10 lag bei 98,6% der Patienten die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit vor.

Als primär cannabisabhängig wurden 0,4% eingeschätzt. Die Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika wurde bei 0,7% der Patienten festgestellt. Für die verbleibenden 0,4% ist von einer multiplen Substanzabhängigkeit auszugehen.

Die mittlere Abhängigkeitsdauer, welche von den Behandlern zu Beginn der jeweiligen Therapiemaßnahme erfragt wurde, wurde mit 10,6 ( $\pm 13,1$ ) Jahren angegeben. Die Mehrheit aller in 2009 aus einer tagesrehabilitativen Einrichtung entlassenen Patienten absolvierte eine 12-wöchige Therapie. In Tagen betrug die mittlere Behandlungsdauer 72,2 Tage ( $\pm 27,1$ ). 89,6% der Patienten beendeten die tagesrehabilitativen Maßnahmen planmäßig, 10,4% nicht planmäßig.

### Vergleich der Gesamtstichprobe mit der Stichprobe der Katamneseantworter

Vergleicht man die Stichprobe derer, die die Katamneseantworter zur Verfügung stellten (s. Tabelle 1 und 2) mit denen, ohne Rücklauf (s. ebda), ist festzustellen, dass eher ältere Patienten (78% vs. 66,1%) und häufiger die verheirateten (28,7% vs. 26,1%) oder in festen Beziehungen lebenden Patienten (40,9% vs. 37,4%) antworteten. Des Weiteren gehören auch eher Patienten mit höhe-

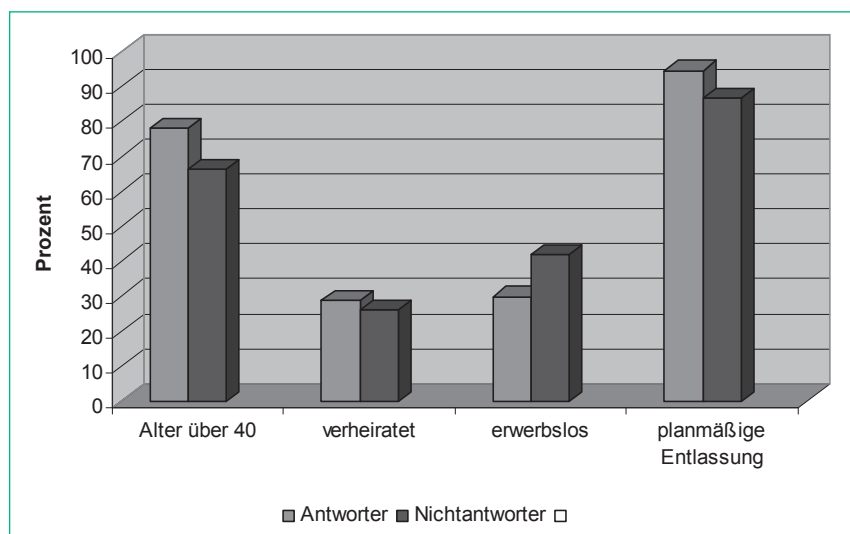


Abb. 1: Ausgewählte Unterschiede zwischen Antwortern und Nichtantwortern

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

Merkmale	Kein Katamneseantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
	N=115		N=164		N=279	
	Mittelwert	Standardabw.	Mittelwert	Standardabw.	Mittelwert	Standardabw.
Alter bei Aufnahme	45,4	10,4	47,5	8,9	46,6	9,6
Abhängigkeitsdauer (in Jahren)	9,9	13,2	11	13,1	10,6	13,1
Behandlungsdauer (in Tagen)	62,4	31,9	71,4	27,9	67,7	29,9
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung	69,6	27	73,8	26,5	72,2	27,1

rem Bildungsabschluss (42,1% vs. 40,9%) zu den Katamneseantwortern. Deutlich sind die Unterschiede für die Erwerbstätigkeit. Unter den Katamneseantwortern findet sich ein Anteil von 59,1% Erwerbstätigen, während diese bei den Nichtantwortern 44,3% beträgt. Bei den Erwerbslosen betragen die jeweiligen Anteile bei den Katamneseantwortern 29,9% und bei den Nichtantwortern 41,7%. Günstig auf das Antwortverhalten wirkten sich außerdem die Behandlungsdauer sowie die Planmäßigkeit der Entlassung aus. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Katamneseantworter liegt bei 71,4 Tagen, während die Behandlung der Nicht – Antwortern nur durchschnittlich 62,4 Tage dauerte. Die Prozentzahlen der planmäßigen Entlassungen divergieren von 94,5% zu 82,6% zu Gunsten der Antworter. Die Unterschiede in der Geschlechtsvariable sind mit 65,9% zu 64,3% offensichtlich weniger bedeutsam für das Antwortverhalten. (vgl. auch Abbildung 1). Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Katamneseantworter etwas günstigere Ausgangsbedingungen aufweisen als die Nichtantworter.

### Katamneseergebnisse

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse zum Datenrücklauf dargestellt. Die Rücklaufquote betrug 54,5%. Damit ist der Rücklauf des Entlassjahrganges 2009 um fast 10% niedriger als der des Entlassjahrganges 2008 (Rücklaufquote 63,2, vgl. Schneider et al. 2011). Von den Personen, die geantwortet hatten, gaben 33,3% an, abstinent zu sein, 9,7% waren abstinent nach Rückfall (Kriterium 30 Tage), 11,5% berichteten, sich im Rückfall zu befinden. Der Bezug des Kriteriums „abstinent nach Rückfall“ auf drei Monate oder 30 Tage macht nur bei einer Person einen Unterschied und kann daher in diesem Datensatz vernachlässigt werden. Die Ant-

Tab. 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

	Anzahl	Prozent
Abstinent	93	33,3%
Abstinent nach Rückfall (Abstinenzstufung 30 Tage / 3 Monate)	27 / 26	9,7% / 9,3 %
Rückfällig (Abstinenzstufung 30 Tage / 3 Monate)	32 / 33	11,5% / 11,8 %
Antwort, aber keine Angaben zur Abstinenz	12	4,3 %
Verweigert	36	12,9%
Verstorben	5	1,8%
Unbekannt verzogen	33	11,8%
Unfähig zur Beantwortung	0	0,0%
Sonstiges	41	14,7 %
<b>Gesamt</b>	<b>279</b>	<b>100,0%</b>

wort verweigert hatten 12,9%. Im Katamnesezeitraum verstorben waren 5 Patienten (1,8%). In 11,8% der Fälle kamen die Befragungen mit dem Vermerk „unbekannt verzogen“ zurück. In 19% der Fälle lagen keine Daten vor. Im Vergleich zu den Ergebnissen des Entlassjahrganges 2008 (vgl. Schneider et al. 2011) fallen zunächst die großen Übereinstimmungen auf, die sich insbesondere auf die Kategorie „abstinent“ beziehen. In beiden Entlassjahrgängen geben 33,3% der Gesamtstichprobe an, seit Behandlungsende durchgehend abstinent gelebt zu haben. Unterschiede gibt es wie oben bereits beschrieben in der Rücklaufquote sowie in der Abstinenzstufung „abstinent nach Rückfall“. Bei kaum unterschiedlicher Gesamtpatientenzahl von 285 (2008) zu 279 (2009) haben 2009 nur noch 164 Personen geantwortet während es 2008 noch 180 waren. Aus dem Entlassjahrgang 2009 geben nur noch 9,7% an, „nach Rückfall“ wieder abstinent zu leben. Im Entlassjahrgang 2008 waren dies noch 14,7%.

### Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese

Wie Tabelle 4 zu entnehmen ist, hat sich die Zahl der verheirateten Patienten beim Ver-

gleich von Therapiebeginn und Katamnesezeitpunkt auf 42,1% drastisch erhöht. Die Zahl der Erwerbstätigen ist gesunken (59,1% zu 44,5%), die Erwerbslosigkeit hat leicht zugenommen (29,9% zu 31,1%) während die Zahl der Nicht-Erwerbstätigen deutlich gestiegen ist. Offensichtlich ist die Zeit der Rehabilitation und danach für die weitere Erwerbstätigkeit eine kritische Phase, und ein Teil der Patienten scheidet aus der Erwerbstätigkeit zum Katamnesezeitpunkt aus. Bezogen auf diejenigen, von denen Daten zur Arbeitsfähigkeit auch zum Katamnesezeitpunkt vorliegen, ist ein leichter Rückgang der Arbeitsunfähigkeit feststellbar (56,1% zu 53,7% zum Behandlungsbeginn, 53,7% zum Katamnesezeitpunkt). Besonders erfreulich ist diese Entwicklung für die Arbeitsunfähigkeit in der Kategorie „kürzer als drei Monate“ (13,4% zu 7,9%).

Hinsichtlich des Besuchs von Selbsthilfegruppen geben 26,8% der Katamneseantworter an, keine Gruppe besucht zu haben. 32,3% besuchten während des gesamten Zeitraums eine Selbsthilfegruppe, 14,6% mindestens ein halbes Jahr und 20,7% weniger als ein halbes Jahr. Keine Angaben liegen für 5,5% vor.

Neben der Dauer der Besuche liegen auch Zahlen bezüglich der Frequenz vor. Hierzu

Tab. 4: Vergleich der Daten der Katamneseantworter zu Behandlungsbeginn und zum Katamnesezeitpunkt

Merkmal	Kategorie	Katamneseantworter			
		N=164			
		Katamnesezeitpunkt		Behandlungsbeginn	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Familienstand	Nicht verheiratet	89	54,3%	116	70,7%
	Verheiratet	69	42,1%	47	28,7%
	Keine Angaben	6	3,7%	1	0,6%
Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig	73	44,5%	97	59,1%
	Erwerbslos	51	31,1%	49	29,9%
	Nicht erwerbstätig	33	20,1%	18	11,0%
	Keine Angaben	7	4,3%	0	0,0%
Arbeitsunfähigkeit im Katamnesezeitraum	Keine AU	88	53,7%	92	56,1%
	< 3 Monate	13	7,9%	22	13,4%
	< 6 Monate	9	5,5%	14	8,5%
	> 6 Monate	9	5,5%	2	1,2%
	Keine Angaben	45	27,4%	34	20,7%
Selbsthilfegruppenbesuch	nein, keine SHG besucht	44	26,8%		
	ja, während des gesamten Zeitraums	53	32,3%		
	ja, mindestens 1/2 Jahr	24	14,6%		
	ja, aber weniger als 1/2 Jahr	34	20,7%		
	Keine Angaben	9	5,5%		
Häufigkeit des Selbsthilfegruppenbesuchs	unter einmal pro Monat	38	23,2%		
	ein bis dreimal pro Monat	62	37,8%		
	wöchentlich	0	0,0%		
	Keine Angaben	64	39,0%		

haben 61% der Antworter entsprechende Auskünfte gegeben. Mit 37,8% besucht die Mehrheit der Katamneseantworter, die eine Selbsthilfegruppe aufsucht, diese ein- bis dreimal im Monat.

### Abstinenzquoten

In Tabelle 5 sind die Ergebnisse der Bewertungsarten 1-4 der DGSS inklusive der verstorbenen Patienten dargestellt.

Die in der Regel günstigste Berechnungsform 1 bezieht alle Katamneseantworter ein, die planmäßig entlassen worden sind. In der Berechnungsform 2 werden alle planmäßig entlassenen Patienten einbezogen. Die Berechnungsform 3 berücksichtigt jeweils nur die Personen, die ihren Katamnesebogen zur Verfügung stellten, unabhängig von der Entlassart. In der Berechnungsform 4 sind alle in 2009 entlassenen Patienten enthalten. Personen, für die keine Information vorliegt, werden hier jeweils als rückfällig eingestuft.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe (DGSS 4) ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 43%, wovon 9,7% „abstinent nach Rückfall“ sind. 57,0% geben an, rückfällig zu sein bzw. werden wegen fehlender oder widersprüchlicher Daten als rückfällig gewertet.

In der Berechnungsform 1 (Katamneseantworter mit planmäßiger Entlassung) liegt

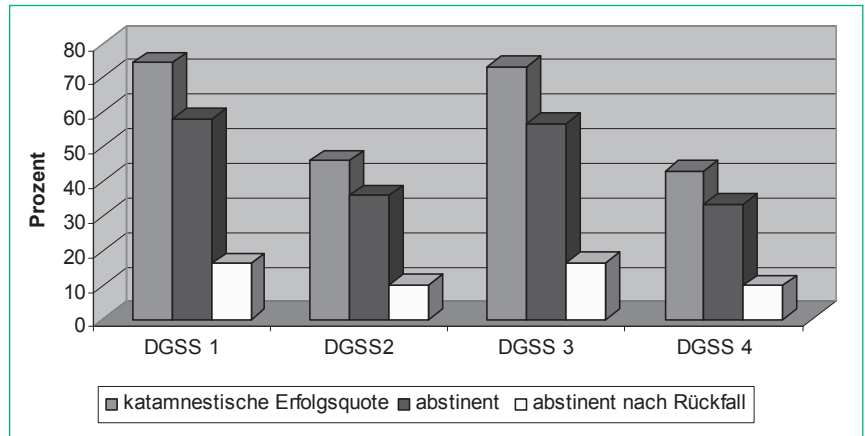


Abb. 2: Abstinenzquoten nach DGSS 1-4

eine katamnestiche Erfolgsquote von 74,2% vor, wovon 16,1% „abstinent nach Rückfall“ waren. 25,8% der Antworter gaben an, rückfällig zu sein (vgl. auch Abbildung 2).

Im Vergleich zu dem Entlassjahrgang 2008 liegen die katamnestiche Erfolgsquoten 2009 niedriger. Für DGSS 4 betragen die Unterschiede 43,0% (2009) zu 48,1% (2008). Hierfür dürfte insbesondere der geringere Rücklauf für den Entlassjahrgang 2009 verantwortlich sein (siehe oben). Die niedrigere katamnestiche Erfolgsquote in DGSS 1 (74,2% vs. 78,9%) ist v.a. den niedrigen Werten „abstinent nach Rückfall“ (16,1% vs.

21,7%) zuzuschreiben. Die Zahl der ohne Unterbrechung „Abstinenten“ liegt für 2009 sogar mit 58,1% etwas höher gegenüber 57,2% für den Entlassjahrgang 2008.

### Katamnestiche Erfolgsquoten nach DGSS 1-4 nach Geschlecht und Behandlungsdauern

Die katamnestiche Erfolgsquoten sind bei den männlichen Teilnehmern höher als bei den weiblichen (vgl. Tab. 6): Nach DGSS 4 werden 45,1% der Männer als „abstinent“ bzw. „abstinent nach Rückfall“ bewertet vs. 39,2% der Frauen. Nach DGSS 1 betragen

Tab. 5: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (abstinent nach Rückfall 30 Tage)

	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	115	74,2%	115	46,0%	120	73,2%	120	43,0%
Abstinent	90	58,1%	90	36,0%	93	56,7%	93	33,3%
Abstinent nach Rückfall	25	16,1%	25	10,0%	27	16,5%	27	9,7%
Rückfällig	40	25,8%	135	54,0%	44	26,8%	159	57,0%
Gesamt	155		250		164		279	

Tab. 6: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 nach Geschlecht

	DGSS 1				DGSS 2			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	77	77,0%	38	69,1%	77	47,8%	38	42,7%
Abstinent	60	60,0%	30	54,5%	60	37,3%	30	33,7%
Abstinent nach Rückfall	17	17,0%	8	14,5%	17	10,6%	8	9,0%
Rückfällig	23	23,0%	17	30,9%	84	52,2%	51	57,3%
Gesamt	100		55		161		89	

	DGSS 3				DGSS 4			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	82	75,9%	38	67,9%	82	45,1%	38	39,2%
Abstinent	63	58,3%	30	53,6%	63	34,6%	30	30,9%
Abstinent nach Rückfall	19	17,6%	8	14,3%	19	10,4%	8	8,2%
Rückfällig	26	24,1%	18	32,1%	100	54,9%	59	60,8%
Gesamt	108		56		182		97	

die Quoten 77,0% vs. 69,1%. Damit unterscheiden sich diese geschlechtsspezifischen Ergebnisse der aktuellen Erhebung für 2009 von den Ergebnissen für die Patienten aus dem Jahr 2008. Damals erzielten die Frauen bessere Ergebnisse. Die entsprechenden Quoten für DGSS 4 lagen bei 53,1% zu 45,5% und für DGSS 1 bei 86,2% zu 75% jeweils zu Gunsten der Frauen. Interessant ist hier, dass die Unterschiede v. a. in der Kategorie „abstinente nach Rückfall“ aufgetreten sind. Hier unterschieden sich Männer und Frauen des Entlassjahrganges 2008 in DGSS 4 mit 11,8% vs. 20,4% und in DGSS 1 mit 16,7% vs. 31%.

Aufgrund der doch teilweise sehr geringen Zellenbesetzungen zwischen 8 und 19 Patienten gerade in der Kategorie „abstinente nach Rückfall“ sind diese Prozentzahlen allerdings nur mit Zurückhaltung zu interpretieren. Die inkonsistente Befundlage der beiden Entlassjahrgänge erschweren zudem mögliche Erklärungen.

In Tabelle 7 ist der Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und Abhängigkeit der Behandlungsdauer dargestellt. Dabei wurden drei Behandlungszeiträume unterschieden: „bis 12 Wochen“, „über 12 bis 16 Wochen“ und „über 16 Wochen“.

Die Zahlen weisen darauf hin, dass die Behandlungsdauer einen Einfluss auf den Erfolg der Rehabilitationsbehandlung hat. Offensichtlich erzielen Patienten mit einer Behandlungsdauer zwischen 12 und 16 Wochen die höchsten Abstinenzquoten. Die Erfolgsquoten für die Berechnungsform DGSS 4 sind: 39,5% bei „bis 12 Wochen“, 55,7% bei „über 12 bis 16 Wochen“ und 33,3% bei „über 16 Wochen“. Für DGSS 1 lauten die Erfolgsquoten wie folgt: 69,6% bei „bis 12 Wochen“, 89,5% bei „über 12 bis 16 Wochen“ und 50,0% bei „über 16 Wochen“.

Vergleicht man die Daten bezüglich der Kriterien „abstinente“ und „abstinente nach Rückfall“, so zeigt sich, dass die günstigeren Zahlen in der Behandlungszeit „über 12 bis 16 Wochen“ auf die Kategorie „abstinente“ und nicht „abstinente nach Rückfall“ zurückzuführen sind. Somit profitieren insbesondere die „Abstinenten“ von der längeren Behandlungsdauer. Es scheint jedoch tendenziell keinen zusätzlichen Gewinn bezüglich der Fähigkeit, einen Rückfall zu bewältigen, zu geben. Die Zahlen in der Kategorie „über 16 Wochen“ sind wegen der weiter oben schon angesprochenen geringen Zellenbesetzungen (hier: N=1) nicht interpretierbar. Für den Entlassjahrgang 2008 fanden sich in der Kategorie „über 16 Wochen“ höhere Fallzahlen und bessere Abstinenzquoten, was auf den positiven Zusammenhang von Behandlungsdauer und Therapieerfolg für die ausgewählte Patientengruppe hinweist. Es ist allerdings grundsätzlich davon auszugehen, dass sich die länger behandelte Klientel von der kürzer

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

	DGSS 1					
	bis 12 Wochen		über 12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	80	69,6%	34	89,5%	1	50,0%
Abstinente	61	53,0%	28	73,7%	1	50,0%
Abstinente nach Rückfall	19	16,5%	6	15,8%	0	0,0%
Rückfällig	35	30,4%	4	10,5%	1	50,0%
Gesamt	115		38		2	

	DGSS 2					
	bis 12 Wochen		über 12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	80	43,0%	34	55,7%	1	33,3%
Abstinente	61	32,8%	28	45,9%	1	33,3%
Abstinente nach Rückfall	19	10,2%	6	9,8%	0	0,0%
Rückfällig	106	57,0%	27	44,3%	2	66,7%
Gesamt	186		61		3	

	DGSS 3					
	bis 12 Wochen		über 12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	85	68,5%	34	89,5%	1	50,0%
Abstinente	64	51,6%	28	73,7%	1	50,0%
Abstinente nach Rückfall	21	16,9%	6	15,8%	0	0,0%
Rückfällig	39	31,5%	4	10,5%	1	50,0%
Gesamt	124		38		2	

	DGSS 4					
	bis 12 Wochen		über 12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	85	39,5%	34	55,7%	1	33,3%
Abstinente	64	29,8%	28	45,9%	1	33,3%
Abstinente nach Rückfall	21	9,8%	6	9,8%	0	0,0%
Rückfällig	130	60,5%	27	44,3%	2	66,7%
Gesamt	215		61		3	

behandelten unterscheidet. Von daher sind Vergleiche ohne Berücksichtigung der Fallschwere nur von beschränkter Aussagekraft.

### Zum Zusammenhang von Abstinenz und sozialen, beruflichen und krankheits- und behandlungsbezogenen Merkmalen

In Tabelle 8 wird deutlich, dass neben der Behandlungsdauer auch weitere Merkmale Einfluss auf den Behandlungserfolg haben. Als Behandlungserfolg wird hier neben der dauerhaften Abstinenz auch die Rückkehr zur Abstinenz gewertet, so dass die Kategorien „abstinente“ und „abstinente nach Rückfall“ zusammengefasst wurden. Zugrunde gelegt wird hierbei – mit Ausnahme des Kri-

teriums „Behandlungsdauer“ – der Gesamtentlassjahrgang (DGSS 4).

Erfolgreicher im Hinblick auf die Abstinenz sind, wie bereits ausgeführt, Männer (45,1% vs. 39,2%), Personen in festen Partnerschaften (42,7% vs. 36,2%) und Erwerbstätige (52,0% vs. 37,1%). Außerdem wirkt sich eine kürzere Abhängigkeitsdauer (44,1% bei „bis zu 10 Jahren“ vs. 40,8% bei „über 10 Jahre“) positiv auf die Abstinenzquote aus. Bei der Anzahl der Entgiftungen erzielen Patienten mit keiner und einer Entgiftung die günstigsten Werte. Zwei und mehr Entgiftungen drücken die Abstinenzquote (43,1% keine Entgiftung vs. 48,3% eine Entgiftung vs. 39,6% zwei und mehr Entgiftungen). Das Kriterium der planmäßigen Entlassung (46,0% vs. 17,2%) sowie die längere mittlere Behandlungsdauer 55,7% „über 12 bis 16 Wochen“ vs. 43% bei „bis zu 12 Wochen“ führen ebenfalls zu besseren

Erfolgen in der Behandlung. Die Kategorie „über 16 Wochen“ bei den Behandlungszeiten kann hier, wie oben ausgeführt, wegen der geringen Zellenbesetzung nicht bewertet werden.

### Zufriedenheitseinstufungen

Im Katamnesefragebogen wurden alle angeschriebenen Patienten auch zu ihrer Lebenszufriedenheit bezüglich bestimmter Bereiche befragt, wobei sie ihre Zufriedenheit auf einer sechsstufigen Skala von 1=„sehr zufrieden“ bis 6=„sehr unzufrieden“ skalieren konnten. Ebenso bestand die Möglichkeit, „trifft nicht zu“ anzukreuzen. Tabelle 9 stellt die Ergebnisse aus diesem Teil der Katamneseuntersuchung dar.

Es zeigt sich zunächst, dass durchgehend in allen Lebensbereichen - unabhängig von dem generellen Zufriedenheitsausmaß - die abstinent lebenden Antworter zufriedener sind als diejenigen Antworter, die rückfällig geworden sind. Offensichtlich ist die Erlangung der Suchtmittelabstinenz ein Generalfaktor zur Steigerung der wahrgenommenen Lebenszufriedenheit in allen Lebensbereichen.

Die größten Differenzen in der Zufriedenheit für Abstinente und Rückfällige ergeben sich für die Kategorien „Alltagsbewältigung“ und „Suchtmittelgebrauch“ mit 51,3 bzw. 45,8 Prozentpunkten. Offensichtlich wird der Suchtmittelkonsum von Abhängigen, die eine Behandlung durchlaufen haben als generelle Beeinträchtigung des Alltagslebens wahrgenommen. Bemerkenswert ist auch, dass die Rückfälligen ihre Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit um 38,5% schlechter als die Abstinente einschätzen. Ähnlich hohe Differenzen mit 37,0%, 34,5% und 32,2% finden sich auch in den Bereichen „Freizeit“, „Finanzen“ und „Wohnen“. Eher geringe Differenzen ergeben sich für die Bereiche Partnerbeziehung, eigene Kinder sowie Straftaten. Auf den Bereich Straftaten und Delikte entfallen mit insgesamt N=24 Angaben die wenigsten Nennungen. Auch die Zufriedenheitsangaben zu den „eigenen Kindern“ fallen mit N=84 Angaben relativ gering aus und sind mit 51,2% auch in der Gesamtstichprobe eher niedrig.

Ähnlich verhält es sich mit der Zufriedenheitseinschätzung zur Partnerbeziehung (N=93 Nennungen und Gesamtzufriedenheit 56,7%). Eine mögliche vorsichtige Interpretation dieser Daten könnte die Annahme sein, dass in den Bereichen Partnerschaft und Kinder grundsätzlich eher eine niedrige Zufriedenheit besteht. Allerdings wird diese von den Abstinente (54,2%) positiver eingeschätzt als von den Rückfälligen (43,2%). Demgegenüber ergibt der Bereich „Eltern, Geschwister und Verwandte“ bei den Abstinente mit 80,8% und selbst noch bei den Rückfälligen mit 56,8% hohe

Tab. 8: Relevante Patienten- und Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg (DGSS 4)

Variable	Kategorien	alle		
		Therapieerfolg (abstinent und abstinent nach Rückfall)		
Gesamtstichprobe: N=279				
Geschlecht	Männlich	182	82	45,1%
	Weiblich	97	38	39,2%
Partnerbeziehung	Keine feste Partnerschaft	80	29	36,3%
	Feste Partnerschaft	110	47	42,7%
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	148	77	52,0%
	Erwerbslos	97	36	37,1%
	Nicht erwerbstätig	34	7	20,6%
Abhängigkeitsdauer	Bis 10 Jahre	179	79	44,1%
	Über 10 Jahre	98	40	40,8%
Entgiftungen	Keine	130	56	43,1%
	eine	58	28	48,3%
	2 und mehr	91	36	39,6%
Entlassart	Planmäßig	250	115	46,0%
	Nicht planmäßig	29	5	17,2%
Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen (DGSS 2)	Bis 12 Wochen	186	80	43,0%
	Über 12 bis 16 Wochen	61	34	55,7%
	Über 16 Wochen	3	1	33,3%

Tab. 9: Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Therapieerfolg

Zufriedenheit mit	Therapieerfolg					
	Abstinenz		Rückfall		Gesamt	
Partnerbeziehung	73	60,8%	20	45,5%	93	56,7%
Eltern, Geschwister, Verwandte	97	80,8%	25	56,8%	122	74,4%
Eigene Kinder	65	54,2%	19	43,2%	84	51,2%
Bekannte, Freunde	94	78,3%	23	52,3%	117	71,3%
Freizeitgestaltung	99	82,5%	20	45,5%	119	72,6%
Arbeitssituation	82	68,3%	19	43,2%	101	61,6%
Körperliche Gesundheit	98	81,7%	19	43,2%	117	71,3%
Seelischer Zustand	97	80,8%	23	52,3%	120	73,2%
Finanzielle Situation	77	64,2%	13	29,5%	90	54,9%
Wohnsituation	104	86,7%	24	54,5%	128	78,0%
Straftaten, Delikte	11	9,2%	13	29,5%	24	14,6%
Suchtmittelgebrauch	85	70,8%	11	25,0%	96	58,5%
Alltagsbewältigung	97	80,8%	13	29,5%	110	67,1%

Zufriedenheitswerte. Unabhängig von der Interpretation der Daten bietet sich insbesondere für den Bereich der Tagesrehabilitation an, die Angehörigen und das soziale Umfeld stärker in den therapeutischen Prozess einzubeziehen und dabei individuelle Funktionszusammenhänge zu bearbeiten und zu verbessern.

### Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

Von den Personen, die den Katamnesebogen zurückschickten, gaben 63 Personen

an, in welchem Monat ihr erster Rückfall begann. Tabelle 10 fasst das Rückfallgeschehen überblicksartig zusammen. Abbildung 3 stellt das Rückfallgeschehen grafisch dar. 26,6% der Rückfälle ereigneten sich im ersten Monat, im zweiten und dritten Monat sind es 7,8% und 15,6%. Erwartungsgemäß nimmt danach die Zahl der hinzukommenden Rückfälle ab, mit einer Ausnahme des fünften Monats (15,8%). Ähnlich wie im stationären Bereich findet die Mehrzahl der Rückfälle mit ca. 50% demnach in den ersten drei Monaten statt.

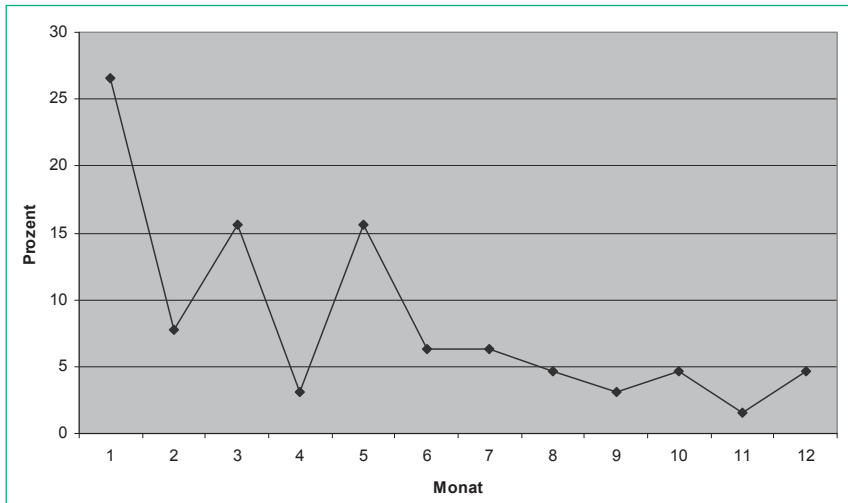


Abb. 3: Eintritt des Rückfalls nach Behandlungsende

Tab. 10: Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

Monat	Anzahl	Prozent
1	17	26,6%
2	5	7,8%
3	10	15,6%
4	2	3,1%
5	10	15,6%
6	4	6,3%
7	4	6,3%
8	3	4,7%
9	2	3,1%
10	3	4,7%
11	1	1,6%
12	3	4,7%

### Gründe für den Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Neben dem Zeitpunkt des Rückfalls konnten die betroffenen Personen auch die Gründe für den Rückfall angeben, wobei Mehrfachantworten möglich waren. In Tabelle 11 sind die Gründe dargestellt (vgl. auch Abbildung 4).

Dominiert werden die Rückfallanlässe durch negative Befindlichkeiten. Am häufigsten wurden „Depression“ (45,3%), „Frust“ (39,1%), „Langeweile“ und „Unruhe“ (mit je 37,5%) genannt. Es folgten „Stress“ und „Ärger“ mit jeweils 32,8%. „Angst“ nannten 25,0%. Positive Trinkanlässe scheinen in der Wahrnehmung der Patienten unterrepräsentiert. So wurde „Glück“ als Rückfallanlass nur zu 18,8% angeführt. In Bezug auf mögliche soziale Rückfallanlässe wurde an erster Stelle „Einsamkeit“ mit 29,7% angeführt. „Konflikte mit anderen Personen“ (18,8%), „nicht nein sagen können“ (10,9%) und „gesellschaftliche Ursachen“ (10,9%) schienen eher nicht so be-

deutsam für das Rückfallgeschehen in der Wahrnehmung der Patienten. Im Fokus zur Erklärung des Rückfallgeschehens rückten die Patienten eher abhängigkeitsbezogene Kognitionen und Empfindungen. So entfielen 32,8% der Nennungen auf die „Überzeugung, kontrolliert trinken zu können“. In 21,9% wurde das „Suchtverlangen“ zu den Rückfallursachen gezählt.

Ein Vergleich zu den Daten aus 2008 bestätigt grundsätzlich die Bedeutsamkeit der negativen Befindlichkeiten. Auch hier wurden „Ärger“ und „Frust“, die dort an erster Stelle standen eine hohe Bedeutsamkeit zugeschrieben. Allerdings wurden im Entlassjahrgang 2008 die sozialen Rückfallanlässe stärker fokussiert. So wurden beispielhaft die „Konflikte mit anderen“ mit 29,1% deutlich häufiger als im Entlassjahrgang 2009 (18,8%) angeführt. Damit wird ein weiteres Mal deutlich, dass die Befunde eines Jahrganges, insbesondere bei den hier berichteten Ergebnissen relativ kleiner Stichproben, nicht überbewertet werden dürfen und beim Zustandekommen einzelner Befunde eher stichprobenspezifische Merkmale als generelle Trends zum Vorschein kommen können.

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

Gründe für erneuten Suchtmittelkonsum	Rückfällig: N=64	
	Anzahl	Prozent
Depression	29	45,3%
Frust	25	39,1%
Langeweile	24	37,5%
Unruhe	24	37,5%
Ärger	21	32,8%
Stress	21	32,8%
Überzeugung, kontrolliert zu trinken	21	32,8%
Einsamkeit	19	29,7%
Schwierigkeiten	16	25,0%
Angst	16	25,0%
Verlangen	14	21,9%
Entzugsbeschwerden	14	21,9%
Konflikte mit Personen	12	18,8%
Glück	12	18,8%
Schlafschwierigkeiten	12	18,8%
Hemmungen	11	17,2%
Schmerzen	8	12,5%
Gesellschaft	7	10,9%
nicht nein sagen	7	10,9%
Sonstiges	4	6,3%

### Diskussion

Auch die Diskussion der für den Entlassjahrgang 2009 vorgelegten Ergebnisse muss mit Hinweis auf die vergleichsweise geringen Fallzahlen beginnen. So wurden die berichteten Ergebnisse an einer Katamnese-Stichprobe mit insgesamt 279 Patienten und 164 Antwortern gewonnen. Um die Ergebnisse einzuordnen, ist die Orientierung an Referenzgrößen hilfreich. Mögliche Referenzmaße finden sich z.B. in den Ergebnissen der Katamnese stationär behandelter Patienten. Hier hatten sich bereits in den

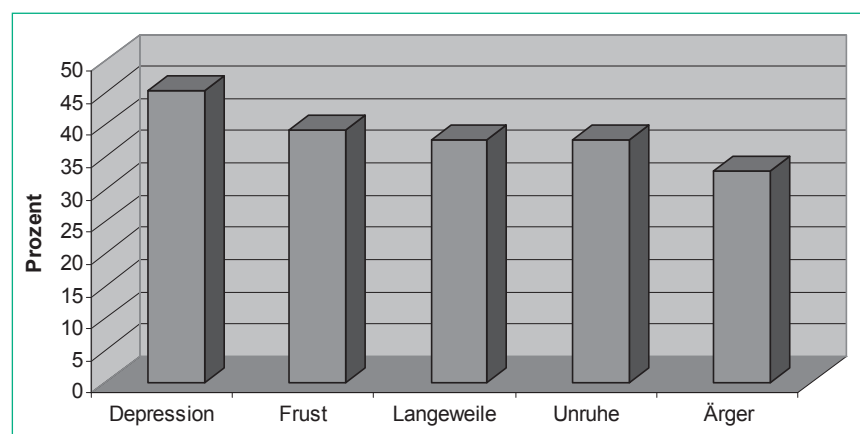


Abb. 4: Die häufigsten Rückfallanlässe



Daten der Basisdokumentation Sucht gewisse Parallelen in den soziodemographischen, patienten- und behandlungsbezogenen Daten gezeigt (vgl. Schneider & Knuth, 2011). Eine systematischere Betrachtung der Daten zeigt allerdings auch zahlreiche Unterschiede und erschwert oder verbietet sogar den Vergleich. Dennoch ist bemerkenswert, dass die Abstinenzquoten ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Abstinenzmaße DGSS 1 bis 4 aufweisen. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass auch bei den Quoten im stationären Bereich Unterschiede über die Entlassjahrgänge hinweg bestehen.

Es darf als großer Vorteil der katamenstischen Erhebungen im Ganztägig Ambulanten Bereich gewertet werden, dass mit der Katamnese des Entlassjahrganges 2009 eine zweite einrichtungsübergreifende Untersuchung vorliegt. Damit stehen auch für die Tagerehabilitation Referenzmaße innerhalb dieses Behandlungssettings zur Verfügung. Ein zweiter Blick offenbart aber auch hier, dass die Vergleiche nicht ganz unproblematisch sind. So gingen in die beiden Untersuchungen zwar Daten von drei gleichen Einrichtungen ein, die Veränderung der jeweils anderen teilnehmenden Einrichtung kann aber durchaus zu einer Beeinflussung der Ausgangsdaten geführt haben. Diese Veränderungen können z.B. durch Unterschiede der regionalen Struktur der Patienten und Einrichtungen begründet sein.

Wie die Diskussion der Ergebnisse im Text auch gezeigt hat, können Veränderungen über die Entlassjahrgänge auch der geringen Stichprobengröße zugeschrieben werden. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Besetzung von Zellen so gering ist und damit Prozentzahlen ihre Aussagekraft verlieren.

Umso robuster können über die Entlassjahrgänge stabile Befunde interpretiert werden. Dies bezieht sich z.B. auf die Abstinenzquoten, die ja auch ihre Entsprechung in den Ergebnissen der stationären Katamnesen finden. Für die Ganztägig Ambulante Rehabilitation kann bezogen auf DGSS 4 eine Abstinenzquote durchgängig Abstinenter (ohne die Kategorie „abstinent nach Rückfall“) von 33% angenommen werden. Für DGSS 1 liegt diese Quote bei 58%.

Stabile Tendenzen finden sich auch für die gefundenen positiven Prognosefaktoren zur Suchtmittelabstinenz. So erzielen planmäßig entlassene Patienten günstigere Katamneseergebnisse und längere Behandlungszeiten gehen mit höheren Abstinenzquoten einher. Bestätigung erfuhr auch der Befund, dass negative Befindlichkeiten als mögliche Rückfallursachen genannt werden und sich die meisten Rückfälle in den ersten drei Monaten nach der Behandlung ereignen.

Inkonsistente Ergebnisse finden sich beim Vergleich der beiden Entlassjahrgänge in Bezug auf die Kategorie „abstinent nach Rückfall“ unabhängig davon, ob für die Wiedererlangung der Abstinenz die 30 Tage- oder die Drei-Monatsregel zu Grunde gelegt wird. Schwer interpretierbare Befunde liegen auch für die Geschlechtsvariable vor. Hier schnitten Männer im Entlassjahrgang 2009 besser als Frauen ab, während diese Tendenz für die Patienten aus 2008 nicht zu beobachten war.

In der aktuellen katamenstischen Untersuchung ist es somit gelungen, auch für die Ganztägig Ambulante Rehabilitation nachzuweisen, dass diese Behandlungsform stabil positive Behandlungsergebnisse erzielt. Die notwendigen vertiefenden Analysen, die auch über die rein deskriptive Darstellung hinausgehen werden dann möglich sein, wenn es gelingt, die Patientenzahlen sowohl in Bezug auf die Gesamtstichprobe als auch insbesondere die der Katamneseantworter zu erhöhen. Es ist zu hoffen, dass sich über die bisher engagierten Einrichtungen weitere Anbieter ganztägig ambulanter Behandlungen dazu entschließen, routinemäßig Katamnesen durchzuführen und somit die Qualitätssicherung in diesem Bereich voran zu bringen.

**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 Kernsatz 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.) (2007). Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht), Version 1.0. Düsseldorf.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Schneider, B., Weissinger, V., Wüst, G. (2010). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrganges 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell 1, 9-20.

Missel, P. (2007). Ergebnisqualität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Ausgewählte Ergebnisse. Sucht Aktuell, 14/1, 16 – 26.

Missel, P., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jahrreis, R., Ott, E., Quinten, C., Schneider, B. und Zemlin, U. (1997). Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese. Sucht Aktuell, 4/3-4, 10 - 22.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2011). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht – Katamnese des Entlassjahrganges 2008 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Sucht Aktuell, 1, 15-26.

Schneider, B. & Knuth, S., 2010. Teilband V, Basisdokumentation 2009 – Ganztägig ambulanten (teilstationären) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2010. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 53 – 59.

Schneider, B. & Knuth, S., 2009. Teilband V, Basisdokumentation 2008 – Einrichtungen der Ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2009. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 51 – 58.

Schneider, B., Knuth, S., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Missel, P., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2011). Effektivität der Ganztägig Ambulanten Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht – Katamnese des Entlassjahrganges 2008 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Sucht Aktuell, 1, 28-35.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Bernd Schneider & Sabine Knuth  
 AHG Gesundheitsdienste  
 Schlossstr. 43 – 45  
 56068 Koblenz

**Autorenliste**

Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fachklinik Furth im Wald.

Beyer, Sven, AHG Poliklinik Schelfstadt, Schwerin.

Deichler, Marie-Louise, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, AHG Tagesklinik Stuttgart, Stuttgart.

Funke, Wilma, Prof., Dr., Dipl.-Psych., Leitende Psychologin der Kliniken Wied, Wied

Garbe, Dieter, Dipl.-Psych., Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Kliniken Wied, Wied

Herder, Franz, Dipl.-Päd., Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf

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

Klitscher, Bertram, Dipl.-Psych., Tagesrehabilitation Premnitz, Premnitz

Knuth, Sabine, Dipl.-Psych., AHG Gesundheitsdienste Adaptionshaus Koblenz

Laaß, Thomas, Therapeut, Fachklinik Alte Ölmühle, Magdeburg

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

Medenwaldt, Jens, Redline Data GmbH, Ahrensböök

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

Rilk, Petra, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, AHG Tagesklinik Nürnberg, Nürnberg

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

Schneider, Bernhard, Dipl.-Psych., Abteilung Wissenschaft und Forschung der AHG Kliniken Daun, Daun

Trösken, Anne, Dr., Psychologische Psychotherapeutin, Therapeutische Leitung, Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V., Die Tagesklinik, Berlin

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

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

**Literaturhinweise**

**Batra, A., Bilke-Hentsch, O. (Hg.): Praxisbuch Sucht – Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter, Stuttgart 2012, ISBN 978-3-13149-201-2, 49,99 €**

Die Behandlung von Suchterkrankungen über die verschiedenen Lebensphasen hinweg, ist eine interdisziplinäre medizinische, psychologische, soziale und gesellschaftliche Aufgabe. Das Buch bietet einen umfassenden Überblick über

- allgemeine Grundlagen (z.B. Diagnostik, Schutzfaktoren, biologische Grundlagen, Motivationstheorien)
- psychotherapeutische Verfahren (Psychoedukation, Motivational Interviewing, kognitive Therapie, psychodynamisch orientierte Therapie, Cue Exposure, multidimensionale Familientherapie etc.)
- spezifische Substanzen und ihre Behandlung (z.B. Alkohol, Tabak, Cannabis und Ecstasy, Glücksspielsucht, Computerspiel- und Internetabhängigkeit).

Das vorliegende Buch, welches Beiträge namhafter Experten enthält, eignet sich auch zur Prüfungsvorbereitung für die Qualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ und basiert auf den Behandlungsleitlinien der DG-Sucht e.V. und der DGPPN.

**Greenberg, L. S.: Emotionsfokussierte Therapie, München 2011, ISBN 978-3-497-02246-5, 24,90 €**

Die emotionsfokussierte Therapie (EFT) hebt die Wichtigkeit von Bewusstheit, Akzeptanz und Verstehen von Emotionen und vom intuitivem Erleben von Emotionen im Rahmen einer therapeutischen Behandlung hervor und betont die Bedeutung, die

Veränderungen von Emotionen für die Förderung psychotherapeutischer Veränderungen haben. Veränderungen der Emotionen werden daher als der Schlüssel zu nachhaltigen kognitiven und verhaltensbezogenen Veränderungen gesehen. EFT will den Klienten helfen, ihre Emotionen besser zu identifizieren, zu akzeptieren, zu explorieren, sie zu verstehen, zu verändern und flexibel mit ihnen umzugehen. Das Buch stellt die Entwicklungsgeschichte der EFT, deren Theorie, Hintergrund, den therapeutischen Prozess, Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung dar und gibt abschließend einen Ausblick auf künftige Entwicklungen.

**Bellebaum, C., Thoma, P., Daum, I.: Neuropsychologie – Lehrbuch, Wiesbaden 2012, ISBN 978-3-531-16827-2, 14,95 €**

Die noch relativ junge Disziplin Neuropsychologie beschäftigt sich mit den neuronalen Grundlagen beobachtbaren Verhaltens bei Menschen. Folgende Kapitel werden dabei in dem Lehrbuch behandelt:

- Neuropsychologie – Entwicklung und Methoden
- Visuelle Wahrnehmung: Was, Wo und Wie
- Visuell-räumliche Aufmerksamkeit – selektieren und fokussieren
- Exekutive Handlungsregulation – komplexe Herausforderungen meistern
- Lernen und Gedächtnis – wissen und erinnern
- Sprache – sich verständlich machen und andere verstehen
- Emotionen – selbst erfahren und bei anderen erschließen

Abschließend wird ein Ausblick über zukünftige Perspektiven der neuropsychologischen

Forschung gegeben. Der Schwerpunkt des Buches liegt auf der Darstellung von neuropsychologischen Störungsbildern, die mit Hirnschädigungen einhergehen, und den daraus resultierenden Erkenntnissen für Mechanismen, die im intakten Gehirn der jeweiligen Funktion zu Grunde liegen.

**Levenson, H.: Psychodynamische Kurzzeittherapie, München 2011, ISBN 978-3-497-02247-2, 24,90 €**

Die psychodynamische Kurzzeittherapie basiert auf der Entwicklung einer bedeutsamen therapeutischen Beziehung, sie umfasst gewöhnlich einen Zeitrahmen zwischen 8 und 25 Sitzungen. Hauptsächlich unterscheidet sie sich von einer psychodynamischen Langzeitpsychotherapie dadurch, dass sie sich mit einem begrenzten therapeutischen Fokus und begrenzten therapeutischen Zielen befasst. Gleichwohl stützt sie sich auf maßgebende psychoanalytische und psychodynamische Konzepte – etwa die Bedeutung von Kindheitserfahrungen und der Entwicklungsgeschichte, unbewusste Verhaltensdeterminanten, die Rolle von Konflikten, Phänomene der Übertragung-Gegenübertragung, das therapeutische Bündnis und repetitives Verhalten. Dem Therapeuten steht es allerdings frei, eine Vielzahl von Interventionsstrategien zu nutzen. Beschrieben werden nicht nur die Geschichte der psychodynamischen Kurzzeittherapie, sondern auch deren theoretischer Hintergrund und der Therapieprozess. Ferner werden empirische Untersuchungen zur Evaluation der psychodynamischen Kurzzeittherapie angeführt und es wird auf zukünftige Entwicklungen verwiesen.