

Basisdokumentation 2008

Ausgewählte Daten
zur Entwöhnungsbehandlung
im Fachverband Sucht e.V.

Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 16

Vorstand

Ralf Schneider, Vorsitzender des Vorstandes
Direktor der salus klinik, Friedrichsdorf

Alfons Domma
salus kliniken GmbH, Hürth

Dr. Wilma Funke
Leitende Psychologin der Kliniken Wied, Wied

Dr. Thomas Klein
Klinikleitung der Klinik Eschenburg, Eschenburg-Wissenbach

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

Rudi Schäfer
Vorstand der AHG AG, Düsseldorf

Dr. Monika Vogelgesang
Chefärztin der AHG Klinik Münchwies, Neunkirchen

Geschäftsstelle

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e. V.

Ursula Reingen
Geschäftsstellenleiterin des Fachverbandes Sucht e. V.

Impressum

Herausgeber: Fachverband Sucht e. V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel.: 0228 / 26 15 55
Fax: 0228 / 21 58 85
Online: <http://www.sucht.de>
E-Mail: sucht@sucht.de

Vorwort

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) vertritt circa 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.200 stationären und vielen (ganztägig) ambulanten Therapieplätzen. Es gehört zu den verbindlichen Qualitätsmerkmalen von Mitgliedseinrichtungen des FVS, dass sie eine qualifizierte Basisdokumentation vorhalten. Bereits im Jahr 1993 hat der FVS einen Ausschuss „Statistik und Dokumentation“ eingerichtet und veröffentlicht seit dem Jahr 1993 kontinuierlich Daten zur Basisdokumentation in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Die Dokumentationen waren lange Zeit auf Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige beschränkt, seit dem Entlassjahrgang 2006 wurden erstmals auch Daten für den Bereich der stationären Drogenrehabilitation, der Adaptionseinrichtungen und der ambulanten Rehabilitation publiziert. Erstmals werden in diesem Dokumentationsband zudem Daten aus ganztägig ambulanten

(teilstationären) Einrichtungen aufgenommen.

Damit gibt die Basisdokumentation 2008 einen Überblick über alle Bereiche der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, die im FVS vertreten sind, gibt.

Für alle Teilberichte wurde als Basis der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2007) zugrunde gelegt, der vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) unter Beteiligung des FVS entwickelt wurde. Der FVS ist ferner auch Mitglied im Fachbeirat Suchthilfestatistik (ehemalige EBIS-AG) sowie in der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS).

Anliegen des FVS ist es, mit dieser differenzierten Beschreibung einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation Suchtmittelabhängiger zu leisten.

Ralf Schneider
Vorsitzender des Vorstandes des FVS

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer des FVS

I Teilband I

Basisdokumentation 2008 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit	5
--	---

II Teilband II

Basisdokumentation 2008 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit	19
--	----

III Teilband III

Basisdokumentation 2008 – Adaptionseinrichtungen	32
---	----

IV Teilband IV

Basisdokumentation 2008 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen	41
---	----

V Teilband V

Basisdokumentation 2008 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen	51
--	----

Inhaltsverzeichnis

*Bachmeier, R.,
Ausschuss Statistik/Dokumentation im Fachverband Sucht e.V.*

Teilband I:

**Basisdokumentation 2008 –
Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit**

1. Einleitung	6
2. Basisdokumentation 2008 Stationäre Rehabilitation Alkohol/Medikamente	6
2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung	6
2.2 Beschreibung der Patienten nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen	7
2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme	9
2.4 Diagnosen	10
2.5 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende	12
2.6 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2008	14
2.7 Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2008 mit der Basisdokumentation 2007	15
3. Ausblick	17
4. Literatur	17
Autorenverzeichnis / Mitglieder des Ausschusses Statistik/Dokumentation im Fachverband Sucht e.V.	17
Liste der beteiligten Einrichtungen	18

Teilband I:

Basisdokumentation 2008 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit

1. Einleitung

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) vertritt ca. 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.200 stationären und vielen ambulanten Therapieplätzen.

Mit diesem Bericht legen wir die vierzehnte Dokumentation in Folge mit ausgewählten Daten zur Entwöhnungsbehandlung in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige vor.

Es gehört zu den verbindlichen Qualitätsmerkmalen des Fachverbandes Sucht, dass diese Mitgliedseinrichtungen u.a. folgendes erfüllen:

- ◆ wissenschaftlich begründete Behandlungskonzepte,
- ◆ definierte Therapieziele, -pläne,
- ◆ qualifizierte Aufnahme- und Entlassungsdokumentationen,
- ◆ Patientenbefragungsbögen zur Zufriedenheit und Zielerwartung,
- ◆ katamnestiche Instrumente zur Evaluation von Behandlungsergebnissen,
- ◆ internes Qualitätsmanagement nach anerkannten Verfahren,
- ◆ Teilnahme am externen Qualitätssicherungsprogramm der Leistungsträger.

Bereits im Jahr 1993 hat der FVS einen Ausschuss „Statistik und Dokumentation“ eingerichtet, dem die Autoren dieses Bandes angehören (vgl. Autorenliste). Seit 1994 ist der FVS auch Mitglied im Fachbeirat Suchthilfestatistik (ehemalige EBIS-AG).

Für den vorliegenden Bericht wurde als Basis der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2007) zugrunde gelegt, der vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter Beteiligung des FVS entwickelt wurde. Der Fachverband Sucht ist auch in der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS) vertreten. Diese Arbeitsgemeinschaft trägt die fach- und datenpolitische Verantwortung bezüglich der Deutschen Suchthilfestatistik (ambulant und stationär).

Die Grundgesamtheit an Patienten¹ unseres vorliegenden Datenpools 2008 hat sich gegenüber dem Vorjahr erhöht und umfasst 17.177 Patienten (intention-to-treat (ITT)-Stichprobe; alle in 2008 entlassenen Patienten).

Es sei darauf verwiesen, dass nicht bei allen Merkmalen dieselbe Grundmenge an Patientendaten eingehen konnte. Dies liegt an den teilweise voneinander abweichenden Erhebungsformen der verschiedenen Dokumentationssysteme bzw. an eventuell unvollständigen Datensätzen innerhalb des jeweiligen Systems. Deshalb wurden für die Darstellung der Ergebnisse im Text und den Tabellen jeweils die fehlenden Daten herausgerechnet. Die Quote der fehlenden Daten (bezogen auf die Gesamtstichprobe) ist im Text und den Tabellen zudem mit ausgewiesen. In die Auswertung gingen nur Datensätze aus Einrichtungen des Fachverbandes Sucht ein, die die Mindeststandards für Datensätze der Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht² erfüllt haben.

Der Fachverband Sucht leistet mit dieser differenzierten Beschreibung der Klientel

einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der stationären Rehabilitation Suchtmittelabhängiger. Die Basisdokumentation bildet ebenfalls die Grundlage für eine differenzierte Darstellung und Bewertung katamnestiche Befragungsergebnisse.

2. Basisdokumentation 2008 des FVS – Stationäre Rehabilitation Alkohol/Medikamente

2.1. Datenerhebung und Stichprobenszusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizinischen Rehabilitation suchtmittelabhängiger Patienten für das Jahr 2008 zusammengefasst. Die Daten stammen ausschließlich aus Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e. V. Die Gesamtstichprobe der Basisdokumentation 2008 umfasst 17.177 Patienten aus insgesamt 34 stationären Therapieeinrichtungen.

Tabelle 1: EDV- und Dokumentationssysteme

EDV- und Dokumentationssystem	Häufigkeit	Prozent
Bado Sucht AHG	5633	32,8%
eigenes an Bado Sucht angelehntes System	2219	12,9%
Bado Sucht angelehnt erfasst mit PATFAK (Redline Data)	4093	23,8%
Bado Sucht angelehnt erfasst mit PaDo (Ciscom)	1428	8,3%
EBIS erfasst mit PATFAK (Redline Data)	935	5,4%
EBIS erfasst mit EBIS (GSDA)	535	3,1%
KDS Deutscher Kerndatensatz erfasst mit PATFAK (Redline Data)	1380	8,0%
sonstiges / eigenes System	954	5,6%
Zusammen	17177	100,0%

1 Zur einfacheren Lesbarkeit wird im folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben sind ausdrücklich gekennzeichnet.

2 Für die Items Geschlecht, Alter bei Aufnahme, Behandlungsdauer, Hauptdiagnose, Art der Einrichtung und Dokumentationssystem sind keine „Missing-Data“ erlaubt. Für die Items Leistungsträger und Art der Therapiebeendigung sind maximal drei Prozent „Missing-Data“ erlaubt.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten Dokumentations- und EDV-Systeme: Für 5.633 (32,8%) Patienten wurden die Daten mit der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2002) und bei weiteren 2.219 (12,9%) Patientendatensätzen mit klinikspezifischen, der Ba-

Tabelle 2: Altersverteilung der Patienten

Altersverteilung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 19 Jahre	60	0,5%	21	0,4%	81	0,5%
20 bis 24 Jahre	395	3,2%	121	2,5%	516	3,0%
25 bis 29 Jahre	680	5,5%	216	4,5%	896	5,2%
30 bis 34 Jahre	872	7,1%	261	5,4%	1133	6,6%
35 bis 39 Jahre	1521	12,3%	468	9,7%	1989	11,6%
40 bis 44 Jahre	2320	18,8%	860	17,7%	3180	18,5%
45 bis 49 Jahre	2620	21,3%	1097	22,6%	3717	21,6%
50 bis 54 Jahre	1991	16,2%	839	17,3%	2830	16,5%
55 bis 59 Jahre	1212	9,8%	506	10,4%	1718	10,0%
60 bis 64 Jahre	365	3,0%	222	4,6%	587	3,4%
65 Jahre und älter	292	2,4%	237	4,9%	529	3,1%
Zusammen	11589	100,0%	4592	100,0%	16181	100,0%
keine Daten	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	44,5 ± 10,2 Jahre		46,4 ± 10,5 Jahre		45,0 ± 10,3 Jahre	

sisdokumentation Sucht angelehnten Systemen erhoben. Bei 6.408 (37,3%) Patientendatensätzen kam das EDV-System PATFAK zur Anwendung, wobei hier von 4.093 Patienten (23,8%) durch ein der Basisdokumentation Sucht angelehntes Dokumentationssystem, 935 (5,4%) durch das Erhebungsinstrument EBIS-S (EBIS-SEDOS AG, 2000) und 1.380 (8,0%) durch das Dokumentationssystem KDS Deutscher Kerndatensatz erfasst wurden. 1.428 (8,3%) der Patientendatensätze wurden mit dem EDV-System PaDo durch ein der Bado Sucht angelehntes Dokumentationssystem erhoben. Weitere 535 (3,1%) Datensätze wurden mit dem Dokumentations- und Informationssystem EBIS-S erfasst. Bei 954 (5,5%) der Patientendatensätze kam ein sonstiges bzw. eigenes EDV- und Dokumentationssystem zum Einsatz.

Auf eine vergleichende Betrachtung mit Daten aus anderen Dokumentationssystemen wurde verzichtet. Ein derartiger Abgleich ist zudem methodisch problematisch, da die Daten der Basisdokumentationen des Fachverbandes Sucht als Teilstichproben in der Regel auch in den Gesamtstichproben anderer Dokumentationsberichte enthalten sind.

Die Daten wurden über die Geschäftsstelle des Fachverbandes Sucht aus den Mitgliedseinrichtungen gesammelt und durch Redline DATA, Ahrensböck, zusammengeführt sowie auf Fehlerfreiheit geprüft. Die Auswertung des anonymisierten Datenpools wurde von der Fachklinik

Furth im Wald vorgenommen. Ein Rückschluss auf die Daten aus einzelnen Mitgliedseinrichtungen bzw. auf einzelne Patienten ist nicht möglich.

Aufgrund der unterschiedlichen Größenordnungen der „Missing-Data“ im vorliegenden Datensatz wurden diese fehlenden Werte für die Betrachtungen in den Abschnitten 2.6 und 2.7 herausgerechnet, d.h. der Datensatz wurde um die fehlenden Daten bereinigt. Im Abschnitt 2.6 wer-

den ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2008 in Kreuztabellen miteinander verglichen. Abschnitt 2.7 hingegen vergleicht ausgewählte Daten der Basisdokumentationen 2008 und 2007 des Fachverbandes Sucht miteinander.

2.2. Beschreibung der Patienten nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen

Die **Altersverteilung der Patienten** bei Betreuungsbeginn in Abhängigkeit vom jeweiligen **Geschlecht** ist in Tabelle 2 dargestellt. Von den insgesamt 17.177 Patienten sind 4.848 (28,2%) weiblichen und 12.329 (71,8%) männlichen Geschlechts. Zur Übersicht wurden die Patienten hierzu in Altersgruppen mit einer Spannweite von jeweils 5 Jahren gruppiert.

Mit 21,6% der Patienten war die Altersklasse der 45- bis 49jährigen am häufigsten besetzt, gefolgt von den Altersklassen der 40- bis 44jährigen mit 18,5%, der 50- bis 54jährigen mit 16,5% und der 35- bis 39jährigen mit 11,6%. 6,6% der Patienten waren zwischen 30 und 34 Jahre und weitere 10,0% waren zwischen 55 und 59 Jahre alt. 60 Jahre und älter waren lediglich 6,5% der Patienten. 29 Jahre oder jünger waren 8,7% der Patienten. Insgesamt wurden nur 0,5% jugendliche Patienten unter 20 Jahren behandelt. Für einen Patienten war die Altersangabe unplausibel.

Tabelle 3: Familienstand und Partnerbeziehung der Patienten bei Betreuungsbeginn

Familienstand	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ledig	4690	38,5%	1182	25,1%	5872	34,8%
verheiratet, zusammen lebend	3124	25,7%	1451	30,9%	4575	27,1%
verheiratet, getrennt lebend	1130	9,3%	453	9,6%	1583	9,4%
geschieden	2976	24,5%	1235	26,3%	4211	25,0%
verwitwet	249	2,0%	380	8,1%	629	3,7%
Zusammen	12169	100,0%	4701	100,0%	16870	100,0%
keine Daten	160	1,3%	147	3,0%	307	1,8%
Partnerbeziehung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
alleinstehend	6012	49,8%	1881	40,6%	7893	47,2%
zeitweilige Beziehungen	559	4,6%	232	5,0%	791	4,7%
feste Beziehung	5495	45,4%	2510	54,1%	8005	47,8%
sonstige	34	0,3%	15	0,3%	49	0,3%
Zusammen	12100	100,0%	4638	100,0%	16738	100,0%
keine Daten	229	1,8%	210	4,3%	439	2,5%

Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 45,0 Jahre (\pm 10,3 Jahre). Frauen waren durchschnittlich 46,4 Jahre (\pm 10,5 Jahre) alt, Männer hingegen hatten ein um 1,9 Jahre geringeres durchschnittliches Alter von 44,5 Jahren (\pm 10,2 Jahre). Die Mittelwerte der Altersverteilungen von männlichen und weiblichen Patienten unterscheiden sich hierbei statistisch signifikant ($p < 0,001$, z-test).

Einen Überblick über **Familienstand und Partnerbeziehung** bei Betreuungsbeginn vermittelt Tabelle 3. Über ein Drittel der Patienten (36,5%) waren bei Betreuungsbeginn verheiratet, wobei der Anteil derjenigen, die getrennt lebten, 9,4% beträgt. Weitere 34,8% der Patienten waren ledig, 25,0% geschieden und 3,7% verwitwet. Für 1,8% aller Patienten fehlten die entsprechenden Angaben. Der Vergleich der Geschlechter ergibt teilweise deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen: Im Bereich der Gruppe der Ledigen mit jeweiligen Anteilen von 38,5% vs. 25,1%, in der Gruppe der Patienten, die verheiratet sind und zusammenleben, mit 25,7% vs. 30,9%, bei den geschiedenen Patienten mit 24,5% vs. 26,3% sowie bei den verwitweten Patienten mit 2,0% vs. 8,1%.

Hinsichtlich der Partnersituation der Patienten bei Aufnahme wurden folgende Kategorien unterschieden: „alleinstehend“, „zeitweilige Beziehungen“, „feste Beziehung“ und „sonstige“. Für 2,5% aller Patienten lagen keine Angaben vor. 47,8% der Patienten lebten in einer festen Beziehung, weitere 4,7% hatten zeitweilige Beziehungen, 47,2% waren alleinstehend und bei 0,3% der Patienten war eine sonstige Partnersituation kodiert. Ebenso wie bei der Betrachtung des Familienstandes bei Aufnahme, ergeben sich auch bei der Partnersituation teilweise deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Angaben zu „alleinstehend“ mit 49,8% bei Männern vs. 40,6% bei Frauen und zu „feste Beziehung“ mit 45,4% vs. 54,1%.

Tabelle 4 zeigt die **Lebenssituation zu Betreuungsbeginn und die überwiegende Wohnsituation für die letzten 6 Monate vor Betreuungsbeginn**. Für die Darstellung der Lebenssituation wurde zwischen der Kategorie „alleinlebend“ und der folgenden Unterteilung für die Kategorien nicht alleinlebend, „mit Partner“, „mit Kind(ern)“, „mit Eltern(-teil)“, „mit sonstiger/n Bezugsperson/en“ und „mit sonstiger/n Person/en“ unterschieden.

Tabelle 4: Lebenssituation bei Betreuungsbeginn (Mehrfachnennungen sind möglich) und überwiegende Wohnsituation der Patienten in den letzten sechs Monaten vor Betreuungsbeginn

Lebenssituation	Männer		Frauen		Gesamt	
alleinlebend	6546	54,8%	1923	41,7%	8469	51,2%
mit Partner	4535	38,0%	2132	46,3%	6667	40,3%
mit Kind(ern)	2442	20,5%	1363	29,6%	3805	23,0%
mit Eltern(-teil)	1531	12,8%	443	9,6%	1974	11,9%
mit sonstiger/n Bezugsperson/en	1038	8,7%	349	7,6%	1387	8,4%
mit sonstiger/n Person/en	998	8,4%	340	7,4%	1338	8,1%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	11941	100,0%	4607	100,0%	16548	100,0%
keine Daten	388	3,1%	241	5,0%	629	3,7%
überwiegendes Wohn-verhältnis in den letzten sechs Monaten vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	9032	82,7%	3798	90,2%	12830	84,8%
bei anderen Personen	896	8,2%	195	4,6%	1091	7,2%
ambulant betreutes Wohnen	107	1,0%	26	0,6%	133	0,9%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	419	3,8%	127	3,0%	546	3,6%
Wohnheim/Übergangswohnheim	142	1,3%	26	0,6%	168	1,1%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	117	1,1%	7	0,2%	124	0,8%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	59	0,5%	4	0,1%	63	0,4%
sonstiges	120	1,1%	16	0,4%	136	0,9%
ohne Wohnung	26	0,2%	10	0,2%	36	0,2%
Zusammen	10918	100,0%	4209	100,0%	15127	100,0%
keine Daten	1411	11,4%	639	13,2%	2050	11,9%

den. Für die Kategorien nicht alleinlebend waren Mehrfachantworten möglich.

Alleinlebend waren 51,2% der Patienten, 40,3% lebten mit einem Partner, 23,0% mit Kindern, 11,9% mit Eltern, 8,4% mit sonstigen Bezugspersonen, 8,1% mit sonstigen Personen und bei 3,7% aller Patienten lagen keine Daten vor.

54,8% der männlichen im Vergleich zu nur 41,7% der weiblichen Patienten waren zu Behandlungsbeginn alleinlebend. Ebenso lebten 12,8% der Männer, aber nur 9,6% der Frauen bei den Eltern. Demgegenüber lebten nur 20,4% der Männer, aber 29,6% der Frauen mit Kindern und nur 38,0% der Männer im Vergleich zu 46,3% der Frauen mit einem Partner bzw. einer Partnerin.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (84,8%) gab an, selbständig zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 82,7% vs. 90,2% deutlich unter dem der Frauen liegt. Weitere Angaben der Patienten zu ihrer Wohnsituation waren: „bei anderen Personen“ mit 7,2% (8,2% vs. 4,6%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 0,9% (1,0% vs. 0,6%), „(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung“ mit 3,6% (3,8% vs. 3,0%), „Wohnheim/Übergangswohnheim“ mit 1,1% (1,3% vs. 0,6%), „JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung“ mit 0,8% (1,1% vs. 0,2%), „Notunterkunft, Übernachtungsstelle“ mit 0,4% (0,5% vs. 0,1%), „sonstiges“ mit 0,9% (1,1% vs. 0,4%), und „ohne Wohnung“ mit 0,2% (0,2% vs. 0,2%). Bei 11,9% aller Patienten waren keine Daten zur Wohnsituation kodiert.

Tabelle 5 gibt Aufschluss über die **Schulbildung und die Erwerbstätigkeit am Tag vor Betreuungsbeginn**.

Derzeit in Schulausbildung sind 0,0% der Patienten (sechs Patienten), 4,2% blieben ohne Schulabschluss, 2,5% wiesen einen Sonderschulabschluss und 41,8% einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss auf. 35,3% aller Patienten verfügten über einen Realschulabschluss bzw. haben eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen, weitere 15,0% gaben an, die Hochschul- bzw. Fachhochschulreife oder das Abitur zu besitzen. 1,2% der Patienten hatten einen anderen Schulabschluss. Für 2,5% aller Patienten lagen keine Angaben zur Schulausbildung vor.

Deutlich mehr weibliche Patienten als männlichen Mitpatienten (39,5% vs. 33,7%) verfügen über einen Realschulabschluss bzw. haben eine Polytechnische Oberschule abgeschlossen. Dahingegen verfügen mehr männliche als weibliche Patienten über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss (43,1% vs. 38,2%).

Zur Betrachtung der Erwerbssituation wurde zwischen folgenden Kategorien unterschieden: „Auszubildender“, „Arbeiter/Angestellter/Beamter“, „Selbständiger/Freiberufler“, „sonstige Erwerbspersonen“, „in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)“, „arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)“, „arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)“, „Schüler/Student“, „Hausfrau/Hausmann“, „Rentner/Pensionär“, „sonstige Nichterwerbspersonen“.

Bezüglich der Erwerbstätigkeit am Tag vor Aufnahme waren 0,6% der Patienten Auszubildende. 36,8% waren als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig, 2,1% waren Selbständige oder Freiberufler, 0,4% gaben an sonstige Erwerbspersonen zu sein und 0,3% befanden sich in beruflicher Rehabilitation. 43,5% der Patienten waren arbeitslos, wobei 32,5% arbeitslos nach SGB II (Bezug von Arbeitslosengeld II) und 11,0% arbeitslos nach SGB III (Bezug von Arbeitslosengeld I) waren. Weitere 0,4% waren Schüler bzw. Studenten, 3,4% waren Hausfrauen bzw. Hausmänner, 9,0% waren Rentner und 3,6% wurden der Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“ zugeordnet, bei 7,3% aller Patienten wurde „keine Daten“ kodiert.

Der Vergleich der Geschlechter ergibt einen deutlichen Unterschied in der Kategorie „Hausfrau, Hausmann“ mit einem Anteil von 10,8% bei Frauen gegenüber nur 0,6% bei Männern. Ebenso zeigen

Tabelle 5: *Höchster Schulabschluss und Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn der Patienten*

Höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
derzeit in Schulausbildung	3	0,0%	3	0,1%	6	0,0%
ohne Schulabschluss	548	4,5%	151	3,2%	699	4,2%
Sonderschulabschluss	339	2,8%	73	1,6%	412	2,5%
Haupt-/Volksschulabschluss	5210	43,1%	1780	38,2%	6990	41,8%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	4077	33,7%	1838	39,5%	5915	35,3%
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	1769	14,6%	744	16,0%	2513	15,0%
anderer Schulabschluss	135	1,1%	70	1,5%	205	1,2%
Zusammen	12081	100,0%	4659	100,0%	16740	100,0%
keine Daten	248	2,0%	189	3,9%	437	2,5%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
Auszubildender	67	0,6%	27	0,6%	94	0,6%
Arbeiter/Angestellter/ Beamter	4280	37,0%	1579	36,1%	5859	36,8%
Selbständiger/Freiberufler	276	2,4%	66	1,5%	342	2,1%
sonstige Erwerbspersonen	34	0,3%	28	0,6%	62	0,4%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	44	0,4%	3	0,1%	47	0,3%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	1413	12,2%	336	7,7%	1749	11,0%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	4026	34,8%	1151	26,4%	5177	32,5%
Schüler/Student	39	0,3%	19	0,4%	58	0,4%
Hausfrau/Hausmann	68	0,6%	473	10,8%	541	3,4%
Rentner/Pensionär	919	8,0%	511	11,7%	1430	9,0%
sonstige Nichterwerbs- personen	392	3,4%	175	4,0%	567	3,6%
Zusammen	11558	100,0%	4368	100,0%	15926	100,0%
keine Daten	771	6,3%	480	9,9%	1251	7,3%

sich in der Kategorie „Rentner/Pensionär“ mit 11,7% ein deutlich höherer Frauenanteil gegenüber 8,0% bei männlichen Patienten. Demgegenüber sind die Kategorien „arbeitslos nach SGB III“ bzw. „arbeitslos nach SGB II“ bei Männern mit 12,2% bzw. 34,8% deutlich häufiger besetzt als bei Frauen mit 7,7% bzw. 26,4%.

2.3. Angaben zur Therapievor- bereitung und zur Aufnahme

Die Angaben zur **vermittelnden Instanz** sind Tabelle 6 zu entnehmen. Im Kerndatensatz kann zur Kodierung der vermittelnden Instanz aus einer Liste von 26

verschiedenen Vermittlern ausgewählt werden. Deshalb werden in Tabelle 6 nur die zehn häufigsten Vermittler einzeln dargestellt und die weiteren Vermittler zur Kategorie „sonstige“ zusammengefasst. Für 2,0% aller Patienten fehlen entsprechende Angaben. Die häufigste Vermittlungsform bezüglich der untersuchten Stichprobe war die Vermittlung durch die Suchtberatungs- und/oder -behandlungsstelle bzw. Fachambulanz mit 50,6% der Patienten, wobei der Anteil der Männer mit 51,3% höher ausfällt als der Frauenanteil mit 48,9%. Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen bereiteten 17,0% der Patienten (16,6% vs. 18,1%)

Tabelle 6: Angaben zur vermittelnden Instanz (es werden die zehn häufigsten Vermittler dargestellt, weitere Vermittler sind in der Kategorie „sonstige“ zusammengefasst)

vermittelnde Instanz	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
keine/Selbstmelder	1373	11,3%	644	13,6%	2017	12,0%
Familie	92	0,8%	53	1,1%	145	0,9%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	463	3,8%	50	1,1%	513	3,0%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	314	2,6%	183	3,9%	497	3,0%
Niederschwellige Einrichtung	92	0,8%	42	0,9%	134	0,8%
Suchtberatungs- und/oder -behandlungsstelle, Fachambulanz	6205	51,3%	2314	48,9%	8519	50,6%
Krankenhaus/Krankenhausabteilung	2013	16,6%	855	18,1%	2868	17,0%
sozialpsychiatrischer Dienst	74	0,6%	38	0,8%	112	0,7%
soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	239	2,0%	93	2,0%	332	2,0%
Arbeitsagentur, Job Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	86	0,7%	17	0,4%	103	0,6%
Kosten-, Leistungsträger	662	5,5%	317	6,7%	979	5,8%
sonstige	490	4,0%	122	2,6%	612	3,6%
Zusammen	12103	100,0%	4728	100,0%	16831	100,0%
keine Daten	226	1,8%	120	2,5%	346	2,0%

auf ihre Entwöhnungsbehandlung vor. Weitere Vermittlungsinstanzen waren: Kosten- bzw. Leistungsträger mit 5,8% der Patienten (5,5% vs. 6,7%), sonstige Vermittler mit 3,6% (4,0% vs. 2,6%), Arbeitgeber, Betrieb oder Schule mit 3,0% (3,8% vs. 1,1%), ärztliche oder psychotherapeutische Praxis mit 3,0% (2,6% vs. 3,9%), soziale Verwaltung (Sozialamt,

Wohnungsamt, Gesundheitsamt) mit 2,0% (2,0% vs. 2,0%), Familie mit 0,9% (0,8% vs. 1,1%), niederschwellige Einrichtung mit 0,8% (0,8% vs. 0,9%), sozialpsychiatrische Dienst mit 0,7% (0,6% vs. 0,8%) sowie Arbeitsagentur, Job Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE) mit 0,6% (0,7% vs. 0,4%). 12,0% der Patienten (11,3% vs. 13,6%) traten die medizinische

Tabelle 7: Kostenträger

Kostenträger	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
pauschal/institutionell finanziert	47	0,4%	10	0,2%	57	0,3%
Selbstzahler	264	2,1%	87	1,8%	351	2,0%
Rentenversicherung	10463	85,0%	3998	82,7%	14461	84,4%
Krankenversicherung	1203	9,8%	702	14,5%	1905	11,1%
Sozialhilfe	245	2,0%	31	0,6%	276	1,6%
Jugendhilfe	3	0,0%	1	0,0%	4	0,0%
Arbeitsagenturen, Jobcenter	3	0,0%	1	0,0%	4	0,0%
Pflegeversicherung	2	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
sonstige	73	0,6%	7	0,1%	80	0,5%
Zusammen	12303	100,0%	4837	100,0%	17140	100,0%
keine Daten	26	0,2%	11	0,2%	37	0,2%

Rehabilitationsmaßnahme ohne Vermittlung einer betreuenden Einrichtung an.

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die **Kostenträgerstruktur**. Für 37 Patienten (0,2% aller Patienten) fehlen Angaben über den Leistungs- bzw. Kostenträger der stationären Rehabilitationsmaßnahme. Die nach Prozentzahlen stärksten Beleger waren die Rentenversicherung mit 84,4% der Patienten (85,0% Männer vs. 82,7% Frauen) und die Krankenversicherung mit 11,1% (9,8% vs. 14,5%). Weiterhin waren „Selbstzahler“ mit 2,0% der Patienten (2,1% vs. 1,8%), die „Sozialhilfe“ mit 1,6% (2,0% vs. 0,6%), „sonstige Leistungsträger“ mit 0,5% (0,6% vs. 0,1%) und Leistungsträger der Kategorie „pauschal/institutionell finanziert“ mit 0,3% (0,4% vs. 0,2%) der Fälle an den Behandlungskosten beteiligt. Die Kostenträger „Jugendhilfe“, „Arbeitsagenturen, Jobcenter“ und „Pflegeversicherung“ erreichen zusammengefasst einen Anteil von 0,1% der Patienten (0,1% vs. 0,0%).

2.4. Diagnosen

In Tabelle 8 ist die **Hauptdiagnose** der untersuchten Stichprobe dargestellt. Die Kategorienbildung orientiert sich an der ICD-10 Klassifikation des Kapitels V (F), wobei auf die vierte und fünfte Stelle der Kodierung, die das aktuelle klinische Erscheinungsbild beschreiben, verzichtet wurde.

Bei 94,2% aller Patienten wurde als Hauptdiagnose „Störungen durch Alkohol (F10)“ kodiert, wobei der Anteil bei Männern mit 94,6% etwas höher ausfällt als der bei Frauen mit 93,3%. Weitere Hauptdiagnosen waren „Störungen durch Opiode (F11)“ mit 0,7% aller Patienten (0,5% vs. 1,2%), „Störungen durch Cannabinoide (F12)“ mit 0,8% aller Patienten (0,8% vs. 0,6%), „Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)“ mit 1,1% (0,6% vs. 2,4%), „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19)“ mit 1,4% (1,4% vs. 1,4%) und „Pathologisches Glücksspiel (F63.0)“ mit 1,2% (1,6% vs. 0,3%). Der Anteil weiterer Suchtmitteldiagnosen betrug 0,5% (0,5% vs. 0,5%). Bei sieben Patienten (0,0%, 0,0% vs. 0,1%) wurde der Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen (F55), bei weiteren fünf Patienten (0,0%, 0,0% vs. 0,0%) eine andere psychische Diagnose als die aufgeführten Suchtmitteldiagnosen und bei elf Patienten (0,1%, 0,1% vs. 0,1%) eine sonstige Diagnose als Hauptdiagnose kodiert.

Tabelle 8: Hauptdiagnose (Suchtmitteldiagnose)

Hauptdiagnose		Männer		Frauen		Gesamt	
Störungen durch Alkohol	F10	11662	94,6%	4521	93,3%	16183	94,2%
Störungen durch Opioid	F11	60	0,5%	58	1,2%	118	0,7%
Störungen durch Cannabinoide	F12	101	0,8%	31	0,6%	132	0,8%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	77	0,6%	118	2,4%	195	1,1%
Störungen durch Kokain	F14	12	0,1%	5	0,1%	17	0,1%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein	F15	29	0,2%	8	0,2%	37	0,2%
Störungen durch Halluzinogene	F16	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
Störungen durch Tabak	F17	15	0,1%	7	0,1%	22	0,1%
Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18	0	0,0%	2	0,0%	2	0,0%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	169	1,4%	70	1,4%	239	1,4%
Missbrauch von nicht abhängigkeits erzeugenden Substanzen	F55	0	0,0%	7	0,1%	7	0,0%
Pathologisches Glücksspiel	F63.0	192	1,6%	16	0,3%	208	1,2%
andere psychische Diagnose (F-Diagnose)		5	0,0%	0	0,0%	5	0,0%
sonstige Diagnosen		7	0,1%	4	0,1%	11	0,1%
Zusammen		12329	100,0%	4848	100,0%	17177	100,0%

Tabelle 9: Verteilung der weiteren psychiatrischen Diagnosen

Weitere psychische Diagnosen		Männer		Frauen		Gesamt	
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	84	0,7%	31	0,6%	115	0,7%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	131	1,1%	56	1,2%	187	1,1%
Affektive Störungen	F3	1679	13,6%	1047	21,6%	2726	15,9%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	964	7,8%	785	16,2%	1749	10,2%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	F5	160	1,3%	158	3,3%	318	1,9%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	2394	19,4%	1099	22,7%	3493	20,3%
Intelligenzminderung	F7	137	1,1%	26	0,5%	163	0,9%
Entwicklungsstörungen	F8	23	0,2%	5	0,1%	28	0,2%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	113	0,9%	38	0,8%	151	0,9%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze	---	12329	100,0%	4848	100,0%	17177	100,0%

Der Deutsche Kerndatensatz bietet neben der Erfassung suchtmittelbezogener Diagnosen auch die Möglichkeit, bis zu vier weitere psychische, neurologische und andere wichtige Diagnosen (keine F- und G-Diagnosen) zu kodieren. In den beiden folgenden Tabellen 9 und 10 ist die Verteilung der weiteren psychischen und somatischen Diagnosen dargestellt. Bei der Bewertung der dargestellten Ergebnisse muss jedoch berücksichtigt werden, dass **nicht** alle der 34 beteiligten Einrichtungen neben der Suchtmitteldiagnose weitere Diagnosedaten in der gleichen Intensität geliefert haben (alle 34 Einrichtungen haben psychiatrische Diagnosen und 33 der 34 Einrichtungen somatische Diagnosen geliefert).

Die Kategorienbildung in Tabelle 9 orientiert sich an der ICD-10 Klassifikation des Kapitels V (F). Bei den **weiteren psychiatrischen Diagnosen** überwiegen „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ mit 20,3% (19,4% bei Männern vs. 22,7% bei Frauen) und „Affektive Störungen“ mit 15,9% (13,6% vs. 21,6%). Zudem wurden oft „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 10,2% (7,8% vs. 16,2%) diagnostiziert.

Die Verteilung der **somatischen Diagnosen** nach ICD-10 in Abhängigkeit vom Geschlecht der Patienten ist in Tabelle 10 dargestellt. Da eine Einrichtung keine somatischen Diagnosen liefern konnte, beziehen sich die relativen Angaben in Tabelle 10 auf die Datensätze der 33 datenliefernden Einrichtungen mit einer Stichprobengröße von N = 16.215. Wie bei den weiteren psychiatrischen Diagnosen in Tabelle 9 wurden die somatischen Diagnosen in übergeordneten Kategorien zusammengefasst. Diese Kategorienbildung wurde in Anlehnung an die Gliederung des ICD-10 durchgeführt. Die häufigsten somatischen Diagnosen, die vergeben wurden, beziehen sich auf die Kategorien:

- **Krankheiten des Verdauungssystems** mit 37,5% (38,5% bei Männern vs. 34,9% bei Frauen),
- **Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten** mit 31,4% (30,7% vs. 33,2%),
- **Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes** mit 26,4% (26,3% vs. 26,7%),
- **Krankheiten des Kreislaufsystems** mit 22,8% (23,5% vs. 21,0%),
- **Krankheiten des Nervensystems** mit 17,3% (18,3% vs. 14,7%).

Tabelle 10: Verteilung der somatischen Diagnosen nach ICD-10

Somatische Diagnosen	ICD-10	Männer		Frauen		Gesamt	
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00 - B99	361	3,1%	96	2,1%	457	2,8%
Neubildungen	C00 - D48	196	1,7%	111	2,5%	307	1,9%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50 - D89	526	4,5%	136	3,0%	662	4,1%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 - E90	3596	30,7%	1498	33,2%	5094	31,4%
Krankheiten des Nervensystems	G00 - G99	2143	18,3%	665	14,7%	2808	17,3%
Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00 - H95	447	3,8%	137	3,0%	584	3,6%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 - I99	2749	23,5%	946	21,0%	3695	22,8%
Krankheiten des Atmungssystems	J00 - J99	867	7,4%	385	8,5%	1252	7,7%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00 - K93	4511	38,5%	1576	34,9%	6087	37,5%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 - L99	433	3,7%	144	3,2%	577	3,6%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 - M99	3079	26,3%	1205	26,7%	4284	26,4%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 - N99	147	1,3%	140	3,1%	287	1,8%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andernorts klassifiziert sind	R00 - R99	322	2,8%	147	3,3%	469	2,9%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00 - T98	740	6,3%	236	5,2%	976	6,0%
sonstige somatische Diagnosen		193	1,6%	74	1,6%	267	1,6%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze		11705	100,0%	4510	100,0%	16215	100,0%

Auf eine Darstellung der Abhängigkeitsdauer und der Vorbehandlungen, die in den vergangenen Basisdokumentationsjahren an dieser Stelle beschrieben wurde, wird in diesem Jahr verzichtet, da aufgrund der Umstellungsphase auf den Deutschen Kerndatensatz in den Daten liefernden Einrichtungen diese Variablen nicht valide dokumentiert sind.

2.5. Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Ein wichtiges Kriterium für den Erfolg einer Entwöhnungsbehandlung ist die **Art der Behandlungsbeendigung**. In Tabelle 11 sind die Entlassformen nach dem Kodierschema des Deutschen Kerndatensatzes angegeben.

Die Kodierungen zur Entlassungsform ergeben eine Quote von 64,1% regulärer Entlassungen bezogen auf alle Patienten bei denen Daten zur Art der Therapiebeendigung vorlagen, wobei Frauen eine höhere Quote regulärer Entlassungen aufweisen als Männer (66,6% vs. 63,2%). Weitere Entlassungsformen sind: „vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung“ mit 5,1% der Patienten (5,4% Männer vs. 4,4% Frauen), „vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis“ mit 4,2% (4,1% vs. 4,5%), „vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis“ mit 12,3% (12,4% vs. 12,3%), „disziplinarisch“ mit 1,8% (2,1% vs. 1,1%), „außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung“ mit 0,9% (0,9% vs. 1,0%), „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ mit 11,4% (11,9% vs. 10,2%) und „verstorben“ mit 0,0% (fünf männliche vs. ein weiblicher Patient). Bei 0,3% aller Patienten liegen keine Daten vor.

„disziplinarisch“ mit 1,8% (2,1% vs. 1,1%), „außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung“ mit 0,9% (0,9% vs. 1,0%), „planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ mit 11,4% (11,9% vs. 10,2%) und „verstorben“ mit 0,0% (fünf männliche vs. ein weiblicher Patient). Bei 0,3% aller Patienten liegen keine Daten vor.

Tabelle 11: Art der Beendigung

Art der Beendigung	Männer		Frauen		Gesamt	
regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	7757	63,2%	3226	66,6%	10983	64,1%
vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung	660	5,4%	213	4,4%	873	5,1%
vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis	503	4,1%	217	4,5%	720	4,2%
vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klienten	1517	12,4%	597	12,3%	2114	12,3%
disziplinarisch	259	2,1%	52	1,1%	311	1,8%
außerplanmäßige Verlegung/außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	113	0,9%	47	1,0%	160	0,9%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	1463	11,9%	493	10,2%	1956	11,4%
verstorben	4	0,0%	1	0,0%	5	0,0%
Zusammen	12276	100,0%	4846	100,0%	17122	100,0%
keine Daten	53	0,4%	2	0,0%	55	0,3%
planmäßige Entlassungen	10383	84,6%	4149	85,6%	14532	84,9%

Die Entlassformen 1 (regulär nach Beratung/Behandlungsplan), 2 (vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung), 3 (vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis) und 7 (planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform) bilden zusammen die Entlassform „planmäßige Entlassung“. Aus Tabelle 11 berechnet sich mit dieser Definition eine Quote von 84,9% (14.532 Patienten) planmäßiger Entlassungen. Frauen werden hierbei geringfügig öfter planmäßig entlassen als Männer (84,6% bei Männer vs. 85,6% bei Frauen).

Die Angaben zur **Behandlungsdauer** der Patienten sind Tabelle 12 zu entnehmen. Zur Darstellung der Verweildauer wurden folgende Kategorien gebildet: „bis 28 Tage (4 Wochen)“, „bis 42 Tage (6 Wochen)“, „bis 56 Tage (8 Wochen)“, „bis 84 Tage (12 Wochen)“, „bis 112 Tage (16 Wochen)“, „bis 140 Tage (20 Wochen)“, „bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)“ und „über 6 Monate“.

Eine Verweildauer bis 28 Tage (4 Wochen) hatten 8,6% aller Patienten, eine Verweildauer bis 42 Tage (6 Wochen) wiesen 5,9%, eine Therapiedauer bis 56 Tage (8 Wochen) 14,2% und eine Therapiedauer bis 84 Tage (12 Wochen) 23,8% auf. 39,6% aller Patienten verweilten bis 112 Tage (16 Wochen), weitere 5,8% wurden bis zu 140 Tage (20 Wochen) und 1,7% bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate) behandelt. Über 6 Monate blieben 0,4% aller Patienten in der jeweiligen Fachklinik.

Die durchschnittliche Verweildauer aller Patienten betrug 81,8 Tage ($\pm 34,7$ Tage). Weibliche Patienten haben eine moderat, jedoch statistisch nicht signifikant, längere durchschnittliche Verweildauer von 0,6 Tagen als ihre männlichen Mitpatienten (durchschnittliche Verweildauer von Frauen: 82,2 Tage ($\pm 35,7$ Tage) vs. durchschnittliche Verweildauer von Männern: 81,6 Tage ($\pm 34,3$ Tage)).

In Tabelle 12 sind zusätzlich zu den statistischen Maßzahlen der Verweildauer für alle behandelten Patienten auch die entsprechenden Angaben in Bezug auf reguläre und planmäßige Entlassungen (siehe Tabelle 11 und Erläuterungen zur Art der Entlassungsform/Betreuungsbeendigung) ausgewiesen. Bei Betrachtung der regulär entlassenen Patienten betrug die durchschnittliche Verweildauer 91,2 Tage ($\pm 28,5$ Tage), wobei sich die durchschnittlichen Verweildauern von Männern und Frauen geringfügig, jedoch statistisch nicht signifikant, um 0,5 Tage, mit

Tabelle 12: Behandlungsdauer

Verweildauer	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 28 Tage (4 Wochen)	1068	8,7%	402	8,3%	1470	8,6%
bis 42 Tage (6 Wochen)	683	5,5%	336	6,9%	1019	5,9%
bis 56 Tage (8 Wochen)	1669	13,5%	762	15,7%	2431	14,2%
bis 84 Tage (12 Wochen)	3074	24,9%	1016	21,0%	4090	23,8%
bis 112 Tage (16 Wochen)	4909	39,8%	1898	39,2%	6807	39,6%
bis 140 Tage (20 Wochen)	665	5,4%	338	7,0%	1003	5,8%
bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)	213	1,7%	75	1,5%	288	1,7%
über 6 Monate	48	0,4%	21	0,4%	69	0,4%
Zusammen	12329	100,0%	4848	100,0%	17177	100,0%
Verweildauer	81,6 \pm 34,3 Tage		82,2 \pm 35,7 Tage		81,8 \pm 34,7 Tage	
Verweildauer bei regulärer Entlassung	91,0 \pm 27,7 Tage		91,5 \pm 30,5 Tage		91,2 \pm 28,5 Tage	
Verweildauer bei planmäßiger Entlassung	88,6 \pm 29,4 Tage		88,8 \pm 31,5 Tage		88,7 \pm 30,0 Tage	

Tabelle 13: Erwerbs- und Wohnsituation der Patienten am Tag nach Betreuungsende

Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
Auszubildender	69	0,6%	25	0,6%	94	0,6%
Arbeiter/Angestellter/Beamter	4171	37,5%	1602	36,3%	5773	37,2%
Selbständiger/Freiberufler	272	2,4%	65	1,5%	337	2,2%
sonstige Erwerbspersonen	30	0,3%	32	0,7%	62	0,4%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	57	0,5%	8	0,2%	65	0,4%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	1216	10,9%	365	8,3%	1581	10,2%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	3988	35,9%	1169	26,5%	5157	33,2%
Schüler/Student	42	0,4%	22	0,5%	64	0,4%
Hausfrau/Hausmann	43	0,4%	441	10,0%	484	3,1%
Rentner/Pensionär	910	8,2%	529	12,0%	1439	9,3%
sonstige Nichterwerbspersonen	324	2,9%	157	3,6%	481	3,1%
Zusammen	11122	100,0%	4415	100,0%	15537	100,0%
keine Daten	1207	9,8%	433	8,9%	1640	9,5%
Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	9497	82,8%	3990	88,9%	13487	84,5%
bei anderen Personen	950	8,3%	244	5,4%	1194	7,5%
ambulant betreutes Wohnen	230	2,0%	53	1,2%	283	1,8%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	348	3,0%	112	2,5%	460	2,9%
Wohnheim/Übergangswohnheim	209	1,8%	44	1,0%	253	1,6%

noch Tabelle 13: Erwerbs- und Wohnsituation der Patienten am Tag nach Betreuungsende

Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	19	0,2%	1	0,0%	20	0,1%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	21	0,2%	3	0,1%	24	0,2%
sonstiges	89	0,8%	16	0,4%	105	0,7%
ohne Wohnung	110	1,0%	24	0,5%	134	0,8%
Zusammen	11473	100,0%	4487	100,0%	15960	100,0%
keine Daten	856	6,9%	361	7,4%	1217	7,1%

91,0 ± 27,7 Tage vs. 91,5 ± 30,5 Tage, unterscheiden. Die Betrachtung der planmäßig entlassenen Patienten ergibt eine deutlich geringere durchschnittliche Verweildauer von 88,7 Tage (± 30,0 Tage), mit einem statistisch nicht signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen von 0,2 Tagen (88,6 ± 29,4 Tage vs. 88,8 ± 31,5 Tage).

In Tabelle 13 werden Angaben zur **Erwerbs- und Wohnsituation der Patienten zum Betreuungsende** wiedergegeben.

Bezüglich der Erwerbstätigkeit am Tag nach Betreuungsende waren 0,6% der Patienten Auszubildende. 37,2% waren als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig, 2,2% waren Selbständige oder Freiberufler, 0,4% gaben an sonstige Erwerbspersonen zu sein und weitere 0,4% befanden sich in beruflicher Rehabilitation. 43,4% der Patienten waren arbeitslos, wobei 33,2% arbeitslos nach SGB II (Bezug von Arbeitslosengeld II) und 10,2% arbeitslos nach SGB III (Bezug von Arbeitslosengeld I) waren. Weitere 0,4% der Patienten waren Schüler bzw. Studenten, 3,1% waren Hausfrauen bzw. Hausmänner, 9,3% waren Rentner und 3,1% wurden mit der Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“ kodiert. Bezogen auf alle Patienten der Stichprobe wurden bei 9,5% keine Daten kodiert.

Der Vergleich der Geschlechter ergibt einen deutlichen Unterschied in der Kategorie „Hausfrau, Hausmann“ mit einem Anteil von 10,0% bei Frauen gegenüber nur 0,4% bei Männern. Ebenso zeigen sich in der Kategorie „Rentner/Pensionär“ ein deutlich höherer Frauenanteil mit 12,0% gegenüber 8,2% bei männlichen Patienten. Demgegenüber ist die Kategorie „arbeitslos nach SGB II“ bei Männern mit 35,9% deutlich häufiger besetzt als bei Frauen mit 26,5%.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (84,5%) gab an, am Tag nach Betreuungsende selbständig (eigene oder gemietete Wohnung/Haus) zu wohnen, wobei der Anteil bei den Männern mit 82,8% vs. 88,9% deutlich unter dem der Frauen liegt. Weitere Angaben der Patienten zu ihrer Wohnsituation zum Betreuungsende waren: „bei anderen Personen“ mit 7,5% (8,3% vs. 5,4%), „ambulant betreutes Wohnen“ mit 1,8% (2,0% vs. 1,2%), „(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung“ mit 2,9% (3,0% vs. 2,5%), „Wohnheim/Übergangswohnheim“ mit 1,6% (1,8% vs. 1,0%), „JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung“ mit 0,1% (0,2% vs. 0,0%), „Notunterkunft, Übernachtungsstelle“ mit 0,2% (0,2% vs. 0,1%), „sonstiges“ mit 0,7% (0,8% vs. 0,4%), und „ohne Wohnung“ mit 0,8% (1,0% vs. 0,5%). Bei 7,1% aller Patienten waren keine Daten zur Wohnsituation kodiert.

2.6. Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2008

Im Folgenden werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2008 bezüglich der zwei Messzeitpunkte Beginn und Ende der Betreuung zueinander in Beziehung gesetzt. Da nicht alle Einrichtungen Datensätze für diese zwei Messzeitpunkte liefern können, ergeben sich für die folgenden Auswertungen im Umfang teilweise erheblich reduzierte Stichproben. Zudem wird zur einfacheren Darstellung jeweils die Kategorie „keine Daten“ in den betrachteten Variablen nicht berücksichtigt.

Tabelle 14 vergleicht die **Angaben zur Partnersituation der Patienten zum Beginn und zum Ende der Betreuung.**

Bei Betreuungsende hatten 47,9% der Patienten eine feste Partnerbeziehung, 47,1% waren alleinstehend, 4,7% hatten zeitweilige Beziehungen und 0,4% eine sonstige Partnerbeziehung. Von den 5.852 Patienten, bei Betreuungsbeginn alleinstehenden Patienten, waren zum Ende der Betreuung 92,5% weiterhin alleinstehend, 2,5% hatten zeitweilige Beziehungen, 4,8% eine feste Beziehung und 0,3% eine sonstige Partnerbeziehung.

Von den zum Betreuungsbeginn 646 Patienten mit zeitweiligen Beziehungen waren zum Betreuungsende 37,3% alleinstehend, 50,5% hatten weiterhin zeitweilige Beziehungen, 12,1% konnten eine feste Beziehung angeben und bei einem Patienten (0,2%) lag eine sonstige Partnerbeziehung vor.

Bei den zu Betreuungsbeginn 6.179 Patienten mit fester Beziehung, waren zum Ende der Behandlung 5,1% alleinstehend, 2,0% hatten zeitweilige Beziehungen, 92,6% waren weiterhin in einer festen Beziehung und bei 0,3% lag eine sonstige Partnerbeziehung vor.

Von den 30 Patienten mit einer sonstigen Partnerbeziehung bei Beginn der Thera-

Tabelle 14: Partnersituation der Patienten zum Beginn und zum Ende der Betreuung

Partnersituation bei Betreuungsende	Partnersituation bei Betreuungsbeginn									
	alleinstehend		zeitweilige Beziehungen		feste Beziehung		sonstige		Gesamt	
alleinstehend	5413	92,5%	241	37,3%	316	5,1%	12	40,0%	5982	47,1%
zeitweilige Beziehungen	144	2,5%	326	50,5%	123	2,0%	1	3,3%	594	4,7%
feste Beziehung	280	4,8%	78	12,1%	5721	92,6%	7	23,3%	6086	47,9%
sonstige	15	0,3%	1	0,2%	19	0,3%	10	33,3%	45	0,4%
Zusammen	5852	100,0%	646	100,0%	6179	100,0%	30	100,0%	12707	100,0%

Tabelle 15: Berufliche Integration der Patienten zum Beginn und zum Ende der Betreuung

Berufliche Integration bei Betreuungsende	Berufliche Integration bei Betreuungsbeginn									
	Arbeitsplatz vorhanden		arbeitslos		nicht erwerbstätig		berufliche Rehabilitation		Gesamt	
Arbeitsplatz vorhanden	5668	95,4%	170	2,7%	48	2,0%	7	15,9%	5893	40,2%
arbeitslos	216	3,6%	6018	96,2%	140	5,8%	11	25,0%	6385	43,6%
nicht erwerbstätig	41	0,7%	50	0,8%	2218	92,1%	2	4,5%	2311	15,8%
berufliche Rehabilitation	14	0,2%	18	0,3%	3	0,1%	24	54,5%	59	0,4%
Zusammen	5939	100,0%	6256	100,0%	2409	100,0%	44	100,0%	14648	100,0%

pie waren zum Ende der Therapie 40,0% alleinstehend, 3,3% (ein Patient) in zeitweiliger Beziehung, 23,3% in einer festen Beziehung und 33,3% weiterhin in einer sonstigen Beziehung.

In Tabelle 15 werden die **Angaben zur beruflichen Integration der Patienten zum Beginn und zum Ende der Betreuung** miteinander verglichen.

Zum Ende der Betreuung hatten 40,2% der Patienten einen Arbeitsplatz, 43,6% waren arbeitslos, 15,8% nicht erwerbstätig und 0,4% befanden sich in beruflicher Rehabilitation. Von den 5.939 Patienten, die zum Betreuungsbeginn in der Kategorie „Arbeitsplatz vorhanden“ kodiert wurden, hatten zum Ende der Betreuung 95,4% noch einen Arbeitsplatz, 3,6% waren arbeitslos, 0,7% nicht erwerbstätig und 0,2% in beruflicher Rehabilitation. Ein Grund für das Eintreten einer Arbeitslosigkeit während der Betreuung könnte sein, dass die Wirksamkeit der Kündigung in die Zeit der Rehabilitation gefallen ist bzw. dass der Patient erst während der Rehabilitation gekündigt wurde.

In der Kategorie „arbeitslos zu Betreuungsbeginn“ (6.256 Patienten), hatten zum Ende der Betreuung 2,7% wieder einen Arbeitsplatz, 96,2% waren weiterhin arbeitslos, 0,8% nicht erwerbstätig und 0,3% in beruflicher Rehabilitation. Die Verbesserung der Arbeitsplatzsituation zum Ende der Betreuung der bei zu Beginn der Betreuung arbeitslosen Patienten könnte Ergebnis der Bemühungen der Kliniken sein, durch Angebote zur beruflichen Reintegration der Patienten (wie z.B. mit Bewerbungstraining, Arbeitsplatzproben etc.) deren berufliche Situation zu verbessern.

Von den zum Betreuungsbeginn 2.409 nicht erwerbstätigen Patienten hatten 2,0% zum Betreuungsende einen Arbeitsplatz, 5,8% waren arbeitslos, 92,1% waren nicht erwerbstätig und 0,1% waren in beruflicher Rehabilitation.

Tabelle 16: Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsbeginn und Betreuungsende

Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsende	Arbeitsfähigkeit bei Betreuungsbeginn					
	arbeitsfähig		arbeitsunfähig		Gesamt	
arbeitsfähig	5513	93,5%	2906	73,2%	8419	85,3%
arbeitsunfähig	382	6,5%	1064	26,8%	1446	14,7%
Zusammen	5895	100,0%	3970	100,0%	9865	100,0%

Für die Kategorie „berufliche Rehabilitation“ wurden zum Betreuungsende sieben (15,9%) Patienten mit „Arbeitsplatz vorhanden“ kodiert, elf (25,0%) als arbeitslos, zwei (4,5%) als nicht erwerbstätig und 24 (54,5%) weiterhin in beruflicher Rehabilitation.

Mit der Datenerhebung des Dokumentationsjahrganges 2006 war es den beteiligten Kliniken erstmals möglich, Daten zur Arbeitsfähigkeit der Patienten für den Zeitpunkt kurz vor der Aufnahme bzw. zur Entlassung zu übermitteln. Tabelle 16 vergleicht die Angaben zur **Arbeitsfähigkeit der Patienten** für diese zwei Messzeitpunkte für die beiden Ausprägungen „arbeitsfähig“ und „arbeitsunfähig“ (die Kategorien „Hausfrau/Hausmann“ und „Beurteilung nicht erforderlich“ werden in dieser Darstellung nicht berücksichtigt).

Bei Betreuungsende waren 85,3% der Patienten arbeitsfähig und 14,7% arbeitsunfähig.

Tabelle 17: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2008 mit der Basisdokumentation 2007 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2008	Basisdokumentation 2007
Geschlecht	N = 17177	N = 16181
männlich	71,8%	71,6%
weiblich	28,2%	28,4%
Alter	N = 17176	N = 16180
	45,0 ± 10,3 Jahre	44,8 ± 10,2 Jahre
Familienstand	N = 16870	N = 15888
ledig	34,8%	33,6%
verheiratet, zusammen lebend	27,1%	27,8%

hig. Von den 3970 Patienten, die zum Betreuungsbeginn in der Kategorie „arbeitsunfähig“ kodiert wurden, waren zum Ende der Therapie 73,2% wieder arbeitsfähig und 26,8% waren weiterhin arbeitsunfähig. In der Kategorie „arbeitsfähig zu Betreuungsbeginn“ mit 5.895 Patienten, waren zum Ende der Betreuung 93,5% weiterhin arbeitsfähig und 6,5% arbeitsunfähig,

2.7. Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2008 mit der Basisdokumentation 2007

Tabelle 17 und Tabelle 18 geben einen Vergleich ausgewählter Ergebnisse³ der

³ Aufgrund der Umstellungsphase auf den Deutschen Kerndatensatz in den Daten liefernden Einrichtungen und der damit verbundenen teilweise nicht validen Dokumentation einzelner Variablen wird der Vergleich der Dokumentationsjahrgänge in diesem Jahr nur verkürzt dargestellt.

noch Tabelle 17: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2008 mit der Basisdokumentation 2007 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

	N = 16870	N = 15888
Familienstand		
verheiratet, getrennt lebend	9,4%	9,6%
geschieden	25,0%	23,4%
verwitwet	3,7%	5,6%
Partnerbeziehung	N = 16738	N = 15042
alleinstehend	47,2%	46,2%
zeitweilige Beziehung	4,7%	4,7%
feste Beziehung	47,8%	48,8%
sonstige Beziehung	0,3%	0,3%
Schulabschluss	N = 16740	N = 15745
ohne Schulabschluss	4,2%	4,5%
Sonderschulabschluss	2,5%	2,5%
Haupt-/Vollschulabschluss	41,8%	42,6%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	35,3%	34,4%
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	15,0%	15,2%
anderer Schulabschluss	1,2%	0,8%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	N = 15926	N = 13730
Arbeitsplatz vorhanden	39,9%	37,7%
arbeitslos	43,5%	45,9%
nicht erwerbstätig	16,3%	16,1%
in beruflicher Rehabilitation	0,3%	0,3%
Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende	N = 15537	N = 14007
Arbeitsplatz vorhanden	40,3%	39,5%
arbeitslos	43,4%	43,6%
nicht erwerbstätig	15,9%	16,4%
in beruflicher Rehabilitation	0,4%	0,5%

Tabelle 18: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2008 mit der Basisdokumentation 2007 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2008	Basisdokumentation 2007
Vermittelt durch	N = 16831	N = 15887
Suchtberatung	50,6%	50,8%
Krankenhaus/Krankenhaus- abteilung	17,0%	15,5%
Kosten-/Leistungsträger	5,8%	6,7%
niedergelassener Arzt/ Psychotherapeut	3,0%	3,2%
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	3,0%	3,4%
sonstige Vermittler	8,6%	8,8%
ohne Vermittlung	12,0%	11,6%
Kostenträger	N = 17140	N = 16134
Rentenversicherung	84,4%	83,7%
Krankenversicherung	11,1%	11,6%
sonstige Kostenträger	4,5%	4,7%

Basisdokumentation 2008 des Fachverbandes Sucht e. V. mit der Basisdokumentation des Jahres 2007 (Fachverband Sucht e. V., 2008). Dabei sind jeweils Item-bezogen die Datensätze um die unterschiedlichen „Missing-Data“ bereinigt.

Ein Abgleich der Datensätze ergibt zusammenfassend folgende Ergebnisse (in Klammern jeweils die Angaben für 2007):

- 71,8 % (71,6%) der Patienten sind männlichen, 28,2% (28,4%) weiblichen Geschlechtes; der Anteil der männlichen Patienten hat gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte zugenommen.
- Das durchschnittliche Alter der Patienten bei Behandlungsbeginn hat sich um 0,2 Jahre auf 45,0 Jahre erhöht.
- Bei Betrachtung des Familienstandes zeigen sich folgende Unterschiede in den beiden Dokumentationsjahrgängen: 34,8% der Patienten aus 2008 waren ledig (33,6%), 27,1% (27,8%) waren verheiratet und lebten zusammen, 9,4% (9,6%) waren verheiratet und getrennt lebend; 25,0% (23,4%) waren geschieden und 3,7% (5,6%) waren verwitwet.
- Bezüglich der Partnerbeziehung zeigen sich folgende Unterschiede (bzw. Gemeinsamkeiten) in den beiden Dokumentationsjahrgängen: 47,8% der Patienten (48,8%) lebten in einer festen Beziehung, 47,2% (46,2%) waren alleinstehend und 4,7% (4,7%) hatten eine zeitweilige Beziehung.
- Im Dokumentationsjahr 2008 fanden sich 4,2% der Patienten (4,5%) ohne Schulabschluss; 2,5% (2,5%) hatten einen Sonderschulabschluss, 41,8% (42,6%) verfügten über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss, 35,3% (34,4%) über einen Realschulabschluss bzw. über den Abschluss der Polytechnischen Oberschule, 15,0% (15,2%) Hochschul- bzw. Fachhochschulreife oder das Abitur und 1,2% (0,8%) über einen anderen Schulabschluss.
- Die Quote der Patienten mit Arbeitsplatz bei Therapiebeginn erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um 2,2 Prozentpunkte von 37,7% in 2007 auf 39,9% in 2008. Demgegenüber verringerte sich die Quote der arbeitslosen Patienten um 2,4 Prozentpunkte von 45,9% auf 43,5%. Außerdem gehörten 16,3% (16,1%) der Patienten zur Gruppe der Nichterwerbspersonen und 0,3% (0,3%) in die Kategorie „berufliche Rehabilitation“.

noch Tabelle 18: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2008 mit der Basisdokumentation 2007 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Hauptdiagnose	N = 17177	N = 15964
Störungen durch Alkohol F10.XX	94,2%	93,7%
sonstige F1X.XX Diagnosen außer Alkohol	4,4%	4,6%
Pathologisches Glücksspiel F63	1,2%	1,6%
sonstige Diagnosen	0,2%	0,1%
Verweildauer		
	N = 17177	N = 16181
	81,8 ± 34,7 Tage	82,3 ± 34,8 Tage
Verweildauer bei regulärer Entlassung		
	N = 10938	N = 10607
	91,2 ± 28,5 Tage	91,0 ± 28,9 Tage
Verweildauer bei planmäßiger Entlassung		
	N = 14532	N = 13713
	88,7 ± 30,0 Tage	89,0 ± 30,1 Tage
Art der Behandlungsbeendigung		
	N = 17122	N = 16144
Anteil mit regulärer Entlassung	64,1%	65,7%
Anteil mit planmäßiger Entlassung	84,9%	84,9%

- Die Quote der Patienten mit Arbeitsplatz bei Therapieende erhöhte sich ebenso gegenüber dem Vorjahr um 0,8 Prozentpunkte von 39,5% in 2007 auf 40,3% in 2008. Die Quoten der arbeitslosen Patienten unterscheiden sich in den beiden Jahrgängen mit 43,4% in 2008 und 43,6% in 2007 nur geringfügig. 15,9% (16,4%) der Patienten gehörten wieder zur Gruppe der Nichterwerbspersonen und 0,4% (0,5%) in die Kategorie „berufliche Rehabilitation“.
- In beiden Jahrgängen wurde die Mehrzahl der Patienten (50,6% in 2008 und 50,8% in 2007) durch eine Suchtberatungsstelle auf die medizinische Rehabilitationsmaßnahme vorbereitet. Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen vermittelten 17,0% (15,5%) der Patienten, Kosten- bzw. Leistungsträger 5,8% (6,7%), niedergelassene Ärzte bzw. Psychotherapeuten 3,0% (3,2%), Arbeitgeber, Betriebe bzw. die Schulen 3,0% (3,4%) und sonstige Vermittler 8,6% (8,8%). Ohne Vermittlung kamen 12,0% (11,6%) in die Therapie.
- 84,4% (83,7%) der Patienten aus 2008 (2007) hatten die Rentenversicherung als Leistungsträger; für 11,1% (11,6%) kam der zuständige Leistungsträger aus dem Bereich der Krankenversiche-

rungen und bei 4,5% (4,7%) gab es einen sonstigen Leistungsträger.

- 94,2% der Patienten aus dem Jahrgang 2008 (93,7%) hatten als Hauptdiagnose die ICD-10 Kodierung „Störungen durch Alkohol“; 4,4% (4,6%) hatten sonstige F1X.XX Diagnosen, 1,2% (1,6%) die Diagnose pathologisches Glücksspiel und 0,2% (0,1%) der Patienten hatten eine sonstige Diagnose als Hauptdiagnose.
- Beide Dokumentationsjahrgänge unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Verweildauern: Bei Betrachtung aller Patienten verringerte sich die durchschnittliche Verweildauer geringfügig um 0,5 Tage von 82,3 Tage (± 34,8 Tage) im Dokumentationsjahr 2007 auf 81,8 Tage (± 34,7 Tage) für 2008. Werden nur die regulären Entlassungen betrachtet, so erhöhte sich die mittlere Verweildauer geringfügig um 0,2 Tage von 91,0 Tage (± 28,9 Tage) im Dokumentationsjahrgang 2007 auf 91,2 Tage (± 28,5 Tage) für 2008. Bei Betrachtung der planmäßig beendeten Behandlungen (entspricht den Kategorien 1, 2, 3 und 7 der Entlasskategorien des Deutschen Kerndatensatzes) verringerte sich die mittlere Verweildauer um 0,3 Tage von 89,0 Tagen (± 30,1 Tage) im Behandlungsjahr 2007 auf 88,7 Tage (± 30,0 Tage) in 2008.

- Der Anteil der Patienten mit regulärer Behandlungsbeendigung verringerte sich um 1,6 Prozentpunkte von 65,7% in 2007 auf 64,1% in 2008. Bei Betrachtung der planmäßigen Behandlungsbeendigung blieb der Anteil in beiden Dokumentationsjahrgängen konstant bei 84,9%.

3. Ausblick

Mit diesem fünfzehnten Bericht zur Basisdokumentation gibt der Fachverband Sucht e. V. einen Überblick über die in seinen Mitgliedseinrichtungen durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen und die behandelte Klientel. Der Fachverband Sucht e. V. beabsichtigt, diese Berichte auch künftig jährlich vorzulegen.

4. Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2007). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Vorläufige Endfassung, Stand: 14.12.2007. www.dhs.de

Fachverband Sucht e. V. (2008). Basisdokumentation 2007. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e. V., Qualitätsförderungen in der Entwöhnungsbehandlung, 15, Bonn, S. 5 – 17

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2005) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchgesehene und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

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

Ott, E.S., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Fischer, M., Herder, F., Jahrreiss, R., Missel, P., Quinten, C., Rösch, W., Schleede, S., Schneider, B., Zemlin, U. (1997). Neuentwicklung einer Basisdokumentation für den Bereich stationärer Rehabilitation Suchtkranker (Bado Sucht 97). In: Fachausschuss Sucht des Wissenschaftsrates (Hrsg.). Qualitätsstandards – Prozeß- und Ergebnisqualität in der Behandlung Suchtkranker. Verhaltensmedizin Heute – Fortschritte in der Rehabilitation, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, Heft 7, S. 15-24

Redline-Data (Hrsg.) (2003). PATFAK, Ahrens-bök

Autorenverzeichnis:

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

Funke, Wilma, Dr., Leitende Psychologin der Kliniken Wied, Wied

Garbe, Dieter, Dipl.-Psych., Stellvertretender Leitender Psychologe der Kliniken Wied, Wied

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

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

Medenwaldt, Jens, Redline-Data, Ahrensböök

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

Schneider, Bernhard, Dipl.-Psych., Wissenschaftlicher Mitarbeiter der AHG Kliniken Daun, Daun

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

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

Wüst, Gerhard, Dipl.-Psych., Fachklinik Eußerthal, Eußerthal/Pfalz

Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen

(nach Postleitzahl)

Soteria-Klinik Leipzig	04289 Leipzig
Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda	04924 Bad Liebenwerda
Klinik Bad Blankenburg	07422 Bad Blankenburg
Fontaneklinik	15741 Motzen
salus-Klinik Lindow	16835 Lindow
Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V. Haus Schönbirken (Zentrum III)	16835 Seebeck-Strubensee
AHG Klinik Schweriner See	19069 Lüstorf
AHG Klinik Holstein	23562 Lübeck
Haus Niedersachsen – Klinik Oerrel	29386 Dedelstorf, OT Oerrel
Klinik Eschenburg	35713 Eschenburg
AHG Klinik Richelsdorf	36208 Wildeck-Richelsdorf
AHG Klinik Wigbertshöhe	36251 Bad Hersfeld
Diakonie Krankenhaus Harz	38875 Elbingerode
Fachklinik Alte Ölmühle	39114 Magdeburg
Paracelsus-Berghofklinik	49512 Bad Essen
Paracelsus-Wiehengebirgsklinik	49152 Bad Essen
AHG Klinik Tönisstein	53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
AHG Kliniken Daun Am Rosenberg	54550 Daun/Eifel
AHG Kliniken Daun Thommener Höhe	54552 Darscheid
Fachklinik Fredeburg	57392 Schmallenberg
Kliniken Wied	57629 Wied bei Hachenburg
salus-Klinik Arnsberg	59823 Arnsberg
Klinik Brilon Wald	59929 Brilon-Wald
salus-Klinik Friedrichsdorf	61381 Friedrichsdorf
AHG Klinik Münchwies, Zentrum für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Suchtmedizin	66540 Neunkirchen
AHG Klinik am Hardberg	69483 Wald-Michelbad/OT-Siedelsbrunn
AHG Klinik Wilhelmsheim	71570 Oppenweiler
Fachklinik Schloz	72250 Freudenstadt
Fachklinik Zwieselberg	72250 Freudenstadt
Fachklinik Zur alten Post	72270 Baiersbronn-Schönmünzach
Fachklinik Eußerthal	76857 Eußerthal/Pfalz
Rehaklinik Glöcklehof	79859 Schluchsee
Fachklinik Furth im Wald	93437 Furth im Wald
Saaletalklinik	97616 Bad Neustadt

Inhaltsverzeichnis

*Garbe, D.,
Qualitätszirkel Stationäre Drogenrehabilitation im Fachverband Sucht e. V.*

Teilband II

Basisdokumentation 2008 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit

1. Einleitung.....	20
2. Basisdokumentation 2008 des FVS – Stationäre Entwöhnungsbehandlung Drogen	20
2.1 Datenerhebung und Stichprobenszusammensetzung.....	20
2.2 Beschreibung der Patienten nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen	21
2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme.....	23
2.4 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende	25
2.5 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2008.....	27
2.6 Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2008 und der Basisdokumentation 2007.....	29
3. Ausblick	30
4. Literatur	31
Autorenverzeichnis / Mitglieder des Ausschusses Qualitätszirkel Stationäre Drogenrehabilitation im Fachverband Sucht e.V.....	31
Liste der beteiligten Einrichtungen.....	31

Teilband II:

Basisdokumentation 2008 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit

1. Einleitung

Bereits seit 1993 veröffentlicht der Fachverband Sucht e.V. kontinuierlich Daten zur Basisdokumentation in der Rehabilitation Suchtmittelabhängiger. Waren die Dokumentationen lange Zeit auf Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige beschränkt, lagen für den Entlassjahrgang 2006 erstmals auch Daten für den Bereich der stationären Drogenrehabilitation vor. Dies ist nicht zuletzt der Arbeit des Qualitätszirkels „Stationäre Drogenrehabilitation“ zu verdanken, der im FVS eingerichtet wurde.

Die Basisdokumentation gehört nunmehr zu den verbindlichen Qualitätsmerkmalen auch der Fachkliniken für Drogenabhängige. Sie bildet ebenfalls die Grundlage für eine differenzierte Darstellung und Bewertung der Ergebnisse katamnestischer Befragungen, die aktuell auch für den Bereich der stationären Drogenrehabilitation in der Entwicklung sind.

Für den vorliegenden Bericht wurde als Basis der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2007) zugrunde gelegt, der vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter Beteiligung des FVS entwickelt wurde. Der Fachverband Sucht ist auch in der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Suchthilfestatistik (AG DSHS) vertreten. Diese Arbeitsgemeinschaft trägt die fach- und datenpolitische Verantwortung bezüglich der Deutschen Suchthilfestatistik (ambulant und stationär).

Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Grundgesamtheit an Patienten¹ des zur Auswertung herangezogenen Datenpools (intention-to-treat (ITT) -Stichprobe; alle in einem Jahr entlassenen Patienten) von 2.345 auf 2.131 verringert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass zwei der

im letzten Jahr beteiligten Kliniken für 2008 keine Daten geliefert haben.

Es sei darauf verwiesen, dass nicht bei allen Merkmalen dieselbe Grundmenge an Patientendaten eingehen konnte. Dies liegt an den teilweise voneinander abweichenden Erhebungsformen der verschiedenen Dokumentationssysteme bzw. an eventuell unvollständigen Datensätzen innerhalb des jeweiligen Systems. Deshalb wurden für die Darstellung der Ergebnisse im Text und in den Tabellen jeweils die fehlenden Daten herausgerechnet. Die Quote der fehlenden Daten (bezogen auf die Gesamtstichprobe) ist im Text und in den Tabellen zudem mit ausgewiesen. In die Auswertung gingen nur Datensätze aus Einrichtungen des Fachverbandes Sucht ein, die die Mindeststandards für Datensätze der Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht² erfüllt haben.

2. Basisdokumentation 2008 des FVS – Stationäre Rehabilitation Drogen

2.1 Datenerhebung und Stichprobenszusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizinischen

² Für die Items Geschlecht, Alter bei Aufnahme, Behandlungsdauer, Hauptdiagnose, Art der Einrichtung und Dokumentationssystem sind keine „Missing-Data“ erlaubt. Für die Items Leistungsträger und Art der Therapiebeendigung sind maximal drei Prozent „Missing-Data“ erlaubt.

Rehabilitation suchtmittelabhängiger Patienten für das Jahr 2008 zusammengefasst. Die Daten stammen ausschließlich aus Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e. V. Die Gesamtstichprobe der Basisdokumentation 2008 umfasst 2.131 Patienten aus insgesamt 14 Therapieeinrichtungen im Bereich der stationären Drogenrehabilitation.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten Dokumentations- und EDV-Systeme: Für 664 Patienten (31,2%) wurden die Daten mit der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2002) erhoben. Bei weiteren 1.341 Patienten (62,9%) kam ein an die Bado Sucht angelehntes System zum Einsatz. Erfasst wurden die Daten in diesen Fällen durch das EDV-System PATFAK (N = 986; 46,3%), das EDV-System PaDo (N = 233; 10,9%) sowie durch klinikeigene Systeme (N = 122; 5,7%). Die Daten der übrigen 126 Patienten (5,9%) wurden mit dem System DESTAS erhoben, wobei als Software PATFAK eingesetzt wurde.

Die Daten wurden durch Redline DATA, Ahrensböck aus den Mitgliedseinrichtungen gesammelt, zusammengeführt und auf Fehlerfreiheit geprüft. Die Auswertung des anonymisierten Datensatzes wurde von den Kliniken Wied vorgenommen. Ein Rückschluss auf die Daten aus einzelnen Mitgliedseinrichtungen bzw. auf einzelne Patienten ist nicht möglich.

Tabelle 1: EDV- und Dokumentationssysteme

EDV- und Dokumentationssystem	Häufigkeit	Prozent
Bado Sucht AHG	664	31,2%
Bado Sucht angelehntes System	122	5,7%
Bado Sucht angelehnt, erfasst mit PATFAK (Redline Data)	986	46,3%
Bado Sucht angelehnt, erfasst mit PaDo (Ciscom)	233	10,9%
DESTAS erfasst mit PATFAK (Redline Data)	126	5,9%
Zusammen	2131	100,0%

¹ Zur einfacheren Lesbarkeit des Textes wird im folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben sind ausdrücklich gekennzeichnet.

2.2 Beschreibung der Patienten nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen

Geschlecht und Altersverteilung

In Tabelle 2 ist die Altersverteilung der Patienten bei Behandlungsbeginn in Abhängigkeit vom Geschlecht dargestellt. Von den insgesamt 2.131 Patienten waren 1.688 (79,2%) männlichen und 443 (20,8%) weiblichen Geschlechts. Zur Darstellung der Übersicht wurden die Patienten in Altersgruppen mit einer Spannweite von jeweils fünf Jahren gruppiert.

Mit 29,0% aller Patienten war die Altersklasse der 20- bis 24jährigen am stärksten besetzt, gefolgt von den Altersklassen der 25- bis 29jährigen mit 27,0%, der 30- bis 34jährigen mit 15,3% sowie der 35- bis 39jährigen mit 10,8%. Weitere 6,6% fielen in die Gruppe der 40- bis 44jährigen. 4,1% aller Patienten waren 45 Jahre und älter, 7,2% waren jünger als 20 Jahre. Das Durchschnittsalter aller Patienten betrug 28,6 Jahre ($28,6 \pm 7,7$ Jahre). Frauen waren bei der Aufnahme im Schnitt 27,5 Jahre ($27,5 \pm 7,3$ Jahre) alt, Männer waren mit durchschnittlich 28,9 Jahren ($28,9 \pm 7,8$ Jahre) 1,4 Jahre älter. Die Mittelwerte von männlichen und weiblichen Patienten unterscheiden sich hierbei statistisch signifikant ($p = 0,001$; z-test).

Familienstand und Partnerbeziehung

Einen Überblick über Familienstand und Partnerbeziehung bei Behandlungsbeginn vermittelt Tabelle 3. Der weitaus größte Anteil der Patienten, nämlich 83,7%, war bei der Aufnahme ledig. 7,2% waren verheiratet, wobei 3,3% aller Patienten vom Partner getrennt lebte. 8,7% waren geschieden und 0,4% verwitwet. Für 1,5% aller Patienten lagen keine Daten vor. Im Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigen sich keine gravierenden Unterschiede.

Hinsichtlich der Partnersituation werden die Kategorien „alleinstehend“, „zeitweilige Beziehung(en)“, „feste Beziehung“ und „sonstige“ unterschieden. 61,6% aller Patienten waren zum Zeitpunkt der Aufnahme alleinstehend, 32,6% hatten einen festen Partner. 4,8% hatten zeitweilige Beziehungen, und für 1,1% war eine sonstige Partnerschaft kodiert. Für 1,9% der Patienten lagen keine Daten vor.

Betrachtet man die Partnersituation nach Geschlechtern getrennt, ergeben sich

Tabelle 2: Altersverteilung der Patienten

Altersverteilung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 19 Jahre	122	7,2%	32	7,2%	154	7,2%
20 bis 24 Jahre	462	27,4%	156	35,2%	618	29,0%
25 bis 29 Jahre	448	26,5%	127	28,7%	575	27,0%
30 bis 34 Jahre	122	16,3%	50	11,3%	325	15,3%
35 bis 39 Jahre	187	11,1%	44	9,9%	231	10,8%
40 bis 44 Jahre	122	7,2%	18	4,1%	140	6,6%
45 bis 49 Jahre	51	3,0%	13	2,9%	64	3,0%
50 bis 54 Jahre	15	0,9%	2	0,5%	17	0,8%
55 bis 59 Jahre	5	0,3%	1	0,2%	6	0,3%
älter als 65 Jahre	1	0,1%			1	0,0%
Zusammen	1688	100,0%	443	100,0%	2131	100,0%
Mittelwert ± Standardabweichung	28,9 ± 7,8 Jahre		27,5 ± 7,3 Jahre		28,6 ± 7,7 Jahre	

deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. So waren zum Zeitpunkt der Aufnahme 65,2% der Männer, aber nur 47,7% der weiblichen Patienten alleinstehend. Nur 29,8% der Männer hatten gegenüber 43,3% der Frauen einen festen Partner. Zeitweilige Beziehungen gaben 3,9% der Männer und 8,3% der Frauen an.

Lebenssituation und Wohnsituation zu Behandlungsbeginn

Tabelle 4 gibt Aufschluss über die Lebenssituation und die Wohnsituation der Patienten bei Betreuungsbeginn. 49,7%

aller Patienten lebten bei Behandlungsbeginn allein, 18,9% mit den Eltern bzw. einem Elternteil zusammen und 2,4% gemeinsam mit Kindern. 12,6% lebten mit einem Partner sowie 6,0% mit einem Partner und Kindern, 4,1% mit sonstigen Bezugspersonen und 6,3% mit sonstigen Personen. Für 14,3% aller Patienten konnte die Lebenssituation aufgrund fehlender Daten nicht beurteilt werden. Von der Situation des Alleinlebens waren mehr Männer (52,2%) als Frauen (40,2%) betroffen. Frauen gaben häufiger als Männer an, mit einem Partner und/oder Kindern zusammenzuleben (28,9% vs. 15,9%).

Tabelle 3: Familienstand und Partnerbeziehung der Patienten bei Betreuungsbeginn

Familienstand	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ledig	1401	84,1%	356	82,0%	1757	83,7%
verheiratet, zusammen lebend	62	3,7%	20	4,6%	82	3,9%
verheiratet, getrennt lebend	53	3,2%	16	3,7%	69	3,3%
geschieden	143	8,6%	39	9,0%	182	8,7%
verwitwet	6	0,4%	3	0,7%	9	0,4%
Zusammen	1665	100,0%	434	100,0%	2099	100,0%
keine Daten	23	1,4%	9	2,0%	32	1,5%
Partnerbeziehung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
alleinstehend	1081	65,2%	206	47,7%	1287	61,6%
zeitweilige Beziehung(en)	64	3,9%	36	8,3%	100	4,8%
feste Beziehung	494	29,8%	187	43,3%	681	32,6%
sonstige	19	1,1%	3	0,7%	22	1,1%
Zusammen	1658	100,0%	432	100,0%	2090	100,0%
keine Daten	30	1,8%	11	2,5%	41	1,9%

Tabelle 4: Lebens- und Wohnsituation der Patienten bei Betreuungsbeginn

Lebenssituation	Männer		Frauen		Gesamt	
alleinlebend	756	52,2%	152	40,2%	908	49,7%
mit Eltern(-teil)	302	20,8%	44	11,6%	346	18,9%
mit Kind(ern)	7	0,5%	37	9,8%	44	2,4%
mit Partner	156	10,8%	74	19,6%	230	12,6%
mit Partner und Kind(ern)	74	5,1%	35	9,3%	109	6,0%
mit sonstiger/n Bezugsperson/en	58	4,0%	17	4,5%	75	4,1%
mit sonstiger/n Person/en	96	6,6%	19	5,0%	115	6,3%
Zusammen	1449	100,0%	378	100,0%	1827	100,0%
keine Daten	239	14,2%	65	14,7%	304	14,3%
Überwiegendes Wohnverhältnis am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	575	36,3%	195	48,1%	770	38,8%
bei anderen Personen	404	25,5%	96	23,7%	500	25,2%
Ambulant betreutes Wohnen	40	2,5%	7	1,7%	47	2,4%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	187	11,8%	66	16,3%	253	12,7%
Wohnheim/ Übergangswohnheim	29	1,8%	6	1,5%	35	1,8%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	307	19,4%	23	5,7%	330	16,6%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	5	0,3%			5	0,3%
sonstiges	26	1,6%	8	2,0%	34	1,7%
Ohne Wohnung	9	0,6%	4	1,0%	13	0,7%
Zusammen	1582	100,0%	405	100,0%	1987	100,0%
keine Daten	106	6,3%	38	8,6%	144	6,8%

Tabelle 5: Höchster Schulabschluss und Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn

höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
derzeit in Schulausbildung	3	0,2%	1	0,2%	4	0,2%
ohne Schulabschluss	294	17,7%	63	14,6%	357	17,1%
Sonderschulabschluss	45	2,7%	9	2,1%	54	2,6%
Haupt- / Volksschulabschluss	811	48,8%	193	44,7%	1004	48,0%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	406	24,4%	137	31,7%	543	25,9%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	97	5,8%	27	6,3%	124	5,9%
anderer Schulabschluss	5	0,3%	2	0,5%	7	0,3%
Zusammen	1661	100,0%	432	100,0%	2093	100,0%
keine Daten	27	1,6%	11	2,5%	38	1,8%

Bei der Betrachtung der Wohnsituation ergibt sich folgendes Bild: 38,8% aller Patienten wohnten selbständig, 25,2% bei anderen Personen. 2,4% kamen aus dem ambulanten betreuten Wohnen in die Behandlung, 14,5% aus einem Heim oder einer Klinik und 16,6% aus einer Justizvollzugsanstalt. 0,7% waren wohnungslos, 1,7% kamen aus einer Notunterkunft oder Übernachtungsstelle, und für 1,7% war eine sonstige Wohnsituation angegeben. Für 6,8% aller Patienten konnten hinsichtlich der Wohnsituation keine konkreten Angaben gemacht werden. Der Anteil der selbständig Wohnenden war bei den Frauen mit 48,1% deutlich höher als bei den Männern (36,3%). Die männlichen Patienten kamen häufiger aus einer JVA (19,4% vs. 5,7%).

Schulbildung und Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn

Die Angaben zur Schulbildung bei Aufnahme und zur Erwerbstätigkeit der Patienten bei Beginn der Behandlung sind in Tabelle 5 wiedergegeben. Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren 0,2% der Patienten in Schulausbildung. 17,1% aller Patienten hatten keinen Schulabschluss, 2,6% verfügten über einen Sonderschulabschluss, und 48,0% hatten die Schulausbildung mit dem Hauptschulabschluss beendet. 25,9% besaßen den Realschulabschluss, 5,9% hatten die Fachhochschulreife oder das Abitur. 0,3% hatten einen anderen Schulabschluss. Für 1,8% der Patienten lagen keine Daten vor.

Vergleicht man die Geschlechter hinsichtlich des Schulabschlusses, zeigen sich einige Unterschiede. So hatten mehr Männer als Frauen den Hauptschulabschluss (48,8% vs. 44,7%), während Frauen mit 38,0% gegenüber 30,2% entsprechend häufiger über einen Realschulabschluss, Fachhochschulreife oder Abitur verfügten.

Erwerbstätig als Arbeiter, Angestellter, Beamter, Selbständiger oder Freiberufler waren 10,4% aller Patienten, weitere 2,5% befanden sich in Berufsausbildung, 2,3% gingen einer sonstigen Erwerbstätigkeit nach, und 0,1% befanden sich in einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. 67,0% der Patienten waren arbeitslos, wobei 49,7% Arbeitslosengeld II und 17,3% Arbeitslosengeld I bezogen. Weitere 0,8% waren Schüler bzw. Studenten, 0,5% waren Hausfrauen oder Hausmänner, 1,2% waren Rentner bzw. Pensionäre, und 15,3% fielen in die Kategorie

noch Tabelle 5: Höchster Schulabschluss und Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn

Erwerbstätigkeit am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Auszubildender	39	2,5%	10	2,5%	49	2,5%
Arbeiter / Angestellter / Beamter	148	9,5%	45	11,4%	193	9,9%
Selbständiger / Freiberufler	10	0,6%			10	0,5%
sonstige Erwerbsperson	39	2,5%	5	1,3%	44	2,3%
In beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	2	0,1%			2	0,1%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	274	17,6%	64	16,2%	338	17,3%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	753	48,3%	218	55,1%	971	49,7%
Schüler / Student	13	0,8%	2	0,5%	15	0,8%
Hausfrau / Hausmann	3	0,2%	7	1,8%	10	0,5%
Rentner / Pensionär	20	1,3%	3	0,8%	23	1,2%
sonstige Nichterwerbsperson	257	16,5%	42	10,6%	299	15,3%
Zusammen	1558	100,0%	396	100,0%	1954	100,0%
keine Daten	130	7,7%	47	10,6%	177	8,3%

„sonstige Nichterwerbspersonen“. Für 8,3% der Patienten lagen keine Daten vor.

2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme

Art der Vermittlung

In Tabelle 6 sind die Angaben zur vermittelnden Instanz zusammengefasst. Im Kerndatensatz kann zur Kodierung der vermittelnden Instanz aus einer Liste von 26 verschiedenen Items ausgewählt werden. Zur Wahrung der Übersichtlichkeit werden daher in der Tabelle nur die zehn häufigsten Vermittlungsinstanzen einzeln benannt, die übrigen werden in der Kategorie „sonstige“ zusammengefasst. Der weitaus größte Teil der Patienten (65,3%) wurde über eine Suchtberatungs- bzw. Suchtbehandlungsstelle oder eine Fachambulanz in die Behandlung vermittelt, 9,4% kamen aus einem Krankenhaus. 2,7% wurden aus einer JVA und 1,0% aus einer stationären Rehabilitationseinrichtung vermittelt, 11,0% kamen ohne Vermittlung. Weitere Vermittlungsinstanzen waren Kosten- bzw. Leistungsträger (3,7%), Justizbehörden bzw. Bewährungshilfe (1,2%), Familie (0,8%), ärztliche oder psychotherapeutische Praxis (1,4%) und Institutsambulanz (0,4%).

3,4% der Vermittler fielen in die Kategorie „sonstige“. Für 3,2% lagen keine Daten vor. Der mit 2,7% unerwartet geringe Anteil an Vermittlungen aus Justizvollzugs-

Tabelle 6: Angaben zur vermittelnden Instanz (es werden die zehn häufigsten Vermittler dargestellt, weitere Vermittler sind in der Kategorie „sonstige“ zusammengefasst)

Vermittlung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
keine / Selbstmelder	180	11,0%	46	10,9%	226	11,0%
Familie	9	0,5%	7	1,7%	16	0,8%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	23	1,4%	6	1,4%	29	1,4%
Suchtberatungs- und/oder -behandlungsstelle, Fachambulanz	1075	65,6%	271	64,1%	1346	65,3%
Institutsambulanz	7	0,4%	2	0,5%	9	0,4%
Krankenhaus / Krankenhausabteilung	138	8,4%	56	13,2%	194	9,4%
stationäre Rehabilitationseinrichtung	17	1,0%	3	0,7%	20	1,0%
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug	52	3,2%	3	0,7%	55	2,7%
Justizbehörden, Bewährungshilfe	22	1,3%	2	0,5%	24	1,2%
Kosten- / Leistungsträger	64	3,9%	12	2,8%	76	3,7%
sonstige	52	3,2%	15	3,5%	67	3,3%
Zusammen	1639	100,0%	423	100,0%	2062	100,0%
keine Daten	49	2,9%	20	4,5%	69	3,2%

anstalten dürfte darauf zurückzuführen sein, dass erfahrungsgemäß die Mehrheit der Patienten aus Haftanstalten nicht durch die internen Sozialdienste, sondern externe Beratungsstellen vermittelt werden.

Im Vergleich der Geschlechter hinsichtlich der Vermittlung zeigt sich, dass mehr Frauen als Männer (13,2% vs. 8,4%) aus einem Krankenhaus in die Behandlung kamen, Männer dagegen häufiger (3,2% vs. 0,7%) durch den Sozialdienst einer JVA vermittelt wurden.

Kostenträger

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Kostenträgerstruktur. Die Kosten für die Behandlung wurden für 86,9% aller Patienten von der Rentenversicherung übernommen, 10,0% hatten eine Krankenkasse als Kostenträger. Für 2,7% wurden die Kosten der Behandlung von einer anderen Stelle getragen, 0,5% kamen selbst für die Kosten der Behandlung auf. Keine Daten gab es bei 0,2% der Patienten. Männer hatten häufiger als Frauen eine Krankenkasse (10,3% vs. 8,9%) oder die Sozialhilfe (2,6% vs. 0,9%) als Kostenträger, bei den Frauen wurde die Behandlung häufiger (90,0% vs. 86,1%) von der Rentenversicherung finanziert.

Tabelle 7: Kostenträger

Kostenträger	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Selbstzahler	10	0,6%			10	0,5%
Rentenversicherung	1452	86,1%	396	90,0%	1848	86,9%
Krankenversicherung	174	10,3%	39	8,9%	213	10,0%
Sozialhilfe	44	2,6%	4	0,9%	48	2,3%
Jugendhilfe	5	0,3%	1	0,2%	6	0,3%
sonstige	2	0,1%			2	0,1%
Zusammen	1687	100,0%	440	100,0%	2127	100,0%
keine Daten	1	0,1%	3	0,7%	4	0,2%

Tabelle 8: Auflagen durch Gerichtsbeschluss

Kostenträger	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine gerichtlichen Auflagen	822	60,2%	277	77,6%	1099	63,8%
BtMG	440	32,2%	59	16,5%	499	29,0%
Psych.-KG / Landesunterbringungsgesetz	2	0,1%			2	0,1%
Andere strafrechtliche Grundlage	101	7,4%	21	5,9%	122	7,1%
Zusammen	1365	100,0%	357	100,0%	1722	100,0%
keine Daten	323	19,1%	86	19,4%	409	19,2%

Tabelle 9: Hauptdiagnose (Suchtmitteldiagnose)

Hauptdiagnose	ICD-10	Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Störungen durch Alkohol	F10	83	4,9%	14	3,2%	97	4,6%
Störungen durch Opioide	F11	472	28,0%	169	38,1%	641	30,1%
Störungen durch Cannabinoide	F12	317	18,8%	70	15,8%	387	18,2%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	2	0,1%	2	0,5%	4	0,2%
Störungen durch Kokain	F14	99	5,9%	20	4,5%	119	5,6%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein	F15	172	10,2%	53	12,0%	225	10,6%
Störungen durch Halluzinogene	F16	3	0,2%			3	0,1%
Störungen durch Tabak	F17						
Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18						
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	538	31,9%	115	26,0%	653	30,6%
Pathologisches Glücksspiel	F63	2	0,1%			2	0,1%
Zusammen		1688	100,0%	443	100,0%	2131	100,0%

Auflagen durch Gerichtsbeschluss

Tabelle 8 gibt Aufschluss über eine eventuelle gerichtliche Auflage bei Behandlungsbeginn. So kamen 29,0% mit einer Auflage nach dem BtMG in die Behandlung, 0,1% wurden aufgrund des Psych.-KG bzw. des Landesunterbringungsgesetzes eingewiesen, und 7,1% traten die Therapie auf einer anderen strafrechtlichen Grundlage an. 63,8% der Patienten hatten keine gerichtliche Auflage, und für 19,2% lagen keine diesbezüglichen Daten vor.

Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnosen der untersuchten Stichprobe sind in Tabelle 9 zusammengestellt. Die Kategorienbildung orientiert sich an der ICD-10 Kapitel V (F), wobei auf die vierte und fünfte Stelle der Kodierung, die das aktuelle klinische Erscheinungsbild beschreiben, verzichtet wurde.

Bei 30,6% aller Patienten war als Hauptdiagnose „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ kodiert. Die zweitgrößte Gruppe bilden 30,1% aller Patienten mit der Hauptdiagnose „Störungen durch Opioide“, wobei der Anteil der Frauen mit 38,1% deutlich höher ausfällt als bei den Männern mit 28,0%. 18,2% der Patienten erhielt als Hauptdiagnose „Störungen durch Cannabinoide“. In diese Diagnosegruppe fallen 18,8% der männlichen sowie 15,8% der weiblichen Patienten.

Der Deutsche Kerndatensatz bietet neben der Erfassung suchtmittelbezogener Diagnosen auch die Möglichkeit, bis zu vier weitere psychische, neurologische und andere wichtige Diagnosen (keine F- und G-Diagnosen) zu kodieren. In den beiden folgenden Tabellen 10 und 11 ist die Verteilung der weiteren psychischen und somatischen Diagnosen dargestellt. Bei der Bewertung der dargestellten Ergebnisse muss jedoch berücksichtigt werden, dass die beteiligten Einrichtungen sich in den Diagnosegepflogenheiten hinsichtlich psychiatrischer und somatischer Störungen zum Teil stark unterscheiden, was zu erheblich variierenden Anteilen von Zusatzdiagnosen in den einzelnen Einrichtungen führt. Eine der 14 Einrichtungen hat keine somatischen Diagnosen geliefert, die entsprechenden Datensätze wurden für die Auswertung der weiteren somatischen Diagnosen ausgeschlossen.

Die Kategorienbildung in Tabelle 10 orientiert sich an der ICD-10 Klassifikation des Kapitels V (F). Bei den **weiteren psychiatrischen Diagnosen** überwiegen „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ mit 22,0% (20,4% bei Männern vs. 28,0% bei Frauen) und „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ mit 12,8% (13,9% vs. 8,4%). Zudem wurden oft „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ mit 8,9% (9,7% vs. 5,9%) sowie „Affektive Störungen mit 8,3% (7,3% vs. 11,7%) diagnostiziert.

Die Verteilung der **somatischen Diagnosen** nach ICD-10 in Abhängigkeit vom Geschlecht der Patienten ist in Tabelle 11 dargestellt. Da eine Einrichtung keine somatischen Diagnosen liefern konnte, beziehen sich die relativen Angaben in Tabelle 11 auf die Datensätze der 13 datenliefernden Einrichtungen mit einer Stichprobengröße von N = 2009. Wie bei den weiteren psychiatrischen Diagnosen in Tabelle 10 wurden die somatischen Diagnosen in übergeordneten Kategorien zusammengefasst. Diese Kategorienbildung wurde in Anlehnung an die Gliederung des ICD-10 durchgeführt. Die häufigsten somatischen Diagnosen, die vergeben wurden, beziehen sich auf die Kategorien:

- **Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten** mit 17,4% (4,9% bei Männern vs. 19,4% bei Frauen),
- **Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes** mit 7,9% (7,9% vs. 7,9%),
- **Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten** mit 7,5% (6,8% vs. 10,2%),

2.4 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Art der Entlassung

In Tabelle 12 sind die Angaben zur Art der Behandlungsbeendigung zusammengefasst, und zwar entsprechend dem Kodierschema des Deutschen Kerndatensatzes. Demnach wurden 29,6% aller Patienten regulär entlassen (31,4% der Männer vs. 22,9% der Frauen). Vorzeitig auf ärztliche bzw. therapeutische Veranlassung wurden 11,0% (10,6% vs. 12,7%) entlassen, vorzeitig mit ärztlichem bzw. therapeutischem Einverständnis 3,1% (3,0% vs. 3,4%). 30,4% der Patienten (29,7% vs. 32,9%) beendeten die Behandlung ohne ärztliches bzw. therapeuti-

Tabelle 10: Verteilung der weiteren psychiatrischen Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)

Weitere psychische Diagnosen		Männer		Frauen		Gesamt	
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	7	0,4%	5	1,1%	12	0,6%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	235	13,9%	37	8,4%	272	12,8%
Affektive Störungen	F3	124	7,3%	52	11,7%	176	8,3%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	63	3,7%	34	7,7%	97	4,6%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	F5	3	0,2%	5	1,1%	8	0,4%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	344	20,4%	124	28,0%	468	22,0%
Intelligenzminderung	F7	6	0,4%			6	0,3%
Entwicklungsstörungen	F8	7	0,4%	1	0,2%	8	0,4%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	164	9,7%	26	5,9%	190	8,9%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze		1688	100,0%	443	100,0%	2131	100,0%

Tabelle 11: Verteilung der weiteren somatischen Diagnosen nach ICD-10 (Mehrfachnennungen sind möglich)

Somatische Diagnosen		Männer		Frauen		Gesamt	
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00 - B99	283	4,9%	86	19,4%	370	17,4%
Neubildungen	C00 - D48	9	0,5%			10	0,5%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50 - D89	8	0,5%	3	0,7%	11	0,5%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 - E90	115	6,8%	45	10,2%	160	7,5%
Krankheiten des Nervensystems	G00 - G99	1	0,1%		1,1%	1	0,0%
Krankheiten des Auges, der Augenanhängegebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00 - H95	31	1,8%	7	1,6%	36	1,7%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 - I99	79	4,7%	16	3,6%	94	4,4%
Krankheiten des Atmungssystems	J00 - J99	71	4,2%	23	5,2%	94	4,4%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00 - K93	48	2,8%	15	3,4%	63	3,0%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 - L99	31	1,8%	12	2,7%	43	2,0%

noch Tabelle 11: Verteilung der weiteren somatischen Diagnosen nach ICD-10 (Mehrfachnennungen sind möglich)

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 - M99	134	7,9%	35	7,9%	169	7,9%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 - N99	12	0,7%	8	1,8%	20	0,9%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andernorts klassifiziert sind	R00 - R99	11	0,7%	2	0,5%	13	0,6%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00 - T98	78	4,6%	4	0,9%	85	4,0%
sonstige somatische Diagnosen		32	1,9%	11	2,5%	44	2,1%
Gesamtzahl der betrachteten Datensätze		1601	100,0%	408	100,0%	2009	100,0%

Tabelle 12: Art der Beendigung

Art der Beendigung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
regulär nach Beratung / Behandlungsplan	525	31,4%	101	22,9%	626	29,6%
vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	177	10,6%	56	12,7%	233	11,0%
vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	50	3,0%	15	3,4%	65	3,1%
vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient	498	29,7%	145	32,9%	643	30,4%
Disziplinarisch	206	12,3%	39	8,8%	245	11,6%
außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	12	0,7%	8	1,8%	20	0,9%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	205	12,2%	77	17,5%	282	13,3%
gestorben	1	0,1%			1	0,0%
Zusammen	1674	100,0%	441	100,0%	2115	100,0%
keine Daten	14	0,8%	2	0,5%	16	0,8%
Planmäßiger Abschluss	957	57,2%	249	56,5%	1206	57,0%

sches Einverständnis, eine disziplinarische Entlassung wurde in 11,6% (12,3% vs. 8,8%) der Fälle vorgenommen. 13,3% aller Patienten (12,2% vs. 17,5%) beendeten die Behandlung mit einem planmäßigen Wechsel in eine andere Behandlungsform, für 0,9% wurde als Entlassart eine außerplanmäßige Verlegung bzw. ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung dokumentiert. Ein Patient war während der Behandlung verstorben, für 0,8% lagen keine Daten vor.

Im Vergleich der Geschlechter fällt auf, dass Männer häufiger als Frauen die Behandlung regulär beenden (31,4% vs. 22,9%), aber auch häufiger disziplinarisch entlassen werden (12,3 vs. 8,8%), während Frauen öfter die Behandlung ohne ärztliches bzw. therapeutisches Einverständnis abbrechen (29,7% vs. 32,9%).

Die Entlassformen 1 (regulär nach Beratung/ Behandlungsplan), 2 (vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung),

3 (vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischem Einverständnis) und 7 (planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform) werden in der Kategorie „planmäßiger Abschluss“ zusammengefasst. Eine solche planmäßige Beendigung der Behandlung war bei 57,0% aller Patienten gegeben. Im Vergleich der Geschlechter ergibt sich kein bedeutsamer Unterschied.

Behandlungsdauer

Die Verteilung der Behandlungsdauern ist in Tabelle 13 dargestellt. Die Behandlungsdauer betrug für alle Patienten im Schnitt 99,5 Tage ($99,5 \pm 70,1$ Tage). Männer wurden mit durchschnittlich 99,9 Tagen ($99,9 \pm 69,3$ Tage) geringfügig länger behandelt als Frauen ($98,2 \pm 73,0$ Tage).

Legt man für die Berechnung nur die regulären Entlassungen zugrunde, ergibt sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 155,5 Tagen ($155,5 \pm 44,4$ Tage). Regulär entlassene Männer waren mit 154,8 Tagen ($154,8 \pm 44,6$) kürzer in der Einrichtung als regulär entlassene Frauen ($159,1 \pm 43,3$ Tage).

Werden die planmäßigen Entlassungen als Grundlage herangezogen, ergeben sich die folgenden durchschnittlichen Behandlungsdauern: $139,1 \pm 58,2$ Tage für alle Patienten, $139,2 \pm 56,7$ Tage für Männer sowie $138,8 \pm 63,7$ Tage für Frauen.

Der größte Teil der Patienten (27,8%) beendete die Behandlung nach 20 bis 26 Wochen, 24,4% wurden innerhalb der ersten vier Wochen und weitere 6,2% in der fünften oder sechsten Behandlungswoche entlassen. 13,0% aller Patienten blieben zwischen sieben und zwölf Wochen in der Einrichtung, und für 21,9% dauerte die Behandlung zwischen 13 und 20 Wochen. Eine Verweildauer von mehr als sechs Monaten hatten 6,6% der Patienten.

Erwerbs- und Wohnsituation zum Betreuungsende

In Tabelle 14 sind die Angaben zur Erwerbs- und Wohnsituation zum Betreuungsende zusammengefasst.

Zum Zeitpunkt der Entlassung besaßen 1,9% der Patienten einen Ausbildungsplatz, 11,5% waren Arbeiter, Angestellte oder Beamte. 0,4% waren als Selbständige oder Freiberufler tätig, 0,7% galten als sonstige Erwerbspersonen und 0,7% be-

fanden sich in beruflicher Rehabilitation. 73,2% aller Patienten waren bei Behandlungsende arbeitslos, wobei 53,7% Arbeitslosengeld II und 19,5% Arbeitslosengeld I erhielten. Weitere 0,5% waren Schüler oder Studenten, ebenfalls 0,5% waren Hausfrauen bzw. Hausmänner, 1,0% waren Rentner bzw. Pensionäre und 9,8% wurden als Nichterwerbspersonen kodiert. Für 6,9% aller Patienten lagen keine Daten vor. Im Vergleich hinsichtlich des Geschlechts zeigen sich keine gravierenden Unterschiede.

Zur Wohnsituation zum Betreuungsende gaben 38,1% der Patienten an, selbständig zu wohnen, wobei der Anteil bei den Frauen mit 43,4% deutlich über dem der Männer (36,7%) liegt. 29,0% wohnten bei anderen Personen und 6,1% gingen in ambulant betreutes Wohnen, 12,5% wechselten zur Absolvierung einer Adaptionsmaßnahme in eine (Fach-)Klinik bzw. stationäre Rehabilitationseinrichtung. Weitere 3,5% zogen in ein Wohnheim oder Übergangswohnheim, 1,0% mussten eine Haftstrafe antreten bzw. fortsetzen. 0,9% gingen nach der Entlassung in eine Notunterkunft oder Übernachtungsstelle, 5,3% hatten eine sonstige Unterkunft und 3,6% waren ohne Wohnung. Für 12,1% fehlten entsprechende Daten.

2.5 Vergleich ausgewählter Variablen der Basisdokumentation 2008

Im Folgenden werden ausgewählte Variablen der Basisdokumentation 2008 zueinander in Beziehung gesetzt. Zur einfacheren Darstellung wurde jeweils die Kategorie „keine Daten“ unberücksichtigt gelassen.

Berufliche Integration zum Beginn und zum Ende der Betreuung

Tabelle 15 vergleicht die Angaben zur beruflichen Integration bei Beginn und Ende der Rehabilitationsmaßnahme.

Von 278 Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt einen Arbeitsplatz hatten, standen bei Entlassung noch 64,7% in einem Arbeitsverhältnis. 29,1% waren arbeitslos, 5,4% galten als nicht erwerbstätig, und 0,7% hatten eine berufliche Rehabilitation begonnen.

Arbeitslos waren bei Behandlungsbeginn 1.271 Patienten. Hiervon hatten bei Entlassung 1,5% einen neuen Arbeitsplatz, 96,2% waren nach wie vor arbeits-

Tabelle 13: Behandlungsdauer

Verweildauer	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
bis 28 Tage (4 Wochen)	403	23,9%	117	26,4%	520	24,4%
bis 42 Tage (6 Wochen)	101	6,0%	32	7,2%	133	6,2%
bis 56 Tage (8 Wochen)	73	4,3%	23	5,2%	96	4,5%
bis 84 Tage (12 Wochen)	145	8,6%	37	8,4%	182	8,5%
bis 112 Tage (16 Wochen)	237	14,0%	43	9,7%	280	13,1%
bis 140 Tage (20 Wochen)	157	9,3%	31	7,0%	188	8,8%
bis 182 Tage (26 Wochen, 6 Monate)	466	27,6%	126	28,4%	592	27,8%
über 6 Monate	106	6,3%	34	7,7%	140	6,6%
Zusammen	1688	100,0%	443	100,0%	2131	100,0%
Verweildauer	99,9 ± 69,3 Tage		98,2 ± 73,0 Tage		99,5 ± 70,1 Tage	
Verweildauer bei regulärer Entlassung	154,8 ± 44,6 Tage		159,1 ± 43,3 Tage		155,5 ± 44,4 Tage	
Verweildauer bei planmäßiger Entlassung	139,2 ± 56,7 Tage		138,8 ± 63,7 Tage		139,1 ± 58,2 Tage	

Tabelle 14: Erwerbs- und Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende

Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Auszubildender	28	1,8%	9	2,2%	37	1,9%
Arbeiter / Angestellter / Beamter	185	11,7%	44	11,0%	229	11,5%
Selbständiger / Freiberufler	7	0,4%			7	0,4%
sonstige Erwerbsperson	9	0,6%	4	1,0%	13	0,7%
In beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	11	0,7%	2	0,5%	13	0,7%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	310	19,6%	77	19,2%	387	19,5%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	850	53,7%	215	53,6%	1065	53,7%
Schüler / Student	9	0,6%	1	0,2%	10	0,5%
Hausfrau / Hausmann	4	0,3%	5	1,2%	9	0,5%
Rentner / Pensionär	15	0,9%	4	1,0%	19	1,0%
sonstige Nichterwerbsperson	155	9,8%	40	10,0%	195	9,8%
Zusammen	1583	100,0%	401	100,0%	1984	100,0%
keine Daten	105	6,2%	42	9,5%	147	6,9%
Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	543	36,7%	171	43,4%	714	38,1%
bei anderen Personen	446	30,1%	97	24,6%	543	29,0%
Ambulant betreutes Wohnen	100	6,8%	14	3,6%	114	6,1%
(Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung	178	12,0%	56	14,2%	234	12,5%
Wohnheim/Übergangswohnheim	48	3,2%	17	4,3%	65	3,5%

noch Tabelle 14: Erwerbs- und Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende

Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	19	1,3%			19	1,0%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	12	0,8%	5	1,3%	17	0,9%
sonstiges	82	5,5%	18	4,6%	100	5,3%
ohne Wohnung	52	3,5%	16	4,1%	68	3,6%
Zusammen	1480	100,0%	394	100,0%	1874	100,0%
keine Daten	208	12,3%	49	11,1%	257	12,1%

los, 2,0% waren nicht erwerbstätig und 0,2% in beruflicher Rehabilitation.

Von 320 bei Aufnahme nicht erwerbstätigen Patienten waren nach Abschluss der Behandlung 3,8% im Besitz eines Arbeitsplatzes, 36,3% waren arbeitslos gemeldet, 59,1% waren weiterhin nicht erwerbstätig, und 0,9% hatten eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen.

Zwei Patienten hatten die Behandlung aus einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme heraus begonnen, die von keinem der beiden nach der Entlassung fortgeführt wurde. Ein Patient hatte einen Arbeitsplatz gefunden, einer war arbeitslos.

Es ist zu vermuten, dass der Verlust des Arbeitsplatzes während der Zeit der Be-

treuung darauf zurückzuführen ist, dass der Termin einer bereits ausgesprochenen Kündigung in die Zeit der Rehabilitationsmaßnahme gefallen ist oder dass der Arbeitsplatz erst während der Behandlung gekündigt wurde. Die Quote der beruflichen Wiedereingliederungen der zu Beginn der Behandlung arbeitslosen bzw. nicht erwerbstätigen Patienten könnte Ausdruck der verstärkten Angebote zur beruflichen Reintegration in den einzelnen Kliniken sein.

Arbeitsfähigkeit zum Beginn und zum Ende der Betreuung

In Tabelle 16 sind die vergleichenden Angaben zur Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme und Entlassung dargestellt.

Bei Entlassung aus der Behandlung waren 92,5% arbeitsfähig, 5,3% waren arbeitsunfähig und 0,2% waren Hausfrau bzw. Hausmann. 1,3% hatten die Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, für 0,8% war eine Beurteilung nicht erforderlich.

Von 1223 Patienten, die bei Behandlungsbeginn arbeitsfähig waren, waren dies 95,5% auch bei Behandlungsende. 3,1% waren arbeitsunfähig, 0,2% waren Hausfrau bzw. Hausmann, 0,6% hatten die Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen und für 0,2% war eine Beurteilung nicht erforderlich.

Von 488 Patienten, die bei der Aufnahme als arbeitsunfähig beurteilt wurden, waren bei Entlassung 86,5% arbeitsfähig, 9,8% waren weiter arbeitsunfähig, 0,2% wurden als Hausfrau bzw. Hausmann eingestuft, 2,8% hatten die Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, und bei 0,7% musste die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt werden.

Ein Patient fiel bei Beginn der Behandlung in die Kategorie „Hausfrau/ Hausmann“. Er wurde arbeitsfähig entlassen.

War für 19 Patienten bei Behandlungsbeginn eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich, galt dies für acht Patienten (42,1%) auch bei Betreuungsende. Acht (66,7%) waren arbeitsfähig und drei (15,8%) arbeitsunfähig.

Tabelle 15: Berufliche Integration zum Beginn und zum Ende der Betreuung

Berufliche Integration bei Betreuungsende	Berufliche Integration bei Behandlungsbeginn									
	Arbeitsplatz vorhanden		arbeitslos		nicht erwerbstätig		berufliche Rehabilitation		Gesamt	
Arbeitsplatz vorhanden	180	64,7%	19	1,5%	12	3,8%	1	50,0%	212	11,3%
arbeitslos	81	29,1%	1223	96,2%	116	36,3%	1	50,0%	1421	75,9%
nicht erwerbstätig	15	5,4%	26	2,0%	189	59,1%			230	12,3%
berufliche Rehabilitation	2	0,7%	3	0,2%	3	0,9%			8	0,4%
Zusammen	278	100,0%	1271	100,0%	320	100,0%	2	100,0%	1871	100,0%

Tabelle 16: Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende

Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende	Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsbeginn									
	arbeitsfähig		arbeitsunfähig		Hausfrau / Hausmann		Beurteilung nicht erforderlich		Gesamt	
arbeitsfähig	1223	95,9%	488	86,5%	1	100%	8	42,1%	1720	92,5%
arbeitsunfähig	40	3,1%	55	9,8%			3	15,8%	98	5,3%
Hausfrau / Hausmann	2	0,2%	1	0,2%					3	0,2%
Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen	8	0,6%	16	2,8%					24	1,3%
Beurteilung nicht erforderlich	2	0,2%	4	0,7%			8	42,1%	14	0,8%
Zusammen	1275	100,0%	564	100,0%	1	100,0%	19	100,0%	1859	100,0%

2.6 Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2008 und der Basisdokumentation 2007

In Tabelle 17 und Tabelle 18 sind jeweils ausgewählte Ergebnisse der Basisdokumentation 2008 und der Basisdokumentation 2007 im Vergleich dargestellt. Dabei sind jeweils item-bezogen die Datensätze um die fehlenden Daten (missing data) bereinigt.

Ein Abgleich der Datensätze ergibt zusammenfassend folgende Ergebnisse (in Klammern jeweils die Angaben für 2007):

- 79,2% (80,7%) der Patienten sind männlichen, 20,8% (19,3%) weiblichen Geschlechts. Der Anteil der männlichen Patienten ist gegenüber dem Vorjahr um 1,5 Prozentpunkte gesunken.
- Das durchschnittliche Alter der Patienten bei Behandlungsbeginn hat sich um 0,5 Jahre auf 28,6 Jahre erhöht.
- Hinsichtlich des Familienstandes ergeben sich folgende Unterschiede (bzw. Gemeinsamkeiten) in den beiden Dokumentationsjahrgängen: 83,7% (84,2%) der Patienten waren ledig; 3,9% (4,6%) waren verheiratet und lebten mit dem Ehepartner zusammen, 3,3% (3,4%) waren verheiratet, lebten aber getrennt; 8,7% (7,3%) waren geschieden und 0,4% (0,5%) waren verwitwet.
- Bei der Betrachtung der Partnerbeziehung zeigen sich folgende Unterschiede: 61,6% (61,9%) waren alleinstehend, 32,6% (32,0%) lebten in einer festen Beziehung. 5,9% (6,1%) hatten zeitweilige oder sonstige Beziehungen.
- Im Dokumentationsjahr 2008 waren bei Aufnahme 0,2% (0,6%) der Patienten in Schulausbildung, 17,1% (19,2%) besaßen keinen Schulabschluss. 2,6% (7,2%) verfügten über einen Sonderschulabschluss, 48,0% (44,3%) über einen Hauptschulabschluss. 25,9% (21,3%) hatten eine Realschule bzw. Polytechnische Oberschule mit Erfolg besucht, 5,9% (6,3%) hatten die Hochschulreife bzw. das Abitur. 0,3% (1,1%) besaßen einen anderen Schulabschluss.
- Die Quote der Patienten, die bei Therapiebeginn einen Arbeitsplatz hatten, verringerte sich gegenüber dem Vorjahr um 0,9 Prozentpunkte von 16,8% in 2007 auf 15,1% in 2008. Demgegenüber erhöhte sich die Quote der arbeitslosen Patienten um 3,4 Prozentpunkte von 63,6% auf 67,0%. 17,8%

Tabelle 17: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2008 mit der Basisdokumentation 2007 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2008	Basisdokumentation 2007
Geschlecht	N = 2131	N = 2345
männlich	79,2%	80,7%
weiblich	20,8%	19,3%
Alter	N = 2131	N = 2345
	28,6 ± 7,7 Jahre	28,1 ± 7,5 Jahre
Familienstand	N = 2099	N = 2323
ledig	83,7%	84,2%
verheiratet, zusammen lebend	3,9%	4,6%
verheiratet, getrennt lebend	3,3%	3,4%
geschieden	8,7%	7,3%
verwitwet	0,4%	0,5%
Partnerbeziehung	N = 2090	N = 2322
alleinstehend	61,6%	61,9%
zeitweilige Beziehung	4,8%	5,6%
feste Beziehung	32,6%	32,0%
sonstige Beziehung	1,1%	0,5%
Schulabschluss	N = 2093	N = 2270
Derzeit in Schulausbildung	0,2%	0,6%
ohne Schulabschluss	17,1%	19,2%
Sonderschulabschluss	2,6%	7,2%
Haupt-/Volksschulabschluss	48,0%	44,3%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	25,9%	21,3%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	5,9%	6,3%
anderer Schulabschluss	0,3%	1,1%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	N = 1954	N = 2094
Arbeitsplatz vorhanden	15,1%	16,8%
arbeitslos	67,0%	63,6%
nicht erwerbstätig	17,8%	19,2%
in beruflicher Rehabilitation	0,1%	0,4%
Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende	N = 1984	N = 2147
Arbeitsplatz vorhanden	14,4%	14,2%
arbeitslos	73,2%	71,6%
nicht erwerbstätig	11,7%	13,2%
in beruflicher Rehabilitation	0,7%	1,0%

(19,2%) der Patienten gehörten bei der Aufnahme zur Gruppe der Nichterwerbspersonen und 0,1% (0,4%) befanden sich in beruflicher Rehabilitation.

- Die Quote der Patienten, die bei Therapieende einen Arbeitsplatz besaßen, erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr

leicht um 0,2 Prozentpunkte von 14,2% in 2007 auf 14,4% in 2008. Allerdings erhöhte sich auch die Quote der bei Behandlungsende arbeitslosen Patienten um 1,6 Prozentpunkte von 71,6% in 2007 auf 73,2% in 2008. 11,7% (13,2%) der Patienten gehörten wieder

Tabelle 18: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdokumentation 2008 mit der Basisdokumentation 2007 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Merkmal	Basisdokumentation 2008	Basisdokumentation 2007
Vermittelt durch	N = 2062	N = 2289
Suchtberatung	65,3%	67,1%
Krankenhaus	9,4%	9,1%
Sozialdienst JVA	2,7%	3,7%
Kosten-/Leistungsträger	3,7%	1,8%
sonstige Vermittler	8,1%	10,7%
ohne Vermittlung	11,0%	7,6%
Kostenträger	N = 2127	N = 2340
Rentenversicherung	86,9%	85,9%
Krankenversicherung	10,0%	9,7%
sonstige Kostenträger	3,2%	4,4%
Hauptdiagnose	N = 2129	N = 2345
Störungen durch Opioide F11.XX	30,1%	30,5%
Störungen durch Cannabinoide F12.XX	18,2%	15,4%
Störungen durch Kokain F14.XX	5,6%	5,4%
Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein F15.XX	10,6%	8,2%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen F19.XX	30,6%	37,0%
sonstige F1X.XX Diagnosen	4,9%	3,5%
Verweildauer	N = 2131	N = 2345
	99,5 ± 70,1 Tage	101,0 ± 70,2 Tage
Verweildauer bei regulärer Entlassung	N = 2115	N = 2345
	155,5 ± 44,4 Tage	157,0 ± 43,0 Tage
Verweildauer bei planmäßiger Entlassung	N = 2115	N = 2345
	139,1 ± 58,2 Tage	138,9 ± 58,3 Tage
Art der Behandlungsbeendigung	N = 2115	N = 2332
Anteil mit regulärer Entlassung	29,6%	29,2%
Anteil mit planmäßiger Entlassung	57,0%	56,5%

zur Gruppe der Nichterwerbspersonen und 0,7% (1,0%) in die Kategorie „berufliche Rehabilitation“.

- Hinsichtlich der vermittelnden Instanz zeigen sich einige Verschiebungen beim Vergleich der Dokumentations-

jahrgänge. So kamen 2008 mit 11,0% (7,6%) mehr Patienten ohne Vermittlung in die Behandlung. Die Mehrzahl der Patienten wurde sowohl 2008 als auch 2007 durch eine Suchtberatungsstelle in die stationäre Behandlung ver-

mittelt, hier ist jedoch eine Abnahme um 1,8 Prozentpunkte von 67,1% auf 65,3% zu verzeichnen. 9,4% (9,1%) kamen aus einem Krankenhaus, 3,7% (1,8%) kamen durch Vermittlung des Kosten bzw. Leistungsträgers. 8,1% (10,7%) hatten einen sonstigen Vermittler. Der Anteil der Patienten, die durch eine JVA vermittelt wurden, betrug 2,7% (3,7%).

- 86,9% (85,9%) der Patienten hatte die Rentenversicherung als Kostenträger, für 10,0% (9,7%) übernahm eine Krankenversicherung die Kosten der Behandlung, 3,2% (4,4%) hatten einen sonstigen Kostenträger.
- Als Hauptdiagnose nach ICD-10 war für 30,6% (37,0%) der Patienten „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ kodiert, gefolgt von „Störungen durch Opioide“ (30,1% in 2008 vs. 30,5% in 2007). „Störungen durch Cannabinoide“ als Hauptdiagnose hatten 18,2% (15,4%) der Patienten, „Störungen durch Kokain“ war für 5,6% (5,4%) und „Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein“ für 10,6% (8,2%) kodiert. 4,9% (3,5%) hatten eine sonstige F1x.xx-Diagnose als Hauptdiagnose.
- Die durchschnittliche Verweildauer verkürzte sich 2008 gegenüber dem Vorjahr um 1,5 Tage von 101,0 auf 99,5 Tage. Betrachtet man nur die regulären Entlassungen, beträgt die Differenz ebenfalls 1,5 Tage (155,5 vs. 157,0 Tage), bei den planmäßigen Entlassungen gibt es eine Verlängerung der Behandlungsdauer um 0,2 Tage (139,1 vs. 138,9 Tage).
- Der Anteil der Patienten mit regulärer Entlassung stieg leicht von 29,2% auf 29,6% (plus 0,4 Prozentpunkte), die Quote der planmäßigen Entlassungen erhöhte sich von 56,5% auf 57,0% (plus 0,5 Prozentpunkte).

3. Ausblick

Mit diesem dritten Bericht zur Basisdokumentation der Stationären Drogenrehabilitation gibt der Fachverband Sucht e. V. einen Überblick über die in seinen Mitgliedseinrichtungen durchgeführten Drogenentwöhnungsbehandlungen und die behandelte Klientel. Der Fachverband Sucht e. V. beabsichtigt, diese Berichte auch künftig jährlich vorzulegen.

4. Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) (2007). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Vorläufige Endfassung, Stand: 14.12.2007. www.dhs.de

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchgesehene und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

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

Fachverband Sucht e. V. (2008). Basisdokumentation 2007. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e. V., Qualitätsförderungen in der Entwöhnungsbehandlung, 15, Bonn

Redline-Data (Hrsg.) (2003). PATFAK, Ahrens-bök

Autorenverzeichnis

Bange, Sven, Ltd. Arzt, salus Therapiezentrum Friedberg, Friedberg

Breuer, Jörg, Ltd. Arzt, Fachklinik Meckenheim, Meckenheim

Claussen, Ulrich, Dipl.-Psych., Therapeutische Einrichtung Auf der Lenzwiese, Höchst/Hassenroth

Eckstein, Gerhard, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologe, Rehaklinik Glöcklehof, Schluchsee

Fischer, Martina, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologin, AHG Kliniken Daun – Altburg, Schalkenmehren

Freundshuber, Dr. Sabine, Ltd. Ärztin, Klinik Neumühle, Hollstadt

Garbe, Dieter, Dipl.-Psych., Qualitätsmanagementbeauftragter, Kliniken Wied, Wied

Kaspers, Dr. Frank, Ltd. Arzt, Fachklinik Hanosiumühle, Blankenrath

Mindel, Werner, Therapeutischer Klinikleiter, Qualitätsmanagementbeauftragter, Fachklinik Eiterbach, Heidelberg

Nowicki, Bodo, Dipl.-Psych., Therapeutische Leitung, Fachklinik Reddighausen, Hatzfeld-Reddighausen

Reuter-Markowsky, Brigitte, Dipl.-Psych., Therapeutische Leitung, Holthäuser Mühle, Schmallebenberg-Holthausen

Schleife, Dr. Hans, Ltd. Therapeut, Therapiehof Sotterhausen, Sotterhausen

Stehr, Michael, Dipl.-Psych., Direktor, salus Therapiezentrum Friedberg, Friedberg

Susemihl, Ingo, Dipl.-Psych., Ltd. Psychologin, AHG Klinik Mecklenburg, Vitense-Parber

Tuchtenhagen, Dr. Frank, Oberarzt, AHG Klinik am Waldsee, Rieden/ Eifel

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

Liste der beteiligten Einrichtungen (nach Postleitzahl geordnet)

Therapiehof Sotterhausen	06528 Sotterhausen
Tannenhof Berlin-Brandenburg, Zentrum I	12307 Berlin
AHG Klinik Mecklenburg	19217 Vitense-Parber
Diakoniekrankenhaus Harz (Drogen)	38875 Elbingerode
Fachklinik Meckenheim	53340 Meckenheim
AHG Kliniken Daun – Altburg	54552 Schalkenmehren
AHG Klinik am Waldsee	56745 Rieden
Fachklinik Hanosiumühle	56865 Blankenrath
Holthäuser Mühle	57392 Schmallebenberg Holthausen
Kliniken Wied (Drogen)	57629 Wied
salus klinik Friedberg	61150 Friedberg
Fachklinik Eiterbach	69124 Heidelberg
Rehabilitationsklinik Glöcklehof (Drogen)	79859 Schluchsee
Klinik Neumühle	97618 Hollstadt

Inhaltsverzeichnis

*Teigeler, H., Verstege, R., Reger, F.,
Qualitätszirkel der Adaptionseinrichtungen im Fachverband Sucht e. V.*

Teilband III

Basisdokumentation 2008 – Adaptionseinrichtungen

1. Einleitung.....	33
2. Basisdokumentation 2008 – Adaptionseinrichtungen	33
2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung.....	33
2.2 Beschreibung der Patienten nach soziodemografischen und Eingangsmerkmalen	33
2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme.....	35
2.4 Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung	36
2.5 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende	37
3. Zusammenfassung und Ausblick	39
4. Literatur	40
Autorenverzeichnis / Mitglieder des Qualitätszirkels Adaptionseinrichtungen im Fachverband Sucht e.V.....	40
Liste der beteiligten Einrichtungen.....	40

Teilband III:

Basisdokumentation 2008 – Adaptionseinrichtungen

1. Einleitung

Die Basisdokumentation gehört zu den verbindlichen Qualitätsmerkmalen der Adaptionseinrichtungen, die dem Fachverband Sucht e.V. (FVS) angeschlossen sind. Sie bildet zudem die Grundlage für eine differenzierte Darstellung und Bewertung der Ergebnisse katamnesticher Befragungen, die von einigen Adaptionseinrichtungen 2009 erstmals durchgeführt werden.

Für den vorliegenden Bericht wurde als Basis der Deutsche Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2007) zugrunde gelegt, der vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unter Beteiligung des FVS entwickelt wurde. Ergänzend wurden Daten mit einem vom Qualitätszirkel der Adaptionseinrichtungen im FVS entwickelten Zusatzmodul erhoben, das speziell für die Adaption relevant ist.

2. Basisdokumentation 2008 des FVS: Adaption

2.1. Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung

Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Daten zur stationären medizinischen Rehabilitation suchtmittelabhängiger Patienten, die Adaptionsmaßnahmen in einer Mitgliedseinrichtung des Fachverbands Sucht e.V. 2008 abgeschlossen haben, vorgestellt. Die Gesamtstichprobe umfasst 982 Personen aus folgenden 14 Adaptionseinrichtungen: Adaptionseinrichtung der Soteria Klinik Leipzig, Tannenhof Zentrum 1 Adaption in Berlin, Adaptionshaus Berlin, AHG Adaptionshaus Lübeck, Adaption der Klinik Eschenburg, Adaption der Fachklinik Alte Ölmühle in Magdeburg, Haus mit Aussicht der Kadesch GmbH in Herne, AHG Adaptionshaus TPR Duisburg, Adaption Ausweg in Bonn, Adaptionshaus Daun der AHG Kliniken Daun, AHG Gesundheitsdienste-Adaptionshaus

Tabelle 1: EDV- und Dokumentationssysteme

EDV- und Dokumentationssysteme	Anzahl	Prozent
Bado Sucht AHG	370	37,7%
darin angelehnte Bado erfasst mit Patfak	567	57,7%
EBIS erfasst mit Patfak	45	4,6%
Zusammen	982	100%
Adaptionszusatzbogen	941	95,8%

Koblenz, Adaption der salus klinik in Friedrichsdorf, Therapiezentrum Speyer, Adaption Maria Stern in Bad Neustadt. Es beteiligte sich eine Adaptionseinrichtung mehr als im Vorjahr. Die Stichprobe vergrößerte sich um 17,3% gegenüber dem Vorjahr.

Vier der Adaptionseinrichtungen erfassen die Zahlen mit der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2002), neun mit einem daran angelehnten Dokumentationssystem über das EDV-System Patfak und eins mit dem Dokumentationssystem EBIS. Den eingangs erwähnten Adaption-Zusatzbogen verwenden 13 der 14 Einrichtungen. Tabelle 1 gibt die jeweils erfasste Zahl der Patienten an.

Die Daten wurden durch Redline DATA, Ahrensböck, gesammelt, zusammengeführt sowie auf Fehlerfreiheit geprüft. Die Auswertung des anonymisierten Datensatzes wurde von Herrn Herder vom Wissenschaftsrat der AHG vorgenommen. Ein Rückschluss auf die Daten der einzelnen Mitgliedseinrichtungen bzw. auf einzelne Patienten ist nicht möglich.

Tabelle 2: Alter und Geschlecht

Altersgruppen	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 19 Jahre	17	2,1%	3	1,6%	20	2,0%
20 bis 29 Jahre	219	27,4%	53	29,1%	272	27,7%
30 bis 39 Jahre	244	30,5%	43	23,6%	287	29,3%
40 bis 49 Jahre	248	31,0%	61	33,5%	309	31,5%
50 bis 59 Jahre	72	9,1%	22	12,0%	94	9,5%
Zusammen	800	100%	182	100%	982	100%
Mittelwert +/- Standardabweichung	36,2 +/- 9,7 Jahre		36,7 +/- 10,4 Jahre		36,3 +/- 9,8 Jahre	

Da sich bei den meisten Statistiken die Zahlen nur wenig von denen des Vorjahres unterscheiden, wird nur dort ein Vergleich vorgenommen, wo sich deutliche Differenzen zeigen.

Die Prozentangaben beziehen sich auf die vorhandenen Daten. Sofern Daten fehlen, werden diese in den Tabellen gesondert ausgewiesen.

2.2. Beschreibung der Patienten nach soziodemografischen und Eingangsmerkmalen

Geschlecht und Alter

In Tabelle 2 ist die Altersverteilung der Patienten bei Behandlungsbeginn in Abhängigkeit vom Geschlecht dargestellt. Von den insgesamt 982 Patienten waren 182 (18,5%) Frauen und 800 (81,5%) Männer. Das Durchschnittsalter beider Gruppen war nahezu identisch: das der Frauen lag bei 36,7 Jahren, das der Männer bei 36,2 Jahren. Das Gesamtdurchschnittsalter betrug 36,3 Jahre. In keinem Adaptionshaus wurde eine Person mit einem Alter von über 59 Jahren behandelt.

Die Altersgruppen der 20- bis 29-jährigen, der 30- bis 39-jährigen und der 40- bis 49-jährigen sind weitgehend gleich verteilt. Die Patienten dieser Altersgruppen machen zusammen 88,5% aller Rehabilitanden in der Adaption aus. Ältere Patienten ab 50 nutzen die Adaption nur zu 9,5%. Ganz junge Patienten bis 19 Jahre sind in der Adaption nach wie vor seltene Ausnahmen (2,0%).

Familienstand und Paarbeziehung

65,8% der Patienten sind ledig, davon die Männer in höherem Maße (68,8%) als die Frauen (52,8%). Verheiratet sind 10,9% der Patienten. Von diesen lebt der größte Teil (9,3%) getrennt. Rund doppelt so viele verheiratete Frauen leben getrennt vom Ehemann (15,7%) wie verheiratete Männer von ihrer Ehefrau (7,8%). Ledig zu sein oder getrennt vom Ehepartner zu leben, sagt noch nichts darüber aus, ob jemand einen Partner oder eine Partnerin hat. Die Zahlen zur Partnersituation stellen jedoch klar, dass Patienten mit einer festen Partnerschaft eindeutig in der Minderheit sind. Auffällig ist, dass deutlich mehr Frauen als Männer in einer festen Partnerschaft leben. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Daten im Einzelnen.

Lebenssituation und Wohnsituation zu Behandlungsbeginn

Die Zahlen in Tabelle 4 zur Lebenssituation weisen in dieselbe Richtung: 67% der Rehabilitanden leben alleine. Die üblicherweise geringe Zahl von Rehabilitanden, die mit einem Partner bzw. Partner und Kind(ern) zusammenlebt, war im Berichtszeitraum noch niedriger als im Jahr davor: 12,4% vs. 24,2%. Frauen sind mit 10,7% deutlich häufiger alleinerziehend als Männer (1,2%).

21,3% der Patienten lebten vor Adaptionsbeginn in einer eigenen Wohnung. Dabei ist die Wohnsituation jedoch oft so belastend und Rückfall gefährdend, dass die Patienten Wohnung und Umfeld verlassen müssen. 3,8% der Rehabilitanden waren bei anderen Personen untergekommen oder sie lebten in einem Übergangsheim, in einer Notunterkunft oder in einer Justizvollzugsanstalt. 66,7% gaben die (Fach-)Klinik bzw. Rehabilitationseinrichtung als überwiegendes Wohnverhältnis an. Letzteres ist der Fall, wenn keine andere Wohnform vorhanden ist. 4,9% bezeichnen sich als

Tabelle 3: Familienstand und Partnerbeziehung

Familienstand	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ledig	537	68,8%	94	52,8%	631	65,8%
verheiratet, zusammen lebend	13	1,7%	2	1,1%	15	1,6%
verheiratet, getrennt lebend	61	7,8%	28	15,7%	89	9,3%
geschieden	165	21,1%	48	27,0%	213	22,2%
verwitwet	5	0,6%	6	3,4%	11	1,1%
zusammen	781	100,0%	178	100,0%	959	100,0%
keine Daten	19	2,4%	4	2,2%	23	2,3%
Partnerbeziehung						
Partnerbeziehung	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
alleinstehend	557	72,0%	92	52,0%	649	68,2%
zeitweilige Beziehungen	61	7,9%	22	12,4%	83	8,7%
feste Beziehung	156	20,2%	63	35,6%	219	23,0%
zusammen	774	100,0%	177	100,0%	951	100,0%
keine Daten	26	3,3%	5	2,7%	31	3,2%

Tabelle 4: Lebenssituation zu Behandlungsbeginn und Wohnsituation der Patienten vor Betreuungssituation

Lebenssituation zu Beginn	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
alleinlebend	501	68,3%	99	61,1%	600	67,0%
mit Partner	40	5,5%	16	9,9%	56	6,3%
mit Partner und Kind	43	5,5%	15	8,5%	58	6,1%
mit Kind(ern)	9	1,2%	19	10,7%	28	2,9%
mit Eltern	10	1,4%	1	0,6%	11	1,2%
mit sonstiger Bezugsperson	10	1,3%	1	0,6%	11	1,2%
mit sonstiger Person	99	12,8%	15	8,5%	114	12,0%
Zusammen	776	100,0%	177	100,0%	953	100,0%
keine Daten	24	3,0%	5	2,7%	29	3,0%
Wohnsituation zu Beginn						
Wohnsituation zu Beginn	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
selbständiges Wohnen	162	20,8%	42	23,6%	204	21,3%
bei anderen Personen	27	3,5%	9	5,1%	36	3,8%
ambulant Betreutes Wohnen	4	0,5%	0	0,0%	4	0,4%
(Fach-)Klinik, stat. Reha.	522	66,9%	117	65,7%	639	66,7%
Wohnheim/Übergangsheim	4	0,5%	2	1,1%	6	0,6%
JVA; Maßregelvollzug	15	1,9%	2	1,1%	17	1,8%
Notunterkunft	5	0,6%	0	0,0%	5	0,5%
ohne Wohnung	41	5,3%	6	3,4%	47	4,9%
Zusammen	780	100,0%	178	100,0%	958	100,0%
keine Daten	20	2,5%	4	2,2%	24	2,4%

wohnungslos. Diese Angaben werfen ein Licht auf die häufig sehr schwierige Lebenssituation der Patienten vor der Behandlung.

Schulabschluss und Erwerbssituation der Patienten bei Aufnahme

Drei Viertel der Patienten hat einen Haupt- oder Realschulabschluss, 12,3%

Tabelle 5: Höchster Schulabschluss und Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn

höchster erreichter Schulabschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
derzeit in Schulausbildung	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
ohne Schulabschluss	74	9,5%	9	5,1%	83	8,7%
Sonderschulabschluss	18	2,3%	1	0,6%	19	2,0%
Haupt- / Volksschulabschluss	355	45,5%	77	43,3%	432	45,0%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	232	29,7%	68	38,2%	300	31,3%
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	97	12,4%	21	11,8%	118	12,3%
anderer Schulabschluss	4	0,5%	2	1,1%	6	0,6%
Zusammen	781	100,0%	178	100,0%	959	100,0%
keine Daten	19	2,4%	4	2,2%	23	2,3%
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn						
Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Auszubildender	4	0,5%	1	0,6%	5	0,5%
Arbeiter / Angestellter / Beamte	22	2,8%	10	5,6%	32	3,4%
Selbständiger / Freiberufler	2	0,3%	1	0,6%	3	0,3%
sonstige Erwerbspersonen	9	1,2%	0	0,0%	9	0,9%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	2	0,3%	2	1,1%	4	0,4%
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	120	15,5%	21	11,8%	141	14,8%
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	532	68,6%	111	62,4%	643	67,4%
Schüler / Student	4	0,5%	1	0,6%	5	0,5%
Hausfrau / Hausmann	2	0,3%	7	3,9%	9	0,9%
Rentner / Pensionär	6	0,8%	2	1,1%	8	0,8%
sonstige Nichterwerbspersonen	73	9,4%	22	12,4%	95	10,0%
Zusammen	776	100,0%	178	100,0%	954	100,0%
keine Daten	24	3,0%	4	2,2%	28	2,9%

verfügen über das (Fach-)Abitur. Ein fehlender oder Sonderschulabschluss (10,7%) ist also kein vordringlicher Grund für die geringe Beschäftigungsquote der Adaptionpatienten. Tabelle 5 zeigt weiter, dass zusammen nur 4,6% Erwerbspersonen und lediglich 1,0% Auszubildende bzw. Schüler/Studenten sind. 92,2% der Patienten sind arbeitslos mit ALG I- oder ALG II-Bezug oder „sonstige Nichterwerbspersonen“, also in der Regel Sozialhilfeempfänger. Von den Arbeitslosen (ALG I und ALG II) erhalten 82,0% ALG II. Dies wirft ein Licht auf die Dauer der Arbeitslosigkeit und die knappen finanziellen Ressourcen der Betroffenen.

Ununterbrochene Arbeitslosigkeit vor Behandlungsbeginn

82,2% der Rehabilitanden waren bereits vor Behandlungsbeginn arbeitslos. 31,1% waren ein bis drei Jahre, weitere 18,6% waren über drei Jahre ununterbrochen arbeitslos.

Summe der Arbeitslosigkeitszeiten in den letzten zehn Jahren

7% waren in den letzten zehn Jahren nicht arbeitslos. 16,1% kommen auf eine Summe von bis zu einem Jahr, 27,9% auf ein bis drei Jahre, 18,8% auf drei bis sechs Jahre und 23,1% auf sechs bis

zehn Jahre. Bei 7,1% fehlen die Angaben.

Bei beiden Statistiken unterscheiden sich die Zahlen von Männern und Frauen kaum. Die Zahlen legen nahe, dass die Arbeitslosigkeit eines der Kernprobleme der Rehabilitanden ist.

Problematische Schulden

65,5% der Patienten sind problematisch verschuldet, d.h. sie haben mehr Schulden, als sie auf absehbare Zeit abbezahlen können. Bei diesen Personen ist es wichtig, während der Adaption Maßnahmen zur Schuldenregulierung einzuleiten oder fortzuführen.

2.3. Angaben zur Therapievorbereitung und zur Aufnahme

Die Patienten werden in der Regel (94,3%) von den Suchtkliniken, in denen sie unmittelbar vorher eine Entwöhnungsbehandlung durchlaufen, an die Adaptionshäuser vermittelt. Ausnahmen kann es beispielsweise geben, wenn ein Patient aus der Fachklinik entlassen wird und nach kurzer Zeit im alten Umfeld merkt, dass er überfordert ist. In dem Fall kann er über eine Suchtberatungsstelle den Antrag auf Kostenübernahme für eine Adaptionsbehandlung bei Erfüllung entsprechender Voraussetzungen stellen. Zehn Rehabilitanden (1%) wurden aus dem Maßregelvollzug vermittelt.

Leistungsträger

In den meisten Fällen (93,7%) sind die Rentenversicherungen Leistungsträger der Adaptionsmaßnahme. Es folgen mit großem Abstand Sozialhilfeträger (2,4%), Krankenversicherungen (2,2%) und andere (1,6%).

Adaption als gerichtliche Auflage

Tabelle 6 zeigt, dass nur eine geringe Zahl der Patienten die Adaptionsbehandlung als gerichtliche Auflage antritt. 90,7% der Patienten nehmen freiwillig an der Adaptionsmaßnahme teil. Die geringe Zahl von Adaptionsbehandlungen als straf- oder zivilrechtliche Auflage ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Auflagen der Gerichte und Behörden in der Regel mit dem regulären Ende der Entwöhnungsbehandlung erfüllt sind.

Straffälligkeit

46,1% der Rehabilitanden waren in ihrer Vorgeschichte straffällig, Männer (50,6%)

Tabelle 6: Adoptionsbehandlung als Auflage durch Gerichtsbeschluss

Auflage durch Gerichtsbeschluss	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine gerichtl. Auflage	696	90,4%	161	92,0%	857	90,7%
BtMG	41	5,3%	8	4,6%	49	5,2%
Psych-KG/Landesunterbringung	3	0,4%	0	0,0%	3	0,3%
andere strafrechtl. Grundlage	30	3,9%	6	3,4%	36	3,8%
Zusammen	770	100,0%	175	100,0%	945	100,0%
keine Daten	30	3,8%	7	3,8%	37	3,8%

Tabelle 7: Hauptdiagnose

Hauptdiagnose	ICD-Code	Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Störungen durch Alkohol	F10	550	68,8%	116	63,7%	666	67,8%
Störungen durch Opioide	F11	87	10,9%	25	13,8%	112	11,5%
Störung. d. Cannabinoide	F12	48	6,0%	6	3,3%	54	5,5%
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	F13	5	0,6%	3	1,6%	8	0,8%
Störungen durch Kokain	F14	17	2,1%	2	1,1%	19	1,9%
Störungen durch sonstige Stimulantien incl. Koffein	F15	18	2,3%	9	4,9%	27	2,7%
Störungen durch Halluzinogene	F16	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Störungen durch Lösungsmittel	F18	0	0,0%	1	0,5%	1	0,1%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	65	8,2%	20	11,1%	85	8,7%
Patholog. Glücksspiel	F63.0	9	1,1%	0	0,0%	9	0,9%
Zusammen		800	100,0%	182	100,0%	982	100,0%

Tabelle 8: Weitere psychiatrische Diagnosen

Weitere psychische Diagnosen	ICD-Code	Männer		Frauen		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	2	0,3%	0	0,0%	2	0,2%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	13	1,6%	2	1,1%	15	1,5%
Affektive Störungen	F3	86	10,8%	34	18,7%	120	12,2%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	41	5,1%	31	17,0%	72	7,3%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	F5	0	0,0%	7	3,8%	7	0,7%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	144	18,0%	47	25,8%	191	19,5%
Intelligenzminderung	F7	9	1,1%	0	0,0%	9	0,9%
Entwicklungsstörungen	F8	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	21	2,6%	5	2,7%	26	2,6%
Zusammen		317	39,6%	126	69,2%	443	45,1%

rund doppelt so oft wie Frauen (26,7%). An erster Stelle stehen dabei Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz und Beschaffungskriminalität, gefolgt von Gewalttätigkeit. 44,7% waren deswegen bereits inhaftiert. Bei 22,6% ist eine Strafe zur Bewährung ausgesetzt, 6,8% sehen sich einem laufenden Verfahren gegenüber. Solche Verfahren wirken sich oft sehr stark auf die Behandlung aus, weil die Aufmerksamkeit der Rehabilitanden dadurch erheblich gebunden wird.

2.4. Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung

Hauptdiagnose

Die Alkoholabhängigkeit ist bei 67,8% der Patienten die Erstdiagnose (F 10). Es folgen die vorrangig Drogenabhängigen mit 31,0% (F 11-F19). Die vorrangig pathologischen Spieler stellen nur eine kleine Gruppe (0,9%) in der Adaption dar. Noch seltener sind Patienten mit der Erstdiagnose Medikamentenabhängigkeit. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind bei allen Abhängigkeitsdiagnosen nicht sehr groß: Bei der Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ sind die Männer etwas stärker vertreten (68,3% vs. 63,7%). Bei den Diagnosen der Abhängigkeiten von den unterschiedlichen illegalen Drogen ist das Bild uneinheitlich. Fasst man diese Diagnosen zusammen, dann sind hier die Frauen stärker vertreten (34,5% vs. 29,7%). Tabelle 7 gibt einen detaillierten Überblick.

Weitere Diagnosen

Neben der Hauptdiagnose hat ein Großteil der Rehabilitanden weitere Abhängigkeitsdiagnosen. Dabei steht an erster Stelle bei weitem die Tabakabhängigkeit (bei über 90%). Dazu kommen weitere psychiatrische Diagnosen. Diese haben bei der Entstehung und dem Verlauf der Abhängigkeitserkrankung sowie der Behandlung der Betroffenen häufig eine besondere Bedeutung. Eine weitere psychiatrische Diagnose wurde 443mal gestellt. Somit wurden insgesamt 45,1% weitere psychiatrische Diagnosen bei den Adoptionspatienten zusätzlich zur Abhängigkeit gestellt (Mehrfachnennungen sind möglich). Bei Frauen liegen diese deutlich häufiger vor (69,2%) als bei Männern (39,6%). Tabelle 8 zeigt, dass bei den weiteren psychiatrischen Diagnosen die Persönlichkeitsstörungen am häufigsten vertreten sind (fast alle F6-Diag-

nosen), gefolgt von affektiven Störungen und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen.

Neben den psychiatrischen wurde 773mal eine somatische Krankheit diagnostiziert. Da Mehrfachnennungen möglich sind, dürfte auch hier die tatsächliche Zahl der betroffenen Patienten geringer sein.

Eine HIV-Infektion besteht bei den Patienten, für die Daten vorliegen, nur bei 0,7%. Entsprechend sind 1,8% der Rehabilitanden „getestet, akut“ und 10,1% „getestet, chronisch“ Hepatitis C-positiv.

Dauer der Abhängigkeit

Bei den meisten Adaptionpatienten besteht die Abhängigkeitserkrankung seit vielen Jahren, wie Tabelle 9 zu entnehmen ist. Über die Hälfte der Patienten (54,7%) ist mehr als 10 Jahre abhängig, im Durchschnitt liegt die Dauer bei 13,7 Jahren. Die leichte Tendenz zu kürzeren Krankheitsverläufen, die sich in den Vorjahren bei Frauen zeigte, ist 2008 nicht zu beobachten.

Vorbehandlungen

Wie angesichts der langen Abhängigkeitsdauer nicht weiter verwunderlich ist die in der Regel obligatorische Entwöhnungsbehandlung unmittelbar vor der Adaption bei vielen Patienten nicht die erste Vorbehandlung. In Tabelle 10 werden Entzugsbehandlungen und stationäre Entwöhnungsbehandlungen angegeben.

2.5. Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Behandlungsdauer

Gemäß dem ursprünglichen „Rahmenkonzept für die Adaptionphase“ des VDR von 1994 sollte eine Adaption bei Abhängigen von Alkohol und Medikamenten in der Regel drei Monate und bei Abhängigen von illegalen Drogen vier Monaten dauern. Bei ihren Kostenzusagen weichen davon jedoch immer mehr Leistungsträger ab. Verlängerungen sind allerdings prinzipiell möglich, so dass sich in der Praxis sehr unterschiedliche individuelle Behandlungszeiten ergeben. Tabelle 11 zeigt die Dauer nach Geschlecht und nach Hauptdiagnose differenziert. Der Übersichtlichkeit halber wird bei den Diagnosen lediglich zwischen F10 und F11 – F19 +F63.0 differenziert, wobei die neun (= 0,9%) pathologischen Spieler (F63.0) nicht ins Gewicht fallen. Während sich Männer

Tabelle 9: Dauer der Abhängigkeit in Jahren

	Männer		Frauen		Gesamt	
1 bis 5 Jahre	105	15,4%	28	17,8%	133	15,9%
6 bis 10 Jahre	198	29,0%	49	31,2%	247	29,4%
11 bis 15 Jahre	142	20,8%	31	19,7%	173	20,6%
16 bis 20 Jahre	100	14,7%	23	14,6%	123	14,7%
21 bis 25 Jahre	66	9,7%	13	8,3%	79	9,4%
über 25 Jahre	71	10,4%	13	8,3%	84	10,0%
Zusammen	682	100,0%	157	100,0%	839	100,0%
Unbekannt	118	14,8%	25	13,7%	143	14,6%
Mittelwert +/- Standardabweichung	13,9 +/- 8,7 Jahre		12,9 +/- 7,9 Jahre		13,7 +/- 8,6 Jahre	

Mittelwert ohne fehlende Angaben berechnet.

Tabelle 10: Vorbehandlungen

Entzugsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
Eine	187	28,2%	40	26,1%	227	27,8%
2 – 3	194	29,2%	44	28,8%	238	29,1%
4 – 5	94	14,2%	30	19,6%	124	15,2%
6 – 10	91	13,7%	26	17,0%	117	14,3%
10 – 20	66	9,9%	9	5,9%	75	9,2%
21 und mehr	32	4,8%	4	2,6%	36	4,4%
Zusammen	664	100,0%	153	100,0%	817	100,0%
keine Angaben	136	17,0%	29	15,9%	165	16,8%

Stat. Entwöhnungsbehandlungen	Männer		Frauen		Gesamt	
Eine	448	56,0%	113	62,1%	561	57,1%
2 – 3	297	37,1%	61	33,5%	358	36,5%
4 – 5	50	6,3%	8	4,4%	58	5,9%
mehr als 5	5	0,6%	0	0,0%	5	0,5%

Tabelle 11: Behandlungsdauer differenziert nach Geschlecht und Hauptdiagnose

	Männer		Frauen		Gesamt	
bis 28 Tage (4 Wochen)	85	10,6%	22	12,1%	106	10,9%
bis 42 Tage (6 Wochen)	44	5,5%	6	3,3%	50	5,1%
bis 56 Tage (8 Wochen)	45	5,6%	5	2,7%	50	5,1%
bis 84 Tage (12 Wochen)	209	26,1%	54	29,7%	263	26,8%
bis 112 Tage (16 Wochen)	239	29,9%	55	30,2%	294	29,9%
bis 140 Tage (20 Wochen)	112	14,9%	21	11,5%	133	13,5%
bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Monate)	40	5,0%	11	6,0%	51	5,2%
über 6 Monate	26	3,3%	8	4,4%	34	3,5%
	800	100,0%	182	100,0%	982	100,0%
Behandlungsdauer in Tagen	88,1 +/- 44,9		89,6 +/- 44,4		88,4 +/- 44,8	
Behandlungsdauer in Tagen (2007)	93,6 +/- 47,5		97,3 +/- 57,3		94,3 +/- 49,9	
Behandlungsdauer bei regulärer Entlassung	105,2 +/- 34,8		104,5 +/- 36,2		105,1 +/- 35,0	
Behandlungsdauer bei irregulärer Entlassung	57,8 +/- 44,9		63,4 +/- 45,7		58,8 +/- 45,1	

noch Tabelle 11: Behandlungsdauer differenziert nach Geschlecht und Hauptdiagnose

Behandlungsdauer und Hauptdiagnose	F10		F11 – F19 + F63		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
bis 28 Tage (4 Wochen)	72	10,8%	35	11,0%	107	10,9%
bis 42 Tage (6 Wochen)	33	5,0%	17	5,4%	50	5,1%
bis 56 Tage (8 Wochen)	37	5,6%	13	4,1%	50	5,1%
bis 84 Tage (12 Wochen)	211	31,7%	52	16,4%	263	26,8%
bis 112 Tage (16 Wochen)	187	28,1%	107	33,8%	294	29,9%
bis 140 Tage (20 Wochen)	64	9,6%	69	21,8%	133	13,5%
bis 182 Tage (26 Wochen = 6 Monate)	35	5,3%	16	5,0%	51	5,2%
über 6 Monate	26	3,9%	8	2,5%	34	3,5%
	665	100,0%	317	100,0%	982	100,0%
Behandlungsdauer in Tagen	86,8 +/- 45,2		91,67 +/- 43,9		88,4 +/- 44,8	
Behandlungsdauer bei regulärer Entlassung	97,4 +/- 41,2		103,0 +/- 38,7		99,2 +/- 40,5	
Behandlungsdauer bei irregulärer Entlassung	43,6 +/- 33,6		52,1 +/- 37,4		46,5 +/- 35,1	

Tabelle 12: Entlassungsart differenziert nach Geschlecht und Hauptdiagnose

Entlassungsart	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
planmäßiger Abschluss	635	79,5%	148	81,2%	783	79,8%
außerplanmäßige Verlegung	7	0,9%	2	1,1%	9	0,9%
Abbruch durch Einrichtung (diszipl.)	37	4,6%	6	3,3%	43	4,4%
Abbruch durch Patient	121	15,1%	26	14,3%	147	15,0%
verstorben	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Zusammen	800	100,0%	182	100,0%	982	100,0%
	Hauptdiagnose F10		Hauptdiagnose F11 - F19 + F63.0		Gesamt	
planmäßiger Abschluss	534	80,3%	247	77,9%	781	79,5%
außerplanmäßige Verlegung	6	0,9%	3	0,9%	9	0,9%
Abbruch durch Einrichtung (diszipl.)	17	2,6%	24	7,6%	41	4,2%
Abbruch durch Patient	108	16,2%	43	13,6%	151	15,4%
Zusammen	665	100,0%	317	100,0%	982	100,0%

und Frauen in der Behandlungsdauer kaum unterscheiden, spiegelt sich die oben genannte Vorgabe des VDR in der Differenzierung nach Diagnosen wider, wenn auch nicht so deutlich, wie zu erwarten gewesen wäre. Gegenüber dem Vorjahr hat die durchschnittliche Behandlungsdauer um sechs Tage abgenommen.

Entlassungsart

79,8% der Patienten beenden die Adaption planmäßig. Die unplanmäßigen Entlassungen sind zu 4,4% auf „disziplinäre Entlassungen“ durch die Adaption-

einrichtungen, zu 15,0% auf Abbrüche durch die Patienten und zu 0,9% auf außerplanmäßige Verlegungen zurückzuführen. Tabelle 12 zeigt, dass es zwischen den Geschlechtern keine nennenswerten Unterschiede gibt. Entgegen den Erfahrungen aus den Suchtfachkliniken schließen drogenabhängige Patienten die Adaptionbehandlung nicht häufiger irregulär ab als die Alkoholkranken.

Berufliche Integration nach Entlassung

12,8% der Patienten haben am Tag nach der Entlassung einen Arbeits-, Ausbil-

dungs-, Umschulungs- oder Schulplatz. 4,5% sind Rentner, Hausfrau/Hausmann oder sonstige Nichterwerbspersonen. 78,9% sind arbeitslos. Nimmt man nicht die Situation am Tage nach der Entlassung, sondern betrachtet den Zeitraum von bis zu vier Monaten nach Entlassung (s. Tabelle 13), weil sich viele Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisse erst nach einiger Zeit verwirklichen lassen, sieht die Situation noch günstiger aus: 20,6% der Patienten haben innerhalb der ersten vier Monaten nach Entlassung einen Arbeits-, Ausbildungs-, Umschulungs- oder Schulplatz. Dazu kommen 8,3% mit einem Ein-Euro-Job bzw. einer Qualifizierungsmaßnahme. Diese Personen sind zwar nicht in den Arbeitsmarkt integriert, sie sind jedoch positiv angebunden an die Vermittlungsagentur und sie haben eine Tagesstruktur. Damit hat sich die berufliche Situation gegenüber der Lage bei Aufnahme in die Adaption (vgl. Tabelle 5) für viele Patienten deutlich verbessert. Dieses Ergebnis ist unter dem Blickwinkel, dass ein Großteil der Patienten lange Zeit, oft jahrelang, arbeitslos war und eine Vielzahl von gravierenden Vermittlungshemmnissen aufweist, positiv zu bewerten. Trotzdem ist festzuhalten, dass die Arbeitslosigkeit für den größeren Teil der Entlassenen ein anhaltendes Problem bleibt und ggf. weitere Maßnahmen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung notwendig sind. Hierbei ist positiv, dass ein hoher Anteil der Patienten auch nach der Entlassung im Rahmen von ambulant betreutem Wohnen und ambulanter Nachsorge weiter begleitet wird, und so auch die berufliche Perspektive weiter gefördert werden kann.

Da über die Hälfte der Rehabilitanden (52,6%) arbeitslos bleibt, wird versucht, sie zu einer beruflichen Beschäftigung ohne Entgelt zu motivieren. 10,5% machen nach der Entlassung ein Praktikum oder eine Hospitation und 4,1% gehen einer ehrenamtlichen Tätigkeit nach.

Wohnsituation bei Entlassung

Viele Patienten leben bei Aufnahme in einer unbefriedigenden Wohnsituation (vgl. Tabelle 4). Ein Teil ist wohnungslos, ein anderer Teil ist bei Eltern, Verwandten oder Bekannten untergekommen. Oft ist das soziale Umfeld so desolat und Rückfall gefährdend, dass die Patienten es verlassen und an einem anderen Ort einen neuen Anfang machen wollen. Bis auf diejenigen, die noch eine eigene

Wohnung haben und deren soziales Umfeld nicht so schwierig ist, müssen alle Patienten während der Adaption eine neue Wohnung finden. Tabelle 14 macht deutlich, dass viele Menschen (24,6%) auch nach Entwöhnung und Adaption einer betreuten Wohnform bedürfen, um sich weiter zu stabilisieren. Dabei handelt es sich überwiegend um ambulant betreutes Wohnen im eigenen Wohnraum, seltener um WGs. 1,9% der Patienten werden in stationäre Übergangseinrichtungen verlegt. Die untere Hälfte der Tabelle weist aus, dass 52,4% eine neue Wohnung gefunden und bezogen haben. Diese Zahl wird nur im Adaptionszusatzbogen erhoben – deshalb die geringere Gesamtzahl der Patienten.

3. Zusammenfassung und Ausblick

Mit diesem Bericht zur Basisdokumentation der Adaptionshäuser gibt der Fachverband Sucht e.V. einen Überblick über die in seinen Mitgliedseinrichtungen durchgeführten Adaptionsbehandlungen und die behandelten Rehabilitanden. Die Zahlen machen die belastende Lebenssituation vor der Behandlung und das hohe Maß der Chronifizierung der Probleme bei den meisten Patienten deutlich: Nur 23,0 % haben einen festen Partner, 1,6% sind verheiratet (zusammenlebend). Lediglich 10,3% wohnen mit ihrem Partner oder Partner und Kind(ern) zusammen. Nur 21,3% haben eine eigene Wohnung, oft aber in problematischen Verhältnissen, die sie verlassen müssen. 82,2% der Patienten sind arbeitslos mit ALG I- oder ALG II-Bezug. Weitere 10,0% sind „sonstige Nichterwerbspersonen“, also in der Regel Sozialhilfeempfänger. Die Arbeitslosigkeit besteht bei 31,1% ein bis drei Jahre und bei 18,6% über drei Jahre durchgehend vor Behandlungsbeginn. Rechnet man die Arbeitsloskeitszeiten der letzten 10 Jahre zusammen, so sind 27,9% ein bis drei Jahre, 18,8% drei bis fünf Jahre und 23,1% fünf bis zehn Jahre in diesem Zeitraum arbeitslos gewesen. Zwei Drittel der Rehabilitanden sind zudem problematisch verschuldet. Über die Hälfte der Patienten (54,7%) ist mehr als 10 Jahre abhängig. 42,9% haben zwei und mehr stationäre Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen sowie andere Vorbehandlungen in Anspruch genommen. Trotz dieser vielfältigen Belastungen beendeten 79,8 %

Tabelle 13: Berufliche Integration vier Monate nach Behandlungsende differenziert nach Geschlecht

	Männer		Frauen		Gesamt	
Arbeitsplatz Vollzeit	59	8,5%	1	0,6%	60	7,0%
Arbeitsplatz Teilzeit	18	2,6%	7	4,4%	25	2,9%
berufl. Rehabilitation/ Umschulung	15	2,1%	6	3,8%	21	2,4%
Auszubildender	21	3,0%	7	4,4%	28	3,3%
Schule	12	1,7%	6	3,8%	18	2,1%
Minijob	17	2,4%	8	5,0%	25	2,9%
nicht erwerbstätig (Rentner u.a.)	129	18,5%	30	18,8%	159	18,5%
arbeitslos	369	52,9%	82	51,3%	451	52,6%
Ein-Euro-Job	27	3,9%	4	2,5%	31	3,6%
Qualifizierungsmaßnahme	31	4,4%	9	5,6%	40	4,7%
Zusammen	698*	100,0%	160*	100,0%	858*	100,0%
keine Daten	67	8,8%	16	9,1%	83	8,8%

* Die Daten werden mit dem Adaptions-Zusatzmodul erhoben. Da eine Einrichtung diesen nicht verwendet, beträgt die Gesamtzahl der erfassten Rehabilitanden 941 (= um 41 geringer).

Tabelle 14: Wohnsituation bei Entlassung

Wohnsituation	Männer		Frauen		Gesamt	
selbständiges Wohnen	401	52,8%	105	60,3%	506	54,2%
bei anderen Personen	117	15,4%	27	15,5%	144	15,4%
ambulant betreutes Wohnen	181	23,8%	31	17,8%	212	22,7%
(Fach-)Klinik, stat. Reha-Einrichtung	17	2,2%	5	2,9%	22	2,4%
Wohnheim/Übergangseinrichtung	14	1,8%	4	2,3%	18	1,9%
JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung	2	0,3%	0	0,0%	2	0,2%
Notunterkunft, Übernachtungsstelle	9	1,2%	0	,0%	9	1,0%
ohne Wohnung	19	2,5%	2	1,1%	21	2,2%
Zusammen	760	100,0%	174	100,0%	934	100,0%
keine Daten	31	3,9%	8	4,4%	39	4,0%
keine Daten	38	5,6%	8	5,2%	46	5,5%

Neue Wohnung während der Adaption organisiert und bezogen	Männer		Frauen		Gesamt	
ja	402	54,3%	91	55,2%	493	54,5%
nein	338	45,7%	74	44,8%	412	45,5%
Zusammen	740	100,0%	165	100,0%	905	100,0%
keine Daten	25	3,3%	11	6,3%	36	3,8%

der Patienten die Adaptionsphase regulär. Bei den meisten Patienten konnten trotz der ausgeprägten und vielfältigen Schwierigkeiten und der starken Chronifizierung der Problematik in der Adaption deutliche Verbesserungen er-

reicht bzw. weitergehende Hilfen in die Wege geleitet werden.

Der Fachverband Sucht e.V. beabsichtigt, diese Berichte auch künftig jährlich vorzulegen.

4. Literatur

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2007). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich Suchtkrankenhilfe – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Vorläufige Endfassung, Stand: 14.12.2007. www.dhs.de
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2005) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchgesehene und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.)(2007). Basisdokumentation Sucht Version 1.0, Düsseldorf
- Teigeler, H., Verstege, R., Reger, F. (2008). Basisdokumentation 2006 des Fachverbandes Sucht e.V.: Stationäre suchtmittelbezogene Adaptionsbehandlungen, in: Sucht Aktuell 15/01.08, S. 61-65.
- Teigeler, H., Verstege, R., Reger, F. (2008). Basisdokumentation 2007 – Adaptionseinrichtungen, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Basisdokumentation 2007. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 15, Bonn, S. 30-37

Autorenverzeichnis:

- Teigeler, Horst, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter, AHG Adaptionshaus Lübeck
- Verstege, Dr. Rainer, Dipl.-Psych., Leiter, AHG Adaptionshaus TPR Duisburg
- Reger, Frank, Dipl.-Päd., Leiter des Adaptionshaus Daun der AHG Kliniken Daun

Mitglieder des Qualitätszirkels der Adaptionseinrichtungen im Fachverband Sucht e.V.

Daniela Mirza-Beg	Tannenhof Berlin-Brandenburg-Adaptionshaus Berlin
Benno Fabricius	Adaptionseinrichtung der Soteria Klinik Leipzig
Gregor Göb	Bonner Adaption- und Nachsorgezentrum „Ausweg“
Uwe Kallina	AHG Gesundheitsdienste-Adaptionshaus Koblenz
Markus Liebrich	Therapiezentrum Speyer
Corinna Nels	Adaption der salus klinik Friedrichsdorf
Frank Reger	Adaptionshaus Daun der AHG Kliniken Daun
Peter Schay	Haus mit Aussicht Kadesch, Herne
Horst Teigeler	AHG Adaptionshaus Lübeck
Dr. Rainer Verstege	AHG Adaptionshaus TPR Duisburg
Hans-Joachim Villain	Adaption der Klinik Eschenburg
Claudia Ziegner	Adaption Maria Stern, Bad Neustadt/Saale
Ute Zimmermann	Adaption der Fachklinik Alte Ölmühle, Magdeburg

Liste der Einrichtungen, deren Datensätze in die Auswertung eingingen

Adaptionseinrichtung der Soteria Klinik Leipzig	04103 Leipzig
Adaption Tannenhof Berlin-Brandenburg Zentrum 1	12307 Berlin
Tannenhof Berlin-Brandenburg-Adaptionshaus Berlin	12353 Berlin
AHG Adaptionshaus Lübeck	23556 Lübeck
Adaption der Klinik Eschenburg	35713 Eschenburg
Adaption der Fachklinik Alte Ölmühle	39114 Magdeburg
Haus mit Aussicht der Kadesch GmbH	44651 Herne
AHG Adaptionshaus TPR Duisburg	47051 Duisburg
Bonner Adaption- und Nachsorgezentrum „Ausweg“	53113 Bonn
Adaptionshaus Daun der AHG Kliniken Daun	54550 Daun/Eifel
AHG Gesundheitsdienste-Adaptionshaus Koblenz	56068 Koblenz
Adaption der salus klinik Friedrichsdorf	61381 Friedrichsdorf
Therapiezentrum Speyer	67346 Speyer
Adaption Maria Stern	97616 Bad Neustadt/Saale

Inhaltsverzeichnis

*Lange, N., Wüst, G.,
Arbeitsgruppe Ambulante Rehabilitation im Fachverband Sucht e. V.*

Teilband IV

Basisdokumentation 2008 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen

1.	Einleitung.....	42
2.	Basisdokumentation 2008 – Ambulante Rehabilitation	42
2.1	Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung.....	42
2.2	Beschreibung der Patienten nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen	43
2.3	Angaben zur Therapievorbereitung und Aufnahme	44
2.4	Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung	45
2.5	Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende	46
2.6	Vergleich ausgewählter Merkmale der Basisdokumentation der ambulanten Behandlungsstichprobe mit Merkmalen der stationären Behandlungsstich- probe des Fachverbandes Sucht e.V.	47
3.	Ausblick und Bewertung	49
4.	Literatur	50
	Liste der Mitglieder des Ausschusses Ambulante Rehabilitation im Fachverband Sucht e.V.	50
	Liste der beteiligten Einrichtungen	50

Teilband IV:

Basisdokumentation 2008 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen

1. Einleitung

Seit dem Jahr 2007 hat der Fachverband Sucht e.V. (FVS) seine langjährige Tradition, Daten zur Basisdokumentation in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus den Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige zu publizieren, erweitert. Mit diesem Beitrag werden nun zum dritten Mal Basisdokumentationsdaten der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige von Mitgliedseinrichtungen des FVS veröffentlicht. Damit nimmt der FVS eine seiner vorrangigen Aufgaben, die Qualitätssicherung bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote, wahr, wobei neben der Prozess- und Strukturqualität besonderes Augenmerk auf die Ergebnisqualität gerichtet wird. Um die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges zu überprüfen, empfiehlt der FVS neben der Durchführung der Basisdokumentation zusätzlich die Durchführung einer Routinekatamnese in den ambulanten Mitgliedseinrichtungen.

2. Basisdokumentation 2008 des FVS – Ambulante Rehabilitation

2.1 Datenerhebung und Stichprobenszusammensetzung

Der vorliegende Beitrag stellt ausgewählte Daten zur ambulanten medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Patientinnen und Patienten¹ dar. Es sei darauf verwiesen, dass nicht bei allen Merkmalen dieselbe Grundmenge an Patientendaten eingehen konnte. Dies liegt an den teilweise voneinander abweichenden Erhebungsformen der verschiedenen Dokumentationssysteme bzw. an eventuell unvollständigen Datensätzen innerhalb des jeweiligen Systems. Deshalb wurden für die Darstellung der Ergebnisse im Text und den Tabellen jeweils die fehlenden Daten herausgerech-

net. Die Quote der fehlenden Daten (bezogen auf die Gesamtstichprobe) ist im Text und den Tabellen zudem mit ausgewiesen. Von insgesamt 576 ursprünglichen eingegangenen Datensätzen gingen 451 Datensätze in die Gesamtstichprobe ein. Somit vergrößerte sich die diesjährige Gesamtstichprobe im Vergleich zum Vorjahr 2007 (n=361) um 90 Datensätze. Aufgrund der neuen Datenstruktur konnten nur bedingt Vergleiche mit den Vorjahresergebnissen gezogen werden. Des weiteren ließ die Datenstruktur für diesen Jahrgang noch keinen geschlechtsspezifischen Vergleich zu. Insgesamt beteiligten sich 12 Einrichtungen, die am Ende des Artikels aufgeführt werden.

Tabelle 1 beschreibt die Behandlungsart. Die Stichprobe setzt sich aus Fällen zusammen, die an einer ambulanten Rehabilitation nach der Empfehlungsvereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (86,2%), im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme an einer poststationären Rehabilitation nach der Empfehlungsvereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (8,9%) oder an der ambulanten Phase einer Kombibehandlung (4,9%) teilgenommen haben. Ambulante Maßnahmen ohne leistungsrechtliche Grundlage, Motivationsphasen mit leistungsrechtlicher Grundlage, ambulante

Nachsorge nach stationärer Rehabilitation und ambulante Nachsorge nach ambulanter Rehabilitation werden nicht berücksichtigt

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die verwendeten Dokumentations- und EDV-Systeme: für 121 (26,8%) der Patienten wurden die Daten mit EBIS erfasst. Weiterhin kam bei 114 (25,3%) ein an die Basisdokumentation Sucht des AHG-Wissenschaftsrates angelehntes System in der Version für Ambulanzen zur Anwendung. Bei 33 Patienten (7,3%) erfolgte die Erfassung mit der Basisdokumentation Sucht des AHG-Wissenschaftsrates in der Version für Ambulanzen. In 183 Fällen (40,6%) wurde auf sonstige oder eigene Systeme zurückgegriffen.

Die Daten wurden auf Initiative des Fachverbandes Sucht aus den Mitgliedseinrichtungen gesammelt, durch Redline-Data, Ahrensböck, zusammen geführt und auf Fehlerfreiheit überprüft. Die Auswertung des anonymisierten Datensatzes wurde durch die Fachklinik Eußerthal vorgenommen. Ein Rückschluss auf die Daten aus einzelnen Mitgliedseinrichtungen bzw. auf einzelne Patienten ist nicht möglich.

Bei ausgewählten Merkmalen wurde ein Vergleich mit den Ergebnissen des ambulanten Jahrganges 2007 vorgenom-

Tab. 1: Behandlungsart

Behandlungsart	Häufigkeit	Prozente
Ambulante Rehabilitation nach EV	389	86,2%
Poststationäre ambulante Rehabilitation nach EV	40	8,9%
Ambulanter Teil einer Kombinationsbehandlung	22	4,9%
Zusammen	451	100%

Tab. 2: EDV- und Dokumentationssysteme

Dokumentationssystem	Häufigkeit	Prozente
EBIS	121	26,8%
BADO Sucht, Ambulanz, AHG	33	7,3%
BADO Sucht, Ambulanz, AHG angelehntes System	114	25,3%
Sonstige/eigene Systeme	183	40,6%
Zusammen	451	100%

¹ Um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, wird im Folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet.

men. Dieser Vergleich beschränkt sich auf die Items, bei denen sich deutliche Abweichungen zu den Vorjahresergebnissen ergaben.

Eine Gegenüberstellung der ambulanten und der stationären Stichprobe des FVS 2008 erfolgt in einem gesonderten Kapitel im Anschluss an die Darstellung der ambulanten Daten.

2.2 Beschreibung der Patienten nach soziodemographischen und Eingangsmerkmalen

Geschlecht und Alter

In Tabelle 3 ist die Geschlechtsverteilung der Patienten dargestellt. 67,0% der Klientel sind männlichen und 33,0% weiblichen Geschlechts. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Geschlechtsverteilung kaum geändert.

Angaben zur Altersstruktur der Patienten können Tabelle 4 entnommen werden. Die meisten Patienten (41,7%) gehörten zu der Alterskategorie der 41- bis 50-jährigen Patienten. Die Altersklasse der 51- bis 60-Jährigen war mit 25,5% etwas stärker besetzt als die der 31- bis 40-Jährigen (17,1%). Älter als 61 Jahre waren 6,4% der Patienten, zwischen 21 und 30 Jahren 8,9%. Lediglich 0,4% der Klientel war jünger als 20 Jahre. Im Durchschnitt waren die Patienten 46,1 Jahre alt (+/- 10,3 Jahre).

Familienstand und Partnerbeziehung

Tabelle 5 gibt einen Überblick über Familienstand und Partnerbeziehung bei Behandlungsbeginn. Der größte Anteil der Patienten (46,3%) war bei Aufnahme verheiratet und zusammenlebend. 25,6% der Klientel waren ledig, getrennt vom Ehepartner lebten 6,5%, geschieden waren 18,4%. Weitere 3,1% waren verwitwet.

Für sechs Patienten (1,3%) lagen uns diesbezüglich keine Angaben vor.

Hinsichtlich der Partnersituation gaben 64,6% der Patienten an, in einer festen Beziehung zu leben; 30,2% waren alleinstehend und 4,3% gaben an, sich in zeitweiligen Beziehungen zu befinden.

Für sieben Patienten (1,6%) lagen keine Daten vor.

Schulbildung und Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn

Die Angaben zu Schulbildung und Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn

Tab. 3: Geschlechtsverteilung

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent
männlich	302	67,0%
weiblich	149	33,0%
Zusammen	451	100%

Tab. 4: Altersverteilung

Alter	Häufigkeit	Prozent
Bis 20 Jahre	2	0,4%
21 – 30 Jahre	40	8,9%
31 – 40 Jahre	77	17,1%
41 – 50 Jahre	188	41,7%
51 – 60 Jahre	115	25,5%
61 Jahre und älter	29	6,4%
Zusammen	451	100%
Mittelwert ± Standardabweichung		
	46,1 Jahre	10,3 Jahre

Tab. 5: Familienstand und Partnerbeziehung der Patienten bei Aufnahme

Familienstand	Häufigkeit	Prozent
Ledig	114	25,6%
Verheiratet, zusammenlebend	206	46,3%
Verheiratet, getrennt lebend	29	6,5%
Geschieden	82	18,4%
Verwitwet	14	3,1%
Zusammen	445	100%
keine Daten		
	6	1,3%
Partnerbeziehung	Häufigkeit	Prozent
Allein stehend	134	30,2%
Zeitweilige Beziehungen	19	4,3%
Feste Beziehung	287	64,6%
Sonstige/ Keine Daten	4	0,9%
Zusammen	444	100%
keine Daten		
	7	1,6%

Tab. 6: Schulabschluss

Schulabschluss	Häufigkeit	Prozent
Derzeit in Schulausbildung	1	0,2%
Ohne Schulabschluss	12	2,7%
Sonderschulabschluss	2	0,4%
Haupt-/Volksschulabschluss	202	45,4%
Realschulabschluss/Polytechn. Oberschule	131	29,4%
(Fach-) Abitur	94	21,1%
Anderer Schulabschluss	3	0,7%
Zusammen	445	100,0%
keine Daten		
	6	1,3%

Tab 7: Erwerbstätigkeit bei Aufnahme

Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Häufigkeit	Prozent
Auszubildende	1	0,2%
Arbeiter/ Angestellte(r)/ Beamte(r)	243	54,5%
Selbständige(r) / Freiberufler(in)	27	6,1%
Sonstiges Erwerbspersonen	1	0,2%
In beruflicher Rehabilitation	2	0,4%
Arbeitslose(r) nach SGB III (ALG 1)	35	7,8%
Arbeitslose(r) nach SGB II (ALG 2)	67	15,0%
Schüler(in), Student(in)	2	0,4%
Hausfrau, Hausmann	21	4,7%
Rentner(in)	42	9,4%
Sonstige Nichterwerbsperson	5	1,1%
Zusammen	446	100,0%
keine Daten	5	1,1%

Tab. 8: Vermittlung

Vermittlung	Häufigkeit	Prozent
Keine / Selbstmelder	72	16,2%
Familie	29	6,5%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	20	4,5%
Abstinenz- / Selbsthilfegruppe	2	0,4%
Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	126	28,3%
Suchtberatungs- / behandlungsstelle, Fachambulanz	68	15,3%
Institutsambulanz	2	0,4%
Krankenhaus, Krankenhausabteilung	39	8,8%
Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	2	0,4%
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	41	9,2%
Adaptionseinrichtung	4	0,9%
Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (z.B. Tagesstätte)	1	0,2%
Sozialpsychiatrischer Dienst	1	0,2%
Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe- Familien- Erziehungsberatungsstellen)	2	0,4%
Einrichtung der Jugendhilfe, Jugendamt	1	0,2%
Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	2	0,4%
Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	2	0,4%
Straßenverkehrsbehörde, Führerscheinstelle	8	1,8%
Justizbehörden, Bewährungshilfe	6	1,3%
Kosten- und Leistungsträger	3	0,7%
Sonstige	14	3,1%
Zusammen	445	100%
keine Daten	6	1,3%

können den Tabellen 6 und 7 entnommen werden. 0,2% befanden sich in Schulausbildung. 2,7% der Patienten hatten keinen Schulabschluss, 0,4% verfügten über einen Sonderschulabschluss. Der überwiegen-

de Teil der Klientel, nämlich 45,4%, beendete seine Schullaufbahn mit einem Hauptschulabschluss. 29,4% wiesen einen Realschulabschluss oder einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule auf. 21,1% hatten das Abitur oder Fach-

abitur und 0,7% einen anderen Schulabschluss als die bereits genannten.

Für sechs Patienten (1,3%) lagen keine Daten vor.

Die Erwerbssituation bei Behandlungsbeginn zeigt eine Arbeitslosenquote von 22,8%, wobei 7,8% als arbeitslos nach dem SGB III (ALG1) waren und 15,0% arbeitslos nach dem SGB II (ALG2).

Mehr als die Hälfte der Patienten hatten einen Arbeitsplatz: während 54,5% Arbeiter, Angestellte oder Beamte waren, befanden sich 6,1% in selbständiger bzw. freiberuflicher Tätigkeit, 0,2% wurden als sonstige Erwerbspersonen eingestuft. 0,2%, d.h. ein Patient befand sich in einem Ausbildungsverhältnis. Eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme absolvierten zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns 0,4% und. Die Zahl der Nicht-Erwerbspersonen setzt sich aus 0,4% Schüler oder Studenten, 4,7% Hausfrauen/ -männern, 9,4% Rentnern und 1,1% sonstigen Nicht-Erwerbspersonen zusammen.

Für fünf Patienten (1,1%) lagen keine Daten vor.

2.3 Angaben zur Therapievorbereitung und Aufnahme

Art der Vermittlung

In Tabelle 8 sind die Angaben zur Art der Vermittlung zusammengefasst. Der weitestgrößte Teil der Patienten (28,3%) wurde durch eine ärztliche oder psychotherapeutische Praxis vermittelt, 15,3% über eine Suchtberatungs- und/ oder -behandlungsstelle/ Fachambulanz und 9,2% von stationären Rehabilitationseinrichtungen. 16,2% der Patienten kamen ohne Vermittlung. Weitere Vermittlungen erfolgten durch die Familie (6,5%), Arbeitgeber, Betrieb oder Schule (4,5%), Selbsthilfe- oder Abstinenzgruppe (0,4%) sowie Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen (8,8%). Adaptionseinrichtungen initiierten bei 0,9% die ambulante Behandlung, bei 0,2% der Sozialpsychiatrische Dienst, 0,4% andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatungsstellen), 0,4% die Arbeitsagentur/ Jobcenter und 1,8% die Straßenverkehrsbehörde/ Führerscheinstelle. Justizbehörden oder Bewährungshilfe vermittelten 1,3% der Patienten. Bei 0,7% war der Leistungs- bzw. Kostenträger der direkte Vermittler. 3,1% wurden auf sonstigen Wegen vermittelt.

Bei sechs Patienten (1,3%) lagen keine Daten vor.

Kosten- und Leistungsträger

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Kosten- und Leistungsträgerstruktur. Aufgrund der veränderten Erhebungsstruktur ist es möglich, bei einem Patienten mehr als einen Leistungsträger anzugeben, wodurch die Anzahl der Antworten (n=559) den Umfang der beschriebenen Stichprobe (n=451) übersteigt. Bei 108 Behandlungsverläufen waren somit mehrere Leistungsträger beteiligt. In den meisten Fällen wechselte die Übernahme der Kosten zwischen Kranken- und Rentenversicherung. Hier ist zu vermuten, dass der ambulanten Rehabilitation eine Motivationsbehandlung in Leistungsträgerschaft der Krankenversicherung vorgeschaltet war. Einige Patienten übernahmen einen Teil der Behandlungskosten als Selbstzahler, wobei der andere Teil vom Rentenversicherungsträger übernommen wurde. Die folgenden Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Antworten (n=559).

Bei 365 Fällen (65,3%) war die Rentenversicherung als Kosten- und Leistungsträger beteiligt, die Krankversicherung bei 153 Fällen (27,4%). 17 Patienten (3%) übernahmen zumindest einen Teil der Kosten als Selbstzahler. Sonstige Leistungsträger traten in 25 Fällen (4,3%) für die Behandlung ein.

2.4 Angaben zur Problemstruktur und Abhängigkeitsentwicklung

Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnosen der untersuchten Stichprobe sind in Tabelle 10 dargestellt. Bei 91,4% war die Hauptdiagnose eine „Störung durch Alkohol“. Eine Störung durch „Cannabinoide“ stellte bei 1,1% der Patienten die Hauptdiagnose dar. Bei 0,6% stand eine „Störung durch Opioide“, bei 2,2% eine „Störung durch Sedativa oder Hypnotika“, bei 0,4% eine „Störung durch Kokain“ und bei 1,1% eine „Störung durch Stimulanzien“ im Vordergrund. „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch oder der Konsum sonstiger psychotroper Substanzen“ stellte bei 2,9% die Hauptdiagnose dar. Pathologisches Spielen (F63) wurde bei 0,2% als Hauptdiagnose gestellt.

Vorbehandlungen

Tabelle 11 gibt Aufschluss über die Vorbehandlungen, im Einzelnen über Entzugsbehandlungen und stationäre Entwöhnungsbehandlungen.

Tab. 9: Kosten- und Leistungsträger (Mehrfachantworten möglich)

Kosten- und Leistungsträger	Häufigkeit	Prozent
Selbstzahler	17	3,0%
Pauschal finanziert	0	0
Rentenversicherung	365	65,3%
Krankenversicherung	153	27,4%
Sozialhilfe	0	0
Jugendhilfe	0	0
Arbeitsagentur	0	0
Pflegeversicherung	0	0
Sonstiger Kostenträger	24	4,3%
Zusammen	559	100%

Tab. 10: Hauptdiagnosen

Hauptdiagnose	Häufigkeit	Prozent
Störung durch Alkohol F10	412	91,4%
Störung durch Opioide F11	3	0,6%
Störung durch Cannabis F12	5	1,1%
Störung durch Sedativa / Hypnotika F13	10	2,2%
Störung durch Kokain F14	2	0,4%
Störung durch Stimulanzien F15	5	1,1%
Störung durch andere psychotrope Substanzen F19	13	2,9%
Pathologisches Spielen F63	1	0,2%
Zusammen	451	100%

Tab. 11: Vorbehandlungen

Anzahl der bisher durchgeführten Entzugsbehandlungen	Häufigkeit	Prozent
Keine	139	32,4%
Eine	157	36,6%
Zwei	52	12,1%
Drei	34	7,9%
Vier und mehr	47	11,0%
Zusammen	429	100%
Keine Daten	22	4,9%
Anzahl der bisher durchgeführten stationären Entwöhnungen	Häufigkeit	Prozent
Keine	309	73,7%
Eine	82	19,6%
Zwei oder mehr	22	6,7%
Zusammen	419	100%
Keine Daten	32	7,1%

32,4% der Patienten hatten bei Behandlungsbeginn noch keine Entzugsbehandlung; eine Entgiftungsmaßnahme wurde bei 36,6%, zwei bei 12,1%, drei bei 7,9 und vier oder mehr bei 11,00% des Klienten

durchgeführt. Für 4,9% lagen keine Daten vor. Im Vergleich zur ambulanten Stichprobe des Vorjahres stieg der Anteil der Patienten, die noch keine Entzugsbehandlung

Tab. 12: Behandlungsdauer

Behandlungsdauer gruppiert	Häufigkeit	Prozent
Bis 12 Wochen	30	6,7%
Bis 26 Wochen	131	29,0%
Bis 36 Wochen	54	12,0%
Bis 52 Wochen	129	28,6%
Mehr als 52 Wochen	107	23,7%
Zusammen	451	100%
Behandlungsdauer in Tagen für alle Patienten (MW; +/- SD)	273,9 + 142,1	
Behandlungsdauer in Tagen bei planmäßiger Entlassung (MW; +/- SD)	302,8 + 140,3	
Behandlungsdauer in Tagen bei regulärer Entlassung (MW; +/- SD)	323,8 + 135,6	

Tab. 13: Suchtmittelkonsum während der Behandlung

Suchtmittelkonsum während der Behandlung	Häufigkeit	Prozent
Kein Suchtmittelkonsum	229	72,0%
Einmaliger Suchtmittelkonsum	45	14,2%
Zwei- oder mehrmaliger Suchtmittelkonsum	44	13,8%
Zusammen	318	100,0%
keine Daten	133	29,5%

Tab. 14: Art der Behandlungsbeendigung

Art der Behandlungsbeendigung	Häufigkeit	Prozent
Regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	292	64,7%
Vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung	25	5,5%
Vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischen Einverständnis	20	4,4%
Vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klienten	93	20,6%
Disziplinarisch	8	1,8%
Außerplanmäßige Verlegung/ außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	4	0,9%
Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	8	1,8%
Gestorben	1	0,2%
Zusammen	451	100,0%

hatten von 25,2% auf 32,4% (Fachverband Sucht e.V. (Hrgs.) 2008).

Für 22 Patienten (4,9%) lagen keine Daten vor.

73,7% der Patienten hatten vor der Indexbehandlung an noch keiner stationären Entwöhnungsbehandlung teilgenommen, 19,6% waren bereits einmal in einer stationären Entwöhnungsbehandlung für Abhängigkeitskranke, 6,7% absolvierten bereits zwei oder mehr stationäre Entwöhnungsbehandlungen. Unter die beiden zuletzt ange-

gebenen Prozentwerte fallen zum Teil die Patienten, die aktuell an einer poststationären ambulanten Rehabilitation oder einer Kombi Behandlung teilgenommen haben.

Für 7,1% lagen keine Daten vor.

Im Vergleich zum Vorjahr stieg der Anteil der Patienten, die zuvor noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung durchgeführt hatten leicht an von 69,2% auf 73,7% (Fachverband Sucht e.V. (Hrgs.) 2008).

Für 32 Patienten (7,1%) wurden keine Angaben gemacht.

2.5 Angaben zum Behandlungsverlauf und Behandlungsende

Behandlungsdauer

Die Verteilung der Behandlungszeiten ist in Tabelle 12 dargestellt. Zur Darstellung wurden folgende Gruppierungen gebildet: „bis 12 Wochen“, „bis 26 Wochen“, „bis 36 Wochen“, „bis 52 Wochen“ und „mehr als 52 Wochen“.²

Eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen hatten 6,7% aller Patienten. 70% der Patienten dieser Gruppe beendeten unplanmäßig. Zwischen 12 und 26 Wochen wurden 29,0% der Patienten behandelt. Bei 12,0% dauerte die Behandlung zwischen 26 und 36 Wochen, bei 28,6% bis zu 52 Wochen. Eine über 52 Wochen hinaus gehende Behandlungsdauer wiesen 23,7% der Behandlungsverläufe auf.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Patienten betrug 273,9 Tage (+/- 142,1 Tage) bzw. 39,1 Wochen (+/- 20,3 Wochen). Werden nur die planmäßig beendeten Behandlungsverläufe zur Berechnung herangezogen, ergibt sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 302,8 Tagen (+/- 140,3 Tage) bzw. 43,3 Wochen (+/- 20 Wochen). Insgesamt haben sich im Vergleich zum Vorjahr die Behandlungsdauern aller Patienten um 3,5 Wochen und die Behandlungsdauern der planmäßig entlassenen Patienten um fast 5 Wochen im Durchschnitt verkürzt (Fachverband Sucht e.V. (Hrgs.) 2008). Für die regulär entlassenen Patienten ergab sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 323,8 Tagen (+/- 135,6 Tage), bzw. 46,3 Wochen (+/- 19,4 Wochen). Vergleichszahlen aus 2007 liegen zu den regulären Entlassungen nicht vor.

Suchtmittelkonsum während der Behandlung

Das Merkmal „Suchtmittelkonsum während der Behandlung“ ist bei der diesjährigen Basisdokumentation erstmals teilweise erhoben worden. Es zeigt, dass nach Angaben der Patienten und nach Einschätzung der Behandler der Anteil der Patienten, die während der ambulanten Rehabilitation suchtmittelfrei blieben, bei 72,0% lag. Der Anteil der einfach und mehrfach Rückfälligen war fast gleich (14,2% vs. 13,8%).

² Hier ist anzumerken, dass die Behandlungsdauer bei einem Teil der Patienten vermutlich die vorgeschaltete Motivationsphase enthält.

Bei 133 Patienten (29,5%) wurden keine Daten erhoben.

Art der Entlassung

Tabelle 14 gibt Auskunft über die Art der Behandlungsbeendigung gemäß dem Kodierschema des Deutschen Kerndatensatzes.

64,7% der Patienten beendeten die ambulante Rehabilitation regulär nach Behandlungsplan. 5,5% beendeten die Behandlung vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung und 4,4% vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis. 20,6% brachen vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis ab und 1,8% wurden disziplinarisch aus der Behandlung entlassen. Eine außerplanmäßige Verlegung erfolgte in 0,9% der Fälle, ein planmäßiger Wechsel in eine andere Behandlungsform bei 1,8%. Während der ambulanten Rehabilitation verstarb ein Patient (0,2%).

Im Vergleich zum Vorjahr (Fachverband Sucht e.V. (Hrgs.) 2008) stieg der Anteil der planmäßigen Beendigungen³ deutlich von 71,4% auf 76,4%.

Berufliche Integration bei Entlassung

Angaben zur beruflichen Reintegration bei Entlassung können Tabelle 15 entnommen werden. 64,5% der Patienten verfügten bei Behandlungsende über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz. 19,5% der Klientel war arbeitslos, 16,0% nicht erwerbstätig. In einer Maßnahme zur beruflichen Reintegration befand sich kein Patient. Die Zahl der arbeitslosen Patienten hat sich im Vergleich zum Behandlungsbeginn von 22,8% auf 19,5% reduziert.

Für 20 Patienten (4,4%) lagen keine Daten vor.

2.6 Vergleich ausgewählter Merkmale der Basisdokumentation der ambulanten Behandlungsstichprobe mit Merkmalen der stationären Behandlungsstichprobe des Fachverbandes Sucht e.V.

Tabelle 16 beinhaltet einen Vergleich ausgewählter Ergebnisse der Basisdoku-

³ Planmäßige Beendigungen nach dem ärztlichen Reha-Entlassbericht sind 1 = regulär, 2 = vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, 3 = vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis und 7 = Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Reha.

Tab. 15: Berufliche Integration bei Entlassung

Erwerbstätigkeit bei Entlassung	Häufigkeit	Prozent
Arbeitsplatz/Ausbildungsplatz vorhanden	278	64,5%
Berufliche Reintegration	0	0,0%
Arbeitslos	84	19,5%
Nichterwerbspersonen	69	16%
Zusammen	431	100,0%
Keine Daten	20	4,4%

Tab. 16: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der ambulanten Basisdokumentation 2008 mit Ergebnissen der stationären Basisdokumentation 2008 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

	Amb. Basisdokumentation 2008		Stat. Basisdokumentation 2008	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht				
männlich	302	67,0%	12378	71,8%
weiblich	149	33,0%	4861	28,2%
Zusammen	451	100%	17239	100%
Alter				
Mittelwert ± Standardabweichung	46,1 + 10,3 Jahre		45,0 ± 10,3 Jahre	
Familienstand				
ledig	114	25,6%	5909	34,9%
verheiratet, zusammen lebend	206	46,3%	4576	27,0%
verheiratet, getrennt lebend	29	6,5%	1589	9,4%
geschieden	82	18,4%	4227	25,0%
verwitwet	14	3,1%	631	3,7%
Zusammen	445	100%	16932	100,0%
keine Daten	6	1,3%	307	1,8%
Partnerbeziehung				
alleinstehend	134	30,2%	7943	47,3%
zeitweilige Beziehung	19	4,3%	795	4,7%
feste Beziehung	287	64,6%	8013	47,7%
sonstige Beziehung	4	0,9%	49	0,3%
Zusammen	444	100%	16800	100,0%
keine Daten	7	1,6%	439	2,5%
Schulabschluss				
Derzeit in Schulausbildung	1	0,2%	6	0,0%
Ohne Schulabschluss abgegangen	12	2,7%	706	4,2%
Sonderschulabschluss	2	0,4%	418	2,5%
Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss	202	45,4%	7020	41,8%
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	131	29,4%	5929	35,3%

noch Tab. 16: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der ambulanten Basisdokumentation 2008 mit Ergebnissen der stationären Basisdokumentation 2008 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

(Fach-)Hochschulreife / Abitur	94	21,1%	2517	15,0%
Anderer Schulabschluss	3	0,7%	206	1,2%
Zusammen	445	100,0%	16802	100,0%
Keine Daten				
Keine Daten	6	1,3%	437	2,5%
Berufliche Integration bei Betreuungsbeginn				
Auszubildender	1	0,2%	94	0,6%
Arbeiter / Angestellter / Beamter	243	54,5%	5859	36,6%
Selbständiger / Freiberufler	27	6,1%	342	2,1%
Sonstige Erwerbspersonen	1	0,2%	64	0,4%
In beruflicher Rehabilitation	2	0,4%	47	0,3%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	35	7,8%	1754	11,0%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	67	15,0%	5222	32,7%
Schüler / Student	2	0,4%	58	0,4%
Hausfrau / Hausmann	21	4,7%	542	3,4%
Rentner / Pensionär	42	9,4%	1433	9,0%
Sonstige Nichterwerbspersonen	5	1,1%	573	3,6%
Zusammen	446	100,0%	15988	100,0%
keine Daten				
keine Daten	5	1,1%	1251	7,3%
Berufliche Integration bei Betreuungsende				
Arbeitsplatz/Ausbildungsplatz vorhanden	276	64,0%	6271	40,2%
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	0	0,0%	65	0,4%
Arbeitslos	84	19,5%	6784	43,5%
Nichterwerbspersonen	71	16,5%	2478	15,9%
Zusammen	431	100,0%	15598	100,0%
keine Daten				
keine Daten	20	4,4%	1641	9,5%
Art der Vermittlung				
Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	126	28,3%	497	2,9%
Keine / Selbstmelder	72	16,2%	2020	12,0%
Suchtberatungs- / behandlungsstelle, Fachambulanz	68	15,3%	8524	50,5%
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	41	9,2%	0	0,0%
Krankenhaus, Krankenhausabteilung	39	8,8%	2905	17,2%
Familie	29	6,5%	145	0,9%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	20	4,5%	513	3,0%
Kosten-, Leistungsträger	3	0,7%	979	5,8%
Sonstige	47	10,1%	1310	7,8%
Zusammen	445	100%	16893	100,0%

mentation 2008 der ambulanten Stichprobe mit Merkmalen der stationären Stichprobe des Fachverbandes Sucht e.V. (Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), in Vorbereitung). Der Vergleich der Datensätze erbringt folgende Ergebnisse:

Im Vergleich zur Basisdokumentation 2008 des Fachverbandes Sucht e.V. für stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit der Indikation Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit wurden in den ambulanten Einrichtungen rund 5% mehr Frauen behandelt. Während in den ambulanten Behandlungsstellen das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Rehabilitanden 67,0% vs. 33,0% betrug, bestand in den Fachkliniken ein Geschlechterverhältnis von 71,8% vs. 28,2%.

Patienten der ambulanten Stichprobe waren bei Behandlungsbeginn im Durchschnitt 46,1 Jahre alt, während stationäre Rehabilitanden im Mittel 45,0 Jahre alt waren. Damit liegt das Durchschnittsalter der ambulanten Klientel 1,1 Jahre über dem der stationär behandelten Klientel.

Im Vergleich der beiden Stichproben bezüglich des Familienstandes zeichnet sich die ambulante Klientel insbesondere dadurch aus, dass deutlich mehr Patienten verheiratet und zusammenlebend (46,3% vs. 27,0%) und deutlich weniger Patienten geschieden (18,4% vs. 25,0%) waren.

Hinsichtlich der Partnerbeziehung lag der Anteil der Patienten, die bei Behandlungsbeginn in einer festen Partnerschaft lebten, bei den ambulant behandelten Patienten mit 64,6% deutlich höher als in der stationären Population (47,7%). Dementsprechend war der Anteil der allein stehenden Patienten in der ambulanten Behandlungsstichprobe mit 30,2% geringer als in der stationären Stichprobe mit 47,3%.

Bezüglich des höchsten erreichten Schulabschlusses fallen folgende Unterschiede auf: im Vergleich zur stationären Klientel verfügte die ambulante Stichprobe ein wenig mehr über einen Hauptschulabschluss (45,4% vs. 41,8%) und seltener über einen Abschluss der Realschule oder der Polytechnischen Oberschule (29,4% vs. 35,3%). Bezüglich der (Fach-) Hochschulreife und dem Abitur wird dieser Schulabschluss von den ambulanten Patienten öfters als von den stationären Patienten erreicht (21,1% vs. 15,0%). Patienten mit Sonderschulabschluss oder gänzlich fehlendem Schulabschluss waren in der stationären Stichprobe häufiger anzutreffen (6,7% vs. 3,4%).

Der Status der beruflichen Integration bei Betreuungsbeginn zeigt deutliche Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsstichproben. Der Anteil der Rehabilitanden, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügten, lag bei der ambulanten Stichprobe mit 61,0% deutlich über dem der stationären Klientel (39,7%). Dementsprechend waren im Vergleich zur stationären Stichprobe deutlich weniger ambulante Patienten arbeitslos (22,8% vs. 43,7%).

Die bei Behandlungsbeginn bestehenden Unterschiede im Erwerbsstatus bleiben bei der Erhebung dieses Merkmals bei Behandlungsende in ihrer Relation gleich. Während in der ambulanten Stichprobe der Anteil der Patienten, die über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz verfügten, zum Behandlungsende bei 64,0% lag, hatten zu diesem Zeitpunkt in der stationären Stichprobe 40,2% der Patienten einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz. Die Arbeitslosenquote der ambulanten Klientel lag bei Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme bei 19,5% und damit 24% unter der der stationären Klientel (43,5%).

Zwischen den beiden Behandlungsstichproben bestehen deutliche Unterschiede hinsichtlich der Zugangswege. Während der größte Teil der Vermittlungen in die ambulante Rehabilitation über ärztliche oder psychotherapeutische Praxen erfolgte (28,3%), ist dieser Zugangsweg im stationären Bereich eher selten (2,9%). Die 9,2% der Patienten, die von stationären Reha-Einrichtungen vermittelt wurden, gehören überwiegend zu den Fällen mit einer poststationären Reha-Maßnahme oder einer Kombi-Behandlung. Der weitaus größte Teil der Vermittlungen in die stationäre Rehabilitation erfolgte über Suchtberatungs- und/ oder -behandlungsstellen bzw. Fachambulanzen (50,5%). Dies war bei der ambulanten Klientel lediglich bei 15,3% der Fall. Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen waren bei 17,2% der stationären und jedoch nur bei 8,8% der ambulanten Behandlungen die Vermittler. Die Vermittlung durch Kosten-/ Leistungsträger erfolgte häufiger im stationären Bereich (5,8%), in der ambulanten Behandlungsstichprobe war dies nur bei 0,7% der Behandlungen der Fall. Die Familie wird in der ambulanten Stichprobe mit 6,5% wesentlich häufiger genannt als bei der stationären Stichprobe (0,9%). Die Vermittlungsquote durch Arbeitgeber/ Betrieb oder Schule lag in beiden Stichproben in

noch Tab. 16: Vergleich ausgewählter Ergebnisse der ambulanten Basisdokumentation 2008 mit Ergebnissen der stationären Basisdokumentation 2008 (um „Missing-Data“ bereinigte Datensätze)

Art der Beendigung				
Regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	292	64,7%	11003	64,0%
Vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung	25	5,5%	873	5,1%
Vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischen Einverständnis	20	4,4%	722	4,2%
Vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klienten	93	20,6%	2128	12,4%
Disziplinarisch	8	1,8%	316	1,8%
Außerplanmäßige Verlegung/ außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	4	0,9%	161	0,9%
Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	8	1,8%	1975	11,5%
Gestorben	1	0,2%	6	0,0%
Zusammen	451	100,0%	17184	100,0%
keine Daten			55	0,3%

vergleichbarer Höhe (4,5% im ambulanten und 3,0% im stationären Bereich). Im Vergleich zum Vorjahr besteht in der Kategorie „Sonstige“ zwischen der ambulanten und stationären Stichprobe kein großer Unterschied mehr (2007: 16,6% vs. 7,4%; 2008: 10,1% vs 7,8%).

Wies die ambulante Population im Jahr 2007 im Vergleich zu der stationären Population weniger reguläre Behandlungsabschlüsse auf (58,3% vs. 65,7%), haben sich die regulären Beendigungen zwischen der ambulanten und stationären Stichprobe egalisiert (64,7% vs. 64,0%) (siehe Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), 2008). Ebenfalls ergaben sich dieses Jahr im Vergleich zum Vorjahr kaum Unterschiede bezüglich der „vorzeitiger Entlassung auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung“ (5,5% vs. 5,1%). Ambulante Patienten beenden weiterhin deutlich häufiger mit „Entlassung ohne ärztliches/ therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klienten“ (20,6% vs. 12,4%). Planmäßige Wechsel in andere Behandlungsformen waren am Ende der ambulanten Rehabilitation deutlich seltener als am Ende der stationären Rehabilitation (1,8% vs. 11,5%), da hier Patienten aus der stationären Rehabilitation häufiger in Adaptionsbehandlungen, poststationäre ambulante Rehabilitation oder in die ambulante Phase der Kombibehandlung wechseln. Bezüglich der übrigen Formen der Behandlungsbeendigung zeigten

sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Behandlungsstichproben. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die ambulante Stichprobe im Bereich der regulären Entlassungen ihre Anteile deutlich gesteigert hat.

3. Ausblick und Bewertung

Angesichts der immer größer werdenden Bedeutung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen stellen die Daten der ambulanten Basisdokumentation einen wichtigen Beitrag zur Überprüfung und Gewährleistung der Behandlungsqualität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker dar. Erfreulich ist die Zunahme der Stichprobengröße, wodurch die Aussagekraft der dargestellten Ergebnisse verbessert wird. Die geschilderten Ergebnisse bilden in Teilen die gute Prozessqualität der ambulanten Rehabilitationsbehandlung ab, wie z.B. der hohe Anteil an regulären Entlassungen.

Im Vergleich der ambulanten und stationären Basisdokumentationsdaten zeigen sich bei einigen Merkmalen deutliche Unterschiede, im Besonderen bei den Merkmalen der sozialen und beruflichen Integration: „Familienstand“, „Partnerschaft“ und „Erwerbstätigkeit“. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass bei der Indikationsstellung „stationär – ambulante

Rehabilitation“ die vorgegebenen Kriterien der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (Stähler, Thomas P. / Wimmer, Dirk 2001) weitgehend berücksichtigt werden.

Aufgrund dieser unterschiedlichen Eingangsvoraussetzungen sind direkte Vergleiche der Wirksamkeit der beiden Behandlungsformen problematisch. Hinsichtlich der weiterführenden Beurteilung der Ergebnisqualität können die vom FVS für die Zukunft vorgesehenen Katamneseerhebungen der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen einen wichtigen Beitrag leisten

4. Literatur

Fachverband Sucht e.V. (Hrgs.), in Vorbereitung. Basisdokumentation 2008 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, Bonn

Fachverband Sucht e.V. (Hrgs.) (2008). Basisdokumentation 2007 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, Band 15, Bonn

Stähler, Thomas P. / Wimmer, Dirk (2001). Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker, Frankfurt am Main/Berlin

Mitglieder der Arbeitsgruppe Ambulante Rehabilitation im FVS

Brenner, Roland, Dipl.-Psych., Therapieverbund Sucht, Altenkirchen
Funke, Dr. Wilma, Dipl.-Psych, Ltd. Psychologin, Kliniken Wied, Wied
Janner-Schraml, Annette, Dipl.-Psych., Psychotherapeutische Praxis –
Suchtambulanz Weiden, 92637 Weiden

Klein, Dr. Thomas, Klinikleitung, Klinik Eschenburg, Eschenburg
Kramer, Dr. Dietmar, Ltd. Arzt, salus klinik Friedrichsdorf, Friedrichsdorf
Lange, Nikolaus, Dipl.-Psych, Ltd. Psychologe, Fachklinik Eußerthal, Eußerthal
Löhnert, Barbara, Leitung, Klientenzentrierte Problemlberatung, Dachau
und München

Missel, Peter, Dipl.-Psych, Ltd. Psychologe, AHG Kliniken Daun – Am Rosenberg,
Daun

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

Schneider, Peter, Dipl.-Psych, Psychotherapeutische Praxis –
Suchtambulanz Weiden, 92637 Weiden

Steffen, Rainer, Ltd. Arzt, IANUA, Saarlouis

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

Liste der beteiligten Einrichtungen

(nach Postleitzahl geordnet)

Fachklinik Alte Ölmühle Ambulanz, 39114 Magdeburg

Ge.on Team GmbH, 28195 Bremen

Fachambulanz der Klinik Eschenburg, 35713 Eschenburg

Fachambulanz Sucht der AHG Kliniken Daun, 54550 Daun/Eifel

Caritas Verband Westeifel e.V., 54550 Daun/Eifel

AHG Gesundheitsdienste, 56068 Koblenz

Therapieverbund Sucht, 57610 Altenkirchen

Fachambulanz der salus klinik Friedrichsdorf, 61381 Friedrichsdorf

IANUA, 66740 Saarlouis

Klientenzentrierte Problemlberatung München, 81379 München

Klientenzentrierte Problemlberatung Dachau, 85221 Dachau

Psychotherapeutische Praxis – Suchtambulanz Weiden, 92637 Weiden

Inhaltsverzeichnis

*Schneider, B., Knuth, S.,
Qualitätszirkel Ganztägig ambulante Rehabilitation
im Fachverband Sucht e.V.*

Teilband V

**Basisdokumentation 2008 –
Einrichtungen der Ganztägig ambulanten Rehabilitation
Abhängigkeitskranker**

1. Einleitung.....	52
2. Basisdokumentation 2008 des FVS – Einrichtungen der Ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker	52
2.1 Datenerhebung und Stichprobenzusammensetzung.....	52
2.2 Diagnosen	52
2.3 Soziodemographische Merkmale	53
2.4 Behandlungsverlauf und -ende	55
3. Diskussion und Ergebnisbewertung	57
4. Ausblick	58
5. Literatur	58
Autorenverzeichnis / Mitglieder des Ausschusses Qualitätszirkel Ganztägig ambulante Rehabilitation Sucht im Fachverband Sucht e.V.	58
Liste der an der Datenerhebung beteiligten Einrichtungen	58

Teilband V:

Basisdokumentation 2008 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen

1. Einleitung

Mit der hier vorliegenden Basisdokumentation Sucht für ganztägig ambulante Rehabilitationen legt der Fachverband Sucht für dieses Behandlungssetting erstmalig eine einrichtungsübergreifende Dokumentation vor. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, die ganztägig ambulante Rehabilitation als eigenständiges Behandlungsmodul im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter weiter zu etablieren und die Qualitätsentwicklung ähnlich wie in anderen Behandlungssettings voranzutreiben. Mit den zusammengetragenen 313 Datensätzen kann bei der erstmaligen Darstellung nicht der Qualitätsanspruch und die Aussagekraft der seit Jahren etablierten Basisdokumentation der stationären Einrichtung mit über 17.000 Datensätzen erwartet werden. Dennoch werden die im Folgenden präsentierten Daten einen ersten Überblick über die im Rahmen der ganztägig ambulanten Rehabilitation behandelten Rehabilitanden geben und auch den Behandlungsverlauf sowie dessen Ergebnisse beschreiben.

2. Basisdokumentation 2008 des FVS – Einrichtungen der Ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

2.1 Datenerhebung und Stichprobenszusammensetzung

Die 313 hier dargestellten Datensätze stammen aus 5 Einrichtungen (vgl. Pkt. 6). 84,3% der Daten wurden mit der Basisdokumentation Sucht der AHG (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2007) erhoben und die restlichen 15,7% mit einem der Basisdokumentation Sucht angelehnten System. Zusammengeführt wurden die klinikübergrei-

Tabelle 1: Abhängigkeitsdiagnosen (Hauptdiagnosen)

Hauptdiagnose		Häufigkeit	Prozent
Störungen durch Alkohol	F10	305	97,8
Störungen durch Opioide	F11	2	0,6
Störungen durch Sedativa / Hypnotika	F13	1	0,3
Pathologisches Spielen	F63	3	1
Störungen durch Nikotin	F17	1	0,3
Zusammen		312	100
keine Daten		1	0,3

fenden Daten im Auftrag des Fachverbandes Sucht durch Redline DATA, Ahrensböck. Die erhobenen Daten entsprechen dem Deutschen Kerndatensatz (Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren, 2007) und sind um die dokumentationspezifischen Angaben der einzelnen Einrichtungen oder Systeme ergänzt. Bei den 313 erhobenen Datensätzen handelt es sich um alle im Jahr 2008 aus den teilnehmenden Einrichtungen entlassenen Patienten.

2.2 Diagnosen

Die Darstellung der Diagnosen der Basisdokumentation Sucht 2008 umfasst einmal die Hauptdiagnosen im Bereich der Abhängigkeitserkrankung, die weiteren psychischen Diagnosen sowie neurologische und somatische Erkrankungen.

Bei den Hauptdiagnosen stellt die Gruppe der Alkoholabhängigen mit 97,8% er-

wartungsgemäß den größten Anteil. Medikamentenabhängige – hier in geringer Anzahl als Sedativa-, Hypnotika- oder Opioidabhängige – sind nur in geringfügigem Ausmaße mit 0,9% vertreten und dies, obwohl Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit als Hauptindikation für die ganztägig ambulante Rehabilitation gleichwertig genannt werden. Darüber hinaus gehen die gängigen Prävalenzschätzungen bezogen auf die Gesamtbevölkerung von einer mindestens genau so hohen Anzahl von Medikamentenabhängigen wie Alkoholabhängigen aus. Die vorliegenden Zahlen belegen allerdings, dass es auch in der ganztägig ambulanten Rehabilitation, ähnlich wie in der ambulanten und stationären Behandlungsform, nicht gelungen ist, die Medikamentenabhängigen in einem gewünschten Ausmaße zu erreichen. Dass in einigen wenigen Fällen Spielen und auch Nikotinabhängigkeit als Hauptdiagnosen

Tabelle 2: Weitere psychische Diagnosen (Mehrfachnennung möglich)

		Häufigkeit	Prozent
Störungen durch psychotrope Substanzen	F1	100	31,9
Affektive Störungen	F3	47	15,0
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	14	4,5
Persönlichkeits- & Verhaltensstörungen	F6	32	10,2
Intelligenzstörung	F7	1	0,3
Entwicklungsstörungen	F8	2	0,6
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	3	1

genannt werden, deutet darauf hin, dass trotz anders lautender Eingangsdiagnosen diese Abhängigkeitsformen im Behandlungsverlauf als bedeutsam wahrgenommen wurden. In allen 4 genannten Fällen folgte jedoch die Alkoholabhängigkeit als Zweitdiagnose.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die häufigsten Komorbiditäten der Stichprobe im Bereich weiterer psychischer Störungen. Dabei fällt auf, dass die substanzbezogenen Störungen mit 100 Nennungen am stärksten vertreten sind. An erster Stelle zu nennen ist hier sicherlich die Nikotinabhängigkeit. Die vorliegenden Daten deuten sogar darauf hin, dass diese, die erwartungsgemäß bei über 80% liegt, in vielen Fällen nicht diagnostiziert wurde.

47mal werden affektive Störungen als weitere psychische Störungen außerhalb der Abhängigkeit benannt. 32mal sind Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und 14mal neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen angegeben. Da die Diagnosestellung einer psychischen Störung häufig stark von einrichtungsspezifischen Diagnosegewohnheiten abhängig ist, ist eine Aussage hinsichtlich der Qualität und Ausprägung dieser Störungen nicht einfach zu treffen. Die komorbiden psychischen Störungen sollten zukünftig sowohl im Bereich der Diagnostik als auch in der Auswahl der Behandlungsmaßnahmen stärker beachtet werden.

Gleiches gilt auch für neurologische Erkrankungen (vgl. Tabelle 3). Hier werden die Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems 25mal und die episodische sowie paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (z.B. Epilepsie, Migräne, Schlafstörungen) 15mal benannt. Im Falle der Polyneuropathie dürfte es sich um eine direkt von der Abhängigkeitserkrankung verursachte Störung handeln; andere Störungen wie die Epilepsie oder Migräne können sowohl abhängig wie auch unabhängig von der Abhängigkeitserkrankung auftreten, könnten diese aber durch ihre körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen auch mit verursacht haben. In jedem Falle unterstreichen diese Diagnosen den generellen Anspruch der medizinischen Rehabilitation als ganzheitliche Behandlungsform.

Dies gilt auch für die Krankheitsbilder aus Tabelle 4. Unter den somatischen Erkrankungen dominieren mit 154 Nennungen Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen. Am häufigsten genannt

Tabelle 3: Neurologische Erkrankungen (Mehrfachnennungen möglich)

	Häufigkeit	Prozent	
Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	G1	4	1,3
Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	G2	1	0,3
Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	G3	1	0,3
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	G4	15	4,8
Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	G5	5	1,6
Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	G6	25	8,0

Tabelle 4: Somatische Erkrankungen (Mehrfachnennungen möglich)

	Häufigkeit	Prozent	
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	E	154	49,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	I	62	19,8
Krankheiten des Atmungssystems	J	48	15,3
Krankheiten des Verdauungstraktes	K	102	32,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M	59	18,8

werden hier Fettstoffwechselstörungen wie die Hypercholesterinämie, aber auch Adipositas und Diabetes mellitus. Bei den Erkrankungen des Verdauungstraktes mit 102 Nennungen dominieren bedingt durch die Grunderkrankung Leberschädigungen. Bei den Herz-Kreislaufkrankungen mit 62 Nennungen fällt die Hypertonie besonders ins Gewicht. Zu erwähnen sind außerdem die 59 Nennungen im Bereich der Muskelskeletterkrankungen (insbesondere Rückenerkrankungen) und die 48 Nennungen aus dem Bereich der Erkrankungen der Atmungssysteme. Letztere dürften insbesondere auch durch die Nikotinabhängigkeit bedingt sein.

Darstellt werden nur die Kapitel mit mehr als 20 Nennungen.

Zusammenfassend beschreiben die genannten Diagnosen eine Rehabilitandenstichprobe mit vorwiegend Alkoholabhängigen, die unter weiteren psychischen Erkrankungen leiden, aber auch ernst zu nehmende Störungen im Bereich neurologischer und somatischer Krankheitsbilder aufweisen.

2.3 Soziodemographische Merkmale

Die Angaben zu den soziodemographischen Daten beschreiben die Alters- und Geschlechtsverteilung, den Familien-

Tabelle 5: Altersverteilung

Alter	Häufigkeit	Prozent
Bis 20 Jahre	2	0,6
21 – 30 Jahre	26	8,3
31 – 40 Jahre	60	19,2
41 – 50 Jahre	153	48,9
51 – 60 Jahre	63	20,1
61 Jahre und älter	9	2,9
Zusammen	313	100
Mittelwert ± Standardabweichung	43,4 Jahre 10,5 Jahre	

Tabelle 6: Geschlechtsverteilung

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent
männlich	216	69,0
weiblich	97	31,0
Zusammen	313	100

Tabelle 7: Familienstand und Partnerbeziehung der Patienten bei Aufnahme

Familienstand	Häufigkeit	Prozent
Ledig	120	38,5
Verheiratet, zusammenlebend	97	31,1
Verheiratet, getrennt lebend	17	5,4
Geschieden	65	20,8
Verwitwet	13	4,2
Zusammen	312	100
keine Daten	1	0,3
Partnerbeziehung		
Partnerbeziehung	Häufigkeit	Prozent
Allein stehend	92	34,3
Zeitweilige Beziehungen	5	1,9
Feste Beziehung	171	63,8
Zusammen	268	100
keine Daten	45	

stand, einen möglichen Migrationshintergrund, den Schulabschluss und die Erwerbssituation bei Aufnahme.

Bei der Altersverteilung (Tabelle 5) fällt auf, dass 48,9% der Rehabilitanden zwischen 40 und 50 Jahre alt sind. Dies entspricht der üblichen Altersverteilung, wie sie aus den Stichproben der stationären oder auch der ambulanten Rehabilitation zu erwarten sind. Lediglich das Durchschnittsalter liegt mit 43,4 Jahren etwas unter dem Durchschnittsalter der oben genannten Vergleichsstichproben mit 45 bzw. 46 Jahren (vgl. Beiträge in diesem Heft).

Bei der Geschlechtsverteilung finden sich in Tabelle 6 ebenfalls die im Bereich der Alkoholabhängigkeit zu erwartende Geschlechtsverteilung mit 69% Männer und 31% Frauen.

Beim Familienstand (vgl. Tabelle 7) fallen vor allem die 38,5% Ledigen auf, die die größte Gruppe in dieser Tabelle bilden. Dies korrespondiert mit den Stichproben der stationären Rehabilitanden, die im Bereich der Basisdokumentation Sucht 2008 34,8% betragen (vgl. Beitrag in diesem Heft). Im Bereich der ambulanten Rehabilitation liegt die Anzahl der Ledigen mit 25,6% deutlich niedriger. Hier dominieren die Verheirateten mit 46,3% (vgl. ebenfalls

Beitrag in diesem Heft). Unabhängig von den Angaben zum Familienstand geben 63,8% der Rehabilitanden an, in einer festen Beziehung zu leben. In der Gruppe der stationären Patienten liegt dieser Wert bei 47,8% und in der ambulanten Stichprobe bei 64,6%. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Indikation zur tagesrehabilitativen Behandlungsform mit dem Grad der partnerschaftlichen Einbindung korrespondiert.

Die Anzahl der Kinder unter 18 Jahren liegt mit knapp 18% recht niedrig. Das mag damit zusammenhängen, dass die

Tabelle 9: Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	Häufigkeit	Prozent
Deutschland	301	96,2
Schweiz	1	0,3
EAK	1	0,3
HR	2	0,6
I	2	0,6
IRL	1	0,3
MOC	1	0,3
PL	1	0,3
RO	1	0,3
TUR	2	0,6
Gesamt	313	100,0

Tabelle 8: Anzahl der Kinder unter 18 Jahren

	Häufigkeit	Prozent
0	258	82,4
1	30	9,6
2	20	6,4
3	5	1,6
Gesamt	313	100

Kinder vieler Rehabilitanden älter als 18 Jahre sind (vgl. Durchschnittsalter) und/oder nicht im Haushalt der Rehabilitanden leben. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass in der therapeutischen Arbeit auch die älteren Kinder von Bedeutung sind, genauso wie die Kinder, die nicht im Haushalt leben.

Die Frage nach dem Migrationshintergrund spielt gesellschaftlich aber auch in der Behandlungskonzeption der Abhängigkeitserkrankungen eine zunehmend wichtigere Rolle. Tabelle 9 zeigt, dass 96,2% der Rehabilitanden Deutsche sind. Allerdings ergibt eine weitere Analyse, dass 76 der Rehabilitanden mit deutscher Staatsangehörigkeit über einen Migrationshintergrund verfügen und zumindest 3 weitere Rehabilitanden Kinder aus Migrationsfamilien sind. Damit ist das Thema Migration auch im Bereich der Tagesrehabilitation von Bedeutung.

Aus den Daten zum Schulabschluss (vgl. Tabelle 10) lässt sich ein mittleres Bildungsniveau ableiten, das verglichen werden kann mit den Stichproben aus dem stationären und ambulanten Bereich. Auffallend in Tabelle 10 ist die hohe Zahl der nicht vorhandenen Daten.

Tabelle 11 beschreibt die Erwerbssituation der Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation. Daraus wird ersichtlich, dass

46% der Rehabilitanden erwerbstätig sind, aber auch 8,6% ALG I und 33,5% ALG II erhalten. Damit sind zum Zeitpunkt der Rehabilitation über 40% der Rehabilitanden arbeitslos, zum großen Teil langfristig. Diese Zahlen sind ebenfalls mit der Erwerbssituation im Bereich der stationären Behandlung vergleichbar. Inhaltlich bedeutet dies, dass die Maßnahmen zur beruflichen Integration einen besonderen Schwerpunkt der Rehabilitation darstellen und hier die regionale Einbindung der Tagesrehabilitation zu den arbeitsintegrierten Maßnahmen aber auch zu den regionalen Arbeitgebern von besonderer Bedeutung ist.

2.4 Behandlungsverlauf und -ende

Aus Tabelle 12 (Anzahl der Vorbehandlungen) wird deutlich, wie viele der Rehabilitanden bereits vor der Tagesrehabilitation sich in Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen befanden. So haben 79,9% der Rehabilitanden eine Entgiftung durchgeführt, 32,7% haben an einer oder sogar mehreren Entwöhnungsbehandlungen teilgenommen. Bei 7,7% der Rehabilitanden ist der aktuellen Behandlung eine ambulante Entwöhnungsbehandlung vorausgegangen. Somit handelt es sich bei den Rehabilitanden der Tagesrehabilitation um eine teilweise vorbehandelte Patientengruppe, die über entsprechende Vorerfahrungen in der Behandlung verfügen aber auch die erlebten Misserfolge mit in die tagesklinische Behandlung einbringen.

Die meisten Behandlungen gehen bis 84 Tage (vgl. Tabelle 13). Tagesrehabilitative Behandlungen werden aber auch bis zu 146 Tage durchgeführt. Die mittlere Behandlungsdauer liegt bei 114,6 Tagen.

Eine Besonderheit der Tagesrehabilitation ergibt sich aus der Auflistung der Suchtmittelrückfälligkeit während der Behandlung (vgl. Tabelle 14). Hier zeigt sich, dass knapp 70% der Rehabilitanden während der Behandlung rückfällig werden. Trotz der zu berücksichtigenden fehlenden Daten von 45 Angaben (14,4%) bedarf diese Häufung der Rückfälligkeit einer Erläuterung. So kann die Häufung der Rückfälligkeit während der Behandlung wahrscheinlich unterschiedlichen Faktoren zugeschrieben werden. Ein offensichtlicher Faktor ist die hohe Verfügbarkeit der Suchtmittel und die unmittelbare Alltagsnähe des Behandlungssettings. Hierdurch dürfte die Rückfallgefahr sehr hoch sein. Die hohe Verfügbarkeit der Suchtmittel

Tabelle 10: Schulabschluss

Schulabschluss	Häufigkeit	Prozent
Derzeit in Schulausbildung	1	0,4
Ohne Schulabschluss	8	2,9
Sonderschulabschluss	7	2,5
Haupt-/Volksschulabschluss	99	35,7
Realschulabschluss/Polytechn. Oberschule	120	43,3
(Fach-) Abitur	40	14,4
Anderer Schulabschluss	2	0,7
Zusammen	277	100,0
keine Daten	36	11,5

Tabelle 11: Erwerbssituation bei Aufnahme

Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Häufigkeit	Prozent
Arbeiter/ Angestellte(r)/ Beamte(r)	137	43,8
Selbständige(r) / Freiberufler(in)	6	1,9
Sonstiges Erwerbspersonen	1	0,3
In beruflicher Rehabilitation	2	0,6
Arbeitslose(r) nach SGB III (ALG 1)	27	8,6
Arbeitslose(r) nach SGB II (ALG 2)	105	33,5
Schüler(in), Student(in)	2	0,6
Hausfrau, Hausmann	10	3,2
Rentner(in)	14	4,5
Sonstige Nichterwerbsperson	9	2,9
Zusammen	313	100

Tabelle 12: Anzahl der Vorbehandlungen

Anzahl der bisher durchgeführten Entzugsbehandlungen	Häufigkeit	Prozent
Keine	88	28,1
Eine	96	30,7
Zwei	48	15,3
Drei	19	6,1
Vier und mehr	62	19,8
Zusammen	313	100

Anzahl der bisher durchgeführten ambulanten Entwöhnungen	Häufigkeit	Prozent
Keine	289	92,3
Eine	24	7,7
Zusammen	313	100

Anzahl der bisher durchgeführten stationären Entwöhnungen	Häufigkeit	Prozent
Keine	211	67,4
Eine	75	24,0
Zwei oder mehr	27	8,7
Zusammen	313	100

Tabelle 13: Dauer der Rehabilitationsbehandlung

Behandlungsdauer gruppiert	Häufigkeit	Prozent
Bis 6 Tage	16	5,1
Bis 12 Tage	9	2,9
Bis 18 Tage	8	2,6
Bis 24 Tage	10	3,2
Bis 30 Tage	14	4,5
Bis 36 Tage	13	4,2
Bis 42 Tage	14	4,5
Bis 48 Tage	8	2,6
Bis 54 Tage	10	3,2
Bis 60 Tage	10	3,2
Bis 66 Tage	7	2,2
Bis 72 Tage	15	4,8
Bis 78 Tage	8	2,6
Bis 84 Tage	98	31,3
Bis 90 Tage	8	2,6
Bis 146 Tage	65	20,8
Zusammen	313	100
Behandlungsdauer in Tagen für alle Patienten (MW)		
	114,6	

Tabelle 14: Suchtmittelkonsum während der Behandlung

Suchtmittelkonsum während der Behandlung	Häufigkeit	Prozent
Kein Suchtmittelkonsum	80	29,9
Einmaliger Suchtmittelkonsum	182	68,0
Zwei- oder mehrmaliger Suchtmittelkonsum	5	1,9
Unbekannt	1	0,4
Zusammen	268	100
keine Daten	45	14,4

Tabelle 15: Entlassungsform

Art der Behandlungsbeendigung	Häufigkeit	Prozent
Regulär nach Beratung/ Behandlungsplan	245	78,3
Vorzeitig auf ärztliche/ therapeutische Veranlassung	7	2,2
Vorzeitig mit ärztlichem/ therapeutischen Einverständnis	6	1,9
Vorzeitig ohne ärztliches/ therapeutisches Einverständnis/ Abbruch durch Klienten	36	11,5
Disziplinarisch	13	4,2
Außerplanmäßige Verlegung/ außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	1	0,3
Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	5	1,6
Zusammen	313	100

und Alltagsnähe trifft aber auch auf die Ambulante Rehabilitation Sucht zu, hier vielleicht in noch stärkerem Maße, da die Behandlungsdichte deutlich geringer ist.

Dennoch findet sich hier nur eine Rückfallhäufigkeit von 28% (vgl. Beitrag in diesem Heft). Eine besondere Bedingung der tagesrehabilitativen Behandlung ergibt sich jedoch aus der Häufigkeit der durchgeführten Alkoholkontrollen. Diese werden in den beteiligten Einrichtungen täglich (Atemluft für alle und sporadisch über Urintest bei Auffälligkeiten und nach dem Zufallsprinzip) durchgeführt. Da die Alkoholkontrollen an mindestens 6 Tagen der Woche stattfinden, werden möglich Rückfälle mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgedeckt. Aus den Daten wird auch deutlich, dass ein wiederholter Rückfall selten passiert. Ob es auch gelingt, die Rückfälle konstruktiv im Sinne einer langfristigen Rückfallprävention aufzuarbeiten, werden die noch ausstehenden katamnestic Ergebnisse zeigen. Die bisher vorliegenden katamnestic Ergebnisse aus tagesrehabilitativen Einrichtungen weisen vergleichbare katamnestic Erfolgsquoten zum stationären Setting auf (vgl. Tebar, 2007). Für die Behandlungskonzeption im tagesrehabilitativen Setting bedeutet die hohe Zahl der Rückfälle auch, dass diese Problematik konzeptionell umfassend aufgegriffen werden muss und hier eine sicherlich sehr viel zentralere Rolle als in der stationären Behandlung einnimmt.

Tabelle 15 weist die Entlassungsform aus. Über 80% der Rehabilitanden werden demnach regulär/nach Behandlungsplan bzw. mit ärztlichem Einverständnis entlassen. 15,7% beenden die Rehabilitation allerdings vorzeitig (Abbruch) bzw. werden disziplinarisch entlassen. Dieser relativ hohe Wert dürfte auch mit der oben beschriebenen Suchtmittelrückfälligkeit in Zusammenhang stehen.

Als bedeutendes Erfolgsmaß der Rehabilitation wird die allgemeine Leistungsfähigkeit bei Behandlungsende betrachtet (vgl. Tabelle 16). Diese ist bei 70,9% der Rehabilitanden mit über 6 Stunden gegeben. Mit einer Leistungsfähigkeit von 3-6 Stunden werden 2,9% und einer Leistungsfähigkeit unter 3 Stunden 3,2% der Rehabilitanden entlassen. Damit ist sichergestellt, dass am Ende der Rehabilitation die überwiegende Zahl der Rehabilitanden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt uneingeschränkt einsetzbar ist.

Dem gegenüber zeigen die Zahlen zur beruflichen Integration am Ende der Be-

handlung leicht schlechtere Zahlen als zu Beginn der Maßnahme (vgl. Tabelle 17 bzw. Tabelle 11). Diese Verschlechterung lässt sich folgendermaßen erklären:

Einem Teil der Rehabilitanden ist unabhängig von der Rehabilitation schon im Vorfeld der Maßnahme gekündigt worden. Diese Kündigung ist mit der üblichen zeitlichen Verzögerung während der Rehabilitation wirksam geworden. Die Arbeitsverhältnisse oder arbeitsintegrierten Maßnahmen, die während der Rehabilitation initiiert und erreicht wurden, beginnen nicht am Tag der Entlassung, sondern mit einer gewissen Zeitverzögerung einige Tage oder Wochen nach der Rehabilitation. Diese werden durch die Angaben am Ende der Rehabilitation noch nicht erfasst.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die teilweise behandlungserfahrenen Rehabilitanden im Bereich der Tagesrehabilitation zu über 70% arbeitsfähig entlassen werden, die berufliche Integration insgesamt durch die auch am Ende der Rehabilitation bestehende Arbeitslosigkeit als noch nicht befriedigend angesehen werden kann. Eine Besonderheit der tagesklinischen Rehabilitation besteht in der hohen Anzahl der Suchtmittelrückfälle während der Behandlung. Dieser Beobachtung muss auf konzeptioneller Ebene im besonderen Maße begegnet werden. Insbesondere ist bei zukünftigen Nachbefragungen auch zu beobachten, wie sich die Rückfälligkeit während der Behandlung auf die katamnestischen Erfolgsquoten auswirkt.

3. Diskussion und Ergebnisbewertung

Die vorgelegten deskriptiven Daten sind ein erster Einblick in die differenzierte Beschreibung der Rehabilitanden, des Rehabilitationsverlaufes und seiner Ergebnisse im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung. Da dies die erste Zusammenführung einrichtungsübergreifender Daten ist, ist an der Datenqualität, wie einige fehlende Daten zeigen, zu arbeiten. Erfahrungsgemäß lässt sich die Datenqualität steigern, wenn die Mitarbeiter regelmäßig Rückmeldungen zu den von ihnen ausgefüllten Dokumentationen erhalten und deren Bedeutung für die therapeutische Arbeit diskutieren. Die Diskussion der Daten führt in der Regel auch zu einer Verbesserung der Vollständigkeit der Datenerhebung und zu einer Vereinheitlichung der Kodierung im Sinne der Vorgaben. Da es sich aber bei den ta-

Tabelle 16: Leistungsfähigkeit allgemein bei Betreuungsende

	Häufigkeit	Prozent
keine Angabe	49	15,7
6 Stunden und mehr	222	70,9
3 bis unter 6 Stunden	9	2,9
unter 3 Stunden	10	3,2
keine Angabe erforderlich	23	7,3
Gesamt	313	100,0

Tabelle 17: Berufliche Integration bei Entlassung

Erwerbstätigkeit bei Entlassung	Häufigkeit	Prozent
Arbeiter/Angestellter/Beamter	135	43,3
Selbständiger/Freiberufler	6	1,9
Sonstige Erwerbspersonen	1	,3
In beruflicher Rehabilitation	2	,6
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	31	9,9
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	106	34,0
Schüler/Student	2	,6
Hausfrau/Hausmann	10	3,2
Rentner/Pensionär	14	4,5
Sonstige Nichterwerbspersonen	5	1,6
Zusammen	312	100
keine Daten	1	0,3

gesrehabilitativen Einrichtungen um relativ kleine Einrichtungen (10 bis 20 Plätze) handelt, ist der administrative Aufwand bei der Datenverarbeitung und Auswertung im Vergleich zu größeren Behandlungseinheiten relativ hoch. Dennoch ist zu wünschen und auch zu erwarten, dass sich in den nächsten Erhebungen weitere Einrichtungen aus dem Qualitätszirkel des Fachverbandes Sucht der Datenerhebung anschließen werden.

Unbenommen dieser Einschränkungen ist es mit den bereits vorliegenden Daten gelungen, die Stichprobe der tagesklinischen Rehabilitanden in Bezug auf wesentliche Merkmale zu beschreiben und Rückschlüsse auf den Rehabilitationsverlauf und dessen Ergebnisse herzustellen. Die aufgeführten Diagnosen sowie die Angaben zu den Vorerkrankungen deuten darauf hin, dass es sich bei den tagesklinischen Rehabilitanden um Menschen mit chronifizierten Krankheitsverläufen handelt. Das Krankheitsgeschehen hat auch im sozialen und beruflichen Bereich schon zu erheblichen Beeinträchtigungen geführt. Der sporadisch vorgenommene Vergleich zu den Stichproben der Rehabilitanden aus dem stationären und ambulanten Bereich deutet an, dass die Mehrzahl der tagesklinisch behandelten

Rehabilitanden eher mit den stationären Rehabilitanden vergleichbar ist. Hier gilt es sicherlich, die Vergleiche zu systematisieren und zu überprüfen, inwieweit die Rehabilitandenstruktur den von den Rentenversicherungsträgern geforderten Indikationskriterien entspricht.

In den bisher vorgelegten Daten konnte die für das tagesrehabilitative Setting in Anspruch genommene Alltagsnähe der Behandlung noch nicht ausreichend herausgearbeitet werden. Diese wäre z.B. mit einer Analyse der erbrachten therapeutischen Leistungen im Rahmen des Kataloges der therapeutischen Leistungen (KTL) möglich. Darüber hinaus ist zu überlegen, ob für die Tagesrehabilitation über die Standardbasisdokumentation hinaus einzelne Items ergänzt werden, die die Spezifität dieser Behandlungsform unterstreichen (vgl. auch Beitrag zur Adaptionsbehandlung in diesem Heft). Aus der gehäuften Rückfälligkeit während der Behandlung lassen sich bereits jetzt konzeptionelle Forderungen zur Rückfallprävention ableiten. Diese müssen über die rückfallpräventiven Maßnahmen im Bereich der stationären Rehabilitation hinausgehen und/oder im tagesrehabilitativen Setting eine zentrale Rolle spielen.

4. Ausblick

Die erstmalige Zusammenführung einrichtungsübergreifender Daten im Rahmen des Qualitätszirkels des Fachverbands Sucht zur tagesklinischen Behandlung darf als Meilenstein in der Qualitätssicherung dieser Behandlungsform gewertet werden. Zukünftig ist zu erwarten, dass sich die Datenqualität systematisch verbessern wird und weitere Datensätze aus den Mitgliedseinrichtungen, wie in der Qualitätssicherung des Fachverbands Sucht vorgesehen, ergänzt werden. Parallel dazu ist mit der Sichtung und Bewertung der Daten der Anspruch verbunden, konzeptionelle Weiterentwicklungen im tagesklinischen Setting voranzutreiben. Vordringlich dürfte dies die Felder der Indikation zur Tagesrehabilitation und die

Alltagsnähe des tagesklinischen Settings betreffen. Weiter profitieren wird die Qualitätsdiskussion, wenn die bisherigen Daten systematisch mit den Daten aus dem stationären und ambulanten Setting verglichen werden. Schließlich wird es auch notwendig sein, die Basisdokumentationsdaten, wie geplant, mit weiteren Verlaufsdaten im Rahmen einer kamnestischen Datenerhebung zu ergänzen. Die entsprechenden Daten werden derzeit erhoben.

5. Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2007). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Definition und Erläuterung zum Gebrauch. Vorläufige Endfassung, Stand: 14.12.2007. www.dhs.de

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2005) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchgesehene und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

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

Redline-Data (Hrsg.) (2003). PATFAK, Ahrens-bök

Tebar, Martina (2007). Ganztägig ambulante Rehabilitation von Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Indikation und Wirksamkeit. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Autorenverzeichnis

Dr. Bernd Schneider, Sabine Knuth, AHG Gesundheitsdienste, 56068 Koblenz

Weitere Mitglieder des Qualitätszirkels „Ganztägig ambulante Rehabilitation Sucht“ des Fachverband Sucht

Petra Antoniewski, Poliklinik Schelfstadt, 19055 Schwerin

Marie-Luise Deichler, AHG Tagesklinik Stuttgart, 70197 Stuttgart

Ines Frege, Tannenhof Berlin-Brandenburg e. V. Die Tagesklinik, 10713 Berlin

Dr. Lukas Forscher, Thomas Laaß, Jan-H. Obendiek, medinet AG Alte Ölmühle, 39114 Magdeburg

Bertram Klitscher, Tagesrehabilitation Premnitz, 14727 Premnitz

Anne Kruttschnitt, Petra Rilck, AHG Tagesklinik Nürnberg, 90402 Nürnberg

Dr. Volker Weissinger, Fachverband Sucht, 53175 Bonn

Liste der an der Datenerhebung beteiligten Einrichtungen

AHG Gesundheitsdienste, 56068 Koblenz

AHG Tagesklinik Nürnberg, 90402 Nürnberg

AHG Tagesklinik Stuttgart, 70197 Stuttgart

Ganztägig ambulante Rehabilitation der medinet AG Alte Ölmühle, 39114 Magdeburg

Poliklinik Schelfstadt, 19055 Schwerin

Hilfe für Suchtkranke



Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) hat die aktualisierte Broschüre „Hilfe für Suchtkranke“ (13. Auflage) 2008 heraus gegeben. Darin wird ein detaillierter Überblick über die Angebote und Hilfen für suchtkranke Menschen von Seiten der Mitgliedseinrichtungen des FVS gegeben (Beschreibung der jeweiligen Behandlungseinrichtung, des Behandlungsansatzes, der zuständigen Kostenträger etc.).

Die Broschüre kann schriftlich von Multiplikatoren (Beratungs- und Behandlungsstellen, Servicestellen für Rehabilitation, Arztpraxen, Krankenhäusern etc.) kostenlos gegen Portoerstattung angefordert werden beim:

Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3, 53175 Bonn
Fax: 0228/215885
oder per E-mail: service@sucht.de

Des weiteren finden Sie die Übersicht über die Angebote auch im Internet unter:
<http://www.sucht.de/Einrichtungen/Behandlungen>

sucht@sucht.de
www.sucht.de

