

# Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Nikolaus Lange, Katrin Neeb, Peter Missel, Stefanie Bick, Rudolf Bachmeier, Roland Brenner, Hermann Deller, Silvia Fölsing, Wilma Funke, Thomas Klein, Dietmar Kramer, Bärbel Löhnert, Jan-H. Obendiek, Bernd Schneider, David Steffen, Anja Wehler, Volker Weissinger

Neben der stationären muss sich auch die ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker dem Thema „Qualitätssicherung“ stellen. In der medizinischen Rehabilitation wurde zuerst von der Rentenversicherung ein umfangreiches Qualitätssicherungsprogramm entwickelt, das sich als ein Mittel zur Sicherstellung der Qualität der Behandlung und des Rehabilitationserfolges unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen versteht. Die Leistungserbringer im stationären Bereich sind verpflichtet, sich an den dort vorgeschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung für den ambulanten Rehabilitationbereich Abhängigkeitskranker befindet sich weiterhin und seit Jahren in der Entwicklungsphase. Auch für ambulante Rehabilitationseinrichtungen besteht die gesetzliche Forderung, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vorzuhalten, die Verpflichtung zur Zertifizierung gilt allerdings bislang nur für stationäre Rehabilitationseinrichtungen.

Seit seinem Bestehen gehört die Qualitätssicherung bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote für Abhängigkeitskranke zu den vorrangigen Aufgaben des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) und seiner Mitgliedseinrichtungen. Besonderen Wert legt der FVS hierbei auch auf die Ergebnisqualität. Nachdem der Fachverband Sucht e.V. bereits seit 1996 klinikübergreifende Katamnesen für den Bereich der stationären Suchtrehabilitation publiziert, wurden für den Entlassjahrgang 2007 erstmals auch die katamnestiche Ergebnisse aus ambulanten Mitgliedseinrichtungen im Rahmen einer Routine-1-Jahres-Katamnese vorgelegt. Mit der Auswertung des Entlassjahrgangs 2012 auf der Grundlage der Basisdokumentation 2012-Ambulante Rehabilitationseinrichtungen (Lange et al, 2013) wird nun die sechste Auswertung in Folge publiziert. Ein einrichtungsübergreifender Gesamtbericht zur Rehabilitandenbefragung für den Zeitraum August 2009-Juli 2011 wurde im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung (2013) vorgestellt. In seinem Selbstverständnis unter-

streicht der FVS damit, dass routinemäßige qualitätssichernde Maßnahmen auch im Bereich der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker notwendig sind.

Mit der Verabschiedung des neuen deutschen Kerndatensatzes (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2008), der in der zweiten Jahreshälfte 2006 vom Vorstand der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, den Spitzenverbänden der Suchtkrankenhilfe in Deutschland und den Bundesländern verabschiedet wurde, wurde ein weiterer Schritt zu einer umfassenden Suchthilfestatistik auf den Weg gebracht. Den Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht wurde empfohlen, die überarbeitete Version der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2007) als Referenzsystem des Fachverbandes Sucht ab Entlassjahrgang 2007 und die „Katamnese Sucht 2011“ (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2011) als Referenzsystem im Bereich der Katamnese einzusetzen. Diese überarbeitete Version der Basisdokumentation Sucht enthält bereits den aktuellen deutschen Kerndatensatz. Dieser Kerndatensatz enthält auch den empfohlenen einheitlichen Katamnese-Datensatz, der es ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland ermöglicht, sich an Routinekatamnesen als 1-Jahres-Katamnesen zu beteiligen. Auch dieser Katamnese-Datensatz fordert die ausschließliche Orientierung an den Berechnungsformen 1 bis 4 der Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS). Diesem Regelwerk für die Durchführung und Darstellung von Katamnesen fühlt sich der Fachverband Sucht in seinen Publikationen seit 1996 verpflichtet. Es sollte auch die Beliebigkeit katamnesticher Aussagen beseitigen, da in jeder nationalen Veröffentlichung im Suchtbereich heute angegeben werden sollte, welche Katamnese-standards und welche Berechnungsform der DGSS in der Darstellung Anwendung findet.

Zielsetzungen katamnesticher Untersuchungen sind u. a.:

- statistischer Nachweis der Effektivität der Behandlung über die Kriterien dauerhafte Suchtmittelabstinenz, günstiger Verlauf der Integration ins Arbeitsleben, Lebenszufriedenheit im psychischen und sozialen Bereich und soziale Integration unter Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Klientels;
- differenzierte Analyse von Rückfallhäufigkeit und Rückfallgeschehen, um auch graduelle Verbesserungen zu erfassen und Behandlungs- und Prophylaxewissen zu optimieren.

Dieser Beitrag stellt die Ergebnisse von Katamnesen aus 10 ambulanten Einrichtungen zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen dar. Es handelt sich um die folgenden Einrichtungen: lanua Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH Saarlouis; salus klinik Fachambulanz Friedrichsdorf; AHG Gesundheitsdienste, Koblenz; Fachambulanz Sucht der AHG Kliniken Daun; Klientenzentrierte Problemlberatung München; Klientenzentrierte Problemlberatung Dachau; Fachambulanz der Fachklinik Alte Ölmühle; Fachambulanz der Klinik Eschenburg; Therapieverbund Sucht in den Landkreisen Altkirchen, Neuwied und Westerwald sowie Therapieverbund Südpfalz.

Die Rücklaufquoten lagen zwischen 47,6 Prozent und 74,1 Prozent je nach Einrichtung.

## Untersuchungsdesign

Die Katamnese des Fachverbandes Sucht umfasst die Daten einer Totalerhebung des Entlassjahrgangs 2012 (Lange et al, 2013) aus den beteiligten ambulanten Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen.

In allen beteiligten Einrichtungen wird nach rehabilitationswissenschaftlich fundierten Behandlungskonzepten gearbeitet. Die jeweilige Maßnahme wird rehabilitandenorientiert individuell geplant und durchgeführt.

Die Durchführung der 1-Jahres-Katamnese orientierte sich an den „Standards zur

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, kategoriale Auswertung

Merkmal	Kategorie	Nichtantworter				Gesamt	
		N = 162				N = 435	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Geschlecht</b>	Männlich	106	65,4 %	181	66,3 %	287	66,0 %
	Weiblich	56	34,6 %	92	33,7 %	148	34,0 %
<b>Altersgruppe</b>	Bis 40	62	38,3 %	65	23,8 %	127	29,2 %
	Über 40	100	61,7 %	208	76,2 %	308	70,8 %
<b>Familienstand bei Aufnahme</b>	Verheiratet	65	40,6 %	135	49,6 %	200	46,3 %
	Nicht Verheiratet	95	59,4 %	137	50,4 %	232	53,7 %
	Keine Angabe	2	1,2 %	1	0,4 %	3	0,7 %
<b>Partnerschaft bei Aufnahme</b>	Keine feste Beziehung	61	38,1 %	95	34,9 %	156	36,1 %
	Feste Beziehung	99	61,9 %	177	65,1 %	276	63,9 %
	Keine Angabe	2	1,2 %	1	0,4 %	3	0,7 %
<b>Höchster Schulabschluss</b>	Kein Abschluss	6	3,8 %	3	1,1 %	9	2,1 %
	Sonder-/Hauptschulabschluss	72	45,0 %	105	38,6 %	177	41,0 %
	Realschulabschluss und höher	81	50,6 %	163	59,9 %	244	56,5 %
	Sonstiger Abschluss	1	0,6 %	1	0,4 %	2	0,4 %
	Keine Angabe	2	1,2 %	1	0,4 %	3	0,7 %
<b>Erwerbsituation bei Aufnahme</b>	Erwerbstätig	98	61,6 %	177	64,8 %	275	63,7 %
	Erwerbslos	31	19,5 %	52	19,0 %	83	19,2 %
	Nicht erwerbstätig	30	18,9 %	44	16,1 %	74	17,1 %
	Keine Angabe	3	1,9 %	0	0,0	3	0,7 %
<b>Vermittlung</b>	Keine/Selbstmelder	21	13,2 %	34	13,2 %	55	13,2 %
	Ärztliche/ psychoth. Praxis	36	22,6 %	66	25,6 %	102	24,5 %
	Suchtberatungsstelle	33	20,8 %	46	17,8 %	79	18,9 %
	Krankenhaus	10	6,3 %	13	5,0 %	23	5,5 %
	Stationäre und teilstationäre Reha-Einrichtungen	29	18,2 %	45	17,4 %	78	18,7 %
	Sonstige	30	18,9 %	54	20,9 %	80	19,2 %
	Keine Angabe	3	1,9 %	15	5,5 %	18	4,1 %
<b>Leistungsträger (Mehrfachnennungen möglich)</b>	Pauschal finanziert	1	0,6 %	0	0,0 %	1	0,2 %
	Selbstzahler	4	2,5 %	10	3,7 %	14	3,2 %
	Rentenversicherung	144	88,9 %	231	84,9 %	375	86,2 %
	Krankenversicherung	38	23,4 %	91	33,5 %	129	29,7 %
	Sonstiger Kostenträger	2	1,2 %	3	1,1 %	5	1,1 %
<b>Hauptsuchtmittel-diagnose</b>	Alkohol	140	86,4 %	247	90,5 %	387	89,0 %
	Opioide	2	1,2 %	1	0,4 %	3	0,7 %
	Cannabis	4	2,5 %	7	2,6 %	11	2,5 %
	Sedativa / Hypnotika	5	3,1 %	3	1,1 %	8	1,8 %
	Stimulanzien	3	1,9 %	2	0,7 %	5	1,1 %
	Andere psychotrope Substanzen	8	4,9 %	13	4,8 %	21	4,8 %
<b>Behandlungsart</b>	Ambulante Rehabilitation	120	74,1 %	205	75,1 %	325	74,7 %
	Poststationäre ambulante Reha	33	20,4 %	52	19,0 %	85	19,5 %
	Ambulanter Teil einer Kombibehandlung	9	5,6 %	16	5,9 %	25	5,8 %
<b>Entgiftungen</b>	Keine	61	38,1 %	99	36,5 %	160	37,1 %
	Eine	47	29,4 %	103	38,0 %	150	34,8 %
	Zwei oder mehr	52	32,5 %	69	25,5 %	121	28,1 %
	Keine Angabe	2	1,2 %	2	0,7 %	4	0,9 %
<b>Stationäre Entwöhnungen</b>	Keine	98	61,3 %	182	67,4 %	280	65,1 %
	Eine	44	27,5 %	72	26,7 %	116	27,0 %
	Zwei oder mehr	18	11,2 %	16	5,9 %	34	7,9 %
	Keine Angabe	2	1,2 %	3	1,1 %	5	1,2 %
<b>Ambulante Entwöhnungen</b>	Keine	129	80,1 %	231	84,9 %	360	83,1 %
	Eine	29	18,0 %	38	14,0 %	67	15,5 %
	Zwei oder mehr	3	1,9 %	3	1,1 %	6	1,4 %
	Keine Angabe	1	0,6 %	1	0,4 %	2	0,5 %
<b>Entlassform</b>	Planmäßig	97	59,9 %	237	86,8 %	334	76,8 %
	Abbruch durch Patient	57	35,2 %	30	11,0 %	87	31,9 %
	Abbruch durch Einrichtung	5	3,1 %	4	1,5 %	9	2,1 %
	Verlegung	2	1,2 %	2	0,7 %	4	0,9 %
	Verstorben	1	0,6 %	0	0,0 %	1	0,2 %

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

Merkmale	Nichtantworter			Katamneseantworter			Gesamtstichprobe		
	N=162			N=273			N=435		
	Mittelwert	Standard-abw.	Gültige N	Mittelwert	Standard-abw.	Gültige N	Mittelwert	Standard-abw.	Gültige N
<b>Alter bei Aufnahme</b>	43,3 Jahre	10,5 Jahre	162	46,7 Jahre	11,0 Jahre	273	45,4 Jahre	10,7 Jahre	435
<b>Abhängigkeitsdauer in Jahren</b>	14,0 Jahre	8,7 Jahre	111	15,6 Jahre	9,6 Jahre	166	15,0 Jahre	9,3 Jahre	277
<b>Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung in Tagen</b>	277,0 Tage	144,7 Tage	97	295,3 Tage	114,8 Tage	237	290,0 Tage	123,5 Tage	334
<b>Behandlungsdauer Gesamt in Tagen</b>	224,4 Tage	149,0 Tage	162	277,4 Tage	123,1 Tage	273	257,7 Tage	132,7 Tage	435
<b>Anzahl der Kontakte bei planmäßiger Entlassung</b>	60,3	55,8	97	73,0	59,9	237	69,3	58,7	334
<b>Anzahl der Kontakte Gesamt</b>	55,8	71,9	162	69,3	59,2	273	64,2	63,9	435

Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1985, 1992, 2001). Alle im Jahr 2012 entlassenen Rehabilitanden<sup>1</sup> wurden zwölf Monate nach Beendigung ihrer Entwöhnungsbehandlung im Rahmen eines gleitenden Versandschemas angeschrieben mit der Bitte, den beiliegenden Katamnesebogen ausgefüllt zurückzusenden. Ein erstes Erinnerungsschreiben erfolgte nach drei, ein weiteres nach sechs Wochen. Erfolgte auch dann keine Antwort, wurde in einigen Einrichtungen versucht, den Rehabilitanden telefonisch zu erreichen, um in Anlehnung an einen Interviewleitfaden Katamnese-daten zu erhalten.

Seit dem Entlassjahrgang 2007 werden eine Basisdokumentation und eine Katamnese eingesetzt, die den überarbeiteten Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (DHS, 2008) abdecken. Als „abstinent“ wurden diejenigen Rehabilitanden eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als „abstinent nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage abstinent war. Als „rückfällig“ galten alle anderen Personen einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben.

Die Daten wurden von den beteiligten Einrichtungen Redline Data, Ahrensböck, jeweils in Form eines Datensatzes pro Rehabilitand in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Es wurden ausschließlich Rehabilitanden berücksichtigt, die an einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme, sei es rein ambulant, poststationär ambulant oder am ambulanten Teil einer Kombinationsbehandlung, teilgenommen hatten. Aus der Untersuchung wurden 17 Rehabili-

tanden mit der Hauptsuchtmitteldiagnose Pathologisches Glücksspiel (ICD 10, F63.0) herausgenommen.

In die Untersuchung wurden nur Einrichtungen aufgenommen, die eine Rücklaufquote von  $\geq 45$  Prozent erreichten.

### Beschreibung der Stichprobe

Alle im Zeitraum vom 01.01.2012 bis 31.12.2012 in den beteiligten Einrichtungen entlassenen 435 Rehabilitanden bilden die Gesamtstichprobe. Die soziodemographischen Daten sowie die Angaben zur Behandlung und zum Aufnahme- und Entlassungsstatus wurden auf der Basis des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe Sucht (DHS 2008) erfasst. In Tabelle 1 werden absolute und relative Häufigkeiten von Rehabilitanden- und Behandlungsmerkmalen für die Nichtantworter, die Katamneseantworter und die Gesamtstichprobe in der Katamnese aufgeführt. In Tabelle 2 werden Mittelwerte berichtet.

### Rehabilitandenmerkmale

66,0 Prozent der Rehabilitanden der Gesamtstichprobe waren männlichen, 34,0 Prozent weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter betrug in der Gesamtstichprobe 45,4 Jahre, 70,8 Prozent der Rehabilitanden waren 40 Jahre und älter. Insgesamt 46,3 Prozent der Rehabilitanden waren verheiratet, 63,9 Prozent lebten in einer festen Beziehung. Bezüglich der Schulausbildung gaben insgesamt 2,1 Prozent an, keinen Schulabschluss zu haben, 41,0 Prozent hatten einen Sonder- oder Hauptschulabschluss erreicht, 56,5 Prozent einen darüber hinausgehenden Abschluss sowie 0,4 Prozent einen sonstigen Abschluss. Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit am Tag vor der Aufnahme standen 63,7 Prozent der Rehabilitanden in einem Arbeitsverhältnis, 19,2 Prozent waren erwerbslos und 17,1 Prozent fielen unter die Kategorie Nicht-Er-

werbspersonen (Hausfrauen, Rentner, Schüler, Studenten etc.).

### Behandlungsmerkmale

Der Hauptanteil mit 24,5 Prozent der Vermittlungen erfolgte durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Suchtberatungsstellen und Ambulanzen waren in 18,9 Prozent der Fälle der Vermittler. 18,7 Prozent erfolgten durch stationäre und teilstationäre Reha-Einrichtungen. Ohne Vermittlung kamen 13,2 Prozent der Rehabilitanden in die Behandlung. Durch Krankenhäuser wurden 5,5 Prozent der Rehabilitanden vermittelt. Auf sonstige Vermittler verteilten sich die restlichen 19,2 Prozent der Vermittlungen.

Die Behandlungen wurden überwiegend von den Rentenversicherungsträgern getragen (86,2 Prozent). In 29,7 Prozent der Fälle war eine Krankenversicherung der Leistungsträger. Insgesamt 3,2 Prozent der Rehabilitanden waren Selbstzahler. Sonstige Leistungsträger machten 1,1 Prozent aus. Da mehrere Leistungsträger pro Behandlung angegeben werden konnten, addieren sich die Prozentangaben, die auf die Behandlungsfälle bezogen wurden, auf mehr als 100 Prozent.

Nach ICD-10 hatten 89,0 Prozent der Rehabilitanden in der Hauptdiagnose eine Störung durch Alkohol (F10). Bei den übrigen Rehabilitanden zeigten 2,5 Prozent eine Abhängigkeit von Cannabinoiden (F12), 1,8 Prozent hatten Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13), 1,1 Prozent von Stimulanzien (F15) sowie 0,7 Prozent von Opioiden (F11). Andere Hauptdiagnosen wurden bei 4,8 Prozent der Rehabilitanden vergeben. 17 Rehabilitanden aus der Basisdokumentation 2012 mit der Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel (ICD-10 F63.0) wurden nicht in die Untersuchung aufgenommen.

Die Gesamtstichprobe verteilt sich auf folgende Behandlungsarten: 74,7 Prozent waren in ambulanter Rehabilitation, 19,5 Prozent in poststationärer ambulanter Rehabi-

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

litation und 5,8 Prozent haben den ambulanten Teil einer Kombibehandlung absolviert. Aufgrund der deutlich verschiedenen Fallzahlen zwischen den drei ambulanten Behandlungsarten sind im Folgenden Vergleiche zwischen diesen mit einer gewissen Vorsicht zu betrachten.

Vor der ambulanten Behandlung hatten 37,1 Prozent keine Entgiftungsbehandlung, 34,8 Prozent eine und 28,1 Prozent mehr als eine Entgiftungsbehandlung durchgeführt.

65,1 Prozent aller Rehabilitanden hatten keine stationäre Entwöhnungsbehandlung vor der ambulanten Behandlung absolviert, eine bereits durchgeführte stationäre Entwöhnung wird von 27,0 Prozent, mehr als eine von 7,9 Prozent der Rehabilitanden berichtet.

Für 83,1 Prozent der Rehabilitanden war die Indexbehandlung, die erste ambulante Rehabilitation, 15,5 Prozent hatten schon ambulante Behandlungen in der Vorgesichte, 1,4 Prozent mehr als eine ambulante Entwöhnung.

Die Beendigung der ambulanten Abhängigkeitsbehandlung erfolgte in 76,8 Prozent aller Fälle planmäßig. 31,9 Prozent der Rehabilitanden brachen ihre Behandlung ab. Durch die Einrichtung wurden 2,1 Prozent der Behandlungen beendet. In andere Einrichtungen verlegt wurden 0,9 Prozent

der Rehabilitanden. Ein Rehabilitand (0,2 Prozent) verstarb während der ambulanten Rehabilitation.

Die mittlere Dauer der Abhängigkeit bei Beginn der Behandlung lag bei 15,0 Jahren.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag für die Gesamtstichprobe bei 257,7 Tagen oder 36,8 Wochen. Bei planmäßiger Entlassung betrug die Behandlungsdauer 290,0 Tage oder 41,4 Wochen. Der Mittelwert der Anzahl der Kontakte betrug bei planmäßiger Behandlungsbeendigung 69,3, für die Gesamtgruppe 64,2 Kontakte.

Stellt man in Bezug auf die Gesamtstichprobe die drei Behandlungsarten der ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen (ambulante Rehabilitation, poststationäre ambulante Rehabilitation und ambulante Teil einer Kombibehandlung) gegenüber, fällt auf, dass die Rehabilitanden mit einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme und die Rehabilitanden des ambulanten Teils einer Kombibehandlung in vielen Merkmalen günstiger abschneiden als die Rehabilitanden mit einer poststationären ambulanten Reha-Maßnahme:

66,2 Prozent der Rehabilitanden einer ambulanten Reha und 57,1 Prozent der Rehabilitanden der poststationären ambulanten Rehabilitation sowie 56,0 Prozent der Kombi-Rehabilitanden leben in einer festen Beziehung. Erwerbstätig bei Aufnahme sind

79,2 Prozent der Kombi-Rehabilitanden, gefolgt von 67,0 Prozent der Rehabilitanden einer ambulanten Rehabilitation und mit 47,0 Prozent der Rehabilitanden der poststationären Rehabilitation. Gegenüber den Rehabilitanden mit einer poststationär ambulanten oder einer rein ambulanten Reha sind die Rehabilitanden mit einer Kombi-Behandlung älter (über 40 Jahre alt sind 68,2 Prozent vs. 69,8 Prozent bzw. 92,0 Prozent). Die rein ambulanten Rehabilitanden und die Kombi-Rehabilitanden hatten mit 43,7 Prozent bzw. 32,0 Prozent gegenüber den poststationär ambulanten Rehabilitanden mit 13,3 Prozent bisher keine Entgiftung. Bei einer bisher stattgefundenen Entgiftung fällt der prozentuale Anteil der Kombi-Rehabilitanden (28,0 Prozent) gegenüber den poststationär ambulanten Rehabilitanden mit 33,7 Prozent und den rein ambulanten Rehabilitanden (35,6 Prozent) niedriger aus. Dagegen ist die Belastung bei zwei oder mehr stationären Entgiftungen für die rein ambulanten Rehabilitanden mit 20,7 Prozent, gefolgt von den Kombi-Rehabilitanden mit 40,0 Prozent geringer als bei den poststationär ambulanten Rehabilitanden mit 53,0 Prozent. Kombi-Rehabilitanden und poststationär ambulante Rehabilitanden haben die Behandlung häufiger planmäßig beendet (88,0 Prozent bzw. 81,2 Prozent) als rein ambulante Rehabilitanden mit 74,8 Prozent.

Tab. 3: Stichprobenbeschreibung nach Behandlungsart (Ambulante Rehabilitation vs. poststationäre ambulante Rehabilitation vs. ambulanter Teil einer Kombi-Behandlung)

		Nichtantworter N = 162						Katamneseantworter N = 273						Gesamt N = 435					
		Ambulante Reha N = 120		Poststationär-ambulante Reha N = 33		Ambulante Phase einer Kombibehandlung N = 9		Ambulante Reha N = 205		Poststationär-ambulante Reha N = 52		Ambulante Phase einer Kombibehandlung N = 16		Ambulante Reha N = 325		Poststationär-ambulante Reha N = 85		Ambulante Phase einer Kombibehandlung N = 25	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Partnerbeziehung bei Aufnahme	Keine feste Beziehung	41	34,5	13	40,6	7	77,8	68	33,3	23	44,2	4	25,0	109	33,8	36	42,9	11	44,0
	Feste Beziehung	78	65,5	19	59,4	2	22,2	136	66,7	29	55,8	12	75,0	214	66,2	48	57,1	14	56,0
	Keine Angaben	1	0,8	1	3,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,6	1	1,2	0	0,0
Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbstätig	82	68,9	11	35,5	5	62,5	135	65,9	28	53,8	14	87,5	217	67,0	39	47,0	19	79,2
	Erwerbslos	18	15,1	10	32,3	3	37,5	37	18,1	14	26,9	1	6,3	55	17,0	24	28,9	4	16,7
	Nicht erwerbstätig	19	16,0	10	32,3	0	0,0	33	16,1	10	19,2	1	6,3	52	16,0	20	24,1	1	4,2
	Keine Angaben	1	0,8	2	6,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	2,4	1	4,0
Alter	Bis 40	49	40,8	11	33,3	2	22,2	49	23,9	16	30,8	0	0,0	98	30,2	27	31,8	2	8,0
	Über 40	71	59,2	22	66,7	7	77,8	156	76,1	36	69,2	16	100,0	227	69,8	58	68,2	23	92,0
Entgiftungen	Keine	53	44,2	5	15,2	3	33,3	88	42,9	6	11,5	5	31,3	141	43,7	11	13,3	8	32,0
	Eine	38	31,7	8	24,2	1	11,1	77	37,6	20	38,5	6	37,5	115	35,6	28	33,7	7	28,0
	Zwei oder mehr	28	23,3	19	57,6	5	55,6	39	19,2	25	48,1	5	31,3	67	20,7	44	53,0	10	40,0
	Keine Angaben	1	0,8	1	3,0	0	0,0	1	0,5	1	1,9	0	0,0	2	0,6	2	2,4	0	0,0
Behandlungsbeendigung	Planmäßig	65	54,2	25	75,8	7	77,8	178	86,8	44	84,6	15	93,8	243	74,8	69	81,2	22	88,0
	Nicht planmäßig	55	45,8	8	24,2	2	22,2	27	13,2	8	15,4	1	6,2	82	25,2	16	18,8	3	12,0



### Vergleich der Stichprobe der Katamneseantworter mit der Stichprobe der Nichtantworter

Anhand der Tabellen 1 und 2 lassen sich die Merkmale der Stichprobe der Katamneseantworter mit der Stichprobe der Nichtantworter vergleichen.

Zusammenfassend weist die Stichprobe der Katamneseantworter im Vergleich zur Stichprobe der Nichtantworter folgende nennenswerte Unterschiede auf: mehr ältere Rehabilitanden, mehr verheiratete Rehabilitanden, mehr erwerbstätige Rehabilitanden, mehr Rehabilitanden mit der Hauptsuchtmitteldiagnose „Störung durch Alkohol“ (F10), mehr Rehabilitanden ohne frühere stationäre Entwöhnung, deutlich mehr Rehabilitanden mit planmäßiger Behandlungsbeendigung und dadurch bedingt eine höhere mittlere Behandlungsdauer über alle, wie über die planmäßigen Entlassungen. Auch die Anzahl der Kontakte (gesamt wie planmäßige Entlassungen) ist bei den Katamneseantwortern erhöht.

### Vergleich der Behandlungsarten in der Stichprobe der Katamneseantworter

Vergleicht man in der Stichprobe der Katamneseantwortern die drei ambulanten Behandlungsarten untereinander, dann zeigt sich auch hier, dass die Gruppe der Kombi-Rehabilitanden und die Gruppe der rein ambulanten Rehabilitationsmaßnahme häufiger eine feste Beziehung führen als die Rehabilitandengruppe der post-stationären ambulanten Reha, häufiger erwerbstätig sind, häufiger über 40 Jahre alt sind und deutlich seltener zwei oder mehr Entgiftungen in der Vorgeschichte haben. Auch in Bezug auf die Entlassart unterscheiden sich die drei ambulanten Behandlungsarten. Katamneseantworter der Kohorte des ambulanten Teils einer Kombibehandlung haben mit 93,8 Prozent die meisten planmäßigen Beendigungen. Bei den Katamneseantwortern der rein ambulanten Reha sind es 86,8 Prozent und bei der post-stationär ambulanten Reha sind es 84,6 Prozent mit planmäßigem Abschluss (vgl. Tabelle 3).

### Katamneseergebnisse

Tabelle 4 zeigt die Ergebnisse zum Datenrücklauf der Katamnese.

Die Ausschöpfungsquote beträgt für den Entlassjahrgang 2012 insgesamt 62,7 Prozent (273 Rehabilitanden der Gesamtstichprobe der Katamnese 2012 mit N=435). Bei vergleichbarer Berechnungsart aller ambulanten Rehabilitanden ergaben sich im Vorjahr 59,4 Prozent (Lange et al., 2014)

Als Antworterstichprobe wurden die Katamneseantworter mit den Kategorien „ab-

Tab. 4: Ergebnisse zum Datenrücklauf (Gesamtstichprobe)

	Anzahl	Prozent
Abstinent	189	43,4 %
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	37	8,5 %
Rückfällig	44	10,1 %
Widersprüchliche Angaben	3	0,7 %
verstorben	7	1,6 %
unbekannt verzogen	27	6,2 %
Sonstiges/keine Daten	128	29,4 %
<b>Gesamt</b>	<b>435</b>	<b>100 %</b>

stinent“ (43,4 Prozent), „abstinent nach Rückfall“ (8,5 Prozent), „rückfällig“ (10,1 Prozent) und „widersprüchlichen Angaben (0,7 Prozent) in den Katamneseprotokollbögen definiert. Hingewiesen sei darauf, dass gemäß der neuen Definition von „abstinent nach Rückfall“ nur noch der Zeitraum von 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt – und nicht mehr 3 Monate – zugrunde gelegt wurde. Die Nichtantworterstichprobe setzte sich aus, „verstorben“ (1,6 Prozent), „unbekannt verzogen“ (6,2 Prozent) und „sonstige/keine Daten“ (29,4 Prozent) zusammen.

### Abstinenzquoten

Zur Berechnung der Abstinenzquoten wurden die Berechnungsformen 1 - 4 nach den Standards der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 1985, 1992, 2001) verwendet. Nach **Berechnungsform 1** werden alle erreichten Rehabilitanden, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen wurden, einbezogen. Die **Berechnungsform 2** bezieht sich auf alle planmäßig entlassenen Reha-

litanden. In **Berechnungsform 3** werden die Angaben aller in der Katamneseuntersuchung erreichten Rehabilitanden berücksichtigt. Bezugsbasis für die konservative **Berechnungsform 4** sind alle in 2012 entlassenen Rehabilitanden. Personen für die keine oder widersprüchliche Katamneseinformationen vorliegen, werden hiernach als rückfällig gewertet. Darunter fallen auch die Unterkategorien „unbekannt verzogen“, „verweigert“, „nicht geantwortet“, „verstorben“ und „unfähig zur Beantwortung“.

Tabelle 5 stellt die Ergebnisse nach den Bewertungsarten 1 - 4 der DGSS inklusive der verstorbenen Rehabilitanden für die Gesamtstichprobe dar. Die in der Regel günstigste Berechnungsform 1 bezieht sich auf die Anzahl der Katamneseantworter, die ihre Behandlung planmäßig beendet und geantwortet haben.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe der Rehabilitanden inklusive der verstorbenen Rehabilitanden ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote („abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“) nach DGSS 4 von 51,9 Prozent. Es leben im gesamten Katamnesezeitraum 43,4 Prozent der Rehabilitanden abstinent, 8,5 Prozent sind nach einem Rückfall zum Befragungszeitpunkt wieder mindestens 30 Tage durchgehend abstinent. Die restlichen 48,0 Prozent werden in der konservativen Schätzung als rückfällig eingestuft, davon sind 10,1 Prozent belegte Rückfälle per Katamneseangabe und 37,9 Prozent Rückfälle per Definition.

In der Berechnungsform 1 nach DGSS, bei der nur die erreichten Rehabilitanden (Katamneseantworter), welche die Behandlung planmäßig beendet haben, einbezogen werden, ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 85,6 Prozent. Danach leben im gesamten Katamnesezeitraum

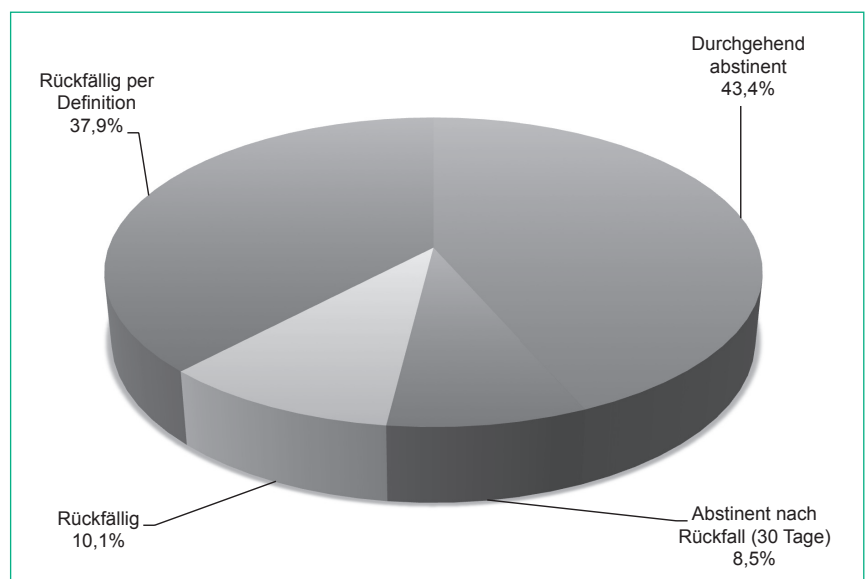


Abbildung 1: Abstinenzquote nach konservativer Berechnungsart (DGSS 4) incl. Verstorbene

Tab. 5: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (neu „Abstinenz nach Rückfall 30 Tage“), Gesamtstichprobe

	DGSS 1 (N = 237)		DGSS 2 (N = 334)		DGSS 3 (N = 273)		DGSS 4 (N = 435)	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	203	85,6 %	203	60,8 %	226	82,8 %	226	51,9 %
<b>Abstinenz</b>	174	73,4 %	174	52,1 %	189	69,2 %	189	43,4 %
<b>Abstinenz nach Rückfall (30 Tage)</b>	29	12,2 %	29	8,7 %	37	13,6 %	37	8,5 %
<b>Rückfällig</b>	34	14,3 %	131	39,2 %	47	17,2 %	209	48,0 %
<b>Gesamt</b>	237	100,0 %	334	100,0 %	273	100,0 %	435	100,0 %

\* durch Abrundungen sind geringe Abweichungen bez. der 100% Gesamt entstanden

Tab. 6: Abstinenzquoten nach Behandlungsart der ambulanten Rehabilitation (DGSS 4)

	Ambulante Rehabilitation		Poststationäre ambulante Rehabilitation		Ambulanter Teil einer Kombibehandlung	
	N = 325		N = 85		N = 25	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	176	54,2 %	39	45,9 %	11	44,0 %
<b>Abstinenz</b>	150	46,2 %	30	35,3 %	9	36,0 %
<b>Abstinenz nach Rückfall (30 Tage)</b>	26	8,0 %	9	10,6 %	2	8,0 %
<b>Rückfällig</b>	149	45,8 %	46	54,1 %	14	56,0 %
<b>Gesamt</b>	325	100,0 %	85	100,0 %	25	100,0 %

Tab. 7: Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Therapieerfolg (Prozentangaben), Gesamtstichprobe

Zufriedenheit mit	Katamneseerfolg 30 Tage		
	Erfolgreich	Rückfällig	Gesamt
Partnerbeziehung	87,4 %	52,9 %	83,8 %
Eltern, Geschwister, Verwandte	86,0 %	83,3 %	85,6 %
Eigene Kinder	93,2 %	85,7 %	92,3 %
Bekannte, Freunde	90,7 %	70,8 %	88,2 %
Freizeitgestaltung	87,0 %	54,2 %	82,7 %
Arbeitssituation	83,0 %	50,0 %	79,2 %
Körperliche Gesundheit	87,1 %	56,0 %	83,0 %
Seelischer Zustand	87,6 %	56,0 %	83,3 %
Finanzielle Situation	81,3 %	52,0 %	77,3 %
Wohnsituation	91,4 %	68,0 %	88,2 %
Suchtmittelgebrauch	85,7 %	50,0 %	77,8 %
Alltagsbewältigung	89,9 %	40,0 %	82,8 %

\* Antwort mit Angaben zu diesem Item.

73,4 Prozent der Rehabilitanden durchgehend abstinent, 12,2 Prozent abstinent nach Rückfall und die restlichen 14,3 Prozent werden als rückfällig eingestuft. Die Erfolgsquoten für DGSS2 und DGSS 3 können der Tabelle 5 entnommen werden.

### Abstinenzquoten nach Behandlungsart

Die Tabelle 6 zeigt die Abstinenzquoten und katamnestiche Erfolgsquoten nach DGSS 4 für die drei Behandlungsarten „ambulante Rehabilitation“, „poststationäre ambulante Rehabilitation“ und „ambulanter Teil einer Kombibehandlung“.

Die katamnestiche Erfolgsquoten nach DGSS 4 für die ambulante Rehabilitation beträgt 54,2 Prozent, für die poststationäre

ambulante Rehabilitation 45,9 Prozent und für den ambulanten Teil einer Kombibehandlung 44,0 Prozent. Dabei bleiben bei der ambulanten Rehabilitation 46,2 Prozent der Rehabilitanden im 1-Jahres-Zeitraum durchgehend abstinent, bei dem ambulanten Teil einer Kombibehandlung 36,0 Prozent und bei der poststationär ambulanten Rehabilitation sind es noch 35,3 Prozent.

### Zufriedenheitseinstufungen

Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich jeweils auf die Gesamtstichprobe ohne Differenzierung nach Behandlungsart.

Die Bewertungen der Katamneseantworter zur Zufriedenheit in relevanten Lebensbe-

reichen zum Katamnesezeitpunkt (vgl. Tabelle 7) wurden mit einer sechsstufigen Skala mit den Polen „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ erhoben und zu zwei Kategorien („eher zufrieden bis sehr zufrieden“ und „eher unzufrieden bis sehr unzufrieden“) zusammengefasst.

Tabelle 7 beschreibt Zufriedenheitseinstufungen über die unterschiedlichen Lebensbereiche der Katamneseantworter im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. Die Kategorien, die die katamnestiche Erfolgsquote ausmachen, „abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“, wurden auf Basis der Katamneseantworter mit entsprechenden Angaben zusammengefasst.

Abstinent lebende Rehabilitanden sind ein Jahr nach Behandlungsende in allen Lebenssituationen zufriedener als rückfällige Rehabilitanden. So sind 85,7 Prozent der erfolgreichen und nur 50,0 Prozent der rückfälligen Rehabilitanden mit ihrem Suchtmittelgebrauch zufrieden, für die Alltagsbewältigung lauten die Angaben 89,9 Prozent gegenüber 40,0 Prozent, mit dem seelischen Zustand sind 87,6 Prozent der erfolgreichen und 56,0 Prozent der rückfälligen Rehabilitanden zufrieden, für die körperliche Gesundheit ergeben sich ebenfalls Unterschiede (87,1 Prozent vs. 56,0 Prozent).

### Rückfallverlauf und Gründe für Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Die Abbildung 2 zeigt bei den rückfälligen Rehabilitanden den Zeitpunkt des ersten Rückfalls. 59 der 81 bekannten Rückfälle (rückfällige Katamneseantworter und absti-

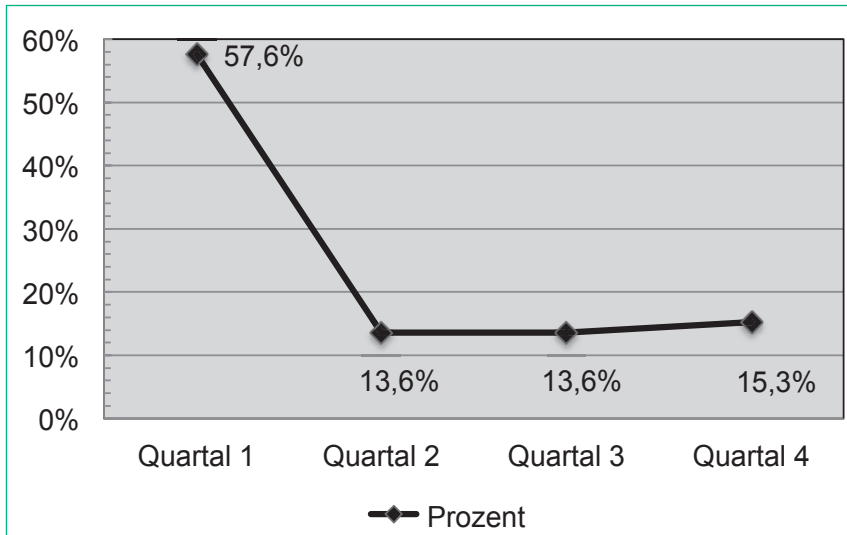


Abbildung 2: Zeitpunkt des ersten Rückfalls (N=21)

nent nach Rückfall lebende Katamneseantworter) liegen Angaben zum Rückfallzeitpunkt vor. Mehr als die Hälfte (57,6 Prozent) aller Rückfälle mit Angaben zum Rückfallzeitpunkt ereignen sich innerhalb des ersten Quartals nach der Entlassung. Ein halbes Jahr nach Entlassung haben sich schon fast drei Viertel aller Rückfälle (71,2 Prozent) ereignet.

Wenn Rehabilitanden im Katamnesezeitraum Suchtmittel konsumiert hatten, konnten sie für eine Reihe spezifisch abgefragter Gründe für diesen Konsum jeweils mit „trifft zu“, „trifft nicht zu“ und „keine Angaben“ antworten. Die Angaben sind nach prozentualer Häufigkeit geordnet. Mehrfachangaben waren möglich.

Als häufigste Gründe für rückfälliges Verhalten wurden Frustration und Enttäuschung mit 46,4 Prozent genannt. Innere Spannung/ Unruhe folgten mit 41,1 Prozent, Depression wurde bei 39,3 Prozent als Anlass für einen Rückfall angegeben und 37,5 Prozent nannten Ärger als Rückfallgrund. Schwierige Lebenssituationen wurden von 28,6 Prozent als Rückfallanlass genannt; die Überzeugung, kontrolliert trinken zu können gaben 25,0 Prozent als ursächlich für ihren Rückfall an und ebenfalls 25,0 Prozent nannten Angst als Rückfallauslöser. Unwiderstehliches Verlangen/ Suchtdruck (23,2 Prozent), Konflikte mit anderen Personen (23,2 Prozent) und gute Stimmung/ Glücksgefühle (21,4 Prozent) folgten in der Nennung der Rückfallgründe. Bei 19,6 Prozent war Einsamkeit ausschlaggebend, körperliche Schmerzen sowie Schlafschwierigkeiten wurden von 14,3 Prozent genannt und Langeweile in 12,5 Prozent der Fälle. 10,7 Prozent benannten Hemmungen und 7,1 Prozent Entzugsähnliche Beschwerden als ausschlaggebend für einen Rückfall. Weitere 7,1 % gaben an, in Gesellschaft der Versuchung nicht widerstehen zu können oder nicht nein sagen zu können (3,6 Prozent).

8,9 Prozent gaben an, dass andere Gründe als die bereits genannten für den Rückfall ausschlaggebend gewesen seien.

### Diskussion der Ergebnisse

Der Fachverband Sucht e.V. legt zum sechsten Mal eine Katamnese von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige vor. Hinsichtlich der Behandlungsart handelt es sich nur, leistungsrechtlich gesehen, ausschließlich um ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, hiervon waren 74,7 Prozent rein ambulante Rehabilitationsmaßnahmen und bei 5,8 Prozent handelte es sich um einen ambulanten Teil einer Kombibehandlung. Es ist bei weiteren Publikationen für die ambulante Behandlung Abhängigkeitskranker dringend zu empfehlen, die konkrete Behandlungsart hinsichtlich der Gesamtstichprobe differenziert analog der hier vorgestellten Vorgehensweise aufzuschlüsseln.

Die katamnestiche Erfolgsquote der FVS-Katamnese 2012 aus Ambulanzen nach DGSS 4 beträgt 51,9 Prozent (davon 43,4 Prozent der Rehabilitanden durchgehend abstinent). Die katamnestiche Erfolgsquote 2011 betrug 51,7 Prozent (45,8 Prozent durchgehend abstinent). Abstinenzquoten und katamnestiche Erfolgsquoten wurden für beide Entlassjahrgänge nach dem neuen Kriterium „Abstinent nach Rückfall 30 Tage“ gemäß Kerndatensatz der DHS (2008) berechnet. Die Ergebnisse der ambulanten Suchtrehabilitationsformen sind reproduzierbar über mehrere Jahrgänge auf gleich hohem Niveau und belegen die gute Effektivität der Behandlung.

Die katamnestiche Erfolgsquoten nach DGSS 4 bei ausschließlich ambulanter Rehabilitation sind um 8,3 Prozent höher als, die der poststationär ambulanten Rehabilitation letztere wiederum um 1,9 Prozent-

Tab. 8: Angaben der rückfälligen Antworter\* zu Gründen für erneuten Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Gründe für erneuten Suchtmittelkonsum	Prozent
Frustration, Enttäuschung	46,4 %
Innere Spannung, Unruhe	41,1 %
Depression	39,3 %
Ärger	37,5 %
In schwierigen Lebenssituationen	28,6 %
Stressgefühle	26,8 %
Überzeugung, kontrolliert trinken zu können	25,0 %
Angst	25,0 %
Unwiderstehliches Verlangen/ Suchtdruck	23,2 %
Konflikte mit anderen Personen	23,2 %
Gute Stimmung, Glücksgefühl	21,4 %
Einsamkeit	19,6 %
Körperliche Schmerzen	14,3 %
Schlafschwierigkeiten	14,3 %
Langeweile	12,5 %
Hemmungen	10,7 %
Entzugsähnliche Beschwerden	7,1 %
In Gesellschaft der Versuchung nicht widerstehen können	7,1 %
Nicht nein sagen können	3,6 %
Sonstiges	8,9 %

\* Anmerkung: rückfällige Antworter mit zustimmenden Angaben zu diesem Item. Mehrfachantworten möglich.

höher als bei dem ambulanten Teil einer Kombi-Behandlung.

Die katamnestiche Erfolgsquote liegt über den Ergebnissen der Fachverband Sucht-Katamnese 2012 für den stationären Bereich (vgl. Bachmeier et al. in diesem Band). Für den ambulanten Bereich ergab sich eine katamnestiche Erfolgsquote bei Einrichtungen mit einer Ausschöpfungsquote  $\geq 45$  Prozent in DGSS 4 von 51,9 Prozent gegenüber dem stationären Bereich mit 41,7 Prozent (Ausschöpfungsquote aller Rehabilitanden mit vorliegender Katamneseinformation ambulant vs. stationär: 62,7 Prozent vs. 56,5 Prozent).

Die katamnestiche Erfolgsquoten für die ambulante Reha (stationär in Klammern) für DGSS 1, DGSS 2 und DGSS 3 betragen 85,6 Prozent (77,4 Prozent), 60,8 Prozent (45,5 Prozent) und 82,8 Prozent (75,1 Prozent).

Bei einem Vergleich der Ergebnisse mit dem stationären Bereich ist allerdings auf die deutlichen Unterschiede in Rehabilitandenmerkmalen und Behandlungsmerkmalen zu verweisen.

Bei den soziodemografischen Variablen ist die ambulante Klientel als vergleichsweise

prognostisch günstiger einzuschätzen. Hinsichtlich weiterer komorbider Erkrankungen der ambulanten Klientel kann aufgrund noch unzureichender Datensätze keine Aussage getroffen werden. Die Vernetzung mit der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung ist bei den in die Untersuchung einbezogenen ambulanten Behandlungsstellen/Ambulanzen positiv zu vermerken.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) empfiehlt in dem 2004 verabschiedeten „Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Kerndatensatz Katamnese“ für stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eine prospektiv geplante und routinemäßig durchgeführte Katamnese (1-Jahres-Katamnese) als Vollerhebung. Die Entwicklung des Kerndatensatzes Katamnese unter Mitwirkung des Fachverbandes Sucht e.V. lässt hoffen, dass Routineevaluation zunehmend auch zum Standard im ambulanten und teilstationären Bereich wird.

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

Insgesamt sprechen die Ergebnisse der sechsten Routinekatamnese aus ambulanten Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. für eine hohe Ergebnisqualität der ambulanten Behandlung Abhängigkeitskranker in diesen Einrichtungen. Der Fachverband Sucht e.V. wird mit seiner jährlichen Publikation von Routinekatamnesen für den ambulanten Bereich hierzu weiterhin seinen Beitrag leisten.

**Literatur:**

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

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

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

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

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

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2013). Ambulante Suchtrehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden, Bericht zur Qualitätssicherung 2013, Rehabilitandenbefragung - Gesamtbericht.

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

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

Lange, N., Neeb, K., Brenner, R., Funke, W., Janner-Schraml, A., Klein, T., Kramer, D., Löhnert, B., Missel, P., Schneider, B., Schneider, P., Steffen, D., Weissinger, V. (2013). Basisdokumentation 2012 – Ambulante Rehabilitationseinrichtungen. Basisdokumentation 2012 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V.. Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 20, 52-63.

Lange, N., Neeb, K., Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R., Brenner, R., Fölsing, S., Funke, J., Janner-Schraml, A., Klein, T., Kramer, D., Löhnert, J., Obendiek, J.-H., Schneider, B., Schneider, P., Steffen, D., Weissinger, V. (2014). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahres 2011 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 21/1, 25-33

**Die Autoren:**

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

Neeb, Katrin, Dipl.-Psych. Und wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachklinik Eußerthal, Eußerthal

Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung Johannesbad Holding, Bad Füssing

Bick, Stefanie, Wissenschaftliche Mitarbeiterin der AHG Kliniken Daun

Brenner, Roland, Dipl.-Psych., Teamleitung, Therapieverbund Sucht in den Landkreisen Altenkirchen, Neuwied und Westerwald, Altenkirchen

Deller, Hermann, Psychiatrisches Behandlungszentrum Klinikum Bremen-Nord, Bremen

Fölsing, Silvia, salus Fachambulanz, Friedrichsdorf

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

Klein, Thomas, Dr., Klinikleitung, Klinik Eschenburg, Eschenburg

Kramer, Dietmar, Dr. Leitender Arzt, salus klinik Friedrichsdorf

Löhnert, Bärbel, Dipl.-Biologin, Geschäftsführerin, Klientenzentrierte Problemlösung, Fachambulanz für Suchterkrankungen, München/Sendling und Dachau

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

Obendiek, Jan-H., Dipl.-Päd. Leitender Therapeut, Fachklinik Alte Ölmühle – Ambulante Rehabilitation, Magdeburg

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

Steffen, David Valentin, Dr. med., Leitender Arzt, IANUA G. P. S. mbH, Saarlouis

Wehler, Anja, AHG Gesundheitsdienste, Koblenz

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

**Literaturhinweis**

**Landgraf, M.N., Heinen, F.: Fetales Alkoholsyndrom – S3-Leitlinie zur Diagnostik, Stuttgart, ISBN: 978-3-17-023444-4, 19,90 €**

Die S3-Leitlinie zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) wurde unter Zusammenarbeit von 14 Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie einem Expertengremium nach AWMF-Vorgaben entwickelt. Zur Implementierung der empfohlenen diagnostischen Kriterien dient der Pocket Guide am Buchanfang. Er beinhaltet

den Algorithmus für die Abklärung des Fetalen Alkoholsyndroms bei Kindern und Jugendlichen sowie die konsentierten diagnostischen Kriterien in Gegenüberstellung zu möglichen Differenzialdiagnosen des FAS in der jeweiligen diagnostischen Säule. Mögliche Anlaufstellen für Betroffene und Web-Adressen mit Links zu weiterführenden Informationen über das Krankheitsbild sind ebenfalls im Pocket Guide zu finden. Im Buch wird anschließend die Methodik der Leitlinienentwicklung dargelegt. Außerdem

werden Hintergrundinformationen sowie Diagnosekriterien für FAS bei Kindern und Jugendlichen aus den Ergebnissen der Literaturrecherchen erläutert. Das Buch richtet sich an Experten und Beteiligte des Gesundheits- und Hilfesystems wie z.B. Mediziner, Psychologen und Psychotherapeuten der betroffenen Fachbereiche, Hebammen, Physio-, Ergo- und Sprachtherapeuten, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, etc.. Im Buch ist darüber hinaus ein Zugang zu elektronischem Zusatzmaterial enthalten.