

Wirksamkeit der Adaption – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014

Fabricius, B., Teigeler, H., Braun, D., Burger, H., Danninger, A., Häberlein, G., Kallina, U., Liebrich, M., Möller, T., Müller, V., Nels-Lindemann, C., Schay, P., Reger, F., Stopp, J., Urban, K., Verstege, R., Wulf, F., Bachmeier, R., Herder, F., Kreutler, A., Weissinger, V.

Einleitung

Adaption ist die zweite Phase der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Die gesetzlichen Grundlagen entsprechen denen der Entwöhnungsbehandlung (Bachmeier et al., 2016). Die stationäre Entwöhnungsbehandlung geht in der Regel der Adaptionsphase voran. Von daher handelt es sich um Patienten¹, bei denen spezifische Problemlagen bedingt durch einen vergleichsweise hohen Grad an individuellen Störungen (strukturelle Defizite, Komorbidität), und eine geringe Einbindung in soziale Kontexte (z.B. berufliche Teilhabe, Wohnen, sozio-ökonomische Faktoren) bestehen. Diese erschweren einen nahtlosen Übergang in ein eigenverantwortetes Leben zum Entlassungszeitpunkt nach der Entwöhnungsbehandlung erheblich. Sie ergeben sich aus multifaktoriellen Zusammenhängen der Merkmalsbereiche: Seelischer und körperlicher Störungen und soziale Probleme, soziales Umfeld, berufliche Situation, Wohnsituation, Mitwirkungsfähigkeit und -bereitschaft, Abstinenzfähigkeit und Suchtverlauf (Verstege, R., 2000). Adaption fördert die Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit unterschiedlichen Abhängigkeitserkrankungen, unterstützt notwendige Entwicklungs- und Reifeschritte und trägt auch angesichts der hohen Komorbidität der Patienten zur gesundheitlichen Stabilisierung bei. Im Rahmen einer Zeitdauer von 12-16 Wochen leistet die Adaptionsphase einen ressourcen- und lebenspraktisch orientierten Beitrag der Befähigung der Rehabilitanden zur (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben und Verringerung der individuellen Rückfallrisiken. Dies umfasst die Rückübertragung und Stärkung von Verantwortung in allen Lebensbereichen, die weitere flankierende medizinische, psycho- und sozialtherapeutische Begleitung, Realität herstellende berufsbezogene Praktika, Orientierung und Perspektivenbildung – mit dem Ziel der Anbahnung stabiler Abstinenz und Lebenszufriedenheit als Voraussetzung für die Reintegration in die Erwerbstätigkeit.

Über die Wirksamkeit dieser zweiten Phase liegen bis jetzt wenig veröffentlichte Erkenntnisse vor. Ein wichtiges Anliegen der

Mitgliedseinrichtungen des FVS- Qualitätszirkel Adaption ist es, einrichtungsübergreifend Erkenntnisse über den Ein-Jahres-Verlauf der Behandelten nach der Adaptionsphase zu generieren. „Untersuchungen zur Evaluation dienen deshalb der Gewährleistung und Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und kostengünstigen Versorgung und sind zugleich ein Beitrag zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. In diesem Sinne liefern Evaluationsstudien Antworten auf einrichtungsbezogene und auf einrichtungsübergreifende Fragestellungen.“ (Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2010, S. 91) Hierbei gelten, wie für die Entwöhnungsbehandlungen auch, die Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen der *Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie*. „Die Erweiterung des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation der stationären, teilstationären (d.h. ganztägig ambulanten) und auch der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe um ein Katamnese-modul zielt auf eine Dokumentation des Behandlungserfolges im Sinne einer einheitlichen Nachbefragung. Sie ermöglicht sowohl die standardisierte Überprüfung des Behandlungserfolges als auch den Vergleich mit anderen Einrichtungen und somit eine Einordnung der Erfolgsquoten der eigenen Einrichtung in die Erfolgsquoten vergleichbarer Einrichtungen.“ (ebd.)

Beteiligung an der Nachbefragung und mögliche Gründe für niedrige Antwortquote

Rehabilitanden, die ihre Adaptionsmaßnahme in einer zum Fachverband Sucht e.V. gehörigen Mitgliedseinrichtung absolvierten und die einer Nachbefragung zustimmten, wurden ein Jahr nach ihrer Entlassung aus der Adaption kontaktiert und über ein standardisiertes Erhebungsinstrument befragt. Den Einrichtungen ist für ihr Engagement zu danken, da für eine solche Zusatzleistung kein zusätzliches Budget zur Verfügung steht.

Mit den Rückmeldungen der Rehabilitanden soll die Wirksamkeit der Adaptionsphase erhoben werden, d.h. inwieweit es den Rehabilitanden gelungen ist, an der Gesellschaft und im Arbeitsleben teilzuha-

ben, ihre Konsummuster nachhaltig zu verändern und Lebenszufriedenheit zu entwickeln. Die aus den gesammelten Daten gewonnenen Erkenntnisse sollen wiederum auf die Adaptionspraxis rückwirken und damit zur Steigerung der Behandlungsqualität beitragen.

In diesem Beitrag wird über die Ergebnisse der Nachbefragung aus dem Entlassjahrgang 2014 berichtet. Folgende Einrichtungen beteiligten sich: AHG Adaptionshaus Lübeck, Adaption Soteria-Klinik Leipzig, THBB Adaptionshaus Berlin, Adaptionseinrichtung Hambühren, Alte Ölmühle Magdeburg – Adaption, AHG Kliniken Daun, (Adaption), salus klinik Friedrichsdorf (Adaption), Therapiezentrum Speyer, AHG Klinik Römhild Adaption, Adaption Ausweg Bonn, THBB Zentrum 1 (Adaption), AHG Adaptionshaus Koblenz. Alle in die Untersuchung einbezogenen Einrichtungen sind nach IQMP Reha bzw. ISO 9001:2008 oder 2015 QM-zertifiziert.

Die Rücklaufquoten in den teilnehmenden Einrichtungen betragen zwischen 10,7% und 66,0% bei N = 855 entlassenen Patienten. 44,8% der Antwortenden befanden sich in Einrichtungen mit einer Rücklaufquote von über 25,0%, der vom FVS empfohlenen Mindestquote für die einzubeziehenden Datensätze von Adaptionseinrichtungen. Sechs der zehn mit Daten beteiligten Einrichtungen haben eine Rücklaufquote von über 25,0%. Zwei Einrichtungen haben eine Rücklaufquote von 20,0 – 25,0%, zwei Einrichtungen lagen unterhalb der 20,0%. Nicht berücksichtigt werden in diesem Beitrag die Einrichtungen ohne Rückmeldung. Eine Einrichtung wurde in die Auswertung einbezogen, weil sie mit 24,1% knapp unter der vom FVS vorgeschriebenen Mindestquote lag. Nach Abzug der unter diesem Wert liegenden Datensätze verbleiben 547 Rehabilitanden aus 7 Einrichtungen in der Auswertung. Der insgesamt niedrigen Rücklaufquote können mehrere Ursachen zugrunde liegen:

- Die Adaptionsphase im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung nutzen zu einem größeren Teil Rehabilitanden mit schwierigeren Voraussetzungen zur abstinenteren Lebensbewältigung als der Durchschnitt der in Entwöhnungsfachkliniken Behandelten (Teigeler, H. et al. 2015). Die Autoren der Basisdokumentation 2014 beschreiben wie folgt vielfältige Probleme der Rehabilitanden bei An-

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

tritt der Adaption. Diese reichen von der Partnersituation (96,9% ledig geschieden, getrennt lebend, verwitwet), schwierigen Wohnverhältnissen (nur 15,0% verfügen über eigenen Wohnraum), bis hin zur hohen Arbeitslosenquote (86,9% ALG I und II). Die sozialen Fertigkeiten waren bei einem Teil der Rehabilitanden nie ausreichend entwickelt. Die Abhängigkeitsdauer ist (ebd.S.59) vergleichbar mit den Rehabilitanden von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige und

im Durchschnitt mit 14,3 Jahren angegeben. Allerdings sind die Rehabilitanden in der Adaption im Durchschnitt 9 Jahre jünger. Das bedeutet, sie haben in der Regel eher begonnen zu konsumieren und Defizite in ihrer Reifeentwicklung erlebt. Oft haben diese Menschen auch Probleme, Formulare oder Fragebögen auszufüllen. Solche Schwierigkeiten könnten sich auf das Antwortverhalten auswirken, sind hier aber nicht Untersuchungsgegenstand.

- Die Rehabilitanden sind vom Beginn der Adaption an außenorientiert. Dieser Zielstellung entsprechen die externen Berufserprobungspraktika, selbständiges Wohnen, externe Freizeitgestaltung, Entwicklung sozialer Netze an häufig neuen Wohnorten, Klärung von Nachsorgemöglichkeiten, der Besuch von Selbsthilfegruppen und mehr. Das erschwert den Aufbau einer emotionalen Bindung an die Einrichtung bzw. die Mitarbeiter, erleichtert möglicherweise dafür die Ablö-

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppe, kategoriale Auswertung

Merkmal	Kategorie	Kein Katamneseantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	Männlich	281	82,4%	156	75,7%	437	79,9%
	Weiblich	60	17,6%	50	24,3%	110	20,1%
Altersgruppe	bis 40	224	65,7%	117	56,8%	341	62,3%
	Über 40	117	34,3%	89	43,2%	206	37,7%
Familienstand bei Aufnahme	verheiratet	28	8,2%	23	11,3%	51	9,4%
	nicht verheiratet	312	91,8%	181	88,7%	493	90,6%
Partnerbeziehung bei Aufnahme	feste Beziehung	76	22,4%	48	23,6%	124	22,9%
	keine feste Beziehung	263	77,6%	155	76,4%	418	77,1%
Höchster Schulabschluss	Kein Abschluss	27	8,0%	8	4,0%	35	6,5%
	Sonder-/Hauptschulabschluss	137	40,8%	72	35,6%	209	38,8%
	Realschulabschluss / höher	172	51,2%	122	60,4%	294	54,6%
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	erwerbstätig	16	4,7%	6	2,9%	22	4,0%
	erwerbslos	310	91,2%	187	91,7%	497	91,4%
	nicht erwerbstätig	14	4,1%	11	5,4%	25	4,6%
Vermittlung	keine Angabe	0	0,0%	1	0,5%	1	0,2%
	Ohne Vermittlung	0	0,0%	1	0,5%	1	0,2%
	Arbeitgeber/Betrieb/Schule	1	0,3%	2	1,0%	3	0,5%
	Krankenhaus	11	3,2%	7	3,4%	18	3,3%
	Suchtberatung	23	6,7%	22	10,7%	45	8,2%
	Sonstige	304	89,1%	173	84,0%	477	87,2%
Leistungsträger	Rentenversicherung	329	96,5%	199	96,6%	528	96,5%
	Krankenversicherung	3	0,9%	1	0,5%	4	0,7%
	Sozial / Jugendhilfe	8	2,3%	6	2,9%	14	2,6%
	Sonstige	1	0,3%	0	0,0%	1	0,2%
Hauptsuchtmittel-diagnosen zusammengefasst	F10	201	58,9%	150	72,8%	351	64,2%
	F11	17	5,0%	4	1,9%	21	3,8%
	F12	49	14,4%	12	5,8%	61	11,2%
	F13 bis F18	56	16,4%	30	14,6%	86	15,7%
	F19	18	5,3%	10	4,9%	28	5,1%
	F63.0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Anzahl Entgiftungen	keine	50	14,7%	38	18,4%	88	16,1%
	eine	83	24,3%	54	26,2%	137	25,0%
	zwei oder mehr	208	61,0%	114	55,3%	322	58,9%
Art der Behandlungsbeendigung	Planmäßig	277	81,2%	189	91,7%	466	85,2%
	Abbruch durch Rehabilitand	54	15,8%	15	7,3%	69	12,6%
	Abbruch durch Klinik	7	2,1%	2	1,0%	9	1,6%
	Verlegt	2	0,6%	0	0,0%	2	0,4%
	Verstorben	1	0,3%	0	0,0%	1	0,2%

sung aus dem stationären Setting der Adaption. Im Ergebnis könnten sich die Rehabilitanden weniger verpflichtet fühlen, die Nachbefragung zu beantworten.

- Untersuchungen zu Ein-Jahres-Verläufen erfolgen auch durch die Entwöhnungskliniken. Das bedeutet, Rehabilitanden aus der Adaption haben den gleichen Fragebogen drei bis vier Monate vorher, je nach Adaptionsdauer, schon einmal zugesendet bekommen. Es ist zu vermuten, dass sich auch dies auf die Motivation zum Antworten auswirkt.
- Mehr als ein Drittel der Rehabilitanden in Adaption weisen vorrangig eine Drogenabhängigkeit auf. (ebd. S.58) Diese Rehabilitanden antworten in geringerem Maß als Alkoholabhängige auf Nachbefragungen.

Je geringer die Antwortquote, desto schwieriger ist es, möglichst objektive Aussagen daraus zu ziehen, zumindest bei dem anspruchsvollsten Katamnesestandard DGSS 4, nach dem alle Rehabilitanden unabhängig von der Behandlungsdauer und der Beendigungsform angeschrieben und alle Nicht-Antwörter als rückfällig gewertet werden. Deshalb muss es auch Ziel sein, in kommenden Katamnese-Erhebungen die Rücklaufquote zu verbessern. Gleichwohl stellt diese Katamnese-Erhebung einen wichtigen Meilenstein dar, da bislang keine vergleichbaren einrichtungsübergreifenden Auswertungen für die Adaptionsphase publiziert wurden.

Untersuchungsdesign

Als Erhebungsinstrument wurde der Erhebungsbogen zur Kerndatensatz Katamnese (*Katamnese 1spaltig Sucht 2011, Version 1.0 Düsseldorf*) eingesetzt. Angeschrieben bzw. angefragt wurden mit dem o.g. Instrument die in 2014 entlassenen Rehabilitanden. Einem ersten Anschreiben folgten bei Nichtantwort ein weiteres Erinnerungsschreiben und einrichtungsabhängig telefonische Versuche der Kontaktaufnahme. 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 Allgemeinen Hospitalgesellschaft (AHG) vorgenommen.

Beschreibung der Stichprobe

Die Gesamtstichprobe der im Jahr 2014 aus den an der Katamnese-Erhebung teilnehmenden Einrichtungen entlassenen Rehabilitanden beträgt N = 547.

Rehabilitandenmerkmale

79,9% der Rehabilitanden der Gesamtstichprobe waren männlich, 20,1% weiblich. Im Durchschnitt waren die Rehabilitanden zum Betreuungsbeginn 37,0 Jahre alt. 37,7% der Rehabilitanden waren älter als 40 Jahre. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in Adaption verfügte weniger als ein Viertel (22,9%) der Rehabilitanden über eine feste Beziehung. 9,4% der Rehabilitand/innen waren (noch) verheiratet. 6,5% konnten keinen schulischen Abschluss vorweisen, einen Sonder- oder Hauptschulabschluss hatten 38,8%. 54,6% verfügten über einen Realschulabschluss oder höheren Bildungsgrad. Am Tag vor der Aufnahme in die Adaptionseinrichtungen waren 4,0% der Rehabilitanden erwerbstätig, 91,4% waren erwerbslos, 4,6% zählen zu sonstigen nicht erwerbstätigen Personen (Hausfrauen, Rentner, Studenten). Die Frage nach der vermittelnden Instanz in die Adaptionsphase wurde unklar beantwortet. Wir gehen davon aus, dass sich die unter *Sonstiges* angegebenen 87,2% und die unter *Krankenhaus* angegebenen 3,3% möglicherweise auf die Entwöhnungseinrichtungen beziehen. 8,2% der Rehabilitanden gaben an, von der Suchtberatungsstelle vermittelt worden zu sein, 0,4% sind missing values.

Behandlungsmerkmale

Leistungsträger waren zu einem hauptsächlichlichen Anteil mit 96,5% die Rentenversicherungen. Krankenkassen trugen die Leistung im Fall von 0,7% der Rehabilitanden. 2,6% der Behandlungen wurden von Sozialhilfeträgern und der Jugendhilfe finanziert.

Der Anteil von Rehabilitanden mit einer Alkoholabhängigkeit lag in der Adaptionsgesamtstichprobe bei 64,2%. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode waren mit 3,8% vertreten. 11,2% der Rehabilitanden wiesen eine Abhängigkeit von Cannabinoiden auf. Die Diagnosen F 13 bis F 18 wurden zusammengefasst und bei 15,7%

der Rehabilitanden festgestellt. Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen betraf einen Anteil 5,1% der Rehabilitanden. Von den 2,9% (44) pathologischen Glückspielern hatte keiner geantwortet. Möglicherweise fühlten sich diese Patienten von dem Nachbefragungsbogen noch nicht ausreichend angesprochen, der ausschließlich substanzgebundene Suchterkrankungen erfasst.

Durchschnittlich blicken die Rehabilitanden (nach Einschätzung der Therapeuten) auf eine Abhängigkeitsentwicklung von ca. 15 Jahren in der Gesamtstichprobe zurück, mit einer Standardabweichung von 9 Jahren. 58,9% der Betroffenen haben die Akutbehandlung mehrfach in Anspruch genommen. 16,1% gaben an, bisher keine Entgiftung in Anspruch genommen zu haben. Aus der Basisdokumentation 2014 geht hervor, dass 33,2% der Rehabilitanden 2 – 3 Langzeitentwöhnungsbehandlungen durchgeführt haben, 4,2% haben 4 – 5-mal eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt. 0,5% gaben an mehr als fünfmal eine Behandlung durchlaufen zu haben. Die Adaption wird demzufolge von Menschen mit zum Teil chronifizierter Abhängigkeitserkrankung und hohem Rückfallrisiko genutzt. Die Behandlungsdauer in der Adaption betrug im Schnitt 86,1 Tage mit einer Standardabweichung von 34,0 Tagen. Dies erklärt sich aus der für Drogenabhängige regelhaft viermonatigen Adaptionsphase. Für planmäßig entlassene Rehabilitanden in der Gesamtstichprobe lag die Behandlungsdauer bei 93,1 Tagen mit einer Standardabweichung von 29,6 Tagen.

Planmäßig beendeten 85,2% der Rehabilitanden die Adaptionsphase. In 12,6% der Fälle wurde die Therapie durch die Rehabilitanden abgebrochen. In 1,6% der Fälle kam es zu vorzeitigen Entlassungen durch die Einrichtungen.

Gesamtstichprobe und Katamneseantworter im Vergleich

Die Merkmale der Stichprobe der Antworter differieren mit der Gesamtstichprobe bei folgenden Faktoren (s. Tabelle 1): Die Katamnese wurde von einem höheren Anteil der Rehabilitandinnen beantwortet.

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

Merkmal	kein Katamneseantworter			Katamneseantworter			Gesamt		
	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N
Alter bei Aufnahme in Jahren	36	11	341	40	10	206	37	11	547
Abhängigkeitsdauer in Jahren	14	8	301	16	9	184	15	9	485
Behandlungsdauer (alle) in Tagen	83,5	34,0	341	90,3	33,7	206	86,1	34,0	547
Behandlungsdauer bei planmäßige Entlassungen in Tagen	92,2	28,4	277	94,3	31,2	189	93,1	29,6	466

(24,3% vs. 17,6%). Der Anteil an Antwortern im Alter über 40 Jahre liegt mit 43,2% deutlich über den Wert der Gesamtstichprobe 37,7%. Personen ohne Schulabschluss oder mit erreichtem Hauptschulabschluss sind als Antworter mit 4,0% bzw. 35,6% gegenüber der Gesamtstichprobe von 6,5% und 38,8% deutlich unterrepräsentiert. Bei den Antwortern mit Realschul- und höherwertigem Abschluss liegt in 72,8% vs. 64,2% der Fälle in der Gesamtstichprobe eine Alkoholabhängigkeit vor. Unter den Antwortern ist der Anteil an Rehabilitanden, die die Adaptionsphase abgebrochen haben mit 7,3% deutlich geringer als in der Gesamtstichprobe mit 12,6%. Geantwortet haben in 91,7% der Fälle Rehabilitanden mit planmäßig stattgefundenener Entlassung.

Katamneseergebnisse

Sofern nur die Angaben der Katamneseantworter zu *Abstinenz*, *Rückfall* und *Abstinenz nach Rückfall* berücksichtigt werden, beträgt die Ausschöpfungsquote 37,6%. Von den angeschriebenen Rehabilitanden antworteten 24,9% nicht. 36,0% konnten nicht erreicht werden oder gelten als unbekannt verzogen. 1,1% der Rehabilitanden verweigerten die Teilnahme an der Nachbefragung. 0,4% sind mittlerweile verstorben.

Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese

11,7% der Antworter waren zum Katamnesezeitpunkt verheiratet. Das entspricht gegenüber dem Aufnahmezeitpunkt zur Adaption einer leichten Zunahme um 0,4%. Die Quote der Erwerbstätigen stieg von 2,9% zum Aufnahmezeitpunkt auf **46,4%** zum Nachbefragungszeitpunkt. Dies bedeutet eine erhebliche Verbesserung. Unter Erwerbstätigkeit verstehen wir zuallererst eine auf wirtschaftlichen Erwerb (Einkommen) ausgerichtete Beschäftigung. Sie ist zugleich sinnstiftend, alltagsstrukturierend, ermöglicht Begegnung im sozialen Raum und trägt zur Absicherung erwerbsfreier Zeiträume (bspw. Rente) bei. Im Katamnesezeitraum verringerte sich die Erwerbslosenquote von 91,7% auf 42,1%. Zugleich stieg die Zahl Nichterwerbstätiger von 5,4% zum Aufnahmezeitpunkt auf 11,5% zum Zeitpunkt der Nachbefragung. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten.

Erfreulich ist die Verringerung an Arbeitsunfähigkeitszeiten. Lag der Anteil der Rehabilitanden ohne Arbeitsunfähigkeit zu Beginn der Adaptionsphase bei 41,8%, konnte zum Katamnesezeitpunkt ein Anstieg ohne jegliche Arbeitsunfähigkeit auf 66,5% verzeichnet werden. Arbeitsunfähigkeit unter drei Monaten nahm von 32,4% auf 18,4% ab. Unter sechs Monaten halbierte sich der Wert von 16,5% auf 8,2%, in einem Zeitraum von mehr als sechs Monaten verringerte sich der Wert von 9,4% auf 7,0%. Auch hier

Tabelle 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

Ergebnisse zum Datenrücklauf	Anzahl	Prozent
Abstinenz	117	21,4%
Abstinenz nach Rückfall	38	6,9%
Rückfall	51	9,3%
Weigerung zum Versand	6	1,1%
verstorben	2	0,4%
nicht erreicht/unbekannt verzogen	197	36,0%
Nichtantworter	136	24,9%
Gesamt	547	100,0%

Tabelle 4: Daten der Antworter zum Katamnesezeitpunkt (im Vergleich zum Behandlungsbeginn)

Merkmal	Kategorien	Katamneseantworter			
		Katamnesezeitpunkt		Therapiebeginn	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Familienstand (N = 204)	verheiratet	18	11,7%	23	11,3%
	nicht verheiratet	136	88,3%	181	88,7%
Erwerbsituation (N = 204)	erwerbstätig	85	46,4%	6	2,9%
	erwerbslos	77	42,1%	187	91,7%
	nicht erwerbstätig	21	11,5%	11	5,4%
Arbeitsunfähigkeit (N = 170)	keine Arbeitsunfähigkeit	105	66,5%	71	41,8%
	< 3 Monate	29	18,4%	55	32,4%
	< 6 Monate	13	8,2%	28	16,5%
	> 6 Monate	11	7,0%	16	9,4%
Selbsthilfgruppenbesuch (N = 158)	keine Angabe	48	23,3%		
	keine Selbsthilfegruppe besucht	76	36,9%		
	Während des gesamten Zeitraums	40	19,4%		
	Mindestens ein halbes Jahr lang	14	6,8%		
	weniger als ein halbes Jahr lang	28	13,6%		
Beratungsstellenbesuch Nachsorge (N = 186)	Keine Angabe	94	50,5%		
	Nein	59	31,7%		
	Ja	33	17,7%		

beziehen sich die Ergebnisse auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten.

Der empfohlene Besuch von Selbsthilfgruppen als Abstinenz unterstützende Maßnahme wird von deutlich weniger Rehabilitanden als gewünscht wahrgenommen. Während 23,3% auf die Beantwortung der Frage verzichteten, gaben 19,4% der Rehabilitanden einen über den Ein-Jahres-Zeitraum erfolgten regelmäßigen Besuch von Gruppen an. 6,8% gaben einen unregelmäßigen aber mindestens über ein halbes Jahr erfolgten Besuch einer Gruppe an. 13,6% der Antworter nutzten die Selbsthilfegruppe eher sporadisch bzw. unterhalb eines halben Jahres. Nur etwa jeder sechste Antworter (17,7%) gibt an, die ambulante Nachsorge bzw. Beratung genutzt zu haben. Allerdings fehlten bei 50,5% der

Antworter Angaben zur Nachsorge und bei 23,3% Angaben zum Besuch einer Selbsthilfegruppe.

Abstinenzquoten

Die Aufschlüsselung zur wahrscheinlichen und absoluten Abstinenzquote erfolgt nach den Berechnungsstandards DGSS 1 bis DGSS 4 der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS). Die vier Berechnungsgrundlagen beziehen sich auf planmäßig entlassene und erreichte Rehabilitanden (DGSS 1), planmäßig entlassene Rehabilitanden (DGSS 2), erreichte Rehabilitanden (DGSS 3) und alle im Entlassjahrgang entlassenen Rehabilitanden (DGSS 4). Letztere Auswertung bedeutet, dass nicht erreichte Rehabilitanden, Verstorbene etc. als rückfällig bewertet werden.

Tabelle 5a: Abstinenzquoten nach DGSS 1 - 4 der Gesamtstichprobe nach klassischer Abstineinstufung

	DGSS1 (189 Fälle)		DGSS2 (466 Fälle)		DGSS3 (206 Fälle)		DGSS4 (547 Fälle)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Abstinent	112	59,3%	112	24,0%	117	56,8%	117	21,4%
Abstinent nach Rückfall (3 Monate)	20	10,6%	21	4,5%	23	11,2%	24	4,4%
Rückfällig	57	30,2%	331	71,0%	66	32,0%	404	73,9%
Widersprüchliche Angaben	0	0,0%	2	0,4%	0	0,0%	2	0,4%

Tabelle 5b: Abstinenzquoten nach DGSS 1 - 4 (neu „Abstinent nach Rückfall 30 Tage“) der Gesamtstichprobe

	DGSS1 (189 Fälle)		DGSS2 (466 Fälle)		DGSS3 (206 Fälle)		DGSS4 (547 Fälle)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Katamnestiche Erfolgsquote (AnR 30 Tage)	146	77,2%	146	31,3%	155	75,2%	155	28,3%
Rückfällig	43	22,8%	320	68,7%	51	24,8%	392	71,7%

Die Tabellen 5a und b zeigen die Ergebnisse zu Abstinenz und Rückfall. Die katamnestiche Erfolgsquote wird berechnet nach der summativen Evaluation abstinent und abstinent nach Rückfall (AnR). Der Begriff Erfolgsquote im Zusammenhang der Bezeichnung AnR 30 Tage soll hier erklärt werden. Nach alter Regel galt als Erfolg, wenn bei der Kategorie abstinent nach Rückfall die Rehabilitanden mindestens durchgehend drei Monate abstinent nach einem Rückfall waren. Inhaltlich veränderte sich der Standpunkt zur Erfolgsbewertung in der Suchtbehandlung dahingehend, Rückfälle zu entdramatisieren und eher auf die Fähigkeit der Rehabilitanden abzustellen, diese Ereignisse kurzfristig wieder zu überwinden. Von Erfolg dürfen wir demnach auch bei Rehabilitanden ausgehen, denen es gelungen ist, nach Rückfall 30 Tage abstinent zu sein. Dies entspricht der aktuellen Definition von AnR 30 Tage. Hier müssten wir vermutlich noch aufschlüsseln, ob es sich um einen Rückfall mit der individuellen Hauptdroge handelt oder ob auch der Konsum oder das Verhalten einer anderen F1-Diagnose benannt wurde. Für unsere Rehabilitanden mit verstärktem Rückfallrisiko sind auch die Überwindung einzelner Rückfälle und ein anschließend abstinentes Verhalten zu würdigen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse nach der aktuellen Abstineinstufung beschrieben. Zum Vergleich wurde die Tabelle 5a nach der Abstineinstufung (alt) vorgestellt. Deren Erfolgsquoten Abstinent

und mindestens drei Monate abstinent nach Rückfall liegen unter denen der neuen Einstufung. Die Erfolgsquote (neu) nach DGSS 1 beträgt 77,2% und nach DGSS 4 28,3%. Nach konservativer Berechnung (DGSS 4) wären 71,7% aller im Entlassjahrgang 2014 entlassenen Rehabilitanden rückfällig. 24,8% aller Antworter gaben an rückfällig zu sein. Hierbei ist zu bedenken, dass als rückfällig auch zählt, wer im Katamnestichezeitraum Suchtmittel konsumiert, auch wenn diese nicht der diagnostizierten Suchtkrankheit entsprechen. Als Beispiele gelten hier ein Heroin-Abhängiger, der nicht abhängig Alkohol trinkt oder ein Alkoholabhängiger, der gelegentlich kiff.

Tabelle 5 weist in der Kategorie nach der Berechnungsgrundlage DGSS 2 68,7% Rehabilitanden als rückfällig aus bzw. 68,0% bei der Abstineinstufung des für den Erhebungszeitraum gültigen DHS-Manuals (s. DHS: Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Stand 05.10.2010. www.dhs.de). Bei diesen Werten, wie auch bei den Werten nach DGSS 4, 71,7% bzw. 71,1% ist nicht unterschieden, wie viele Rehabilitanden die Frage nach dem Rückfall mit Ja beantwortet haben oder ob nach der Definition – Nichtantworter zählen grundsätzlich als rückfällig – diese Werte zustande gekommen sind.

Abstinenzquoten nach Geschlecht und Behandlungsdauer

In den folgenden Detailbetrachtungen beziehen wir die Erfolgsquote jeweils auf die

neue Zählweise für abstinent -nach Rückfall (= 30 Tage) und durchgehend abstinent. Wie durch Katamnestiche von Entwöhnungsbehandlungen bestätigt, liegen die Abstinenzquoten für Frauen auch nach der Adaptionphase über denen der Männer.

Abstinent waren 69,6 % der Frauen nach DGSS 1, 34,8% nach DGSS 2, 64,0% der Katamnestiche-Antworterinnen nach DGSS 3 und 29,1% nach DGSS 4. Damit liegen die weiblichen Erfolgsraten zwischen 9,5% und 13,7% über denen der männlichen Abhängigkeitskranken. Die Rückfallrate schwankt je nach Berechnungsgrundlage zwischen 17,4% nach DGSS 1 und 63,6% nach DGSS 4 bei weiblichen Rehabilitanden. Sie liegt damit zwischen 6,3% und 12,4% unter der Rate der männlichen Abhängigkeitskranken.

Die Abstinenzwahrscheinlichkeit steigt der Untersuchung zufolge, wenn die Rehabilitanden in der Adaptionphase angemessen Zeit haben, sich auf ein eigen verantwortetes abstinentes Leben vorzubereiten. Dies entspricht auch unserer Erfahrung, dass die Störungsniveaus der Rehabilitanden, Komorbiditäten und multifaktorielle Zusammenhänge der Krankheit zunehmen. Bei einer Behandlungszeit bis 12 Wochen belegt die Abstinenzrate mit 48,9% nach DGSS1 gegenüber einem Zeitraum bis 16 Wochen 61,1% und über einen 16-Wochen-Zeitraum hinaus 65,3% die Notwendigkeit einer ausreichenden Adaptionphase. Die Rückfallrate sinkt mit zunehmender Behandlungsdauer von 33,3% bei bis zu 12 Wochen, 21,1% bei bis zu 16 Wochen und

Tabelle 6: Abstinenzquoten nach Geschlecht nach DGSS 1 - 4

	DGSS1 (189 Fälle)		DGSS2 (466 Fälle)		DGSS3 (206 Fälle)		DGSS4 (547 Fälle)	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Katamnestiche Erfolgsquote	75,5%	82,6%	28,9%	41,3%	73,7%	80,0%	26,3%	36,4%
Abstinent	55,9%	69,6%	21,4%	34,8%	54,5%	64,0%	19,5%	29,1%
Abstinent nach Rückfall	19,6%	13,0%	7,5%	6,5%	19,2%	16,0%	6,9%	7,3%
Rückfällig	24,5%	17,4%	71,1%	58,7%	26,3%	20,0%	73,7%	63,6%

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

	DGSS 1			DGSS 2		
	bis 12 Wochen	12 bis unter 16 Wochen	über 16 Wochen	bis 12 Wochen	12 bis unter 16 Wochen	über 16 Wochen
Katamnestic Erfolgsquote	66,7%	78,9%	83,7%	26,5%	34,4%	30,4%
Abstinent	48,9%	61,1%	65,3%	19,5%	26,6%	23,7%
Abstinent nach Rückfall	17,8%	17,9%	18,4%	7,1%	7,8%	6,7%
Rückfällig	33,3%	21,1%	16,3%	72,6%	65,1%	68,9%
Widersprüchliche Angaben	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,5%	0,7%

	DGSS 3			DGSS 4		
	bis 12 Wochen	12 bis unter 16 Wochen	über 16 Wochen	bis 12 Wochen	12 bis unter 16 Wochen	über 16 Wochen
Katamnestic Erfolgsquote	65,0%	77,3%	83,7%	21,5%	32,6%	30,1%
Abstinent	45,0%	59,8%	65,3%	14,9%	25,2%	23,5%
Abstinent nach Rückfall	20,0%	17,5%	18,4%	6,6%	7,4%	6,6%
Rückfällig	35,0%	22,7%	16,3%	77,9%	67,0%	69,1%
Widersprüchliche Angaben	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,4%	0,7%

16,3% in einem längeren Zeitraum. Ein Effekt auf die Abstinenz nach Rückfall 30 Tage lässt sich nicht belegen.

Abstinenz und Rückfall nach Haupt-suchtmitteldiagnose

Bei der Auswertung nach Diagnosen ICD F10 (Alkoholabhängigkeit) und zusammengefasster F11 – F19 (insbesondere Abhängigkeit von illegalen Drogen und multipler Substanzgebrauch) ergibt sich eine Erfolgsquote für Behandelte mit einer Alkoholabhängigkeit (F 10) von 77,2% nach DGSS 1 und 32,2% nach DGSS 4. In der Diagnosegruppe F11-F19 ergibt sich eine Erfolgsquote von 77,4% nach DGSS 1 und 21,4% nach DGSS 4.

Aufgeschlüsselt nach F11 bis F19 weisen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer Abhängigkeit von Opioiden eine Abstinenzquote nach DGSS 1 von 77,4% und nach DGSS 3 (Katamnesticantworter) von 75,0% auf.

Mehrfachabhängige Rehabilitanden aus dem Entlassjahrgang 2014 (vgl. Tab. 8b) weisen nach DGSS 3 eine Abstinenzrate von 40,0% und eine Rückfallrate von 50,0% auf, letztere doppelt so hoch wie im Fall von Al-

kohol- und Opioidabhängigkeit. In den 2014 basisdokumentierenden Fachkliniken für Drogenabhängigkeit waren 78,5% der Rehabilitanden unter 19 bis 39 Lebensjahre (Kemmann, D., Post, Y., et al: 2015, S. 33). Rehabilitanden in der genannten Altersgruppe machen in den Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit nur einen Anteil von 31,0% aus (Bachmeier, R. et al.: 2015 S.7)!

Rehabilitanden mit Psychischen und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, durch Kokain und andere illegale Substanzen zeigen nach der Adapti-

onsphase nach der Datenlage gute Aussicht auf Abstinenz. 60,0% der Antwortere waren nach DGSS 3 zum Katamnesticzeitpunkt abstinent, 23,3% rückfällig zu sein. Die Ergebnisse sind vor dem Hintergrund geringer Fallzahlen der Diagnosen F13 – F18 mit Vorsicht zu interpretieren. Sie machen nur 15,7% der Gesamtstichprobe aus.

Therapieerfolg im Zusammenhang sozialer, beruflicher und persönlicher Merkmale

Mithilfe der folgenden Ergebnisse sollen Zusammenhänge weiterer spezifischer

Tabelle 8a: Behandlungserfolg in Abhängigkeit der Diagnose Alkohol und F11 - F19 zusammengefasst

Hauptsuchtmitteldiagnose	DGSS 1		DGSS 2	
	Alkohol	F11-F19	Alkohol	F 11-F19
Katamnestic Erfolgsquote	77,2%	77,4%	35,4%	24,3%
Rückfällig	22,8%	22,6%	64,6%	75,7%

Hauptsuchtmitteldiagnose	DGSS 3		DGSS 4	
	Alkohol	F 11-F19	Alkohol	F11- F19
Katamnestic Erfolgsquote	75,3%	75,0%	32,2%	21,4%
Rückfällig	24,7%	25,0%	67,8%	78,6%

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

	DGSS 1				DGSS 2			
	F11	F12	F13 - F18	F19	F11	F12	F13 - F18	F19
Katamnestic Erfolgsquote	75,0%	91,7%	78,6%	55,6%	17,6%	20,0%	29,7%	21,7%
Rückfällig	25,0%	8,3%	21,4%	44,4%	82,4%	80,0%	70,3%	78,3%

	DGSS 3				DGSS 4			
	F11	F12	F13 - F18	F19	F11	F12	F13 - F18	F19
Katamnestic Erfolgsquote	75,0%	91,7%	76,7%	50,0%	14,3%	18,0%	26,7%	17,9%
Rückfällig	25,0%	8,3%	23,3%	50,0%	85,7%	82,0%	73,3%	82,1%

Merkmale und der katamnesticen Erfolgsquote untersucht werden. Aufgrund der geringen Fallzahlen lassen sich keine signifikanten Unterschiede herausstellen. Dennoch geben die Zahlen Hinweise auf mögliche Zusammenhänge. Unter Erfolgsquote verstehen wir die durchgehende Abstinenz der Rehabilitanden im Nachbefragungszeitraum bzw. deren mindestens 30-tägige Abstinenz nach einem erneuten Suchtmittelkonsum, zusammengezogen zu AnR.

Zum Katamnesezeitpunkt gaben 74,8% der männlichen Antwortern an, abstinent bzw. mindestens 30 Tage nach Rückfall wieder abstinent zu sein. Weibliche Antwortern hatten eine Erfolgsquote von 84,1%.

Die Altersstruktur zeigt bei den Gruppierungen bis 40 Jahre und über 40 geringe Unterschiede. Abstinent und abstinent nach Rückfall wurden 79,6% für unter 40-jährige und 73,8% für über 40-jährige errechnet.

Von den Rehabilitanden in festen *Beziehungen* waren 70,5% abstinent bzw. mindestens 30 Tage nach Rückfall abstinent, im Unterschied zu den Betroffenen mit 78,8%, die keine feste Beziehung angaben. Weitere Untersuchungen mit größerem Stichprobenumfang können sicher helfen, diese Erkenntnisse zu überprüfen bzw. zu fundieren.

Von Rehabilitanden, die zum Aufnahmezeitpunkt *Erwerbstätigkeit* angaben, ist anzunehmen, dass sie in einem überschaubaren Zeitraum vor der stationären Behandlung noch im Erwerbsleben integriert waren. Diese Gruppe weist mit 83,3% gegenüber Nichterwerbstätigen bei Aufnahme eine um 6,1% höhere Abstinenzquote auf. Allerdings muss auch an dieser Stelle auf die niedrigen Fallzahlen verwiesen werden. Somit sind die Aussagen nur für die aktuelle Untersuchung gültig.

Beim Merkmal *Abhängigkeitsdauer* in der Gruppierung unter (76,6%) und über 10 Jahren (77,2%) lassen sich aus dem vorliegenden Datenmaterial keine Effekte ablei-

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

Alter		Katamn. Erfolgsquote	Rückfällig	Gesamt
bis 40	Anzahl	82	21	103
	Prozent	79,6%	20,4%	100,0%
über 40	Anzahl	59	21	80
	Prozent	73,8%	26,3%	100,0%
Partnerbeziehung bei Aufnahme		Katamn. Erfolgsquote	Rückfällig	Gesamt
keine Angaben	Anzahl	2	0	2
	Prozent	100,0%	0,0%	100,0%
feste Beziehung	Anzahl	31	13	44
	Prozent	70,5%	29,5%	100,0%
keine feste Beziehung	Anzahl	108	29	137
	Prozent	78,8%	21,2%	100,0%
Dauer Abhängigkeit		Katamn. Erfolgsquote	Rückfällig	Gesamt
bis 10 Jahre	Anzahl	49	15	64
	Prozent	76,6%	23,4%	100,0%
über 10 Jahre	Anzahl	88	26	114
	Prozent	77,2%	22,8%	100,0%
Art der Entlassung		Katamn. Erfolgsquote	Rückfällig	Gesamt
planmäßig	Anzahl	135	35	170
	Prozent	79,4%	20,6%	100,0%
nicht planmäßig	Anzahl	6	7	13
	Prozent	46,2%	53,8%	100,0%

ten. Rehabilitanden mit *einer Entgiftung* hatten gegenüber den Vergleichsgruppen mit *keiner* (70,8%) bzw. *zwei und mehr Entgiftungen* (76,6%) die größte Erfolgsquote mit 80,8%.

Deutliche Unterschiede lassen sich feststellen beim Merkmal Entlassart. Planmäßig entlassene Rehabilitanden hatten mit 79,4% eine deutlich höhere Erfolgsquote als nicht planmäßig entlassener Rehabilitanden mit 46,2%.

Die Untersuchung weist auf die Wirksamkeit einer angemessenen Behandlungsdauer hin: Die Erfolgsquote (nach DGSS 3) beträgt bei Rehabilitanden mit einer Be-

handlungsdauer bis 12 Wochen 26,5%, bei Rehabilitanden mit einer Verweildauer bis 16 Wochen 34,4% und bei einer Verweildauer darüber hinaus 30,4%. Erfolgreichste Gruppe ist hier die mit der Verweildauer von 12 bis unter 16 Wochen. Um diese statistische Aussage inhaltlich noch weiter validieren zu können, müssten die planmäßig entlassenen Rehabilitanden der einzelnen Gruppen miteinander hinsichtlich ihrer Merkmale sowie die damit in Zusammenhang stehende Auswirkungen auf Abbrüche und Rückfälligkeit verglichen werden können. Vertiefende Analysen sind mit den vorliegenden Daten leider nicht möglich.

Tabelle 10: Ko- und Multimorbidität der untersuchten Gruppen

Diagnosegruppe		Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Psychische Diagnosen	keine	196	57,5%	116	56,3%	312	57,0%
	eine	104	30,5%	69	33,5%	173	31,6%
	zwei	35	10,3%	18	8,7%	53	9,7%
	drei	4	1,2%	2	1,0%	6	1,1%
	vier	2	0,6%	1	0,5%	3	0,5%
Somatischen Diagnosen	keine	156	45,7%	76	36,9%	232	42,4%
	eine	85	24,9%	56	27,2%	141	25,8%
	zwei	54	15,8%	32	15,5%	86	15,7%
	drei	26	7,6%	21	10,2%	47	8,6%
	vier	20	5,9%	21	10,2%	41	7,5%

Komorbidität und Abstinenz

Ein kennzeichnendes Merkmal der Rehabilitanden, die eine zweite Phase der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durchlaufen, ist das Vorhandensein weiterer F1-Diagnosen neben der Hauptsuchtmittelabhängigkeit, dies umfasst zusätzliche psychiatrische Diagnosen aus dem Bereich F0 und F2 bis F9 sowie somatische Störungen.

Die Tabelle 10 zeigt, dass 43,0% der Rehabilitanden der Gesamtstichprobe eine bis mehrere psychiatrische Diagnosen sowie 57,6% der Rehabilitanden ein bis vier zusätzliche somatische Diagnosen aufweisen. Zusätzliche Suchtmitteldiagnosen wurden nicht ausreichend dokumentiert.

Zur weiteren Differenzierung psychischer Komorbidität wurden die Diagnosegruppierungen Depression, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen erfasst.

Beinahe ein Drittel der Antwort mit der Zusatzdiagnose Depression war im Ein-Jahres-Zeitraum rückfällig (15 von 46). Vergleicht man die Antwortquote mit der Gesamtstichprobe, sind die rückfällig Gewordenen nicht weniger oder mehr depressiv als die Rehabilitanden der Gesamtstichprobe. Insgesamt ist bei 22,1% der Rehabilitanden Depression als komorbide Störung diagnostiziert.

Eine zusätzlich zur Abhängigkeit diagnostizierte Angststörung weisen 3,1% der Ge-

samtstichprobe und 2,1% der rückfälligen Antworter auf. Allerdings sind die Fallzahlen für eine valide Aussage zu gering. 40,9% der Betroffenen mit der Diagnosegruppe Persönlichkeitsstörung gaben an rückfällig zu sein. (9 von 22). In der Gesamtstichprobe weisen 13,7% diese Zusatzdiagnose auf, bei den Antwortern 10,7%.

Unterscheidet man die Erfolgsquoten hinsichtlich Vorhandenseins einer Zusatzdiagnose, so zeigt sich bei antwortenden Rehabilitanden (nach DGSS 3) ohne Zusatzdiagnose Depression eine Erfolgsquote abstinent und AnR von 77,5% gegenüber Rehabilitanden mit dieser Diagnosegruppe, die eine Erfolgsquote von 67,4% aufweisen. Rehabilitanden mit einer Angststörung haben mit 80% eine höhere Erfolgsquote als die Gruppe ohne F 40 – 41. Diese Zahlen sind aufgrund der geringen Fallzahl nur bedingt aussagekräftig. Behandelte ohne Persönlichkeitsstörung haben mit 77,2% eine deutlich höhere Erfolgsquote als Rehabilitanden mit einer Störung (59,1%). Sollten diese Zahlen durch größere Datenmengen bestätigt werden, dann ergibt sich die Manifestation eines Rückfallrisikos durch zusätzliche psychiatrische Diagnosen.

Bewertung der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen

Zur Bewertung der Zufriedenheit wird auf Tabelle 11 Zufriedenheit in Abhängigkeit von Therapieerfolg verwiesen, die Erfolgs-

quote umfasst abstinent und abstinent nach Rückfall (AnR 30 Tage). Die Tabelle zeigt mögliche Beziehungen zwischen Zufriedenheit/Unzufriedenheit und den spezifischen Lebensbereichen wie Arbeitssituation, finanzielle Situation, Freizeitverhalten oder das Erleben der eigenen Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Auch wenn das Zahlenmaterial keine zuverlässige kausale Aussagekraft ermöglicht, wird dadurch deutlich, dass Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit / Unzufriedenheit und Abstinenz sowie Rückfälligkeit bestehen.

Durchgängig in allen Lebensbereichen wie Partnerbeziehung (68,6%), Beziehungen zu Verwandten (87,8%) und eigenen Kindern (81,0%), zum sozialen Umfeld (86,1%) zeigten sich die Rehabilitanden mit Abstinenz / Abstinenz nach Rückfall überwiegend zufrieden mit ihrer Situation. Die seelische Situation sahen 75,9% als zufriedenstellend an. Überwiegend positiv erfolgte auch die Einschätzung zu Freizeitgestaltung (84,6%), Arbeitssituation (69,9%) und körperliche Verfassung (77,8%). Hier zeigten sich bei Rückfälligen deutlich geringere Zufriedenheitswerte: Freizeitgestaltung 52,9%, Arbeitssituation 39,4% und körperliche Verfassung 52,9%.

Das lässt den Schluss zu, welcher bedeutsamer Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und einem ausgefüllten Alltag und einer guten körperlichen Verfassung besteht. Dieser Zusammenhang ist auch hinsichtlich

Tabelle 11 a: Details zur Komorbidität

Psychische Komorbidität		Katamneseantworter		Nichtantworter		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Depression	keine Depression	160	77,7%	266	78,0%	426	77,9%
	Depression	46	22,3%	75	22,0%	121	22,1%
	Gesamt	206	100,0%	341	100,0%	547	100,0%
Angststörung	keine Angststörung	201	97,6%	329	96,5%	530	96,9%
	Angststörung	5	2,4%	12	3,5%	17	3,1%
	Gesamt	206	100,0%	341	100,0%	547	100,0%
Persönlichkeitsstörung	keine Persönlichkeitsstörung	184	89,3%	288	84,5%	472	86,3%
	Persönlichkeitsstörung	22	10,7%	53	15,5%	75	13,7%
	Gesamt	206	100,0%	341	100,0%	547	100,0%

Tabelle 11 b: Abstinenzquoten nach DGSS 3 in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität

Abstinenz vs. Psychische Komorbidität	Katamnestiche Erfolgsquote AnR 30 Tage		Rückfällig		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Depression	124	77,5%	36	22,5%	160	100,0%
Depression	31	67,4%	15	32,6%	46	100,0%
keine Angststörung	151	75,1%	50	24,9%	201	100,0%
Angststörung	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%
keine Persönlichkeitsstörung	142	77,2%	42	22,8%	184	100,0%
Persönlichkeitsstörung	13	59,1%	9	40,9%	22	100,0%

Tabelle 12: Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Therapieerfolg nach DGSS 3

Zufriedenheit mit	Therapieerfolg		
	Katamnestiche Erfolgsquote	Rückfällig	Gesamt
Partnerbeziehung	68,6%	66,7%	68,2%
Eltern, Geschwister, Verwandte	87,8%	82,4%	86,6%
Eigene Kinder	81,0%	84,6%	81,6%
Bekannte, Freunde	86,1%	67,6%	81,9%
Freizeitgestaltung	84,6%	52,9%	77,5%
Arbeitssituation	69,6%	39,4%	62,8%
Körperliche Gesundheit	77,8%	52,9%	72,2%
Seelischer Zustand	75,9%	67,6%	74,0%
Finanzielle Situation	61,2%	52,9%	59,3%
Wohnsituation	82,9%	73,5%	80,8%
Suchtmittelgebrauch	94,2%	50,0%	83,2%
Alltagsbewältigung	87,7%	75,0%	84,9%

der Zufriedenheit mit der finanziellen Situation zu beobachten. Grundsätzlich zeigten sich allerdings verglichen mit den anderen Lebensbereichen weniger der erfolgreichen Rehabilitanden mit ihrer finanziellen Situation zufrieden (61,2%), der Vergleichswert für die Rückfälligen liegt mit 52,9% darunter. Besonders positiv erscheint die Quote der Katamneseantworter, die mit ihrem Suchtmittelkonsum zufrieden sind. 94,2% der abstinenten und der AnR-Gruppe zeigten sich zufrieden. Es ist davon auszugehen, dass das Bewusstsein der eigenen Bewältigungskompetenzen und des Umgangs mit kritischen Situationen gestärkt ist. Bei Rückfälligen beträgt die Zufriedenheit hierzu lediglich 50,0%. Zufrieden zeigten sich 82,9% der erfolgreichen Katamneseantworter mit der Wohnsituation und 87,7% mit ihrer Alltagsbewältigung, die Vergleichswerte der Rückfälligen betragen 73,5% und 75,0%.

Die Katamnese der Rehabilitanden in den Adaptionseinrichtungen bestätigt die Ergebnisse von weiteren Nachbefragungen zur Entwöhnungsbehandlung. Abstinente lebende Suchtkranke zeigen in den verschiedenen Facetten des Lebens eine höhere Zufriedenheit und eine gewachsene Bewältigungskompetenz. Grundsätzlich erscheint der Anteil an Rehabilitanden mit Zufriedenheit in der Kategorie *rückfällig* geringer als in der Kategorie *abstinent* und *abstinent nach Rückfall*.

Begründungen für Abstinenzunterbrechungen oder weiteren Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Betroffene erleben Rückfälle in der Regel nicht durch einen einzelnen Grund hervorgerufen. Meist ist es ein letzter „Tropfen, der das Fass dann letztlich zum Überlaufen bringt“. Deshalb erfasst die Katamnese Mehrfachangaben spezifischer Gründe für einen erneuten Suchtmittelkonsum.

Am häufigsten werden durch die rückfälligen Rehabilitanden Langeweile (33,3%), Ärger und innere Anspannung (je 29,4%) und Einsamkeit empfinden (27,5%) als Gründe für erneuten Suchtmittelkonsum angegeben. Weitere Gründe sind die Bewältigung schwieriger Lebenssituationen (25,5%), Depression, Stressgefühle und Schlafschwierigkeiten mit je 23,5%. Ebenfalls 23,5% der Betroffenen gaben als Grund die Überzeugung an, kontrolliert konsumieren zu können. 21,6 % gaben körperliche Beschwerden, Frustration und Enttäuschung sowie eine gute Stimmung und Glücksgefühle als Rückfallgründe an. Angst spielte immerhin für 17,8% der Rückfälligen als Begründung eine Rolle, wobei die Ursache für die Angst nicht aufgeschlüsselt ist. 13,7% gaben Konflikte mit anderen Personen an. 11,8% benannten ein unwiderstehliches Verlangen nach erneutem Konsum als Grund bzw. konnten nicht Nein sagen. Zum Abbau von Hemmungen nutzten 9,8%

Tabelle 13: Angaben der rückfälligen Antworter zu Gründen für erneuten Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Gründe für den erneuten Suchtmittelkonsum	Prozent
Langeweile	33,3%
Ärger	29,4%
Innere Anspannung	29,4%
Einsamkeit	27,5%
Schwierige Lebenssituationen	25,5%
Depression	23,5%
Stressgefühle	23,5%
Schlafschwierigkeiten	23,5%
Kontrolliertes Trinken	23,5%
Frustration, Enttäuschung	21,6%
Gute Stimmung, Glücksgefühl	21,6%
Körperliche Beschwerden	21,6%
Angst	17,8%
Konflikte mit anderen Personen	13,7%
Nicht Nein sagen können	11,8%
Unwiderstehliches Verlangen	11,8%
Hemmungen abbauen	9,8%
In Gesellschaft der Versuchung nicht widerstehen können	7,8%
Entzugsähnliche Beschwerden	5,9%

der Rehabilitanden wiederholt Suchtmittel. In der Gesellschaft konnten 7,8% der Betroffenen nicht widerstehen (Verführungs- und Versuchungssituationen). 5,9% der Antworter benannten entzugsähnliche Beschwerden als Grund erneuten Konsums. Das Erleben von Einsamkeit spielt auch vor dem Hintergrund der Veränderungen in der Wohnsituation und im sozialen Gefüge eine große Rolle. Beispielsweise stellt sich verbunden mit einem Ortswechsel und der He-

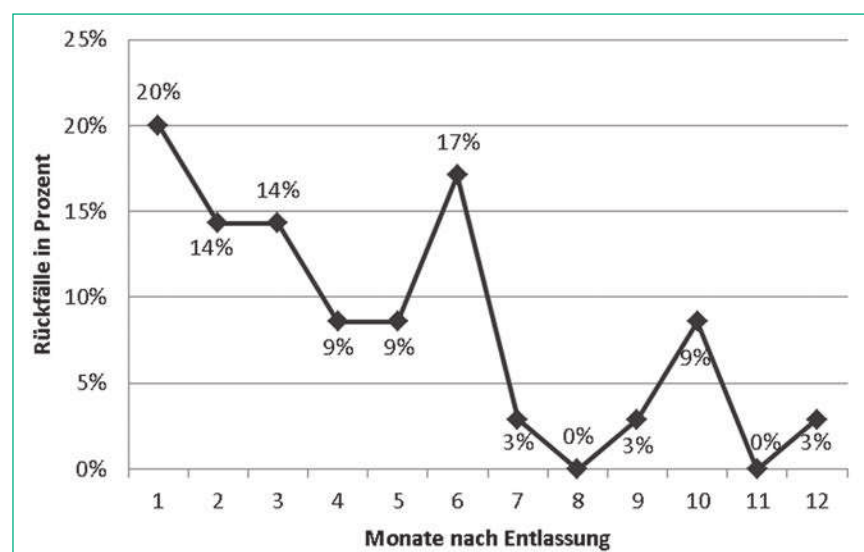


Abbildung 1: Eintritt des Rückfalls nach Behandlungsende (N=35)

rauslösung aus einem suchtfördernden Milieu die Aufgabe abstinentfördernde Bindungen und ggf. neue Beziehungen aufzubauen.

Rückfallzeitpunkt

Die Frage nach dem Rückfallmonat wurde nur von 35 rückfälligen Rehabilitanden beantwortet. Die Ergebnisse decken sich jedoch auch mit denjenigen von weiteren Erhebungen, z.B. von Rehabilitationskliniken. Demnach konsumierten nach eigener Aussage in den ersten drei Monaten nach Entlassung fast 50% und bis zu sechs Monaten nach Entlassung ca. 83% der rückfällig Gewordenen. In den späteren Monaten sinkt die Rückfallrate deutlich. Dies weist auf den weiteren Unterstützungsbedarf dieser Personengruppe nach der Adaptionsphase hin.

Erwerbssituation und Erfolgsquote der Antwortter

Die folgende Tabelle zeigt den Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit/-tätigkeit zum Aufnahme- bzw. Katamnesezeitpunkt und dem Abstinenzserfolg der Antworttergruppe.

Eine Indikation für die Adaptionsphase bildet die schwierige Erwerbssituation der Rehabilitanden. Nur in Einzelfällen verfügen Rehabilitanden zu Beginn der Adaption noch über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz, der entweder aufgegeben wird oder für die Dauer der Behandlung ruht und bei günstiger Prognose wieder zur Verfügung steht. Von den 77 Antwortern, die zum Zeitpunkt der Aufnahme erwerbslos waren und zum Zeitpunkt der Katamnese über Arbeit verfügten, waren 63 Personen abstinent bzw. AnR. 14 Personen waren erwerbstätig und rückfällig. Das entspricht einer Erfolgsquote von 81,8% der antwortenden Gruppe. Von 71 zum Katamnesezeitpunkt erwerbslosen Antwortern waren 54 abstinent bzw. AnR, 17 Antwortter waren rückfällig. Das entspricht einer Erfolgsquote von 76,1%. Es zeigt sich ein Unterschied von 5,7% zwischen erwerbstätigen und er-

werbslosen Abstinentern. Dieser geringe Unterschied kann zum einen am geringen Outcome der Nachbefragung liegen. Zum anderen sei auf die Komplexität des Rückfallgeschehens verwiesen, denn die Zahlen sagen beispielsweise wenig darüber aus, dass neben dem Vorhandensein einer beruflichen Perspektive auch eine gewachsene psychische Stabilität als längerfristige Voraussetzung zur gelingenden Wiedereingliederung in Erwerb und abstinent gestalteten Lebensalltag beiträgt. Dies gilt im besonderen Maß für die zum Katamnesezeitpunkt noch Erwerbslosen. Schließlich gilt festzuhalten, dass trotz stationärer Entwöhnungsbehandlung und Adaptionsphase die Barriere zum Arbeitsmarkt für viele Rehabilitanden aufgrund mehrerer Vermittlungshemmnisse schwer zu überwinden ist. Umso mehr ist zu begrüßen, wenn es Rehabilitanden gelingt, wieder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu gelangen.

Von den 19 Nichterwerbstätigen (Studenten, Schüler, Rentner, Hausfrauen) zum Katamnesezeitpunkt waren 12 Personen abstinent bzw. AnR, sieben waren rückfällig. Das entspricht einer Quote von 63,2%. Von 10 zum Aufnahmezeitpunkt Nichterwerbstätigen waren 5 zum Katamnesezeitpunkt erwerbstätig. Zumindest tendenziell ist dies ein gutes Ergebnis. Sechs von 10 Rehabilitanden dieser Gruppe waren abstinent bzw. AnR. Hinsichtlich der Aussagekraft der Angaben der Nichterwerbstätigen sei allerdings auf die geringe Fallzahl verwiesen.

Insgesamt stieg, wie weiter oben beschrieben, die Erwerbstätigenquote vom Aufnahme- zum Katamnesezeitpunkt, von 2,9% auf 46,4% und die Erwerbslosenquote verringerte sich um die Hälfte auf 42,1%. Hierzu ist anzumerken, dass sich die Situation auf dem deutschen Arbeitsmarkt in den letzten Jahren entspannt hat. Dennoch belegen die genannten Zahlen in besonderer Weise die erfolgreiche Tätigkeit der Adaptionsphase und der vorangegangenen Entwöhnungsbehandlung, wenn sie mit der Vermittlungsquote der Jobcenter vom April 2014 bis März 2015 verglichen werden. Das Institut für Bildungs- und Sozialpo-

litik der Hochschule Koblenz (IBUS) untersuchte im genannten Zeitraum aktive Unterstützungsleistungen durch die Arbeitsagenturen und Jobcenter und deren Effekte. Im Fall der SGB II-Bezieher mit dem Merkmal Langzeitarbeitslosigkeit lag die Vermittlungsquote monatlich bei 2%. (<https://www.hartziv.org/news/20150508-arbeitsagentur-und-jobcenter-kaum-erfolgreiche-jobvermittlungen>) Zudem lassen sich die Erfolge der Adaption nicht auf Arbeit und Abstinenz reduzieren. Vielmehr gilt es auch die deutlich verbesserte Wohnsituation, die bessere Gesundheit, die bessere soziale Einbindung in Netzwerke, die Verringerung der Berentungsnotwendigkeit, den Rückgang von Mortalität oder Kriminalität zu sehen und zu würdigen. Mit Zahlen nicht genügend zu erfassen sind des Weiteren die vielen Fälle, in denen die Beziehungen zu Familien und eigenen Kindern wieder gestärkt sind.

Diskussion der Ergebnisse

Im Rahmen der Katamneseerhebungen des FVS werden zum ersten Mal die Ergebnisse einer Nachbefragung von Rehabilitanden der Adaption vorgestellt. Von 919 aus den Einrichtungen des FVS- Qualitätszirkels zur Verfügung gestellten Datensätzen verblieben nach Bereinigungen 547 Fälle in den Auswertungen. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen können insbesondere Folgerungen, welche eine weitere Differenzierung der Daten erfordern, nur mit Zurückhaltung gezogen werden. Es wird deutlich, dass die Adaptionsphase für Menschen mit häufig polyvalenten Störungsmustern sowie psychiatrischen und somatischen Zusatzdiagnosen und erheblichen Teilhabeproblemen ausreichend lang sein muss, um sich angemessen auf die realen Erfordernisse eines abstinent gestalteten Lebensalltages vorzubereiten und entsprechende Übergänge zu schaffen.

Die Daten weisen auf Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen und Abstinenzquoten hin. Sie lassen sich dahingehend interpretieren, dass die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit ihrer Erwerbssituation, finanzielle Sicherheit, körperlichem Wohl und sozialer Eingebundenheit zur Abstinenzstabilisierung beitragen. An dieser Stelle sei nochmals auf die Wirksamkeit der Adaptionsphase verwiesen, die sich auch durch die vergleichsweise hohe Erwerbstätigenquote von 46,4% der Antworttergruppe zum Katamnesezeitpunkt ausdrückt.

Dies ist besonders vor dem Hintergrund der Aufnahmesituationen der Rehabilitanden zu würdigen. Der weitaus größte Teil der Rehabilitanden verfügt über eine mehr als brüchige Arbeitsbiografie. Die familiären Bindungen sind fragil. Viele Rehabilitanden tragen Schuldenberge vor sich her und weisen psychische Probleme auf. Die lange Zeit

Tabelle 14: Erwerbssituation und Erfolgsquote der Antwortter (DGSS 3)

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	Katamnestiche Erfolgsquote	rückfällig
erwerbstätig	erwerbstätig	66,7%	33,3%
	erwerbslos	100,0%	0,0%
	nicht erwerbstätig	0,0%	0,0%
erwerbslos	erwerbstätig	81,8%	18,2%
	erwerbslos	76,1%	23,9%
	nicht erwerbstätig	63,2%	36,8%
nicht erwerbstätig	erwerbstätig	80,0%	20,0%
	erwerbslos	66,7%	33,3%
	nicht erwerbstätig	50,0%	50,0%

der Abhängigkeit hinterließ bei vielen Rehabilitanden zahlreiche körperliche und seelische Spuren.

Umso bedeutsamer sind die dargestellten Erfolgsquoten zum Verlauf der weiteren Entwicklung der Rehabilitanden. Diese sprechen für das Engagement der jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und eine hohe Ergebnisqualität in der Behandlung Abhängigkeitskranker in den Adaptionseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V.

Literatur:

Bachmeier, R., Herder, F., Kemmann, D., Kersting, S., Kreutler, A., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Schneider, B., Strie, M., Verstege, R., Weissinger, V. (2016). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2013 von Fachkliniken für Alkohol und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 23/1, 5-20

Bachmeier, R., Bick, S., Funke, W., Herder, Jung, Ch., Kemmann, D., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Schneider, B., Seeliger, C., Verstege, R., Weissinger, V.: Teilband I: Basisdokumentation 2014 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit, in *Fachverband Sucht Basisdokumentation 2014*

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

Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2010

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2007). Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht), Version 1.0. Düsseldorf.

Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2011) Katamnese 1spaltig Sucht 2011, Version 1.0 Düsseldorf

Kemmann, D., Post, Y., Bange, S., Bolle, M., Claussen, U., Fischer, M., Funke, W., Graudenz, J., Kersting, S., Kranz, K., Mansbart, F.J., Kreutler, A., Missel, P., Müller, K., Muhl, C., Schulze, M., Susemihl, I., Tuchtenhagen, F., Weissinger, V.,

Winkelnkemper, S., Ziegler, M.N., Zimmer, K.: Teilband II Basisdokumentation 2014 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit, in *Fachverband Sucht Basisdokumentation 2014*

Teigeler, H., Verstege, R., Reger, F., Danninger, A., Fabricius, B., Häberlein, G., Kallina, U., Lange, N., Liebrich, M., Möller, T., Müller, V., Nels-Lindemann, C., Obendiek, J.-H., Schay, P., Stopp, J., Weissinger, V., Ziegner, C.: Teilband III Basisdokumentation 2014 – Adaptionseinrichtungen, in: *Fachverband Sucht Basisdokumentation 2014*

Verstege, Rainer: Adaption: Was wo wie, für wen, wie lange und warum? In: *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*, Fachverband Sucht e.V. – Geesthacht: Neuland 2000

Die Autoren:

- Dr. Benno Fabricius, Dipl.Soz.P./A., Helios Parkklinikum, Leiter Adaption Soteria Klinik Leipzig*
- Horst Teigeler, Dipl.Psych., Leiter AHG Adaptionshaus Lübeck*
- Rudolf Bachmeier, Dipl.-Phys., Qualitätsmanager, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing*
- Doris Braun, Adaption Fachklinik Eußerthal*

- Arno Danninger, Leiter Adaption der Klinik Eschenburg*
- Gabriele Häberlein, Dipl.-Psychologin, Adaption der AHG Poliklinik Schelfstadt, Schwerin*
- Franz Herder, AHG Wissenschaftsrat, Düsseldorf*
- Uwe Kallina, Psychologischer Psychotherapeut, AHG Gesundheitsdienste Adaptionshaus Koblenz*
- Anna Kreutler, Assistenz der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e. V., Bonn*
- Markus Liebrich, Psychologischer Psychotherapeut, Leiter Therapiezentrum Speyer*
- Jens Medenwaldt, Redline Data GmbH, Ahrensböök*
- Tina Möller, Psychologische Psychotherapeutin, Tannenhof Berlin-Brandenburg, Adaptionshaus Berlin*
- Verena Müller, Dipl.-Sozialarbeiterin, Leiterin Bonner Adaptions- und Nachsorgezentrum „Ausweg“*
- Corinna Nels-Lindemann, Dipl.-Sozialarbeiterin, Leiterin Adaption der salus klinik Friedrichsdorf*
- Frank Reger, Dipl.-Päd., Leiter des Adaptionshauses Daun der AHG Kliniken Daun*
- Peter Schay, M.Sc., Leiter Adaption Haus mit Aussicht Kadesch, Herne*
- Joachim Stopp, Dipl.-Pädagoge, Leiter Adaption, Diakonie-Krankenhaus Harz, Elbingerode*
- Kerstin Urban, Dipl.Soz.Päd., Leiterin Adaption Alte Ölmühle, Magdeburg*
- Dr. Rainer Verstege, Dipl.-Psych., Leiter, AHG Adaptionshaus TPR Duisburg*
- Dr. Volker Weissinger, Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn*
- Frauke Wulf, Adaption salus klinik Hürth*

Literaturhinweis

Vogelgesang, M., Schuhler, P. (Hrsg.): Psychotherapie der Sucht – Methoden, Komorbidität und klinische Praxis, 3. erw. und akt. Auflage, Lengerich, ISBN: 978-3-95853-239-7, 40,00€

Dieses Buch basiert auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells. Erfahrene ärztliche und psychologische TherapeutInnen beschreiben in diesem Handbuch und Praxisleitfaden unterschiedliche Methoden – von der kognitiven Verhaltenstherapie über die personenzentrierte Therapie bis hin zur körperorientierten und imaginati-

ven Verfahren - in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Hierbei werden auch komorbide Störungen und Modelle einer integrierten Behandlung ausführlich dargestellt. Das Buch gliedert sich in vier Teile. Zunächst werden Elemente/Aspekte der Suchttherapie beleuchtet (z.B. einzelne Elemente der Suchttherapie, Psychotherapie bei Medikamentenabhängigkeit, geschlechtsspezifische Aspekte der Suchttherapie, Arbeitsplatzprobleme und Sucht), im zweiten Teil geht es um methodische Zugänge, hierbei werden verschiedene therapeutische Verfahren und Behandlungsmo-

delle erläutert. Im dritten Teil stehen therapeutische Ansätze bei der Behandlung von Sucht und psychischer Komorbidität (z.B. depressive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Trauma, chronische Schmerzkrankheit) im Vordergrund. Im vierten Teil werden dann Störungen mit Schnittstellen zur Sucht beleuchtet, neben pathologischem Glücksspielen wird auf Essstörungen, pathologischen Computer-/ Internet-Gebrauch eingegangen und hierzu Spezifika der Diagnostik, des Erscheinungsbildes und der Behandlung erläutert.