

Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2006 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Peter Missel, Bernhard Schneider, Rudolf Bachmeier, Wilma Funke, Dieter Garbe, Franz Herder, Stephan Kersting, Jens Medenwaldt, Rainer Verstege, Volker Weissinger, Gerhard Wüst

Im Zuge einer verstärkten Diskussion um Effizienz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren auch das Thema „Qualitätssicherung“ zunehmend Bedeutung erlangt. 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. Durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV – Gesundheitsreformgesetz 2000) sowie die Einführung des SGB IX (§ 20) wurde dem Thema „Qualitätssicherung“ auch sozialrechtlich ein zentraler Stellenwert zugemessen. Im Rahmen des übergreifenden Sozialgesetzbuches IX wurden als konkrete Anforderungen hinsichtlich der Qualitätssicherung formuliert, dass einrichtungsübergreifende vergleichende Qualitätsanalysen durchgeführt werden sollen und die Leistungserbringer ein internes Qualitätsmanagement sicherzustellen haben. Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (2007) wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement mit der Verpflichtung zur Zertifizierung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen verbunden (§ 137 d SGB V, § 20 SGB IX). Seit seinem Bestehen gehört die Qualitätssicherung bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote für Abhängigkeitskranke zu den vorrangigen Aufgaben des Fachverbandes Sucht e. V. und seiner Mitgliedseinrichtungen. Besonderer Wert wird hierbei neben der Struktur – und Prozessqualität auch auf die Ergebnisqualität gelegt. Von daher begrüßt der Fachverband Sucht e.V. auch, dass die Durchführung einer Basisdokumentation und die Durchführung einer Routinekatamnese (in Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit) als strukturelle Basiskriterien in die „Erhebung der Strukturqualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen, Abhängigkeitserkrankungen“ der Deutschen Rentenversicherung (2007) aufgenommen wurde.

Der Auftrag der Rehabilitation im Sinne des SGB IX – an dem sich auch der Rehabilitationserfolg misst – liegt darin, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden bzw. zu mindern, die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern. Diese Ziele sind aber nur unter der Voraussetzung zu erreichen, dass es den suchtkranken Menschen durch die Rehabilitationsmaßnahmen gelingt, dauerhaft abstinent zu leben bzw. die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallschwere zu minimieren. Begrenzte finanzielle Mittel (z. B. durch Vorgabe gedeckelter Budgets) dürfen in diesem Zusammenhang nicht dazu führen, dass die Qualität der Behandlung bzw. des Behandlungssystems reduziert wird (vgl. auch Missel & Schäfer, 1997). Die Leistungsfähigkeit des Behandlungssystems für Suchtkranke, in dem die stationäre medizinische Rehabilitation einen unverzichtbaren Bestandteil ausmacht, ist nach unterschiedlichen Aspekten zu bewerten. Zu diesen wichtigen Aspekten zählen das Konsumverhalten während des Katamnesezeitraumes und die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit verschiedenen Lebensbereichen nach der Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme. Beide Merkmale werden in der hier vorgelegten Katamnese erhoben. Die katamnestiche Untersuchung nach stationärer oder ambulanter Behandlung ist somit ein wesentlicher Baustein zur Bewertung der Ergebnisqualität.

Katamnestiche Untersuchungen zu den Ergebnissen stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen werden seit Jahren in vielen qualifizierten Einrichtungen zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen des Fachverbands Sucht mit folgenden Zielsetzungen durchgeführt:

- statistischer Nachweis der Effektivität der Behandlung über die Kriterien ‚dauerhafte Suchtmittelabstinenz‘, stabile Erwerbs- und Arbeitssituation, Lebenszufriedenheit im psychischen und sozialen Bereich und soziale Integration;

- differenzierte Analyse von Rückfallhäufigkeit und Rückfallgeschehen, um auch graduelle Verbesserungen zu erfassen und Behandlungs- und Prophylaxewissen zu optimieren.

Zur Evaluation der Ergebnisqualität für die stationären Einrichtungen des Fachverbandes Sucht (FVS) konnten katamnestiche Ergebnisse für den Entlassjahrgang 2006 mit 10.306 (2003: 7.266; 2004: 9.799; 2005: 10.269) durchgeführten Behandlungen berücksichtigt werden. Der FVS ist zurzeit der einzige bundesweit tätige Verband, der damit regelmäßig (ab dem Entlassjahrgang 1996) aussagekräftige, klinikübergreifende katamnestiche Erhebungen vornimmt und publiziert. Dieser Beitrag stellt die Ergebnisse für eine Gesamtstichprobe von Patienten, die in 17 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige behandelt wurden, dar. Es handelt sich um die folgenden Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen: AHG Kliniken Daun, Verhaltensmedizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit, Am Rosenberg; Paracelsus Berghofklinik; AHG Klinik Tönisstein; Fachklinik Eußerthal; Fachklinik Eschenburg; Fachklinik Fredeburg; Fachklinik Furth im Wald; AHG Klinik Münchwies, Zentrum für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Suchtmedizin; Paracelsus Wiehengebirgsklinik; salus klinik Friedrichsdorf; salus klinik Lindow; AHG Klinik Richelsdorf; Saaleklinik; AHG Kliniken Daun, Verhaltensmedizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit, Thommener Höhe; Kliniken Wied; AHG Klinik Wilhelmsheim; Fachklinik Zwieselberg.

Gemäß Qualitätsvereinbarung im FVS gingen in die Auswertung nur Datensätze aus Kliniken mit einer katamnestiche Rücklaufquote von mindestens 45 Prozent ein.

Untersuchungsdesign

Die Katamnese des Fachverbandes Sucht umfasst die Daten einer Totalerhebung des Entlassjahrgangs 2006 aus den beteiligten Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen.

In allen beteiligten Kliniken wird nach rehabilitationswissenschaftlich fundierten Be-

handlungskonzepten gearbeitet. Die jeweilige Maßnahme wird patientenorientiert individuell geplant und durchgeführt. Das Spektrum der Behandlungsdauern liegt, je nach Indikationsstellung, bei regulärer Entlassung in der Regel zwischen 4 und 26 Wochen.

Die Durchführung der 1-Jahres-Katamnese orientierte sich an den „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der „Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie“ (1985, 1992, 2001). Alle im Jahr 2006 entlassenen Patienten¹ 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 zwei, ein weiteres nach vier Wochen. Erfolgte auch dann keine Antwort, wurde in einigen Fachkliniken versucht, den Patienten telefonisch zu erreichen, um in Anlehnung an einen Gesprächsleitfaden Katamneseantworten zu erhalten. Folgende Erhebungsinstrumente wurden eingesetzt:

- Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2002) bzw. klinikspezifisch angepasste Versionen;
- Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2002);
- klinikspezifischer „Kurzfragebogen zur katamnestischen Erhebung“ sowie als Protokollbogen zur Durchführung der Telefoninterviews ein „Gesprächsleitfaden zur katamnestischen Erhebung“.

Als „abstinent“ wurden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als „abstinent nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens zwölf Wochen abstinent war. Als „rückfällig“ gelten alle anderen Personen einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben.

Die Daten wurden von den beteiligten Einrichtungen dem Fachverband jeweils in Form eines Datensatzes pro Patient in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt und vom Fachverband Sucht zur statistischen Aufbereitung an Redline Data, Ahrensböök, weitergeleitet. Der Fachverband hat die jeweiligen Datensätze der Einrichtungen vor der Weitergabe an Redline Data bezüglich der Kliniken anonymisiert.

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

Beschreibung der Stichprobe

Alle im Zeitraum vom 1.1.2006 bis 31.12.2006 in den beteiligten Kliniken entlassenen Patienten bilden die Gesamtstichprobe mit insgesamt 10.306 stationären Maßnahmen. Der Datensatz der beteiligten Kliniken wurde nur vorab um Patienten mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“ (N = 46) bereinigt. Die soziodemographischen Daten sowie die Angaben zur Behandlung und zum Aufnahme- und Entlassstatus wurden mit der Basisdokumentation Sucht (Bado 2002) erfasst. In Tabelle 1 werden absolute und relative Häufigkeiten von Patienten- und Behandlungsmerkmalen für die Gesamtstichprobe, die Katamneseantworter und die Nichtantworter in der Katamnese aufgeführt. In Tabelle 2 werden Mittelwerte berichtet.

Patientenmerkmale

68,8 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe waren männlichen, 31,2 Prozent weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter betrug in der Gesamtstichprobe 45,4 Jahre, fast drei Viertel der Patienten waren älter als 40 Jahre (72,0 Prozent). Insgesamt 41,2 Prozent der Patienten waren verheiratet, 50,9 Prozent lebten in einer festen Beziehung.

Bezüglich der Schulausbildung gaben insgesamt 3,1 Prozent an, keinen Schulabschluss zu haben, 48,2 Prozent hatten maximal einen Hauptschulabschluss erreicht, 47,0 Prozent einen darüber hinausgehenden Abschluss.

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit standen 47,5 Prozent der Patienten in einem Arbeitsverhältnis, 37,7 Prozent waren erwerbslos und 12,3 Prozent fielen unter die Kategorie Nicht-Erwerbspersonen (Hausfrauen, Rentner, Schüler, Studenten, Auszubildende, berufliche Rehabilitation etc.). Sonstige Angaben machten 1,2 Prozent der Patienten.

Behandlungsmerkmale

Der Hauptanteil der Vermittlungen erfolgte durch Suchtberatungsstellen (42,1 Prozent). Durch Krankenhäuser wurden 10,4

Prozent der Patienten vermittelt, Kosten- und Leistungsträger waren in 3,0 Prozent der Fälle die Überweisenden. Arbeitgeber/Betriebe/Schulen hatten einem Vermittlungsanteil von 3,6 Prozent, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten wiesen 2,9 Prozent der Patienten zu. Ohne Vermittlung kamen 5,6 Prozent der Patienten in die Behandlung, sonstige Vermittler wurden in 16,7 Prozent der Fälle genannt.

Die Behandlungen wurden überwiegend von den Rentenversicherungsträgern getragen (80,8 Prozent). In 10,9 Prozent der Fälle war eine Krankenversicherung der Kostenträger, Sozialhilfe/Jugendhilfe wurden bei 1,4 Prozent der Patienten angegeben. Insgesamt 3,3 Prozent der Patienten waren Selbstzahler, bei 3,4 Prozent der Behandlungen waren sonstige Leistungsträger involviert.

Es hatten 94,8 Prozent (N = 9.774) der Patienten nach ICD – 10 in der Hauptdiagnose Störungen durch Alkohol (F10). Bei den übrigen Patienten (vgl. Abbildung 1) hatten 2,2 Prozent Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19), 1,2 Prozent zeigten Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F 13). Andere Hauptdiagnosen nach ICD-10 (F12, F14, F15, F16, F17, F18) wurden bei 1,8 Prozent der Patienten vergeben. Patienten mit der Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel (ICD-10 F63.0) wurden nicht in die Untersuchung aufgenommen.

Die durch die Behandler erfragte mittlere Dauer der Abhängigkeit bei Beginn der Behandlung lag bei 13,6 Jahren. Der überwiegende Teil der Gesamtstichprobe (77,9 Prozent) hatte in der Vorgeschichte mindestens eine Entzugsbehandlung absolviert. Der Anteil der Patienten, für die die Indexbehandlung die erste stationäre Entwöhnungsbehandlung darstellte, lag bei 49,8 Prozent. Für 31,2 Prozent der Gesamtstichprobe war es mindestens die erste Wiederholungsbehandlung (19 Prozent Missing-Data).

Die Beendigung der stationären Abhängigkeitsbehandlung erfolgte für 87,5 Prozent

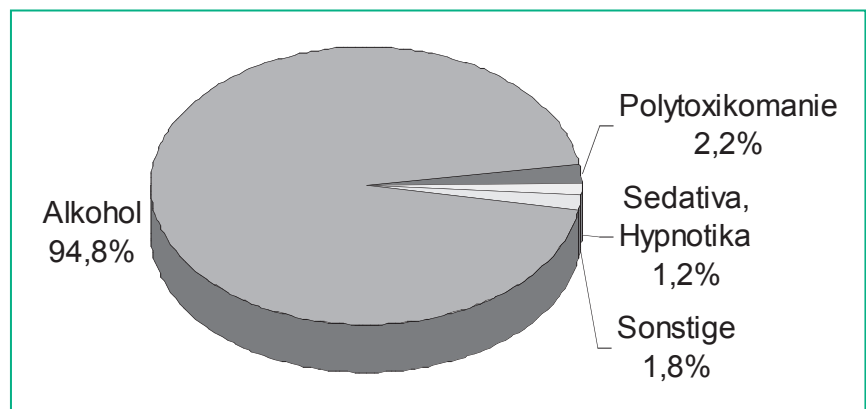


Abb. 1: Primärdiagnose der Suchtmittelabhängigkeit (N = 10.306)

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, kategoriale Auswertung*

Merkmal	Kategorie	Kein Katamneseantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N = 4.475		N = 5.831		N = 10.306	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	Männlich	3132	70,0%	3956	67,8%	7088	68,8%
	Weiblich	1343	30,0%	1874	32,1%	3217	31,2%
Altersgruppe	Bis 40	1495	33,4%	1390	23,8%	2885	28,0%
	Über 40	2977	66,6%	4440	76,2%	7417	72,0%
Familienstand bei Aufnahme	Nicht verheiratet	2810	62,8%	3204	54,9%	6014	58,4%
	Verheiratet	1643	36,7%	2608	44,7%	4251	41,2%
Partnerbeziehung bei Aufnahme	Keine feste Beziehung	2277	50,9%	2583	44,3%	4860	47,2%
	Feste Beziehung	2115	47,3%	3126	53,6%	5241	50,9%
Höchster Schulabschluss	Kein Schulabschluss	181	4,0%	138	2,4%	319	3,1%
	Sonder-/Hauptschulabschluss	2158	48,2%	2811	48,2%	4969	48,2%
	Realschulabschluss und höher	2062	46,1%	2786	47,8%	4848	47,0%
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	1927	43,1%	2973	51,0%	4900	47,5%
	Erwerbslos	1906	42,6%	1975	33,9%	3881	37,7%
	Nicht erwerbstätig	502	11,2%	769	13,2%	1271	12,3%
	Sonstige	68	1,5%	52	0,9%	120	1,2%
Vermittlung	Ohne Vermittlung	242	5,4%	334	5,7%	576	5,6%
	Arbeitgeber / Betrieb / Schule	136	3,0%	232	4,0%	368	3,6%
	Niedergel. Arzt / Psychotherapeut	120	2,7%	182	3,1%	302	2,9%
	Krankenhaus	511	11,4%	557	9,6%	1068	10,4%
	Suchtberatung	1932	43,2%	2411	41,3%	4343	42,1%
	Kosten-/ Leistungsträger	128	2,9%	183	3,1%	311	3,0%
	Sonstige	756	16,9%	969	16,6%	1725	16,7%
Leistungsträger	Rentenversicherung	3638	81,3%	4692	80,5%	8330	80,8%
	Krankenversicherung	475	10,6%	646	11,1%	1121	10,9%
	Sozial-/Jugendhilfe	70	1,6%	78	1,3%	148	1,4%
	Selbstzahler	145	3,2%	199	3,4%	344	3,3%
	Sonstige	142	3,2%	211	3,6%	353	3,4%
Hauptsuchtmitteldiagnose (zusammen-gefasst)	F10 St. d. Alkohol	4196	93,8%	5578	95,7%	9774	94,8%
	F19 Polytoxikomanie	124	2,8%	100	1,7%	224	2,2%
	F13 St. d. Sedativa & Hypnot.	53	1,2%	72	1,2%	125	1,2%
	Sonstige	102	2,3%	81	1,4%	183	1,8%
Anzahl Entgiftungen	Keine	622	13,9%	993	17,0%	1615	15,7%
	Eine oder mehrere	3544	79,2%	4481	76,8%	8025	77,9%
Anzahl ambulanter Entwöhnungen	Keine	2652	59,3%	3519	60,3%	6171	59,9%
	Eine oder mehrere	185	4,1%	287	4,9%	472	4,6%
Anzahl stationärer Entwöhnungen	Keine	1997	44,6%	3132	53,7%	5129	49,8%
	Eine oder mehrere	1574	35,2%	1639	28,1%	3213	31,2%
Art der Behandlungsbeendigung	Planmäßig	3632	81,2%	5387	92,4%	9019	87,5%
	Abbruch durch Patient	668	14,9%	353	6,1%	1021	9,9%
	Abbruch durch Einrichtung	94	2,1%	53	0,9%	147	1,4%
	Verlegt	74	1,7%	38	0,7%	112	1,1%
	Im Behandlungszeitraum verstorben	7	0,2%			7	0,1%

* Anmerkungen: In Folge fehlender Daten addieren sich die Prozentangaben nicht immer auf 100.

Unter planmäßiger Behandlungsbeendigung werden reguläre, vorzeitige auf ärztliche Veranlassung, vorzeitige Entlassungen mit ärztlichem Einverständnis und planmäßige Wechsel in andere Behandlungsformen zusammengefasst.

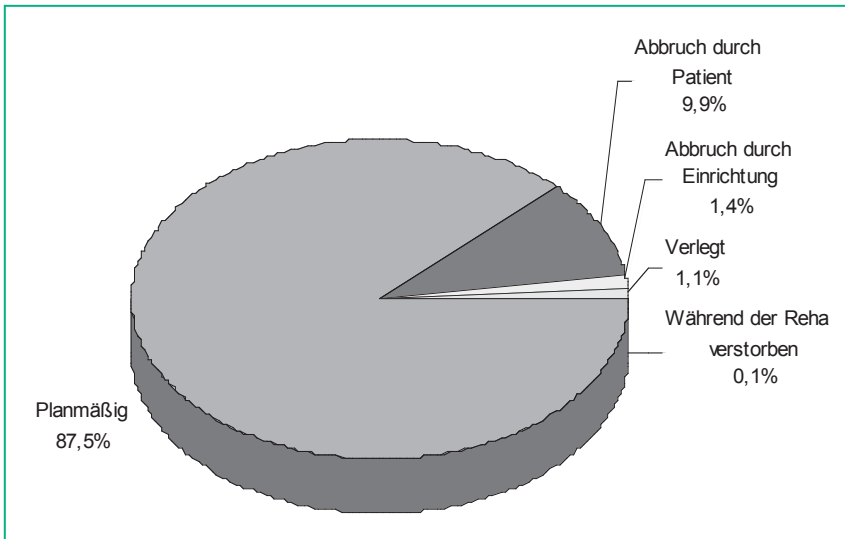


Abb. 2: Art der Behandlungsbeendigung (N = 10.306)

planmäßig. 9,9 Prozent der Patienten brachen ihre Behandlung ab. Bei 1,4 Prozent wurde die Therapie durch die Einrichtung beendet. In andere Einrichtungen verlegt wurden 1,1 Prozent der Patienten, 0,1 Prozent der Patienten verstarben während des Behandlungszeitraums (Abbildung 2.).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag für die Gesamtstichprobe bei 81,6 Tagen

(für planmäßig entlassene Patienten: 86,9 Tage).

Vergleich der Gesamtstichprobe mit der Stichprobe der Katamneseantworter

Anhand der Tabellen 1 und 2 lassen sich die Merkmale der Stichprobe der Katamnese-

antworter mit der Gesamtstichprobe vergleichen.

Zusammenfassend weist die Stichprobe der Katamneseantworter im Vergleich zur Gesamtstichprobe folgende nennenswerte Unterschiede auf: mehr ältere Patienten, mehr Patienten in fester Beziehung, mehr erwerbstätige und weniger erwerbslose Patienten, mehr alkohol- als von anderen Substanzen abhängige Patienten, mehr Patienten ohne Entgiftungs- oder ohne stationäre Entwöhnungsbehandlung vor der Indexbehandlung, mehr Patienten mit planmäßiger Behandlungsbeendigung sowie eine höhere mittlere Behandlungsdauer sowohl für jeweils alle als auch für die planmäßigen Entlassungen.

Katamneseergebnisse

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse zum Datenrücklauf der Katamnese.

Die Ausschöpfungsquote beträgt für den Entlassjahrgang 2006 insgesamt 57,1 Prozent und setzt sich zusammen aus den Kategorien „abstinent“, „abstinent nach Rückfall“, „rückfällig“ und „widersprüchliche Angaben“. Als Antworterstichprobe wurden nur die Katamneseantworter mit eindeutigen, also nicht widersprüchlichen Angaben defi-

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

	Kein Katamneseantworter			Katamneseantworter			Gesamtstichprobe		
	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N
	N = 4.475			N = 5.831			N = 10.306		
Alter bei Aufnahme	43,86	9,78	4472	46,60	9,61	5830	45,41	9,78	10302
Abhängigkeitsdauer	13,66	8,13	4183	13,52	8,45	5548	13,58	8,32	9731
Behandlungsdauer (alle)	76,59	35,74	4475	85,47	29,67	5831	81,61	32,74	10306
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung	84,74	31,19	3632	88,41	27,71	5387	86,93	29,22	9019

Tab. 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

	Anzahl	Prozent
Abstinent	3638	35,4%
Abstinent nach Rückfall	693	6,7%
Rückfällig	1500	14,6%
Widersprüchliche Angaben	43	,4%
Verweigert	103	1,0%
Verstorben	105	1,0%
Unbekannt verzogen	650	6,3%
Unfähig zur Beantwortung	8	,1%
Nichtantworter	2737	26,6%
Sonstiges / Keine Daten	829	8,0%
Gesamt	10306	100,0%

niert (N = 5.831). Insgesamt 1,0 Prozent der ehemaligen Patienten verweigerten die Teilnahme an der Befragung, 6,3 Prozent waren unbekannt verzogen, 0,1 Prozent der Patienten waren unfähig zur Beantwortung. Von weiteren 34,6 Prozent liegen keine Angaben vor, 1,0 Prozent der Patienten sind in der Zwischenzeit verstorben.

Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese (vgl. Tabelle 4)

Zum Katamnesezeitpunkt sind 46,6 Prozent der Antworter verheiratet, zu Therapiebeginn waren 44,7 Prozent der Katamneseantworter verheiratet.

Die Quote der erwerbstätigen Katamneseantworter ist mit 51,0 Prozent bei Therapie-

Tab. 4: Daten der Katamneseantworter zum Katamnesezeitpunkt (im Vergleich zum Behandlungsbeginn)*

		Katamneseantworter			
		N = 5.831			
		Katamnesezeitpunkt		Therapiebeginn	
Merkmal	Kategorien	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Familienstand	Verheiratet	2716	46,6	2608	44,7
	Nicht verheiratet	2714	46,5	3204	54,9
	Keine Angaben	401	6,9	19	0,3
Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig	2962	50,8	2973	51,0
	Erwerbslos	1329	22,8	1975	33,9
	Nicht erwerbstätig	1140	19,6	769	13,2
	Sonstige	208	3,6	52	0,9
	Keine Angaben	192	3,3	62	1,1
Arbeitslosigkeit im Katamnesezeitraum	Ja	2034	34,9		
	Nein	2561	43,9		
	Trifft nicht zu	901	15,5		
	Keine Angaben	335	5,7		
Arbeitsunfähigkeit im Katamnesezeitraum	Keine Arbeitsunfähigkeit	2606	44,7		
	< 3 Monate	1143	19,6		
	< 6 Monate	288	4,9		
	> 6 Monate	284	4,9		
	Nicht erwerbstätig	911	15,6		
	Keine Angaben	599	10,3		
Selbsthilfegruppen-Besuch	Regelmäßig	2279	39,1		
	Selten	1261	21,6		
	Keine Selbsthilfegruppen-Besuche	1996	34,2		
	Keine Angaben	295	5,0		
Beratungsstellen-Besuch Nachsorge	Regelmäßig	2160	37,0		
	Selten	519	8,9		
	Keine Beratungsgespräche	1563	26,8		
	Keine Angaben	1589	27,3		

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

beginn und 50,8 Prozent zum Katamnesezeitpunkt fast gleich geblieben. Die Zahl der erwerbslosen Katamneseantworter sank von 33,9 auf insgesamt 22,8 Prozent. Demgegenüber erhöhte sich die Quote der Nichterwerbstätigen von 13,2 auf 19,6 Prozent. Im

Katamnesezeitraum waren 34,9 Prozent der Katamneseantworter mindestens einmal arbeitslos, 29,4 Prozent waren mindestens einmal arbeitsunfähig gewesen.

Im Jahr nach Behandlungsende besuchten 39,1 Prozent regelmäßig eine Selbsthilfegruppe. 21,6 Prozent taten das eher selten und 34,2 Prozent gaben an, keine Selbsthilfegruppen zu besuchen.

Zum Besuch von Beratungsstellen zur Nachsorge im Katamnesezeitraum liegen folgende Angaben vor: 37,0 Prozent gaben einen regelmäßigen Beratungsstellenbesuch an, 8,9 Prozent gingen selten zur Beratungsstelle. 26,8 Prozent der Katamneseantworter hatten nach der Behandlung keinen Kontakt mehr zu Beratungsstellen.

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 Klienten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen wurden, einbezogen. Die **Berechnungsform 2** bezieht sich auf alle planmäßig entlassenen Patienten. In **Berechnungsform 3** werden die Angaben aller in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten berücksichtigt. Bezugsbasis für die konservativste **Berechnungsform 4** sind alle in 2006 entlassenen Patienten. Personen für die keine oder widersprüchliche Katamneseinformationen vorliegen, werden hiernach als rückfällig gewertet. Darunter fallen auch die Kategorien „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 Patienten dar. Die in der Regel günstigste Berechnungsform 1 bezieht sich auf die Anzahl der Katamneseantworter, die ihre Behandlung planmäßig beendet haben.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe der Patienten inklusive der verstorbenen Patienten ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote („abstinent“ und „abstinent

Tab. 5: Abstinenzquoten nach DGSS 1 - 4*

	DGSS 1 (N=5.387)		DGSS 2 (N=9.019)		DGSS 3 (N=5.831)		DGSS 4 (N=10.306)	
Katamnestiche Erfolgsquote	4.091	75,9%	4.091	45,4%	4.331	74,3%	4.331	42,0%
Abstinent	3.457	64,2%	3.457	38,4%	3.638	62,4%	3.638	35,3%
Abstinent nach Rückfall	634	11,7%	634	7,0%	693	11,9%	693	6,7%
Rückfällig	1.296	24,1%	4.928	54,6%	1.500	25,7%	5.975	58,0%
Gesamt	5.387	100%	9.019	100,0%	5.831	100,0%	10.306	100,0%

* Die Berechnungen wurden unter Einbeziehung der verstorbenen Patienten durchgeführt, dies führt zu einer geringfügigen Reduzierung der Abstinenzquoten bei DGSS 2 und DGSS 4.

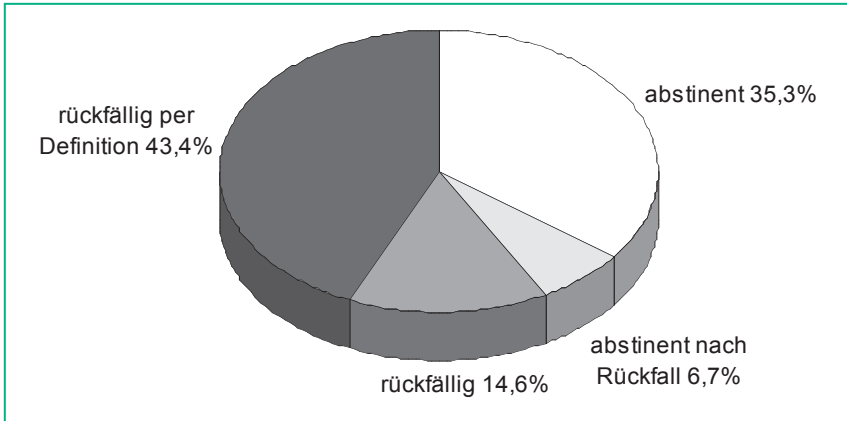


Abb. 3: Abstinenzquote nach konservativer Berechnungsart (DGSS 4) incl. Verstorbene

nach Rückfall“) nach DGSS 4 von 42,0 Prozent. Es lebten im gesamten Katamnesezeitraum 35,3 Prozent der Patienten abstinent, 6,7 Prozent abstinent nach Rückfall. Die weiteren 58,0 Prozent werden in der konservativen Schätzung als rückfällig eingestuft (Abbildung 3.). Die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 beträgt ohne Berücksichtigung der Verstorbenen 42,5 Prozent (35,7 Prozent abstinent und 6,8 Prozent abstinent nach Rückfall).

In der Berechnungsform 1 nach DGSS, bei der nur die erreichten Patienten (Katamneseantworter), welche die Behandlung planmäßig beendet haben, einbezogen werden, ergibt sich eine katamnestiche Er-

folgsquote von 75,9 Prozent. Danach lebten im gesamten Katamnesezeitraum 64,2 Prozent der Patienten durchgehend abstinent, 11,7 Prozent abstinent nach Rückfall und die anderen 24,1 Prozent wurden als rückfällig eingestuft (Abbildung 4.).

Katamnestiche Erfolgsquoten nach DGSS 1 – 4 nach Geschlecht, für Erst- und Wiederholungsbehandlungen und nach Behandlungsdauern

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich grundsätzlich auf die Berech-

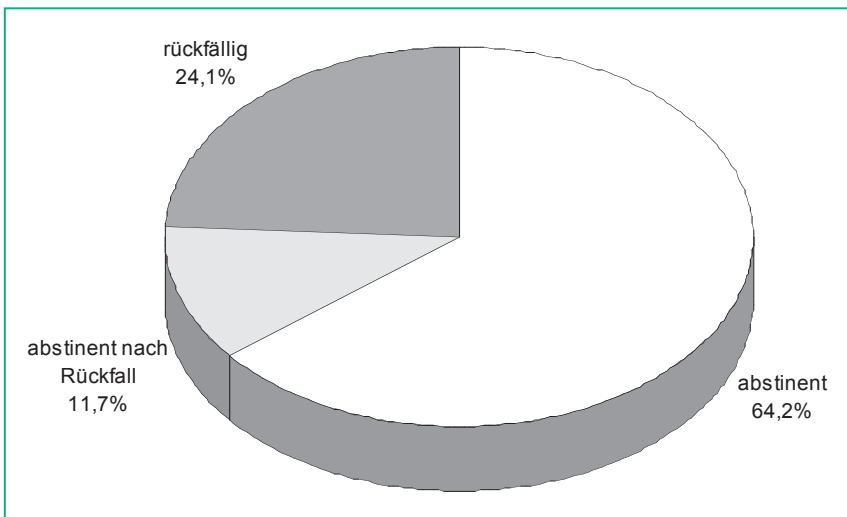


Abb. 4: Abstinenzquote nach DGSS 1 incl. Verstorbene

Tab. 6: Abstinenzquoten nach Geschlecht DGSS 1 – 4 (Prozentangaben)

	DGSS 1 (N = 5.386)		DGSS 2 (N = 9.018)		DGSS 3 (N = 5.830)		DGSS 4 (N = 10.305)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Katamnestiche Erfolgsquote	75,6	76,6	44,6	47,0	73,8	75,3	41,2	43,9
Abstinent	64,9	62,6	38,3	38,4	62,9	61,3	35,1	35,7
Abstinent nach Rückfall	10,7	14,0	6,3	8,6	10,9	14,0	6,1	8,2
Rückfall	24,4	23,4	55,4	53,0	26,2	24,7	58,8	56,1

nungsform DGSS 4. Wie die Tabellen 6 bis 8 zeigen, ergeben sich für die anderen Berechnungsformen ähnliche Effekte.

Die katamnestiche Erfolgsquoten hinsichtlich der Abstinenz zeigen tendenziell Geschlechtseffekte. Weibliche Antworter (vgl. DGSS 1 und DGSS 3) gaben zwar geringere durchgängige Abstinenzraten an, waren dann aber nach einem Rückfall eher in der Lage, diesen wieder zu beenden und die Abstinenz weiterzuführen (abstinent nach Rückfall). Insofern erreichen sie eine um 2,7 Prozentpunkte höhere katamnestiche Erfolgsquote in der strengen Kategorie DGSS 4, die sich auf alle Patienten des Entlassjahrgangs 2006 bezieht.

Vergleicht man Patienten, für die die Indexbehandlung die erste stationäre Entwöhnung war (Erstbehandlung) mit Patienten, die bereits mindestens eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in der Vorgeschichte aufweisen (Wiederholungsbehandlung), so zeigen sich bedeutsame katamnestiche Effekte: Patienten mit Erstbehandlung waren zu 46,9 Prozent abstinent oder abstinent nach Rückfall verglichen mit 33,5 Prozent bei den Patienten mit Wiederholungsbehandlung (DGSS 4). Nur jeder vierte Patient mit Wiederholungsbehandlungen war in dem Jahr nach Behandlungsende durchgehend abstinent (25,9 Prozent), während Patienten mit Erstbehandlung in 40,2 Prozent der Fälle ihre Abstinenz durchgängig im Katamnesezeitraum aufrechterhalten konnten.

Tabelle 8 stellt den Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg dar. Demnach weisen Patienten mit einer Behandlungsdauer von 12 bis zu 16 Wochen eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 46,6 Prozent auf, während Patienten mit einer Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen eine deutlich geringere katamnestiche Erfolgsquote von 36,1 Prozent zeigen. Patienten, die länger als 16 Wochen behandelt wurde, waren sogar in 48,7 Prozent der Fälle zum Befragungszeitpunkt abstinent oder abstinent nach Rückfall.

Vergleichbare Effekte zeigen sich auch für die Stichprobe der planmäßig entlassenen Patienten: Die katamnestiche Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen liegt bei 41,3 Prozent, bei Behandlungsdauern von 12 bis zu 16 Wochen bei 47,8 Prozent und bei Behandlungsdauern von über 16 Wochen bei 49,2 Prozent

Tab. 7: Abstinenzquoten für Erst- und Wiederholungsbehandlungen (DGSS 1 – 4) (Prozentangaben)

	DGSS 1 (N=4.394)		DGSS 2 (N=7.276)		DGSS 3 (N=4.771)		DGSS 4 (N=8.342)	
	EB	WB	EB	WB	EB	WB	EB	WB
Katamnestiche Erfolgsquote	78,5	67,5	50,8	36,1	76,9	65,6	46,9	33,5
Abstinent	67,6	52,5	43,8	28,1	65,8	50,7	40,2	25,9
Abstinent nach Rückfall	10,9	15,1	7,1	8,1	11,1	14,9	6,8	7,6
Rückfall	21,5	32,5	49,2	63,9	23,1	34,4	53,1	66,5

Anmerkung: EB=Erstbehandlung, WB=Wiederholungsbehandlung

Tab. 8: Abstinenzquoten in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer (DGSS 1 – 4) (Prozentangaben)

	DGSS 1 (N=5.387)			DGSS 2 (N=9.019)			DGSS 3 (N=5.831)			DGSS 4 (N=10.306)		
	< 12	< 16	> 16	< 12	< 16	> 16	< 12	< 16	> 16	< 12	< 16	> 16
Katamnestiche Erfolgsquote	73,3	76,6	79,5	41,3	47,8	49,2	70,6	75,6	79,5	36,1	46,6	48,7
Abstinent	60,5	64,7	69,5	34,1	40,4	43,0	57,8	63,8	69,2	29,6	39,4	42,4
Abstinent nach Rückfall	12,7	11,8	10,0	7,2	7,4	6,2	12,8	11,8	10,2	6,6	7,3	6,3
Rückfall	26,7	23,4	20,5	58,7	52,2	50,8	29,4	24,4	20,5	63,9	53,4	51,3

Anmerkung: < 12 = bis 12 Wochen, < 16 = 12 bis 16 Wochen, > 16 = über 16 Wochen.

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

Die nachfolgende Tabelle 9 zeigt Therapieerfolgsquoten bezüglich relevanter Patienten- und Behandlungsmerkmale zum Aufnahme- bzw. Entlasszeitpunkt der Behandlung für die Gesamtstichprobe und die Teilstichproben der Erst- und Wiederholungsbehandlungen. Die Ergebnisse basieren auf der konservativen Berechnungsform der Erfolgsquoten nach DGSS 4. Die Kategorien, welche die Erfolgsquote ausmachen („abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“) wurden zusammengefasst.

Der **Vergleich der Abstinenzquoten von Patienten mit und ohne Vorbehandlung** zeigt, dass sich hier beide Patientengruppen, teilweise erheblich, unterscheiden. Wie bereits oben angeführt, haben Patienten mit einer oder mehreren stationären Entwöhnungsbehandlungen in der Vorgeschichte eine gegenüber Patienten ohne entsprechende stationäre Vorbehandlung insgesamt verminderte katamnestiche Erfolgsquote. Dies gilt graduell sowohl für Männer als auch für Frauen, wie Tabelle 9 zeigt: die Abstinenzquote der männlichen Wiederholer beträgt 33,0 Prozent, die der weiblichen Wiederholer 34,6 Prozent. Patienten mit Wiederholungsbehandlung haben dann eine relativ erhöhte Abstinenzwahrscheinlichkeit, wenn sie in einer festen Partnerschaft leben, bei der Aufnahme erwerbstätig oder nicht erwerbstätig (aber nicht erwerbslos) sind, die Behandlung planmäßig beenden und eine Behandlungsdauer von mehr als 16 Wochen absolvieren. Eine nicht-planmäßige Beendigung

Tab. 9: Relevante Patienten- und Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg (DGSS 4)

Variable	Kategorien	Therapieerfolg (abstinent und abstinent nach Rückfall) in Prozent		
		Gesamtstichprobe (N=10.306)	EB (N=5.129)	WB (N=3.213)
Geschlecht	Männlich	41,2*	45,9*	33,0
	Weiblich	43,9*	49,9*	34,6
Partnerbeziehung	Keine feste Partnerschaft	38,0**	42,9**	31,6
	Feste Partnerschaft	45,6**	50,4**	35,6
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	47,4**	51,7**	38,3**
	Erwerbslos	35,0**	40,0**	29,4**
	Nicht Erwerbstätig	45,2**	50,3**	35,3**
Abhängigkeitsdauer	Bis 10 Jahre	43,9**	47,6	32,6
	Über 10 Jahre	41,2**	48,0	33,7
Entgiftungen	Keine Entgiftungen	47,5**	48,2	42,7*
	Mindestens 1 Entgiftung	40,9**	46,2	32,8*
Entwöhnungsbehandlungen	Keine stationäre Entwöhnung	46,9**		
	Mindestens 1 stationäre Entwöhnungsbehandlung	33,5**		
Entlassart	Planmäßig	45,4**	50,8**	36,1**
	Nicht planmäßig	18,6**	22,1**	13,0**
Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen	Bis 12 Wochen	41,3**	46,9**	35,7
	12 bis 16 Wochen	47,8**	53,1**	35,3
	Über 16 Wochen	49,2**	54,3**	39,3

Anmerkung: EB=Erstbehandlung, WB=Wiederholungsbehandlung; (Chi-Quadrat - Test; * p < 0,05; ** p < 0,01)

der Indexbehandlung führt dagegen bei fast nur jedem achten Wiederholer zum Therapieerfolg (13,0 Prozent). Die Prognose der Patienten mit Erstbehandlung ist in allen benannten Patienten- und Behandlungsmerkmalen günstiger als die der Patienten mit stationärer Behandlungserfahrung.

Die **Ergebnisse, bezogen auf die Gesamtstichprobe**, können wie folgt zusammengefasst werden:

- 43,9 Prozent der Frauen sind ein Jahr nach Therapieende „erfolgreich“ (abstinent bzw. abstinent nach Rückfall). Bei Männern sind 41,2 Prozent erfolgreich.
- Patienten, die bei Therapiebeginn nicht in einer festen Partnerschaft leben, sind deutlich weniger erfolgreich (38,0 Prozent) als Patienten, die aus einer festen Beziehung kommen (45,6 Prozent).
- Von den zu Therapiebeginn erwerbstätigen Patienten sind nach einem Jahr 47,4 Prozent als erfolgreich zu bezeichnen. Dies trifft hingegen nur für 35,0 Prozent der bei Therapiebeginn erwerbslosen, aber für 45,2 Prozent der zu Therapiebeginn nicht-erwerbstätigen Patienten zu.
- Patienten mit einer Abhängigkeitsdauer von bis zu 10 Jahren hatten etwas häufiger einen Therapieerfolg wie Patienten, die mehr als 10 Jahre abhängig waren (43,9 Prozent vs. 41,2 Prozent).
- Patienten, die vor Therapiebeginn keine Entgiftungs- und/oder keine Entwöhnungsbehandlung aufwiesen, haben größere Erfolgsaussichten (Keine Entwöhnung: 46,9 Prozent erfolgreich). Patienten mit mindestens einer stationären Entwöhnungsbehandlung in der Vorgeschichte waren nur zu 33,5 Prozent erfolgreich. Die Prognose für Therapiewiederholer ist somit deutlich schlechter.
- Patienten mit planmäßigem Abschluss der Therapie schneiden deutlich besser ab, als Patienten, bei denen dies nicht zutrifft (Erfolgreich bei planmäßiger Beendigung: 45,4 Prozent). Nicht planmäßig entlassene Patienten sind nur zu einem Anteil von 18,6 Prozent erfolgreich bezüglich der Aufrechterhaltung der Abstinenz.
- Bezieht man die katamnestiche Erfolgsquote auf Behandlungsdauerklassen bei planmäßigen Entlassungen, so weisen Patienten mit einer Behandlungsdauer von mehr als 16 Wochen die höchsten Erfolgsquoten auf (49,2 Prozent), gefolgt von den Patienten, die eine Behandlung von 12 bis 16 Wochen aufweisen (47,8 Prozent). Bei bis zu 12 Wochen Behandlungsdauer beträgt die Erfolgsquote nur noch 41,3 Prozent. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Behandlungsdauerklassen von bis zu 12 Wochen auch Wiederholungsbehandlungen mit vergleichsweise kurzen Kostenzusagen enthält.

Damit bestätigen sich im Wesentlichen die Ergebnisse von Zemlin et al. (1999) sowie Kufner, Feuerlein und Huber (1988), wonach insbesondere Merkmale der sozialen und beruflichen Stabilität prognostisch äußerst bedeutsam sind. Zusätzlich ergibt sich ein Hinweis darauf, dass Patienten, die ihre erste stationäre Entwöhnungsbehandlung durchgeführt haben, ein Jahr nach Therapieende zu einem wesentlich größeren Anteil erfolgreich sind, als Patienten, die bereits eine oder mehrere Entwöhnungsbehandlungen absolviert haben (vgl. Kluger et al. 2002, 2003; Zobel et al. 2004, 2005a, 2005b, 2007; Missel et al. 2008). Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat auch die Behandlungsdauer. Feststellen lässt sich aber auch, dass Patienten mit Wiederholungsbehandlung beachtliche katamnestiche Erfolgsquoten bei planmäßiger Behandlungsbeendigung erreichen.

Zufriedenheitseinstufungen

Die nachfolgenden Bewertungen der Katamneseantworter zur Zufriedenheit in relevanten Lebensbereichen zum Katamnesezeitpunkt (Tabelle 10) 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.

Die Quote der Katamneseantworter, die mit dem Freundes- und Bekanntenkreis zufrieden waren beträgt 79,5 Prozent. Die Zufriedenheit mit der Freizeit wird von 78,6 Prozent der Katamneseantworter als hoch eingeschätzt. Insgesamt 73,4 Prozent der Antworter sind mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden, 67,3 Prozent mit der Partnersituation und 63,1 Prozent mit der beruflichen/schulischen Situation (Tabelle 10).

Tabelle 10 beschreibt auch Zufriedenheitseinstufungen über die unterschiedlichen Lebensbereiche der Katamneseantworter im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg; die vorliegenden Zufriedenheitsbewertungen auf einer sechsstufigen Skala („sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“) wurden wiederum zu zwei Kategorien zusammengefasst. Die Kategorien, die die Er-

folgsquote ausmachen, „abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“, wurden auf Basis der Katamneseantworter mit entsprechenden Angaben (N = 5.831) zusammengefasst.

Abstinent lebende Patienten sind ein Jahr nach Behandlungsende in allen Lebenssituationen deutlich zufriedener als rückfällige Patienten. Bezüglich der Zufriedenheit mit dem Freundes /Bekanntenkreis gaben abstinent lebende Patienten zu 86,7 Prozent Zufriedenheit an im Vergleich zu 58,5 Prozent bei den rückfälligen Patienten.

87,4 Prozent der Abstinenten zeigten sich zufrieden mit der Freizeit (Rückfällige: 53,3 Prozent), 82,6 Prozent der Abstinenten sind zufrieden mit ihrer Gesundheit (46,7 Prozent der Rückfälligen). In Bezug auf die Partnersituation sind abstinent lebende Antworter zu 75,0 Prozent zufrieden gegenüber 45,1 Prozent bei den rückfälligen Antwortern. Auch die berufliche/schulische Situation ist für die abstinent lebenden Antworter deutlich zufriedenstellender (71,2 Prozent) als für die rückfälligen Antworter (38,6 Prozent).

Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

Von insgesamt 1458 rückfälligen Katamneseantwortern wurde das Item „Wie viele Wochen waren Sie nach Abschluss der Therapie abstinent?“ beantwortet. 32,0 Prozent der Rückfälle ereigneten sich bereits im ersten Monat nach Behandlungsende, weitere 12,6 Prozent im zweiten und weitere 14,1 Prozent im dritten Monat nach Beendigung der stationären Rehabilitation. Drei Monate nach Abschluss der Behandlung hatten sich somit bereits 58,7 Prozent der Rückfälle des gesamten Katamnesezeitraums von einem Jahr ereignet (bis sechs Monate: 80,4 Prozent der Rückfälle). Dies verdeutlicht u. a. die Notwendigkeit intensiver ambulanter Weiterbehandlungsmaßnahmen und macht auf die weiterhin bestehende Schnittstellenproblematik in der ‚therapeutischen Kette‘ aufmerksam. Abbildung 5 gibt einen Überblick über den Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende.

Tab. 10: Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Therapieerfolg (Prozentangaben)

Zufriedenheit mit	Therapieerfolg		
	Abstinenz	Rückfall	Gesamt
Beruflicher /schulischer Situation	71,2	38,6	63,1
Partnersituation	75,0	45,1	67,3
Freundes- und Bekanntenkreis	86,7	58,5	79,5
Freizeit	87,4	53,3	78,6
Gesundheit	82,6	46,7	73,4

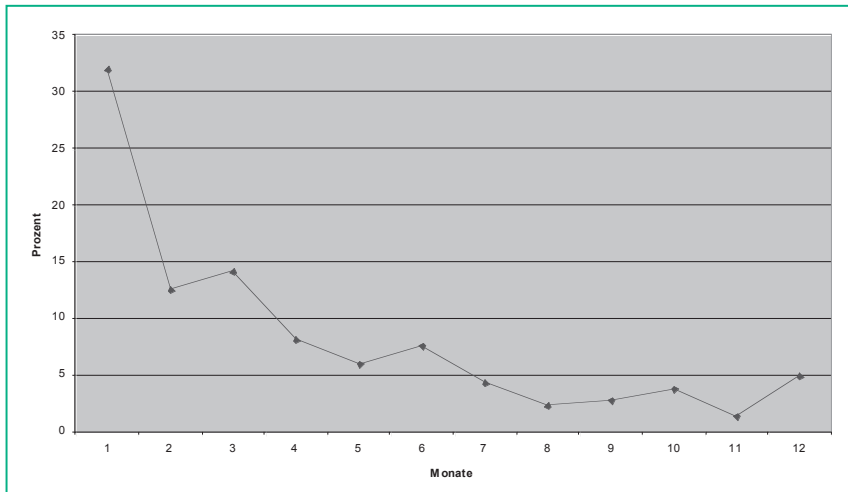


Abb. 5: Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

Gründe für Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Wenn Patienten im Katamnesezeitraum Suchtmittel konsumiert hatten, konnten sie für eine Reihe spezifisch abgefragter Gründe für diesen Konsum jeweils mit „trifft zu“,

Tab. 11: Angaben der als „rückfällig und abstinent nach Rückfall“ klassifizierten Antworter zu Gründen für einen erneuten Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Gründe für erneuten Suchtmittelkonsum	Prozent
Frustration, Enttäuschung	39,3
Ärger	37,2
Depression	32,8
Innere Unruhe, Spannung	32,2
Einsamkeit	28,7
Schwierige Lebenssituation	27,0
Kontrolliertes Trinken	24,7
Angst	24,3
Unwiderstehliches Verlangen	21,7
Langeweile	21,3
Gute Stimmung, Glücksgefühl	20,4
Stressgefühl	20,1
Konflikte mit anderen Personen	18,8
Schlafschwierigkeiten	17,3
Körperliche Schmerzen	14,4
In Gesellschaft nicht nein sagen können	12,9
Nicht nein sagen können	10,9
Entzugsähnliche Beschwerden	9,4
Hemmungen	6,8
Sonstiges	6,7

Anmerkung: N=1985 (rückfällige Antworter mit zustimmenden Angaben zu dieser Frage, Mehrfachantworten möglich).

„trifft nicht zu“ und „keine Angaben“ antworten. Die Angaben sind nach prozentualer Häufigkeit geordnet. Mehrfachangaben waren möglich (Tabelle 11).

Als häufigster Grund für rückfälliges Verhalten wurden frustrierende Erfahrungen genannt (39,3 Prozent). Es folgen Ärger mit 37,2 Prozent, Depressionen (32,8 Prozent) und innere Spannung/Unruhe mit 32,2 Prozent. Einsamkeit wurde von 28,7 Prozent und schwierige Lebenssituationen von 27,0 Prozent der rückfälligen Patienten als Grund für den erneuten Suchtmittelkonsum genannt. Knapp ein Viertel der Rückfälligen nannte als Grund die Überzeugung, wieder kontrolliert trinken zu können (24,7 Prozent). Mehr als jeder Fünfte der Rückfälligen gab Angst, unwiderstehliches Verlangen oder Langeweile als Auslöser an. Etwa jeder fünfte Rückfall ereignete sich in guter Stimmung verbunden mit Glücksgefühlen (20,4 Prozent).

Therapieerfolg und Erwerbstätigkeit

Tabelle 12 bezieht den Therapieerfolg auf Veränderungen, die sich hinsichtlich der Er-

Tab. 12: Therapieerfolg gemäß DGSS 3 (alle Antworter) und Veränderungen hinsichtlich der Erwerbslosigkeit bzw. der Erwerbstätigkeit zwischen dem Aufnahmezeitpunkt in die Behandlung und dem Katamnesezeitpunkt

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	Therapieerfolgsquote in Prozent (DGSS 3)
Erwerbslos *	Erwerbstätig	83,4
	Erwerbslos	59,7
	Nicht-Erwerbstätig	73,5
Erwerbstätig **	Erwerbstätig	84,0
	Erwerbslos	53,7
	Nicht-Erwerbstätig	69,2

* N = 2.883 (Pat. die vor Therapiebeginn erwerbslos waren und in der Katamnese Fragen zur Erwerbssituation beantwortet haben)

** N = 1.900 (Pat. die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und in der Katamnese Fragen zur Erwerbssituation beantwortet haben)

werbslosigkeit bzw. der Erwerbstätigkeit zwischen dem Aufnahmezeitpunkt in die Behandlung und dem Katamnesezeitpunkt ergeben.

Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbslos waren, weisen nach DGSS 3 (Angaben beziehen sich auf alle Katamneseantworter) eine hohe katamnestiche Erfolgsquote von 83,4 Prozent auf, wenn sie zum Katamnesezeitpunkt wieder erwerbstätig waren. Patienten, die auch zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos waren, haben nur eine Erfolgsquote von 59,7 Prozent. Bei vor Therapiebeginn erwerbslosen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote bei 73,5 Prozent.

Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbstätig waren und es zum Katamnesezeitpunkt auch blieben, weisen eine katamnestiche Erfolgsquote von 84,0 Prozent auf. Patienten, die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos wurden, haben nur eine Erfolgsquote von 53,7 Prozent. Bei erwerbstätigen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote bei 69,2 Prozent.

Diskussion der Ergebnisse

Wie bereits in der Diskussion der katamnestiche Ergebnisse für den Entlassjahrgang 1996 näher ausgeführt (vgl. auch Funke et al., 1999) ist der Vergleich katamnestiche Erfolgsquoten ohne Berücksichtigung von Patienten- und Behandlungsmerkmalen problematisch. Daher beschränken wir uns an dieser Stelle auf eine deskriptive Kommentierung der berichteten Ergebnisse.

Die katamnestiche Erfolgsquote nach der konservativen Berechnungsform DGSS 4 fällt gegenüber dem Vorjahr um 3,3 Prozent auf 42,0 Prozent. Damit liegt das Ergebnis im langjährigen Trend des Rückgangs der katamnestiche Erfolgsquoten und stellt seit

Tab. 13: Durchschnittliche Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

Jahr	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Behandlungsdauer in Tagen	108	96	88	87	86	86	86	86	86	85	88

Quelle: VDR Statistik Rehabilitation/Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation'

Beginn der FVS-Katamnesen die bisher niedrigste Erfolgsquote dar. (1996: 52,2 Prozent; 1997: 52,4 Prozent; 1998: 49,8 Prozent; 1999: 49,3 Prozent; 2000: 48,5 Prozent; 2001: 43,9 Prozent; 2002: 46,4 Prozent; 2003: 43,4 Prozent; 2004: 42,6 Prozent; 2005: 45,3 Prozent). Damit einher geht ein Rückgang der Katamneseantworter, wodurch automatisch der Anteil der per Definition als rückfällig eingestuften Antworter ansteigt.

Der Anteil der durchgehend Abstinenter lag im Vorjahr bei 35,0 Prozent und ist damit geringfügig um 0,3 Prozent auf 35,3 Prozent gestiegen. Der Anteil der nach Rückfall Abstinenter fällt hingegen um 3,6 Prozent von 10,3 Prozent auf 6,7 Prozent. Der Anteil der gesichert Rückfälligen steigt im Vergleich zum Vorjahr von 12,9 Prozent auf 14,6 Prozent. Der Anteil der definiert Rückfälligen steigt im Vergleich zum Vorjahr von 41,8 Prozent auf 43,4 Prozent. Es ist davon auszugehen, dass nur ein Teil der definiert „rückfälligen“ Patienten auch tatsächlich rückfällig ist.

In der FVS-Katamnese 2006 fallen die katamnesticchen Erfolgsquoten im Vergleich zum Vorjahr über alle DGSS-Berechnungsformen: bei DGSS 1 von 79,2 Prozent auf 75,9 Prozent, bei DGSS 2 von 48,9 Prozent auf 45,4 Prozent, bei DGSS 3 von 77,8 Prozent auf 74,3 Prozent und, wie oben ausgeführt, bei DGSS 4 von 45,3 Prozent auf 42,0 Prozent. Der Rückgang der katamnesticchen Erfolgsquoten zeigt sich also für die Gesamtstichprobe, die Stichprobe der planmäßigen Entlassungen, die Stichprobe der Antworter und die Stichprobe der planmäßig entlassenen Katamneseantworter. Die Ausschöpfungsquote sinkt von 59,5 Prozent in 2005 um 2,4 Prozent auf 57,1 Prozent in 2006. Allerdings steigt auch die Quote der rückfälligen Katamneseantworter von 12,9 Prozent um 1,7 Prozent auf 14,6 Prozent.

Bei einer Diskussion der Ergebnisse der FVS-Katamnese 2006 im Vergleich zum Vorjahr muss auch auf eine geringfügig veränderte Zusammensetzung der Klinikstichprobe (z. B. 17 statt 16 Einrichtungen) hingewiesen werden.

Möglicherweise bestehen hinsichtlich des langfristigen Rückgangs der katamnesticchen Erfolgsquoten im Zeitraum von 1996 bis 2006 neben einer zunehmenden Krankheitsschwere (Chronifizierung, Co- und Multimorbidität) der Klientel auch weiterhin Zusammenhänge zur Umsetzung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) aus dem Jahre 1996,

in dessen Folge sich die Behandlungszeiten in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker deutlich verkürzt haben. Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung hat sich die Behandlungsdauer für Alkoholabhängigkeit im stationären Bereich wie folgt geändert (Tabelle 13).

Zu differenzierten Zusammenhangsanalysen zwischen Veränderung der Verweildauern und Veränderung der Behandlungsergebnisse 1997 bis 2003 verweisen wir auf den Beitrag von Missel (2007).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die mittlere Behandlungsdauer für die Gesamtstichprobe von 81,2 Tagen auf 81,6 Tage leicht erhöht, die mittlere Behandlungsdauer für planmäßige Entlassungen blieb nahezu gleich (87,0 Tage vs. 86,9 Tage).

In der Gesamtstichprobe ist der Anteil behandelte Frauen von 30,4 Prozent im Vorjahr auf 31,2 Prozent im Jahr 2006 leicht gestiegen. Ihr Anteil an den Katamneseantwortern (32,1 Prozent) ist nur leicht erhöht, somit zeigt sich kein geschlechtsbezogener Unterschied in der Antworthäufigkeit. Der Prozentsatz Erwerbsloser zu Beginn der Maßnahme nimmt im Vergleich zum Vorjahr von 39,8 Prozent um 2,1 Prozent auf 37,7 Prozent ab. Der Anteil der Erwerbslosen liegt bei den Katamneseantwortern nur bei 33,9 Prozent.

Die Quote planmäßiger Therapiebeendigungen ist 2006 mit 87,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr (86,3 Prozent) um 1,2 Prozent angestiegen.

Bestätigen können wir mit dieser Untersuchung (vgl. Kluger et al., 2002, 2003; Zobel et al. 2004, 2005a, 2005b, 2007; Missel et al. 2008) die prognostische Bedeutsamkeit ausgewählter Merkmale für den späteren Therapieerfolg. Patienten, die aus einer festen Partnerschaft kommen, sind deutlich erfolgreicher als Patienten, bei denen dies nicht der Fall ist. Gleiches gilt für Erwerbstätige: Patienten, die nach der Behandlung erwerbslos sind, sind wesentlich häufiger rückfällig.

Weitere Behandlungsmerkmale erweisen sich als stabile Prädiktoren für den Therapieerfolg: Patienten, die vor der Indexbehandlung keine Entgiftungs- oder keine Entwöhnungsbehandlung aufwiesen, hatten eine signifikant höhere Abstinenzwahrscheinlichkeit als Vergleichspatienten, bei denen mindestens eine oder mehrere Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlungen vorlagen. Eine nicht planmäßige Beendigung der Rehabilitationsbehandlung erhöht signifikant das Rückfallrisiko,

planmäßige Entlassungen erhöhen die Abstinenzwahrscheinlichkeit. Auch zwischen der Dauer der Behandlung und dem Behandlungsergebnis besteht ein signifikanter Zusammenhang. Eine Behandlungsdauer von mehr als 16 Wochen führt bei planmäßiger Behandlungsbeendigung für knapp die Hälfte der Patienten zu einem entsprechenden katamnesticchen Therapieerfolg. Bei kürzeren Behandlungszeiten mit planmäßiger Entlassung ergeben sich vergleichsweise niedrigere katamnesticche Erfolgsquoten.

Die vorliegende Katamnese ergibt eine konservativ berechnete Abstinenzquote von 35,3 Prozent und eine katamnesticche Erfolgsquote unter Einbezug der Kategorie „abstinent nach Rückfall“ von 42,0 Prozent nach DGSS 4, eine Berechnung für die Katamneseantworter (DGSS 3) eine katamnesticche Erfolgsquote von 74,3 Prozent. Dies bestätigt insgesamt die Effektivität stationärer medizinischer Suchtrehabilitation, da Suchtmittelabstinenz als eine wichtige Voraussetzung der Wiederherstellung und dauerhaften Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit und der Teilhabe am Arbeitsleben anzusehen ist.

Darüber hinaus ist der Anteil der erwerbslosen Katamneseantworter ein Jahr nach der Behandlung deutlich gesunken: Waren zu Beginn der Behandlung 33,9 Prozent der Katamneseantworter erwerbslos, so reduzierte sich deren Anteil zum Katamnesezeitpunkt auf 22,8 Prozent. Dies erlaubt aber keine gesicherten differentiellen Rückschlüsse auf die Veränderungen der Erwerbssituation in der Gesamtstichprobe, also hinsichtlich der Nichtantworter.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen insbesondere auch, dass die katamnesticchen Erfolgsquoten für erstbehandelte Patienten durchgängig über denen mit Wiederholungsbehandlungen liegen und dass Behandlungsdauern von mehr als 16 Wochen höhere Erfolgsquoten als kürzere Behandlungsdauern ergeben. Dies gilt insbesondere für kürzere Behandlungsdauern bei Wiederholungsbehandlungen, was den Schluss nahe legt, dass eine Begrenzung von Behandlungsdauern für Wiederholer auf 8 Wochen unter Effektivitätsgesichtspunkten nicht angezeigt ist.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für die hohe Ergebnisqualität in der Behandlung Abhängigkeitskranker in den Einrichtungen des Fachverbandes Sucht. Interessant wird es sein, wenn seitens anderer Suchtverbände ebenfalls regelmäßig Katamneseergebnisse vorgelegt werden, die einen Vergleich

bezüglich der Stichproben und etwaiger Selektionseffekte ermöglichen.

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 auch zum Standard im ambulanten und teilstationären Bereich wird.

Der Fachverband Sucht hat alle seine stationären Mitgliedseinrichtungen im Indikationsbereich ‚Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit‘ aufgefordert, ab 01.01.2005 ein Basisdokumentationssystem und ab 01.01.2006 eine Routinekatamnese einzusetzen. Alle Mitgliedseinrichtungen sind auch gehalten, entsprechend definierter Qualitätsstandards (u. a. Missing-data-Vorgaben) komplette Datensätze zu erheben und dem Fachverband für klinikübergreifende Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Zu berücksichtigen bei den Anforderungen ist selbstverständlich, dass es beispielsweise bei drogenabhängigen Patienten schwierig ist, aussagekräftige Rücklaufquoten zu erreichen. Hier ist man auch auf die Durchführung entsprechender Forschungsprojekte aus Drittmitteln angewiesen, um entsprechende Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung durchführen zu können. Ein vergleichbares Vorgehen anderer suchtspezifischer Fachverbände hinsichtlich der Sicherung von Struktur- und Ergebnisqualität durch Einsatz von Basisdokumentation und Katamnese wäre zu begrüßen.

Angemerkt werden muss aber auch, dass mit dem stationären Bereich vergleichbare Evaluationsergebnisse weder für den ambulanten Rehabilitationsbereich noch für Kombinationsbehandlungsmodelle in aussagekräftigem Umfang vorliegen. Hieraus resultiert die Einschätzung des Fachverbandes Sucht e.V., dass diese Rehabilitationsformen insbesondere im Rahmen von Modellevaluationen mit dem stationären Bereich vergleichbare Effizienzstudien vorlegen sollten und nicht vorschnell als mit dem stationären Bereich vergleichbare Regelbehandlungsformen angesehen werden sollten, da deren Wirksamkeit auf breiter Ebene erst noch belegt werden muss.

Mit der Verabschiedung des neuen deutschen Kerndatensatzes (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2006), der in der zweiten Jahreshälfte 2006 vom Vorstand der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, den Spitzenverbänden der Suchtkrankenhilfe in Deutschland und den Bundeslän-

dern verabschiedet wurde, ist 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 2008‘ (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2007) als Referenzsystem im Bereich der Katamnese einzusetzen. Diese überarbeitete Version der Basisdokumentation Sucht enthält bereits den neuen deutschen Kerndatensatz. Der neue deutsche Kerndatensatz enthält auch den empfohlenen einheitlichen Katamnese-Datensatz, der es ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland ermöglicht, sich an Routinekatamnesen als Ein-Jahres-Katamnese 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. Hiermit ist ein Regelwerk für die Durchführung und Darstellung von Katamnesen verfasst, dem sich der Fachverband Sucht in seinen Publikationen seit 1996 verpflichtet fühlt. Dieses Regelwerk sollte auch die Beliebigkeit katamnestischer Aussagen beseitigen, indem in jeder nationalen Veröffentlichung im Suchtbereich heute angegeben werden sollte, welche Katamnese-standards und welche Berechnungsform der DGSS in der Darstellung Anwendung findet. 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 dass gemeinsam mit einer Routinekatamnese ein entscheidender Schritt zum Nachweis der Ergebnisqualität des gesamten Suchthilfesystems in Deutschland gemacht würde.

Literatur:

Bachmeier, R. und Brandl, E. (2000). Behandlungserfolg von erst- und wiederholungsbehandelten Patienten in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger. *Sucht Aktuell*, 7/1, 44 - 51.

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.) (2006). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. www.dhs.de.

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2002). Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (Basisdokumentation Sucht), Hilden.

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2002). Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht), Version 1.0. Hilden.

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2007). Basisdokumentation 2006 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 14, Bonn.

Funke, W., Funke, J., Klein, M., und Scheller, R. (1995). Zur Bedeutung differentieller Katamnesen: Strategien, Befunde, Konsequenzen. In: J. Körkel, G. Lauer und R. Scheller (Hrsg.). *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. S. 14 - 24. Stuttgart: Enke.

Funke, W., Kluger, H., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (1999). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1996 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 6/1, 40 - 44.

Funke, W., Kluger, H., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (2000). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1997 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 7/1, 39 - 44.

Funke, W., Kluger, H., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (2001). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1998 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 8/1, 43 - 48.

Kluger, H., Funke, W., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (2002). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1999 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 9/1, 25 - 33.

Kluger, H., Funke, W., Bachmeier, R., Brünger, M., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V., Wüst, G. (2003). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2000 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 10/1, 14 - 23.

Küfner, H., Feuerlein, W. und Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der Vier-Jahres-Katamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157 - 272.

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

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

Missel, P. und Schäfer, R. (1997). Qualitätsmanagement in der Therapie Suchtkranker. In: Jeschke, H. A. und Lang, J. R. (Hrsg.). Rehabilitation im Umbruch. Kulmbach: Baumann.

Missel, P., Zobel, M., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2008). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2005 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 15/1, 13-24.

Zemlin, U., Schneider, B., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jahrreis, R., Missel, P., Ott, E., Quinten, C., Roeb, W. (1999). Effektivität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Ein-Jahreskatamnese in fünf Fachkliniken. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 1999, 47, 60 - 73.

Zemlin, U., Herder, F. und Dornbusch, P. (1999). Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? - Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. Sucht Aktuell 6/2, 16-32.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Brünger, M., Funke, W., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Weissinger, V., Wüst, G. (2004). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 11/1, 11-20.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Weissinger, V., Wüst, G. (2005a). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2002 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 12/1, 5-15.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2005b). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2003 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 12/2, 5-15.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2007). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2004 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 14/1, 5-15.

Die Autoren:

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

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

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

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

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

Medenwaldt, Jens, Redline Data GmbH, Ahrensböck

Missel, Peter, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe der AHG Kliniken Daun, Verhaltensmedizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit, Am Rosenberg, Daun

Schneider, Bernhard, Dipl. Psych., Abteilung Wissenschaft und Forschung der AHG Kliniken Daun, Verhaltensmedizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit, Daun

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

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

Wüst, Gerhard, Dipl.-Psych., Stellv. Leitender Psychologe der Fachklinik Eußerthal, Eußerthal/Pfalz

Literaturhinweise

Lena S.: Auf Stelzen gehen – Geschichte einer Magersucht, Bonn, 2. Auflage 2008, ISBN 978-3-76729-014-9, 15,95 €

„Als ich 17 war, begann ich zu sterben, mit 19 hatte ich es fast geschafft. Ich bin noch einmal umgekehrt. Warum? ...“ So beginnt das Buch von Lena S. welche im Jugendalter zunehmend in eine Magersucht hineingeleitet. Realitätsnah ehrlich und schonungslos beschreibt sie die anorektische Welt, die Einsamkeit, die sich hinter der Fassade von scheinbarer Überheblichkeit und Arroganz verbirgt und die verzweifelte Suche nach Identität. Deutlich treten dabei ihre Versuche zu Tage, Probleme mit untauglichen Mitteln zu lösen.

Das Buch ist mittlerweile auch als Hörbuch unter gleichnamigen Titel auf CD erschienen, welche auch einen Kurzfilm über ihre heutige Situation zeigt. Das Hörbuch ist zu 14,09 Euro unter der ISBN-Nr. 978-3-86739-014-9 zu beziehen.

Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker, Bonn 2008, ISBN 978-3-86739-025-5, 14,95 €

Die beiden Autoren lassen Kinder, deren Eltern psychisch krank sind, zu Wort kommen. Die bewegenden Berichte erwachsen gewordener

Kinder machen deutlich, mit welcher seelischer Hypothek sie ins Leben gehen und welchen tiefsten Loyalitätskonflikten sie ausgesetzt sind, wenn sie das „Familiengeheimnis“ offenbaren. Weitere Beiträge behandeln die Entwicklung von Kindern mit psychisch kranken Eltern aus Sicht der Behandler und in einem abschließenden Kapitel werden von verschiedenen Autoren bewährte Modelle und neue Initiativen vorgestellt, die Eltern und Kindern Unterstützung bieten können.

Zobel, M. (Hrsg.): Wenn Eltern zuviel trinken – Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien, Bonn 2008, ISBN 978-3-86739-026-2, 14,95 €

Der Sammelband stellt die vergessenen Kindern aus suchtkranken Familien in den Mittelpunkt. Es beinhaltet eindrucksvolle Berichte erwachsener Kinder aus Suchtfamilien, bietet Hintergrundwissen zum Thema Alkohol und zu dessen Auswirkungen auf die Familie, zeigt Möglichkeiten auf, Kinder stark zu machen und im Rahmen unterschiedlicher Institutionen zu unterstützen und sollte Mitarbeiter/innen in der Sucht- und Jugendhilfe dazu ermuntern, selbst entsprechende Angebote für Kinder, Jugendliche und Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien aufzubauen. Im Anhang ist eine Checkliste zur Risiko- und Res-

sourceinschätzung für Jugendliche und Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien enthalten, sowie hilfreiche Adressen und Literaturhinweise.

Jaggi, F.: Burnout – Praxisnah, Stuttgart 2008, ISBN 978-3-13-145901-5, 9,95 €

Der Begriff „Burnout“ hat in den letzten Jahren eine deutliche Verbreitung erfahren. Darunter wird eine körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung aufgrund beruflicher Überbelastung verstanden. Dabei handelt es sich nicht um eine Arbeitsmüdigkeit, sondern um einen fortschreitenden Prozess, der mit wechselhaften Gefühlen der Erschöpfung und Anspannung einhergeht. Das Buch bietet Informationen zu diesem Phänomen, analysiert auslösende Bedingungen, gibt Hinweise zum Krankheitsverständnis und zur Differentialdiagnose und enthält einen Überblick entsprechender Therapie- und Behandlungsangebote für die Burnout- und Stressprophylaxe. Diese reichen von der klassischen Psychotherapie über Entspannungstechniken, das Erlernen neuer Bewältigungsstrategien, Zeitmanagement bis hin zur Kombination mit einer medikamentösen Behandlung. Praxisnah, kompetent und konzentriert auf die Bedürfnisse der therapeutischen Praxis wird in diesem Buch informiert.