

# Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Peter Missel, Bernhard Schneider, Rudolf Bachmeier, Wilma Funke, Dieter Garbe, Franz Herder, Stephan Kersting, Jens Medenwaldt, Bernd Schneider, 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) wurde das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement mit der Verpflichtung zur Zertifizierung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen verbunden (§ 137 d SGB V, § 20 SGB IX). Mittlerweile liegen verbindliche Kriterien für die Anerkennung entsprechender Zertifizierungsverfahren durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vor. Auch wurden Fristen vereinbart, bis zu deren Ablauf stationäre Rehabilitationseinrichtungen zertifiziert sein müssen, um von den Leistungsträgern weiter belegt zu werden.

Seit seinem Bestehen gehört die Qualitätssicherung bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote für Abhängigkeitskranke zu den vorrangigen Aufgaben des Fachverbandes Sucht e. V. (FVS) und seiner Mitgliedseinrichtungen. 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 Arbeitsfähigkeit 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 im poststationären Rehabilitationsverlauf. 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 Fachverbandes 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 2007 mit 10.983 (2003: 7.266; 2004: 9.799; 2005: 10.269; 2006: 10.306) 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, die in 18 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige behandelt wurden, dar. Es handelt sich um die folgenden Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen: AHG Klinik Schweriner See; AHG Kliniken Daun, Verhaltensmedizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit, Am Rosenberg; Paracelsus Berghofklinik; AHG Klinik Tönisstein; Fachklinik Eußerthal; Fachklinik Eschenburg; Fachklinik Fredenburg; 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; Saaletalklinik; AHG Kliniken Daun, Verhaltensmedizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit, Thomener 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 ca. 45 Prozent ein.

Tab.1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, kategoriale Auswertung

Merkmal	Kategorie	Kein Katamneseantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N=4.522		N=6.461		N=10.983	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Geschlecht</b>	Männlich	3247	71,8%	4462	69,1%	7709	70,2%
	Weiblich	1275	28,2%	1999	30,9%	3274	29,8%
<b>Altersgruppe</b>	Bis 40	1677	37,1%	1555	24,1%	3232	29,4%
	Über 40	2845	62,9%	4906	75,9%	7751	70,6%
<b>Familienstand bei Aufnahme</b>	Nicht verheiratet	3054	67,5%	3575	55,3%	6629	60,4%
	Verheiratet	1433	31,7%	2855	44,2%	4288	39,0%
<b>Partnerbeziehung bei Aufnahme</b>	Keine feste Beziehung	2248	49,7%	2729	42,2%	4977	45,3%
	Feste Beziehung	1857	41,1%	3296	51,0%	5153	46,9%
<b>Höchster Schulabschluss</b>	Kein Schulabschluss	216	4,8%	156	2,4%	372	3,4%
	Sonder- /Hauptschulabschluss	2053	45,4%	2732	42,3%	4785	43,6%
	Realschulabschluss und höher	2112	46,7%	3411	52,8%	5523	50,3%
	Sonstiger Abschluss	43	1,0%	64	1,0%	107	1,0%
<b>Erwerbstätigkeit bei Aufnahme</b>	Erwerbstätig	1247	27,6%	2322	35,9%	3569	32,5%
	Erwerbslos	1755	38,8%	2101	32,5%	3856	35,1%
	Nicht erwerbstätig	537	11,9%	917	14,2%	1454	13,2%
<b>Vermittlung</b>	Ohne Vermittlung	613	13,6%	1005	15,6%	1618	14,7%
	Arbeitgeber / Betrieb /Schule	124	2,7%	309	4,8%	433	3,9%
	Arzt / Psychotherapeut	132	2,9%	287	4,4%	419	3,8%
	Krankenhaus	748	16,5%	917	14,2%	1665	15,2%
	Suchtberatung	2221	49,1%	3127	48,4%	5348	48,7%
	Kosten-/ Leistungsträger	168	3,7%	220	3,4%	388	3,5%
	Sonstige	473	10,5%	552	8,5%	1025	9,3%
<b>Leistungsträger</b>	Rentenversicherung	3782	84,0%	5261	81,8%	9043	82,7%
	Krankenversicherung	509	11,6%	806	12,5%	1328	12,1%
	Sozial-/Jugendhilfe	92	2,0%	125	1,9%	212	1,9%
	Selbstzahler	99	2,2%	203	3,2%	302	2,8%
	Sonstige	19	0,4%	49	0,7%	68	0,6%
<b>Hauptsuchtmitteldiagnose zusammengefasst</b>	Alkohol	4217	93,3%	6145	95,1%	10362	94,3%
	Sedativa, Hypnotika	78	1,7%	100	1,5%	178	1,6%
	Multipler Substanzgebrauch	75	1,7%	68	1,1%	143	1,3%
	Sonstige	152	3,4%	148	2,3%	300	2,7%
<b>Anzahl Entgiftungen</b>	Keine Entgiftungen	954	21,1%	1442	22,3%	2396	21,8%
	eine oder mehrere	3564	78,8%	5017	77,7%	8581	78,1%
<b>Anzahl ambulanter Entwöhnungen</b>	Keine	3867	85,5%	5029	77,8%	8896	81,0%
	Eine oder mehrere	447	9,9%	701	10,8	1148	10,5%
<b>Art der Behandlungsbeendigung</b>	Planmäßig	3559	78,7%	5831	90,2%	9390	85,5%
	Abbruch durch Patient	783	17,3%	498	7,7%	1281	11,7%
	Abbruch durch Einrichtung	114	2,5%	84	1,3%	198	1,8%
	Verlegt	64	1,4%	48	0,7%	112	1,0%
	Im Behandlungszeitraum verstorben	2	0,0%	0	0	2	0,0%

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.

## Untersuchungsdesign

Die Katamnese des Fachverbandes Sucht umfasst die Daten einer Totalerhebung des Entlassjahrgangs 2007 aus den beteiligten Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen.

In allen beteiligten Kliniken wird nach rehabilitationswissenschaftlich fundierten Behandlungskonzepten 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 2007 entlassenen Patienten<sup>1</sup> wurden zwölf Monate nach Beendigung ihrer Entwöhnungsbehandlung im Rahmen eines gleitenden Versandschemas angeschrieben mit der Bitte, den beiliegenden Katamnesebogen ausgefüllt zurückzusenden. Ein erstes Erinnerungsschreiben erfolgte nach drei, ein weiteres nach sechs Wochen. Erfolgte auch dann keine Antwort, wurde in einigen Fachkliniken versucht, den Patienten telefonisch zu erreichen, um in Anlehnung an einen Gesprächsleitfaden Katamnesedaten zu erhalten. Folgende Erhebungsinstrumente wurden eingesetzt:

- Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2007) bzw. klinikspezifisch angepasste Versionen;
- Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2007), mit dazugehörigem Protokollbogen zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamneserücklaufs.

Erstmals wurden beim Entlassjahrgang 2007 eine Basisdokumentation und eine Katamnese eingesetzt, die den überarbeiteten

Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (DHS, 2008) abdecken. Im Vergleich zu den bisherigen Veröffentlichungen ergeben sich dadurch einige Veränderungen. So wurde das Kriterium für „abstinenter Rückfall“ von mindestens dreimonatiger (12 Wochen) durchgängiger Abstinenz zum Befragungszeitpunkt auf mindestens 30 Tage Abstinenz zum Befragungszeitpunkt reduziert. Da ergänzend zum Kerndatensatz das bisherige Kriterium im FVS weiter erhoben wird, muss auf die etablierten Kriterien, für die alleine auch Vergleichsdaten vorliegen, nicht verzichtet werden. Für die Auswertung des Entlassjahrgangs 2007 werden die gewohnten Tabellen berichtet, zusätzlich Auswertungen zu dem neuen Kriterium.

Als „abstinenter“ wurden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als „abstinenter nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage, beziehungsweise 3 Monate abstinenter war. Als „rückfällig“ galten 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, Ahrensböck, weitergeleitet. Der Fachverband hat die jeweiligen Datensätze der Einrichtungen vor der Weitergabe an Redline Data bezüglich der Kliniken anonymisiert.

## Beschreibung der Stichprobe

Alle im Zeitraum vom 1.1.2007 bis 31.12.2007 in den beteiligten Kliniken entlassenen Patienten bilden die Gesamtstichprobe mit insgesamt 10.983 stationären Maßnahmen. Der Datensatz der beteiligten Kliniken wurde vorab um Patienten mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“ (N = 76) bereinigt. Weitere 21 Patienten wurden wegen fehlender oder nicht verwertbarer Angaben in den Variablen Hauptsuchtmittel diagnose und Art der Behandlungsbeendigung aus der Untersuchung genommen.

Die soziodemographischen Daten sowie die Angaben zur Behandlung und zum Aufnahme- und Entlassstatus wurden mit der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2007) erfasst. 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

70,2 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe waren männlichen, 29,8 Prozent weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter betrug in der Gesamtstichprobe 45,1 Jahre, 70,6 Prozent der Patienten waren älter als 40 Jahre. Insgesamt 39,0 Prozent der Patienten waren verheiratet, 46,9 Prozent lebten in einer festen Beziehung.

Bezüglich der Schulausbildung gaben insgesamt 3,4 Prozent an, keinen Schulabschluss zu haben, 43,6 Prozent hatten einen Sonder- oder Hauptschulabschluss erreicht, 50,3 Prozent einen darüber hinausgehenden Abschluss.

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit am Tag vor der Aufnahme standen 32,5 Prozent der Patienten in einem Arbeitsverhältnis, 35,1 Prozent waren erwerbslos und 13,2 Prozent fielen unter die Kategorie Nicht-Erwerbspersonen (Hausfrauen, Rentner, Schüler, Studenten etc.). Von 19,2 Prozent der Patienten lagen keine Angaben vor, im Vorjahr gab es nur 1,3 Prozent fehlende Angaben.

## Behandlungsmerkmale

Der Hauptanteil mit 48,7 Prozent der Vermittlungen erfolgte durch Suchtberatungsstellen. Durch Krankenhäuser wurden 15,2 Prozent der Patienten vermittelt, Kosten- und Leistungsträger waren in 3,5 Prozent der Fälle die Überweisenden. Arbeitgeber/Betriebe/Schulen hatten einem Vermittlungsanteil von 3,9 Prozent, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten wiesen 3,8 Prozent der Patienten zu. Ohne Vermittlung kamen 14,7 Prozent der Patienten in die Behandlung, sonstige Vermittler wurden in 9,3 Prozent der Fälle genannt.

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

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

	Kein Katamneseantworter			Katamneseantworter			Gesamtstichprobe		
	N=4.522			N=6.461			N=10.983		
	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N
<b>Alter bei Aufnahme</b>	43,08	10,41	4522	46,57	9,79	6461	45,13	10,20	10983
<b>Abhängigkeitsdauer</b>	15,14	15,58	4019	15,47	16,62	5679	15,33	16,20	9698
<b>Behandlungsdauer (alle)</b>	78,24	36,73	4522	84,21	31,83	6461	81,75	34,06	10983
<b>Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung</b>	87,81	31,33	3559	88,08	29,16	5831	87,97	30,00	9390

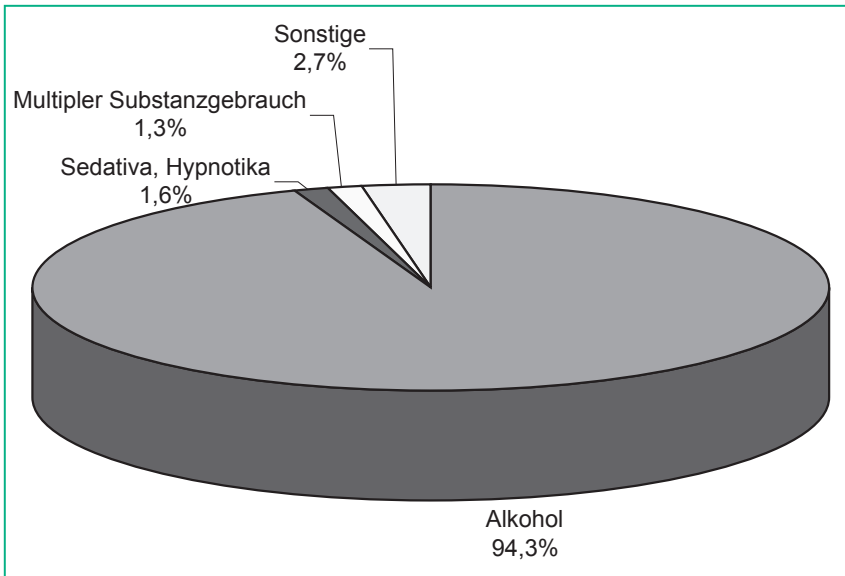


Abbildung 1: Primärdiagnose der Suchtmittelabhängigkeit (N = 10.983)

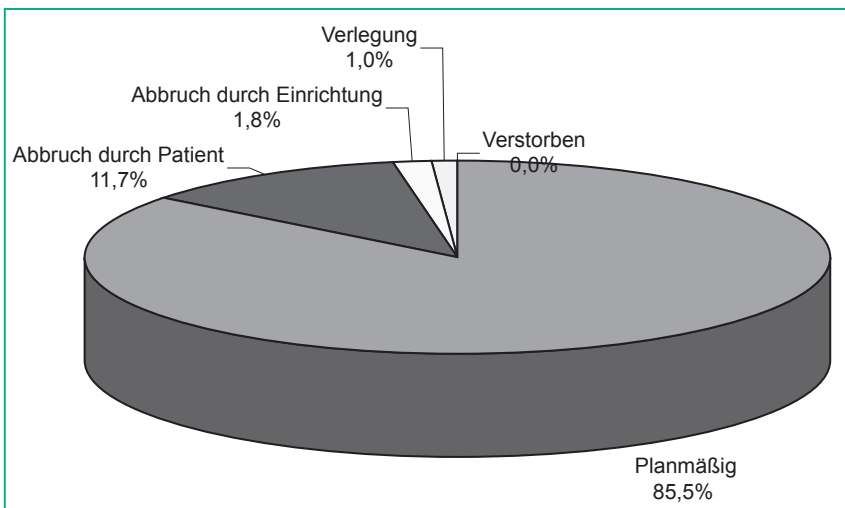


Abbildung 2: Art der Behandlungsbeendigung (N = 10.983)

Die Behandlungen wurden überwiegend von den Rentenversicherungsträgern getragen (82,7 Prozent). In 12,1 Prozent der Fälle war eine Krankenversicherung der Kostenträger, 3,3 Prozent der Patienten waren Selbstzahler und in 2,0 Prozent der Fälle wurden die Kosten von der Sozial/Jugendhilfe übernommen. Sonstige Kostenträger hatten einen Anteil von 0,6 Prozent.

Es hatten 94,3 Prozent (N = 10.362) der Patienten in der Hauptdiagnose eine Störung durch Alkohol (ICD – 10, F10). Bei den übrigen Patienten (vgl. Abbildung 1) hatten 1,3 Prozent Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (ICD – 10, F19), 1,6 Prozent zeigten Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (ICD – 10, F 13). Andere Hauptdiagnosen nach ICD-10 (F12, F14, F15, F16, F17, F18) wurden bei 2,7 Prozent der Patienten vergeben. Patienten mit der Hauptsuchtmitteldiagnose Pathologisches

Glücksspiel (ICD–10, F63.0) wurden nicht in die Untersuchung aufgenommen.

Die mittlere Dauer der Abhängigkeit bei Beginn der Behandlung lag bei 15,3 Jahren. Der überwiegende Teil der Gesamtstichprobe (78,1 Prozent) hatte in der Vorgeschichte min-

Tab. 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

	Anzahl	Prozent
Abstinent	3792	34,5%
Abstinent nach Rückfall (3 Monate)	841	7,7%
Rückfällig	1828	16,6%
Verweigert	101	0,9%
Verstorben	110	1,0%
Unbekannt verzogen	1446	13,2%
Unfähig zur Beantwortung	24	0,2%
Sonstiges / Keine Daten	2841	25,9%
<b>Gesamt</b>	<b>10983</b>	<b>100,0%</b>

destens eine Entzugsbehandlung absolviert. Bei der Angleichung an den Kerndatensatz (DHS, 2008) kam es in vielen Einrichtungen zu einer inkonsistenten Erfassung der Anzahl der vorangegangenen Entwöhnungsbehandlungen. Es sollte die Anzahl der Entwöhnungsbehandlungen inklusive der aktuellen Maßnahme angegeben werden, dies scheint nicht immer so erfolgt zu sein, die Angaben weichen stark von den Vorjahren ab. Aus diesem Grunde wird auf alle Auswertungen mit dieser Variable verzichtet. Es besteht Überarbeitungsbedarf beim Kerndatensatz der DHS.

Die Beendigung der stationären Abhängigkeitsbehandlung erfolgte für 85,5 Prozent planmäßig. 11,7 Prozent der Patienten brachen ihre Behandlung ab. Bei 1,8 Prozent wurde die Therapie durch die Einrichtung beendet. In andere Einrichtungen verlegt wurden 1,0 Prozent der Patienten, 2 Patienten gleich 0,0 Prozent verstarben während des Behandlungszeitraums (Abbildung 2.).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag für die Gesamtstichprobe bei 81,8 Tagen (für planmäßig entlassene Patienten: 88,0 Tage).

### Vergleich der Gesamtstichprobe mit der Stichprobe der Katamneseantworter

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

Zusammenfassend weist die Stichprobe der Katamneseantworter im Vergleich zur Gesamtstichprobe folgende nennenswerte Unterschiede auf: mehr weibliche und ältere Patienten, mehr Patienten in fester Beziehung, mehr verheiratete Patienten, mehr erwerbstätige und weniger erwerbslose Patienten, mehr Patienten mit planmäßiger Behandlungsbeendigung und dadurch bedingt eine höhere mittlere Behandlungsdauer über alle Entlassungen.

### Katamneseergebnisse

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse zum Datenrücklauf der Katamnese.

Die Ausschöpfungsquote beträgt für den Entlassjahrgang 2007 insgesamt 58,8 Prozent (Vorjahr: 57,1 Prozent).

Bei 1,0 Prozent der Patienten wurde in Erfahrung gebracht, dass sie in der Zwischenzeit verstorben sind, 0,9 Prozent der ehemaligen Patienten verweigerten die Teilnahme an der Befragung, 0,2 Prozent der Patienten waren unfähig zur Beantwortung.

Als Antworterstichprobe wurden die Katamneseantworter mit den Kategorien „abstinent“, „abstinent nach Rückfall“, und „rückfällig“ in den Katamneseprotokollbögen definiert. Dies sind 6461 ehemalige Patienten und 58,8 Prozent der Ausgangsstichprobe (vgl. Ausschöpfungsquote).

Von diesen 6461 Datensätzen der Antworterstichprobe beruhen 86,2% auf schriftlichen Katamneseangaben durch den Patienten, 11,7% auf telefonischen Angaben durch den Patienten und 0,7% auf sonstigen Angaben des Patienten. In 1,3% der Fälle wurde dieses Datenfeld nicht ausgefüllt.

### Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese

Zum Katamnesezeitpunkt waren 45,5 Prozent der Antworter verheiratet, zu Therapiebeginn waren es 45,1 Prozent. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten.

Die Quote der erwerbstätigen Katamneseantworter stieg von 43,9 Prozent bei Therapiebeginn auf 51,1 Prozent zum Katamnesezeitpunkt deutlich an. Die Zahl der erwerbslosen Katamneseantworter sank von 39,3 Prozent auf 27,2 Prozent zum Katamnesezeitpunkt um 12,1 Prozent. Demgegenüber erhöhte sich die Quote der Nichterwerbstätigen von 16,8 Prozent auf 21,7 Prozent. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten.

Im Katamnesezeitraum waren 28,4 Prozent der Katamneseantworter mindestens einmal arbeitslos.

Der Vergleich der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der Behandlung und im Jahr nach der Behandlung zeigt eine Zunahme des Anteils der ehemaligen Patienten ohne jegliche Arbeitsunfähigkeit von 48,7% um 13,8 Prozent auf 62,5% im Katamnesezeitraum. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten bis 3 Monate nehmen um 11,5 Prozent, die bis 6 Monate um 4,3 Prozent ab, bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten über 6 Monate ist eine Zunahme um 1,9 Prozent zu verzeichnen. Die Prozentangaben beziehen sich ausschließlich auf Datensätze mit Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsdauern zu beiden Zeitpunkten.

Bei der Erfassung des Besuchs von Selbsthilfegruppen wurde unterschieden zwi-

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

		Katamneseantworter			
		N = 6461			
		Katamnesezeitpunkt		Therapiebeginn	
Merkmal	Kategorien	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Familienstand (N=5929)</b>	Verheiratet	2697	45,5%	2675	45,1%
	Nicht verheiratet	3232	54,5%	3254	54,9%
<b>Erwerbstätigkeit (N=5108)</b>	Erwerbstätig	2611	51,1%	2241	43,9%
	Erwerbslos	1390	27,2%	2007	39,3%
	Nicht erwerbstätig	1107	21,7%	860	16,8%
<b>Arbeitslosigkeit im Katamnesezeitraum</b>	Ja	1833	28,4%		
	Nein	4380	67,8%		
	Keine Angaben	248	3,8%		
<b>Arbeitsunfähigkeit im Katamnesezeitraum (N=3549)</b>	Keine Arbeitsunfähigkeit	2219	62,5%	1728	48,7%
	< 3 Monate	893	25,2%	1301	36,7%
	< 6 Monate	207	5,8%	358	10,1%
	> 6 Monate	230	6,5%	162	4,6%
<b>Selbsthilfegruppen-Besuch</b>	Nein, keine Selbsthilfegruppe besucht	2234	34,6%		
	Während des gesamten Zeitraums	1962	30,4%		
	Mindestens ein halbes Jahr lang	908	14,1%		
	Weniger als ein halbes Jahr lang	786	12,2%		
	Keine Angaben	571	8,8%		
<b>Häufigkeit des Selbsthilfegruppenbesuchs</b>	Unter einmal pro Monat	760	11,8%		
	Ein bis dreimal pro Monat	950	14,7%		
	Wöchentlich	1804	27,9%		
	Keine Angabe	2947	45,6%		
<b>Beratungsstellen-Besuch Nachsorge</b>	Ja	1770	27,4%		
	Nein	2126	32,9%		
	Keine Angaben	2565	39,7%		

schen der Dauer innerhalb des Katamneseintervalls und der Frequenz. Kein Selbsthilfegruppenbesuch wurde von 34,6 Prozent der Katamneseantworter angegeben. Während des gesamten Katamnesezeitraums gaben 30,4 Prozent der Katamneseantworter einen Selbsthilfegruppenbesuch an, mindestens ein halbes Jahr lang hatten 14,1 Prozent und weniger als ein halbes Jahr lang hatten 12,2 Prozent eine Selbsthilfegruppe besucht. 27,9 Prozent der Antworter besuchten wöchentlich eine Selbsthilfegruppe. 14,7 Prozent taten dies ein bis dreimal im Monat und 11,8 Prozent gaben an, weniger als einmal im Monat eine Selbsthilfegruppe besucht zu haben.

Eine Inanspruchnahme einer poststationären ambulanten Rehabilitation oder Nachsorge wird nur von 27,4 Prozent der Katamneseantworter angegeben.

### 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 2007 entlassenen Patienten. Personen für die keine oder widersprüchliche Katamneseinformationen vorliegen, werden hiernach als rückfällig gewertet. Darunter fallen auch die Unterkategorien „unbekannt verzogen“, „verweigert“, „nicht geantwortet“, „verstorben“ und „unfähig zur Beantwortung“.

Tab. 5: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (alt „abstinent nach Rückfall 3 Monate“)\*

	DGSS 1 (N=5.831)		DGSS 2 (N=9.390)		DGSS 3 (N=6.461)		DGSS 4 (N=10.983)	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	4.300	73,7%	4.300	45,8%	4.633	71,7%	4.633	42,2%
<b>Abstinent</b>	3.551	60,9%	3.551	37,8%	3.792	58,7%	3.792	34,5%
<b>Abstinent nach Rückfall (3 Monate)</b>	749	12,8%	749	8,0%	841	13,0%	841	7,7%
<b>Rückfällig</b>	1.531	26,3%	5.090	54,2%	1.828	28,3%	6.350	57,8%
<b>Gesamt</b>	5.831	100,0%	9.390	100,0%	6.461	100,0%	10.983	100,0%

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

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 nach Rückfall“) nach DGSS 4 von 42,2 Prozent. Es lebten im gesamten Katamnesezeitraum 34,5 Prozent der Patienten abstinent, 7,7 Prozent abstinent nach Rückfall. Die weiteren 57,8 Prozent wurden in der konservativen Schätzung als rückfällig eingestuft (vgl. Abbildung 3). Die 57,8 Prozent rückfälligen

Patienten setzten sich aus 16,6 Prozent „rückfällig per Katamneseantwort“ und 41,2 Prozent „rückfällig per Definition“ zusammen. Die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 ohne Berücksichtigung der Verstorbenen beträgt 42,6 Prozent (34,9 Prozent abstinent und 7,7 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, ergab sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 73,7 Prozent. Danach lebten im gesamten Katamnesezeitraum 60,9 Prozent der Patienten durchgehend abstinent, 12,8 Prozent abstinent nach Rückfall und die anderen 26,3 Prozent wurden als rückfällig eingestuft (Abbildung 4).

Untersucht man das neu eingeführte Kriterium „abstinent nach Rückfall“ bei ununterbrochener Abstinenz von 30 Tagen, so sind grundsätzlich bessere Ergebnisse zu erwarten. Diese sind in Tabelle 6 dargestellt. Dabei fällt auf, dass es auch beim Kriterium durchgehender Abstinenz zu geringfügigen Veränderungen kommt, was durch geringfügige Unterschiede in der Datenbasis zu Stande kommt. Die Ursache liegt in fehlenden bzw. abweichenden Angaben in diesen zwei Datensätzen. Da alle weiteren Auswertungen auf der Variable „Abstinenz-einstufung klassisch“ mit der Definition „abstinent nach Rückfall“ bei ununterbrochener Abstinenz von drei Monaten zum Befragungszeitpunkt basiert, wird diese Auswertung

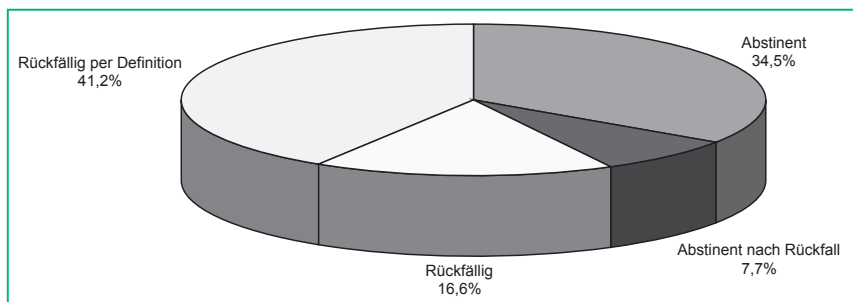


Abbildung 3: Abstinenzquote nach konservativer Berechnungsart (DGSS 4) incl. Verstorbene

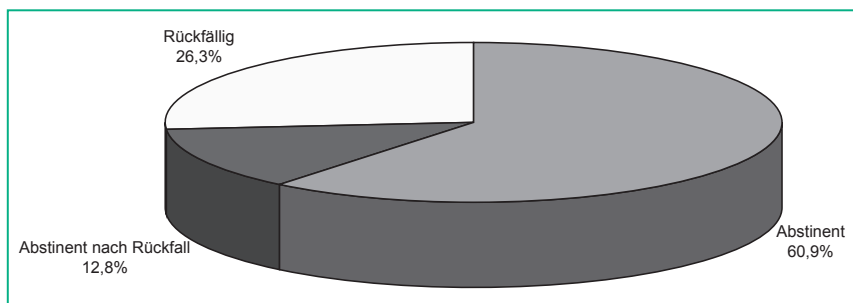


Abbildung 4: Abstinenzquote nach (DGSS 1) incl. Verstorbene

Tab. 6: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 (neu „Abstinent nach Rückfall 30 Tage“)\*

	DGSS 1 (N=5.812)		DGSS 2 (N=9.390)		DGSS 3 (N=6.441)		DGSS 4 (N=10.983)	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	4539	78,1%	4539	48,3%	4900	76,1%	4900	44,6%
<b>Abstinent</b>	3567	61,4%	3567	38,0%	3808	59,1%	3808	34,7%
<b>Abstinent nach Rückfall (30 Tage)</b>	972	16,7%	972	10,4%	1092	17,0%	1092	9,9%
<b>Rückfällig</b>	1273	21,7%	4851	51,7%	1541	23,9%	6083	55,4%
<b>Gesamt</b>	5812	100,0%	9390	100,0%	6441	100,0%	10983	100,0

\* Die Berechnungen wurden unter Einbeziehung der verstorbenen Patienten durchgeführt, dies führt zu einer geringfügigen Reduzierung der Abstinenzquotienten bei DGSS 2 und DGSS 4. Geringfügige Abweichungen im Stichprobenumfang zur Tabelle 5 bei DGSS 1 und 3 kommen daher, dass die Angaben zu beiden Kriterien von einer unterschiedliche Zahl von Patienten vorlagen.

Tab. 7: Abstinenzquoten nach Geschlecht (DGSS 1 – 4)

	DGSS 1 (N = 5.831)		DGSS 2 (N = 9.390)		DGSS 3 (N = 6.461)		DGSS 4 (N = 10.983)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
<b>Katamnestic Erfolgsquote</b>	73,9%	73,4%	45,1%	47,5%	71,5%	72,1%	41,4%	44,0%
<b>Abstinent</b>	61,8%	59,0%	37,6%	38,2%	59,2%	57,4%	34,3%	35,1%
<b>Abstinent nach Rückfall</b>	12,1%	14,4%	7,4%	9,3%	12,3%	14,7%	7,1%	8,9%
<b>Rückfall</b>	26,1%	26,6%	54,9%	52,5%	28,5%	27,9%	58,6%	56,0%

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

	DGSS 1 (N = 5.831)			DGSS 2 (N = 9.390)			DGSS 3 (N = 6.461)			DGSS 4 (N = 10.983)		
	bis 12 Wochen	über 12 bis 16 Wochen	über 16 Wochen	bis 12 Wochen	über 12 bis 16 Wochen	über 16 Wochen	bis 12 Wochen	über 12 bis 16 Wochen	über 16 Wochen	bis 12 Wochen	über 12 bis 16 Wochen	über 16 Wochen
<b>Katamnestic Erfolgsquote</b>	74,2%	73,6%	72,1%	45,5%	47,1%	41,3%	70,7%	73,0%	71,5%	39,5%	46,4%	40,4%
<b>Abstinent</b>	60,2%	62,2%	58,3%	36,9%	39,8%	33,4%	56,6%	61,6%	57,2%	31,6%	39,1%	32,3%
<b>Abstinent nach Rückfall</b>	14,0%	11,4%	13,8%	8,6%	7,3%	7,9%	14,1%	11,4%	14,3%	7,9%	7,3%	8,1%
<b>Rückfall</b>	25,8%	26,4%	27,9%	54,5%	52,9%	58,7%	29,3%	27,0%	28,5%	60,5%	53,6%	59,6%

tung und die Abweichung im Wert Abstinent, die unter 0,5 Prozent liegt, toleriert.

Ein Vergleich der katamnesticen Erfolgsquoten mit neuer vs. alter Berechnungsform zeigt nachfolgende Ergebnisse: 78,1 Prozent vs. 73,7 Prozent bei DGSS 1, 48,3 Prozent vs. 45,8 Prozent bei DGSS 2, 76,1 Prozent vs. 71,7 Prozent bei DGSS 3 und 44,6 Prozent vs. 42,2 Prozent bei DGSS 4.

### Katamnestic Erfolgsquoten nach DGSS 1 – 4 nach Geschlecht und Behandlungsdauern

Die katamnesticen Erfolgsquoten zeigen keine einheitlichen geschlechtsspezifischen Effekte. In DGSS 4 erreichen Frauen eine um 2,6 Prozent höhere katamnestic Erfolgsquote als Männer.

Tabelle 8 stellt den Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg dar. Demnach weisen Patienten mit einer Behandlungsdauer von bis zu 12 vollendeten Behandlungswochen eine katamnestic Erfolgsquote nach DGSS 4 von 39,5 Prozent auf, Patienten die länger als 16 Wochen behandelt wurden, waren in 40,4 Prozent der Fälle zum Befragungszeitpunkt abstinent oder abstinent nach Rückfall. Die höchste katamnestic Erfolgsquote weist das Behandlungsdauerintervall von über 12 Wochen bis 16 Wochen auf, nämlich 46,4 Prozent.

Für die Stichprobe der planmäßig entlassenen Patienten ergibt sich gleichfalls mit 47,1 Prozent die höchste katamnestic Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer von über 12 bis zu 16 Wochen (bis 12 Wochen 45,5 Prozent, über 16 Wochen 41,3 Prozent).

Bedauerlicherweise führt die Operationalisierung von Erst- und Wiederholungsbehandlung im Kerndatensatz der DHS (2008) zu invaliden Angaben, so dass in diesem Jahr keine entsprechenden Auswertungen vorgenommen werden konnten.

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

Die nachfolgende Tabelle 9 zeigt Therapieerfolgsquoten bezüglich relevanter Patienten- und Behandlungsmerkmale zum Auf-

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

Variable	Kategorien	Therapieerfolg (abstinent und abstinent nach Rückfall) in Prozent
		<b>Gesamtstichprobe (N=10.983)</b>
<b>Geschlecht</b>	Männlich	41,4**
	Weiblich	44,0**
<b>Partnerbeziehung</b>	Keine feste Partnerschaft	37,0**
	Feste Partnerschaft	47,9**
<b>Erwerbstätigkeit bei Aufnahme</b>	Erwerbstätig	50,6**
	Erwerbslos	34,6**
	Nicht Erwerbstätig	45,2**
<b>Abhängigkeitsdauer</b>	Bis 10 Jahre	43,8**
	Über 10 Jahre	41,2**
<b>Entgiftungen</b>	Keine Entgiftungen	44,2**
	Mindestens 1 Entgiftung	50,7**
	2 und mehr Entgiftungen	36,3**
<b>Entlassart</b>	Planmäßig	45,8**
	Nicht planmäßig	20,9**
<b>Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen (DGSS 3)</b>	Bis 12 Wochen	45,5**
	Über 12 bis 16 Wochen	47,1**
	Über 16 bis 52 Wochen	41,3**

Anmerkung: (Chi-Quadrat - Test; \* p < 0.05; \*\* p < 0.01)

nahme- bzw. Entlasszeitpunkt der Behandlung. Die Ergebnisse basieren auf der konservativen Berechnungsform der Erfolgsquoten nach DGSS 4. Die Kategorien, welche die Erfolgsquote ausmachen („abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“) wurden auf Basis der Gesamtstichprobe zusammengefasst.

- 44,0 Prozent der Frauen waren ein Jahr nach Therapieende „erfolgreich“ (abstinent bzw. abstinent nach Rückfall). Bei Männern sind 41,4 Prozent erfolgreich.
- Patienten, die bei Therapiebeginn nicht in einer festen Partnerschaft leben, waren deutlich weniger erfolgreich (37,0 Prozent) als Patienten, die aus einer festen Beziehung kommen (47,9 Prozent).
- Von den zu Therapiebeginn erwerbstätigen Patienten waren nach einem Jahr 50,6 Prozent als erfolgreich zu bezeichnen. Dies traf hingegen nur für 34,6 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 häufiger einen Therapieerfolg als Patienten, die mehr als 10 Jahre abhängig waren (43,8 Prozent vs. 41,2 Prozent).
- Patienten, die vor Therapiebeginn keine (Erfolgsquote 44,2 Prozent) beziehungsweise nur eine Entgiftungsbehandlung (Erfolgsquote 50,7 Prozent) aufwiesen, hatten größere Erfolgsaussichten als Patienten mit wiederholten Entgiftungsbehandlungen (Erfolgsquote 36,3 Prozent).
- Patienten mit planmäßigem Abschluss der Therapie schnitten deutlich besser ab als Patienten, bei denen dies nicht zutraf (Erfolgreich bei planmäßiger Beendigung: 45,8 Prozent). Nicht planmäßig entlassene Patienten waren nur zu einem Anteil von 20,9 Prozent erfolgreich bezüglich der Aufrechterhaltung der Abstinenz.
- Bezieht man die katamnestiche Erfolgsquote auf Behandlungsdauerklassen bei planmäßigen Entlassungen, so weisen Patienten mit einer Behandlungsdauer von über 12 bis 16 Wochen mit 47,1 Prozent die höchsten Erfolgsquoten auf. Patienten, die eine Behandlung von über 16 Wochen aufweisen, haben eine katamnestiche Erfolgsquote von 41,3 Prozent. Bei bis zu 12 Wochen Behandlungsdauer beträgt die Erfolgsquote 45,5 Prozent.

Damit bestätigen sich im Wesentlichen die Ergebnisse von Zemlin et al. (1999) sowie Küfner, Feuerlein und Huber (1988), wonach insbesondere Merkmale der sozialen und beruflichen Stabilität prognostisch äußerst bedeutsam sind. Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat auch die Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen (vgl. Missel, 2007)

### Zufriedenheitseinstufungen

Die nachfolgenden Bewertungen der Katamneseantworter zur Zufriedenheit in relevanten Lebensbereichen zum Katamnesezeitpunkt (vgl. 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 der Partnersituation zufrieden waren, beträgt 78,8 Prozent. Mit der Verwandtschaft, Eltern und Geschwistern sind 84,3 Prozent, mit den Kindern 86,9 Prozent, mit Bekannten und Freunden sind 85,0 Prozent, mit der Freizeitgestaltung 81,7 Prozent, mit der beruflichen Situation 67,6 Prozent, mit der körperlichen Gesundheit 75,5 Prozent und mit dem psychischen Zustand 75,1 Prozent zufrieden. Mit der finanziellen Situation sind 64,6 Prozent, mit der Wohnsituation 89,0 Prozent, in Bezug auf Straftaten und Delikte sind 74,8 Prozent, in Bezug auf die Suchtmittelabstinenz 78,9 Prozent und mit ihrer Alltagsbewältigung sind 84,9 Prozent zufrieden.

Tabelle 10 beschreibt auch Zufriedenheitseinstufungen über die unterschiedlichen Lebensbereiche der Katamneseantworter im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. Die Kategorien, die die Erfolgsquote ausmachen, „abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“, wurden auf Basis der Katamneseantworter mit entsprechenden Angaben zusammengefasst.

Abstinent lebende Patienten sind ein Jahr nach Behandlungsende in allen Lebenssituationen deutlich zufriedener als rückfällige Patienten. Vergleicht man die Zufriedenheit von abstinent lebenden Patienten mit der Zufriedenheit von rückfälligen Patienten, so

ergeben sich die nachfolgend aufgeführten Werte. Die Zahlen für die rückfälligen Patienten stehen jeweils in Klammern hinter der Zufriedenheits-Quote bei den abstinenten Patienten. Mit der Partnerbeziehung sind 84,8 (59,9) Prozent, mit der Verwandtschaft 88,8 (70,5) Prozent, mit den eigenen Kindern 90,8 (73,5) Prozent, mit dem Bekanntenkreis 90,2 (68,6) Prozent, mit der Freizeitgestaltung 89,4 (57,8) Prozent und mit der beruflichen Situation 74,5 (47,0) Prozent der Patienten zufrieden. In Bezug auf die körperliche Gesundheit sind 82,7 (54,4) Prozent, mit der seelischen Gesundheit 84,7 (46,9) Prozent, bezüglich der finanziellen Situation 71,1 (45,8) Prozent, der Wohnsituation 91,7 (81,3) Prozent und im Hinblick auf Straftaten 84,9 (61,5) Prozent der Antworter zufrieden. Der höchste Prozentsatz von zufriedenen Patienten ist in Bezug auf die Suchtmittelabstinenz 93,3 (43,8) Prozent und die Alltagsbewältigung mit 93,1 (61,1) Prozent zu verzeichnen.

### Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

Von insgesamt 1990 rückfälligen Katamneseantwortern wurde das Item „Wie viele Wochen waren Sie nach Abschluss der Therapie abstinent?“ beantwortet. 29,3 Prozent der Rückfälle ereigneten sich bereits im ersten Monat nach Behandlungsende, weitere 13,4 Prozent im zweiten und weitere 15,6 Prozent im dritten Monat nach Beendigung der stationären Rehabilitation. Drei Monate nach Abschluss der Behandlung hatten sich somit bereits 58,3 Prozent der Rückfälle des gesamten Katamnesezeitraums von einem Jahr ereignet (bis sechs Monate: 82,6 Prozent der Rückfälle). Dies verdeutlicht u. a. die Notwendigkeit intensiver ambulanter Weiterbehandlungsmaßnahmen und macht auf die weiterhin bestehende Schnittstellenproblematik in der therapeutischen Kette aufmerksam. Zur Sicherung der Nachhal-

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

Zufriedenheit mit	Therapieerfolg		
	Abstinenz	Rückfall	Gesamt
Partnerbeziehung	84,8%	59,9%	78,8%
Eltern, Geschwister, Verwandte	88,8%	70,5%	84,3%
Eigene Kinder	90,8%	73,5%	86,9%
Bekannte, Freunde	90,2%	68,6%	85,0%
Freizeitgestaltung	89,4%	57,8%	81,7%
Berufliche Situation	74,5%	47,0%	67,6%
Körperliche Gesundheit	82,7%	54,4%	75,5%
Seelischer Zustand	84,7%	46,9%	75,1%
Finanzielle Situation	71,1%	45,8%	64,6%
Wohnsituation	91,7%	81,3%	89,0%
Straftaten, Delikte	84,9%	61,5%	74,8%
Suchtmittelabstinenz	93,3%	43,8%	78,9%
Alltagsbewältigung	93,1%	61,1%	84,9%



tigkeit des Rehabilitationserfolges und zur Überwindung dieser Schnittstellenproblematik sind insbesondere auch innovative Interventionsformen erforderlich. Abbildung 5 gibt einen Überblick über den 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“, „trifft nicht zu“ und „keine Angaben“ antworten. Die Angaben sind nach prozentualer Häufigkeit geordnet. Mehrfachangaben waren möglich (vgl. Tabelle 11).

Als häufigster Grund für rückfälliges Verhalten wurden frustrierende Erfahrungen genannt (45,7 Prozent). Es folgen Depressionen mit 41,0 Prozent, Ärger mit 40,3 Prozent und innere Spannung/Unruhe mit 39,1 Prozent. Einsamkeit wurde von 32,0 Prozent, Angst von 29,9 Prozent und schwierige Lebenssituationen von 29,5 Prozent der rückfälligen Patienten als Grund für den erneuten Suchtmittelkonsum genannt. Ein Viertel der Rückfälligen nannte als Grund die Über-

Tab. 11: Angaben der rückfälligen Antworten zu Gründen für erneuten Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Gründe für erneuten Suchtmittelkonsum	Prozent
Frustration, Enttäuschung	45,7
Depression	41,0
Ärger	40,3
Innere Unruhe, Spannung	39,1
Einsamkeit	32,0
Angst	29,9
Schwierige Lebenssituation	29,5
Kontrolliertes Trinken	27,2
Stressgefühl	25,6
Langeweile	24,9
Unwiderstehliches Verlangen	24,9
Schlafschwierigkeiten	21,5
Guter Stimmung, Glücksgefühl	21,0
Konflikte mit anderen Personen	20,3
In Gesellschaft nicht nein sagen können	14,9
Entzugsähnliche Beschwerden	14,1
Nicht nein sagen können	14,0
Körperliche Schmerzen	13,9
Sonstiges	11,9
Hemmungen	9,2

Anmerkung: N = 1974 (rückfällige Antworten mit zustimmenden Angaben zu diesem Item, Mehrfachantworten möglich).

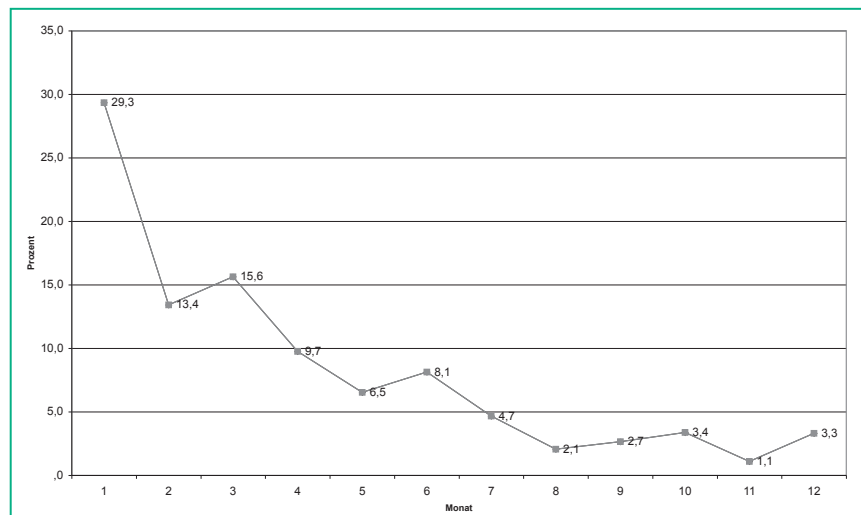


Abbildung 5: Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

zeugung, wieder kontrolliert trinken zu können (27,2 Prozent), Stressgefühl (25,6 Prozent), unwiderstehliches Verlangen (24,9) oder Langeweile (24,9). Jeder fünfte Rückfall ereignete sich in guter Stimmung verbunden mit Glücksgefühlen (21,0 Prozent).

### Therapieerfolg und Erwerbstätigkeit

Tabelle 12 bezieht den Therapieerfolg auf Veränderungen, die sich hinsichtlich der Erwerbslosigkeit 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 katamnestiche Erfolgsquote von 76,9 Prozent auf, wenn sie zum Katamnesezeitpunkt wieder erwerbstätig waren. Patienten, die auch zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos waren, haben nur eine Erfolgsquote von 57,5 Prozent. Bei vor Therapiebeginn erwerbslosen Patienten,

die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote bei 64,0 Prozent.

Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbstätig waren und es zum Katamnesezeitpunkt auch blieben, weisen eine katamnestiche Erfolgsquote von 81,5 Prozent auf. Patienten, die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos wurden, haben nur eine Erfolgsquote von 65,0 Prozent. Bei erwerbstätigen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote bei 70,9 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 differentielle Berücksichtigung von Patienten- und Behandlungsmerkmalen problematisch. Daher be-

Tab. 12: Therapieerfolg gemäß DGSS 3 (alle Antworten) 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	76,9
	Erwerbslos	57,5
	Nicht-Erwerbstätig	64,0
Erwerbstätig **	Erwerbstätig	81,5
	Erwerbslos	65,0
	Nicht-Erwerbstätig	70,9

\* N = 1330 (Pat. die vor Therapiebeginn erwerbslos waren und in der Katamnese Fragen zur Erwerbssituation beantwortet haben)

\*\* N = 1798 (Pat. die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und in der Katamnese Fragen zur Erwerbssituation beantwortet haben)

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

Jahr	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Behandlungsdauer in Tagen	108	96	88	87	86	86	86	86	86	85	88	88

Quelle: VDR Statistik Rehabilitation

schränken wir uns an dieser Stelle auf eine deskriptive Kommentierung der berichteten Ergebnisse.

Die katamnestiche Erfolgsquote nach der konservativen Berechnungsform DGSS 4 nimmt gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Prozent auf 42,2 Prozent zu. Über einen größeren Zeitraum betrachtet, liegt das Ergebnis aber weiterhin im langjährigen Trend des Rückgangs der katamnestiche Erfolgsquoten (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; 2006: 42,0 Prozent).

Der Anteil der durchgehend Abstinenter lag im Vorjahr bei 35,3 Prozent und ist damit um 0,8 Prozent auf 34,5 Prozent gefallen. Der Anteil der nach Rückfall Abstinenter steigt hingegen um 1,0 Prozent von 6,7 auf 7,7 Prozent. Der Anteil der gesichert rückfälligen steigt im Vergleich zum Vorjahr von 14,6 Prozent um 2,0 Prozent auf 16,6 Prozent. Der Anteil der definiert rückfälligen sinkt im Vergleich zum Vorjahr von 43,4 Prozent um 2,2 Prozent auf 41,2 Prozent. Es ist davon auszugehen, dass nur ein Teil der definiert „rückfälligen“ Patienten auch tatsächlich rückfällig ist.

In der FVS-Katamnese 2007 fällt die katamnestiche Erfolgsquote im Vergleich zum Vorjahr bei DGSS 1 von 75,9 Prozent auf 73,7 Prozent, bei DGSS 2 steigt sie von 45,4 Prozent auf 45,8 Prozent an, bei DGSS 3 fällt sie von 74,3 Prozent auf 71,7 Prozent und, wie oben ausgeführt, bei DGSS 4 steigt sie von 42,0 Prozent auf 42,2 Prozent. Ein Rückgang der katamnestiche Erfolgsquoten zeigt sich also für die Antwortstichproben von DGSS 1 und 3, während sich bei den Gesamtstichproben von DGSS 2 und 4 eine geringfügige Zunahme der katamnestiche Erfolgsquoten ergibt.

Die Ausschöpfungsquote steigt von 57,1 Prozent in 2006 um 1,7 Prozent auf 58,8 Prozent in 2007. Allerdings steigt auch die Quote der rückfälligen Katamneseantworter von 14,6 Prozent auf 16,6 Prozent.

Bei einer Interpretation der Ergebnisse der FVS-Katamnese 2007 im Vergleich zum Vorjahr muss auch auf eine geringfügig veränderte Zusammensetzung der Klinikstichprobe (z. B. 18 statt 17 Einrichtungen) hingewiesen werden.

Möglicherweise bestehen hinsichtlich des langfristigen Rückgangs der katamnestiche Erfolgsquoten im Zeitraum von 1996 bis 2007 neben einer zunehmenden Krank-

heitsschwere (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 (vgl. 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 ist die mittlere Behandlungsdauer für die Gesamtstichprobe von 81,6 Tagen und 81,8 Tagen nahezu gleich, die mittlere Behandlungsdauer für planmäßige Entlassungen hat sich um 1,1 Tage erhöht (86,9 Tage vs. 88,0 Tage).

In der Gesamtstichprobe ist der Anteil behandelter Frauen von 31,2 Prozent im Vorjahr auf 29,8 Prozent im Jahr 2007 gefallen. Ihr Anteil an den Katamneseantwortern (30,9 Prozent) ist nur leicht erhöht, somit zeigt sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Katamneseeteilnahme.

An weiteren Unterschieden im Vergleich zum Vorjahr ergaben sich: Abnahme der Altersgruppe über 40 Jahre (70,6 Prozent vs. 72,0 Prozent), Abnahme des Anteils verheirateter Patienten (39,0 Prozent vs. 41,2 Prozent) gleichfalls Abnahme des Anteils von Patienten mit fester Beziehung (46,9 Prozent vs. 50,9 Prozent) und Erhöhung der durchschnittlichen Abhängigkeitsdauer von 13,58 Jahren auf 15,33 Jahre. Der Prozentsatz Erwerbsloser zu Beginn der Maßnahme nimmt im Vergleich zum Vorjahr von 37,7 Prozent um 2,6 Prozent auf 35,1 Prozent ab. Der Anteil der Erwerbslosen liegt bei den Katamneseantwortern nur bei 32,5 Prozent.

Die Quote planmäßiger Therapiebeendigungen ist 2007 mit 85,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr (87,5 Prozent) um 2,0 Prozent gefallen.

Bestätigen können wir mit dieser Untersuchung (vgl. Kluger et al., 2002, 2003; Zobel et al. 2004, 2005a, 2005b, 2007; Missel et al. 2008, 2009) 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 vor bzw. nach der Behandlung erwerbslos sind, sind wesentlich häufiger rückfällig.

Weitere Behandlungsmerkmale erweisen sich als stabile Prädiktoren für den Therapieerfolg: Weibliche Patienten und Patienten mit einer Abhängigkeitsdauer von bis zu 10 Jahren hatten erhöhte katamnestiche Erfolgsquoten. Patienten, die vor der Indexbehandlung zwei oder mehr Entgiftungsbehandlungen aufwiesen, hatten eine signifikant geringere Abstinenzwahrscheinlichkeit als Vergleichspatienten, bei denen keine oder nur eine Entgiftungsbehandlung vorlagen. Eine nicht planmäßige Beendigung der Rehabilitationsbehandlung erhöht signifikant das Rückfallrisiko, planmäßige Entlassungen erhöhen die Abstinenzwahrscheinlichkeit. Auch zwischen der Dauer der Behandlung bei planmäßiger Entlassung und dem Behandlungsergebnis bestehen bedeutsame Zusammenhänge. Am erfolgreichsten sind Patienten mit einer Behandlungsdauer über 12 bis 16 Wochen.

Die vorliegende Katamnese ergibt eine konservativ berechnete Abstinenzquote von 34,5 Prozent und eine katamnestiche Erfolgsquote unter Einbezug der Kategorie „abstinent nach Rückfall“ von 42,2 Prozent nach DGSS 4 (alt 3 Monate) und 44,6 Prozent nach DGSS 4 (neu 30 Tage). Eine Berechnung für die Katamneseantworter (DGSS 3) ergibt eine katamnestiche Erfolgsquote von 71,7 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 39,3 Prozent der Katamneseantworter erwerbslos, so reduzierte sich deren Anteil zum Katamnesezeitpunkt auf 27,2 Prozent. Dies erlaubt aber keine gesicherten differentiellen Rückschlüsse auf die Veränderungen der Erwerbssituation in der Gesamtstichprobe, also einschließlich der Nichtantworter.

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 umfangreiche 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. Die Wirksamkeit entsprechender Behandlungsformen muss – vor dem Hintergrund der Spezifität des jeweils behandelten Klientels – auf breiter Ebene erst noch belegt werden. Zu begrüßen ist die einrichtungsübergreifende Katamnese von ambulanten Behandlungseinrichtungen des FVS, welche erstmals in dieser Ausgabe von „Sucht aktuell“ publiziert wird.

Mit der Verabschiedung des neuen deutschen Kerndatensatzes (Deutsche Haupt-

stelle für Suchtfragen, 2008), der in der zweiten Jahreshälfte 2006 vom Vorstand der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, den Spitzenverbänden der Suchtkrankenhilfe in Deutschland und den Bundesländern verabschiedet wurde, 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 2007‘ (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-Katamnesen zu beteiligen. Auch dieser Katamnese-Datensatz fordert die ausschließliche Orientierung an den Berechnungsformen 1 bis 4 der Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. 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 Beliebbarkeit 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. Hiermit könnten auch innovative Nachsorgemodule zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges differenziell evaluiert werden.

#### 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.) (2008). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Stand: 23.07.2008. www.dhs.de.

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

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

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2008). Basisdokumentation 2007 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 15, 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. Sucht-gefahren, 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., Dehmlow, A., Herder, F., Jahrreis, R., Ott, E., Quinten, C., Schneider, B. und Zemlin, U. (1997). Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese. *Sucht Aktuell*, 4/3-4, 10 - 22.
- Missel, P. 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.
- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2009). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2006 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 16/1, 5-16.
- 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*
- Schneider, Bernd, Dr., Dipl. Psych., Leiter der AHG Gesundheitsdienste, Koblenz*
- 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

**Lindenmeyer, J.: Lieber schlau als blau, Weinheim, Basel 2010, 8. überarbeitete Auflage, ISBN: 978-3-621-27695-5, 29,95 €**

Das zentrale Anliegen des Buches ist es, Betroffene, aber auch Angehörige und ihre Therapeuten bei der Überwindung einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit zu unterstützen. Das klar strukturierte Buch enthält 14 Kapitel welche unterschiedliche Fragestellungen behandeln, wie z.B.:

- Wie entsteht Abhängigkeit?
- Wie wirkt Alkoholabhängigkeit?
- Was sind typische Abwehrmechanismen?
- Welche Möglichkeiten der Behandlung und Rückfallprävention gibt es?
- Was können Angehörige tun?

Auf diese und viele weitere Fragen gibt das Buch in leicht verständlicher und anschaulicher Weise Antwort. Jedem Kapitel ist ein Fragebogen zugeordnet, der die Betroffenen zum Nachdenken anregt. Dem Buch liegt eine CD-ROM bei, auf der alle Fragebögen sowie fünf Kapitel des Buches als Vorträge gespeichert sind, bei. Diese eignen

sich beispielsweise zur Präsentation mit Beamer in Selbsthilfegruppen oder in Suchtkliniken.

**BDP, Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.): Psychische Störungen in der somatischen Rehabilitation, Berlin 2009, ISBN: 978-3-931589-91-2, 19,80 €**

Der Sammelband enthält Beiträge zur 28. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation. Ausgewiesene Experten berichten über theoretische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen, die einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit komorbiden psychischen Störungen in der somatischen Rehabilitation leisten können. Das Buch enthält drei Vorträge sowie zehn Poster- und drei Workshopbeiträge, welche den Zusammenhang psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen in verschiedenen Indikationsbereichen der somatischen Rehabilitation beleuchten.

**Ploil, E.O.: Psychosoziale Online-Beratung, München 2009, ISBN: 978-3-497-02193-1, 16,90 €**

Die Autorin erklärt anschaulich, welche Möglichkeiten der psychosozialen Beratung im weltweiten Netz vorhanden sind und welche besonderen Anforderungen an die Beratenden gestellt werden. Die häufigsten Online-Beratungsformen sind die Mail-Beratung, das Forum und der Chat. Die Beratung erfolgt unabhängig von Zeit und Ort und unterliegt derzeit keiner Kontrolle. Damit sind auch Gefahren verbunden: Beratung im Netz kann unverbindlich bleiben, die persönliche Begegnung fehlt, die Schriftlichkeit kann zu Fehldeutungen führen. Die Autorin erklärt von daher anschaulich Haltungen und Methoden in der Beratung, geht auf das Beraten per Mail, das Moderieren und das Beraten im Chat ein. Mit Übungen und Fallbeispielen können zudem einzelne Kommunikationsstrategien erprobt werden, zudem sind Checklisten und Übersichten über Sonderzeichen und Kommunikationskonventionen beigelegt.