

Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Brünger, M., Funke, W., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Weissing, V., Wüst, G.

Im Zuge einer verstärkten Diskussion 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“ 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 Qualitätsmanagement sicherzustellen haben. In diesem Kontext spielt nach Ansicht des Fachverbandes Sucht e.V. neben der Struktur- und Prozessqualität insbesondere die Ergebnisqualität eine zentrale Rolle. Traditionell 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 empfiehlt der Fachverband Sucht e.V. auch die Durchführung einer Basisdokumentation bzw. die Durchführung einer Routinekatamnese (in Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit) als Basiskriterien in den Strukturhebungsbogen (RV) aufzunehmen.

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. Eine wesentliche Voraussetzung für die Erreichung dieser Zielsetzung liegt in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker darin, inwieweit es gelingt, bei den suchtkranken Menschen „Abstinenz dauerhaft zu sichern“ beziehungsweise die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und –schwere 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 und –gefährdete, in dem die stationäre medizinische Rehabilitation einen unverzichtbaren Bestandteil ausmacht, ist nach unterschiedlichen Aspekten zu bewerten. Ein wichtiges Maß dafür ist die Erhebung von Konsumverhalten und Zufriedenheitsbewertungen ein Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme. 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 2001 mit 7.824 durchgeführten Behandlungen berücksichtigt werden. Der FVS ist zur Zeit der einzige bundesweit tätige Verband, der damit aussagekräftige, klinikübergreifende katamnestiche Erhebungen regelmäßig (ab dem Entlassjahrgang 1996) vornimmt und publiziert. Dieser Beitrag stellt die Ergebnisse für eine Gesamtstichprobe, die in 12 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige behandelt wurden, dar. Es handelt sich um die folgenden Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen. Kliniken Daun-Am Rosenberg; Fachklinik Bad Tönisstein; Fachklinik Birkenbuck; Fachklinik Eußertal; Fachklinik Furth im Wald; Fachklinik Münchwies; salus Klinik Friedrichsdorf; salus Klinik Lindow; Klinik Schweriner See; Kliniken Daun – Thommener Höhe; Kliniken Wied; Fachklinik Wilhelmsheim.

Untersuchungsdesign

Die Katamnese des Fachverbandes Sucht umfasst die Daten einer Totalerhebung des Entlassjahrgangs 2001 aus Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen.

In allen beteiligten Kliniken wird nach rehabilitationswissenschaftlich fundierten Behandlungskonzepten gearbeitet. Die jeweilige Maßnahme wird patientenorientiert individuell geplant. 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 2001 entlassenen Patienten¹ wurden zwölf Monate nach Beendigung ihrer Entwöhnungsbehandlung im Rahmen eines gleitenden Versandschemas angeschrieben mit der Bitte, den beiliegenden Katamnesebo-

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

Fachbeiträge

gen 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 (Ott et al., 1997)
- Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 1997)
- klinikspezifischer „Kurzfragebogen zur katamnestic Erhebung“ sowie als Protokollbogen zur Durchführung der Telefoninterviews ein „Gesprächsleitfaden zur katamnestic Erhebung“.

Als „abstinent“ wurden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als „rückfällig“ wurde eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens zwölf Wochen abstinent war und sich keiner erneuten Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlung im Katamnesezeitraum unterzogen hatte. 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, Ahrensboök, 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 1.1.2001 bis 31.12.2001 in den beteiligten Kliniken entlassenen Patienten bilden die Gesamtstichprobe mit insgesamt 7.824 stationären Maßnahmen. Die soziodemographischen Daten sowie die Angaben zur Behandlung und zum Aufnahme- und Entlassstatus wurden mit der Basisdokumentation Sucht (Bado 97) erfasst (vgl. Fachverband Sucht, 2001). Tabelle 1a zeigt eine Auswahl an Patientenmerkmalen, Tabelle 1b wesentliche Behandlungsmerkmale der Gesamtstichprobe.

Patientenmerkmale

73,4 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe waren männlichen, 26,6 Pro-

Merkmal	Kategorien	Gesamtstichprobe	
		Anzahl	Prozent
		N = 7.824	
Geschlecht	Männlich	5.739	73,4
	Weiblich	2.085	26,6
Altersgruppen	Bis 39 Jahre	2.470	31,6
	40 Jahre und älter	5.352	68,4
Durchschnittsalter	In Jahren, Mittelwert (Standardabweichung)	43,9 (8,7)	
Familienstand	Verheiratet	3.519	45,0
	Nicht verheiratet	4.276	54,6
Partnerbeziehung	Feste Beziehung	4.413	56,4
	Keine feste Beziehung	3.330	42,6
Höchster Schulabschluss	Kein Schulabschluss	344	4,4
	<= Hauptschulabschluss	4.216	53,9
	> Hauptschulabschluss	3.215	41,1
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	4.116	52,6
	Erwerbslos	2.492	31,9
	Nicht erwerbstätig	686	8,8
	Sonstige**	495	6,3

Tab. 1a: Patientenmerkmale der Gesamtstichprobe*

- * Anmerkung: Aufgrund von ‚missing data‘ addieren sich die Werte nicht immer auf 100 Prozent.
 ** Im Vergleich zum Entlassjahrgang 2000 Anstieg der Kategorie ‚Sonstige‘ von 0,9% auf 6,3% durch geändertes ‚Codierverhalten‘ bei beteiligten Einrichtungen.

zent weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter betrug in der Gesamtstichprobe 43,9 Jahre, mehr als zwei Drittel der Patienten waren 40 Jahre und älter (68,4 Prozent). Insgesamt 45,0 Prozent der Patienten waren verheiratet, 56,4 Prozent lebten in einer festen Beziehung.

Bezüglich der Schulausbildung gaben insgesamt 4,4 Prozent an, keinen Schulabschluss zu haben, 53,9 Prozent hatten mindestens einen Hauptschulabschluss, 41,1 Prozent einen darüber hinausgehenden Abschluss.

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit standen 52,6 Prozent der Patienten in einem Arbeitsverhältnis, 31,9 Prozent waren erwerbslos und 8,8 Prozent fielen unter die Kategorie Nicht-Erwerbspersonen (Hausfrauen, Rentner, Schüler, Studenten, Auszubildende, berufliche Rehabilitation etc.). Sonstige Angaben machten 6,3 Prozent der Patienten.

Behandlungsmerkmale

Der Hauptanteil der Vermittlungen erfolgte durch Suchtberatungsstellen (60,8 Prozent). Durch Krankenhäuser wurden 13,2 Prozent der Patienten vermittelt, ‚Arbeitgeber/Betriebe/Schule‘ folgen mit einem Vermittlungsanteil von 5,8 Prozent. Leistungsträger sowie niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten waren in jeweils 5,1 Prozent der Fälle die Überweisenden. Ohne Vermittlung kamen 1,2 Prozent der Patienten in die Behandlung, sonstige Vermittler wurden in 8,0 Prozent der Fälle genannt.

Die Behandlungen würde überwiegend von den Rentenversicherungsträgern getragen. Die Landesversicherungsanstalten waren mit einem Anteil von 43,1 Prozent an der Belegung führend, es folgten die BfA (32,4 Prozent), Krankenversicherungsträger (8,7 Prozent) sowie sonstige Rentenversicherungsträger und Selbstzahler mit einem Anteil von jeweils 2,6 Prozent. ‚Sozialhilfe/Jugendhilfe‘ war in 0,3 Prozent der Fälle der Kostenträger. Bei 10,2 Prozent der Behandlungen waren sonstige Leistungsträger involviert.

Es wurden 96,9 Prozent (N = 7.580) der Patienten nach ICD – 10 in der Hauptdiagnose als alkoholabhängig (F10.2) eingestuft. Von den übrigen 244 Patienten (vgl. Abbildung 1) hatten 27,5 Prozent Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13), Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19) folgen mit einem Anteil von 20,5 Prozent. Störungen durch Opioiden (F11) zeigten 8,6 Prozent der Patienten. Andere Hauptdiagnosen nach ICD – 10 (F12, F14, F15, F16, F17 und F18) wurden bei 11,5 Prozent der Patienten vergeben. Störungen durch pathologisches Glücksspiel zeigten 21,3 Prozent der übrigen Patienten. (Abbildung 1).

Die mittlere Dauer der Abhängigkeit bei Beginn der Behandlung lag bei 13,0 Jahren. Der überwiegende Teil der Gesamtstichprobe hatte in der Vorgeschichte mindestens eine Entzugsbehandlung absolviert (71,1 Prozent).

Merkmal	Kategorien	Gesamtstichprobe N = 7.824	
		Anzahl	Prozent
Vermittlung	Ohne Vermittlung	91	1,2
	Arbeitgeber/ Betrieb/ Schule	450	5,8
	Niedergel. Arzt/ Psychotherapeut	396	5,1
	Krankenhaus	1.030	13,2
	Suchtberatung	4.758	60,8
	Kosten-/Leistungsträger	400	5,1
	Sonstige	623	8,0
Leistungsträger	BfA	2.533	32,4
	LVA	3.376	43,1
	Sonstiger Rentenversicherungsträger	201	2,6
	Krankenversicherung	684	8,7
	Sozialhilfe/ Jugendhilfe	22	0,3
	Selbstzahler	201	2,6
	Sonstige	800	10,2
Haupt-Suchtmitteldiagnose	Störungen durch Alkohol (ICD-10: F10)	7.580	96,9
	Störungen durch andere Substanzen (ICD-10: F11-F19)	166	2,1
	Pathologisches Glücksspiel (ICD-10: F63.0)	52	0,7
Mittlere Abhängigkeitsdauer	In Jahren, Mittelwert (Standardabweichung)	13,0 (7,5)	
Anzahl Entgiftungen	Keine Entgiftungen	2.053	26,2
	Eine und mehr Entgiftungen	5.566	71,1
Anzahl ambulanter Entwöhnungen	Keine ambulante Entwöhnung	7.219	92,3
	Eine und mehr ambulante Entwöhnungen	394	5,0
Anzahl stationärer Entwöhnungen**	Keine stationäre Entwöhnung	3.854	71,5
	Eine und mehr stationäre Entwöhnungen	1.508	28,0
Art der Beendigung	Planmäßiger Abschluss***	6.641	84,9
	Weitervermittlung/Wechsel	233	3,0
	Verlegung	101	1,3
	Abbruch durch Einrichtung	522	6,7
	Abbruch durch Patient	300	3,8
	Strafvollzug	3	0,0
	Verstorben	2	0,0
Mittlere Behandlungsdauer	Gesamt, in Tagen, Mittelwert (Standardabweichung)	81,4 (35,6)	
	Planmäßige Entlassung, in Tagen, Mittelwert (Standardabweichung.)	86,2 (33,3)	

Tab. 1b: Behandlungsmerkmale der Gesamtstichprobe*

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

** Die Angaben beziehen sich auf eine Teilstichprobe von 5.393 Patienten.

*** planmäßig: „regulär“, „vorzeitig auf ärztliche Veranlassung“ und „vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis“.

Der Anteil der Patienten, für die die Indexbehandlung die erste stationäre Entwöhnungsbehandlung darstellte, lag bei 71,5 Prozent. Für 28,0 Prozent der Gesamtstichprobe war es mindestens die erste Wiederholungsbehandlung.

Die Beendigung der stationären Abhängigkeitsbehandlung erfolgte für 84,9 Prozent planmäßig. 3,8 Prozent der Patienten brachen ihre Behandlung ab. Bei 6,7 Prozent wurde die Therapie durch die Einrichtung beendet. Verlegt wurden 1,3 Prozent, in andere Einrichtungen vermittelt wurden 3,0 Prozent der Patienten. Insgesamt 3 Patienten gingen in den Strafvollzug, 2 Patienten verstarben während der Behandlung (Abbildung 2).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag für die Gesamtstichprobe bei 81,4 Tagen (für planmäßig entlassene Patienten: 86,2 Tage).

Vergleich der Gesamtstichprobe mit der Stichprobe der Katamneseantworter

Die Tabelle 2 auf der folgenden Seite zeigt einen Vergleich ausgewählter Patienten- und Behandlungsmerkmale der Gesamtstichprobe und der Stichprobe der Katamneseantworter.

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

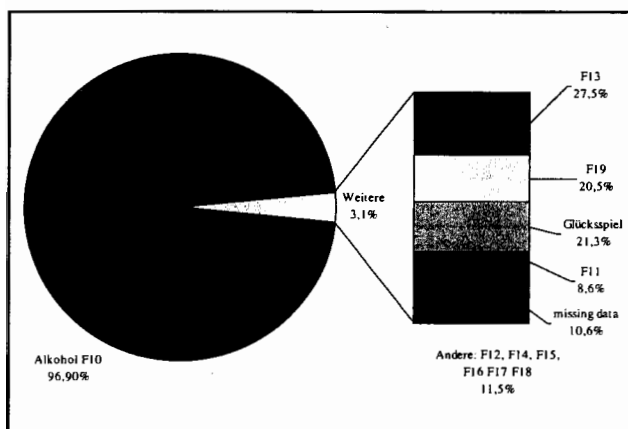


Abb. 1: Primärdiagnose der Suchtmittelabhängigkeit (N = 7.824)

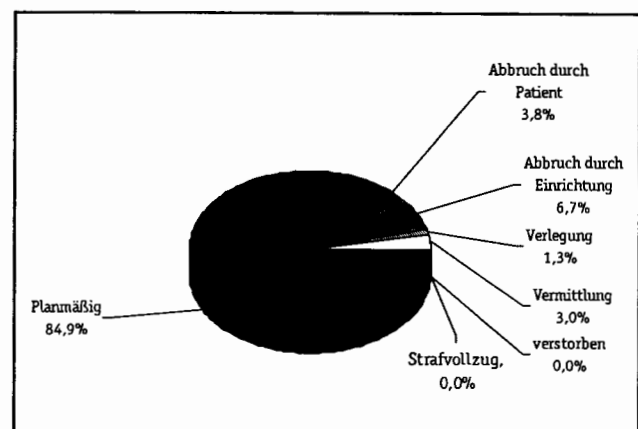


Abb. 2: Art der Behandlungsbeendigung (N = 7.824)

Merkmal	Kategorien	Gesamtstichprobe N = 7.824		Katamnese-Stichprobe N=4744	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	Männlich	5.739	73,4	3.455	72,8
	Weiblich	2.085	26,6	1.289	27,2
Durchschnittsalter	In Jahren, Mittelwert (Standardabweichung)	43,9 (8,7)		44,5 (8,6)	
Partnerbeziehung	Feste Beziehung	4.413	56,4	2.818	59,4
	Keine feste Beziehung	3.330	42,6	1.891	39,9
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	4.116	52,6	2.620	55,2
	Erwerbslos	2.492	31,9	1.355	28,6
	Nicht erwerbstätig	686	8,8	395	8,3
	Sonstige	495	6,3	357	7,5
Leistungsträger	BfA	2.533	32,4	1.610	33,9
	LVA	3.376	43,1	1.972	41,6
	Sonstiger Rentenversicherungsträger	201	2,6	131	2,8
	Krankenversicherung	684	8,7	379	8,0
	Sozialhilfe/Jugendhilfe	22	0,3	7	0,1
	Selbstzahler	201	2,6	110	2,3
	Sonstige	800	10,2	531	11,2
Haupt-Suchtmitteldiagnose	Störungen durch Alkohol (ICD-10: F10)	7.580	96,9	4.633	97,7
Mittlere Abhängigkeitsdauer	In Jahren, Mittelwert (Standardabweichung)	13,0 (7,5)		13,1 (7,4)	
Anzahl Entgiftungen	Keine Entgiftungen	2.053	26,2	1.354	28,5
	Eine und mehr Entgiftungen	5.566	71,1	3.292	69,4
Anzahl stationärer Entwöhnungen**	Keine stationäre Entwöhnung	3.854	71,5	2.420	74,5
	Eine und mehr stationäre Entwöhnung	1.508	28,0	829	25,5
Art der Beendigung	Planmäßiger Abschluss	6.641	84,9	4.231	89,2
	Weitervermittlung/Wechsel	233	3,0	121	2,6
	Verlegung	101	1,3	34	0,7
	Abbruch durch Einrichtung	522	6,7	238	5,0
	Abbruch durch Patient	300	3,8	115	2,4
	Strafvollzug	3	0,0		
	Verstorben	2	0,0		
Mittlere Behandlungsdauer	Gesamt, in Tagen, Mittelwert (Standardabweichung)	81,4 (35,6)		85,6 (33,8)	
	Planmäßige Entlassung, in Tagen, Mittelwert (Standardabweichung.)	86,2 (33,3)		89,1 (32,1)	

Tab. 2: Patientenmerkmale und Behandlungsmerkmale der Gesamtstichprobe und der Katamnese-Stichprobe im Vergleich*

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

** Die Angaben beziehen sich auf Teilstichproben.

Katamneseergebnisse

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse zum Datenrücklauf der Katamnese.

Die Ausschöpfungsquote beträgt für den Entlassjahrgang 2001 insgesamt 61,3 Prozent und setzt sich zusammen aus den Kategorien „abstinent“, „abstinent nach Rückfall“, „rückfällig“ und „widersprüchliche Angaben“. Als Antwortstichprobe wurden nur die Katamneseantworter mit eindeutigen, also nicht widersprüchli-

Ergebnisse zum Datenrücklauf	Anzahl	%
Abstinent	3023	38,6%
Abstinent nach Rückfall	412	5,3%
Rückfällig	1309	16,7%
Widersprüchliche Angaben	55	0,7%
Verstorben	121	1,5%
Verweigert	148	1,9%
Unbekannt verzogen	349	4,5%
Unfähig zur Beantwortung	5	0,1%
Nichtantworter	2147	27,4%
Sonstiges/keine Daten	255	3,3%
Gesamt	7.824	100%

Tab. 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

chen Angaben definiert (N = 4.744). Insgesamt 1,9 Prozent der ehemaligen Patienten verweigerten die Teilnahme an der Befragung, 4,5 Prozent waren unbekannt verzogen, 0,1 Prozent waren unfähig zur Beantwortung. Von weiteren 30,7 Prozent liegen keine Angaben vor, 1,5 Prozent der Patienten sind in der Zwischenzeit verstorben.

Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese

Zum Katamnesezeitpunkt sind 48,1 Prozent der Antworter verheiratet, zu Therapiebeginn waren 49,0 Prozent der Katamneseantworter verheiratet. Die Quote der erwerbstätigen Katamneseantworter blieb im Vergleich von Therapiebeginn zu Katamnesezeitpunkt annähernd stabil (55,2 Prozent vs. 53,2 Prozent). Die Zahl der erwerbslosen Katamneseantworter sank von 28,6 auf 22,2 Prozent. Demgegenüber erhöhte sich die Quote der Nichterwerbstätigen von 8,3 auf 16,4 Prozent. Im Katamnesezeitraum waren 36,2 Prozent der Katamneseantworter mindestens einmal erwerbslos, 30,8 Prozent waren mindestens einmal arbeitsunfähig.

Im Jahr nach Behandlungsende besuchten 35,1 Prozent regelmäßig eine Selbsthilfegruppe. 23,9 Prozent taten das eher selten und 36,1 Prozent gaben an, keine Selbsthilfegruppen zu besuchen. Die Daten zum Besuch von Beratungsstellen im Katamnesezeitraum liegen auf ähnlichem Niveau: 37,4 Prozent gaben einen regelmäßigen Beratungsstellenbesuch an, 20,4 Prozent gingen selten zur Beratungsstelle. 37,5 Prozent der Katamneseantworter hatten nach der Behandlung keinen Kontakt mehr zur Beratungsstelle.

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

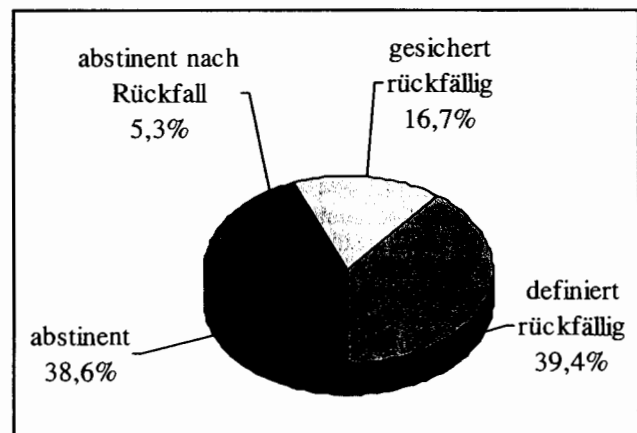
Merkmal	Kategorien	Katamneseantworter			
		N = 4.744			
		Katamnesezeitpunkt		Therapiebeginn	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	Männlich	3.455	72,8	3.455	72,8
	Weiblich	1.289	27,2	1.289	27,2
Familienstand	Verheiratet	2281	48,1	2325	49,0
	Nicht verheiratet	2254	47,5	2405	50,7
Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig	2522	53,2	2620	55,2
	Erwerbslos	1052	22,2	1355	28,6
	Nicht erwerbstätig	780	16,4	395	8,3
	Sonstige	156	3,3	357	7,5
Arbeitslosigkeit im Katamnesezeitraum	ja	1719	36,2		
	nein	2189	46,1		
	Trifft nicht zu	524	11,0		
Arbeitsunfähigkeit im Katamnesezeitraum	ja	1461	30,8		
	nein	2453	51,7		
	Trifft nicht zu	426	9,0		
Selbsthilfegruppen-Besuch	Regelmäßig	1667	35,1		
	Selten	1135	23,9		
	Keine Selbsthilfegruppen-Besuche	1713	36,1		
Beratungsstellen-Besuch	Regelmäßig	1775	37,4		
	Selten	970	20,4		
	Keine Beratungsgespräche	1779	37,5		

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

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

alle erreichten Klienten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen wurden, einbezogen. Die Berechnungsform 2 bezieht sich auf alle planmäßig im Jahr 2001 entlassenen Patienten (Kategorien „planmäßiger Abschluss“, „Weitervermittlung/Wechsel“ und „Verlegung“). In Berechnungsform 3 werden die Angaben aller in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten berücksichtigt. Bezugsbasis für die konservativste Berechnungsform 4 sind alle in 2001 entlassenen Patienten. Personen für die keine 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 günstigs-

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



te Berechnungsformel 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 43,9 Prozent. Es lebten im gesamten Katamnesezeitraum 38,6 Prozent der Patienten abstinent, 5,3 Prozent abstinent nach Rückfall. Die weiteren 56,1 Prozent werden in der konservativen Schätzung als rückfällig eingestuft (Abbildung 3).

Die Abstinenzquote ohne Berücksichtigung der verstorbenen Patienten korrigiert sich leicht nach oben. Danach lebten im gesamten Katamnesezeitraum 39,2 Prozent der Patienten abstinent, 5,3 Prozent waren abstinent nach Rückfall und 55,5 Prozent wurden als rückfällig eingestuft.

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 Erfolgsquote von 74,2 Prozent. Danach lebten im gesamten Katamnesezeitraum 65,5 Prozent der Patienten abstinent, 8,7 Prozent abstinent nach Rückfall und die restlichen 25,8 Prozent wurden als rückfällig eingestuft (Abbildung 4 auf der folgenden Seite).

Nachfolgend wird ein Überblick über die klinikübergreifenden Katamneseergeb-

nisse des FVS der Jahrgänge 1996 bis 2001 nach DGSS 4 gegeben (Tabelle 6 auf der folgenden Seite).

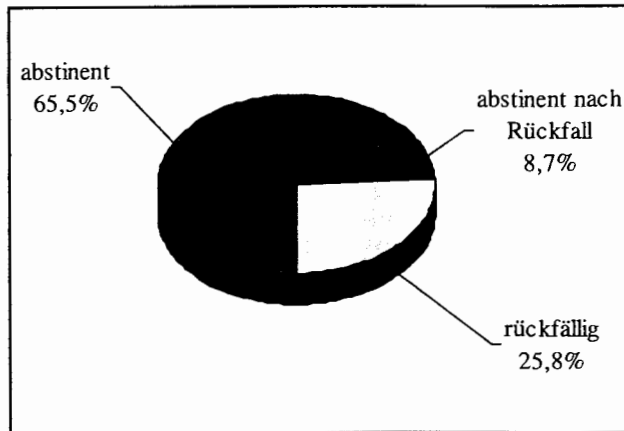
	DGSS 1 (N = 4.386)		DGSS 2 (N = 6.975)		DGSS 3 (N = 4.744)		DGSS 4 (N = 7.824)	
Katamnestiche Erfolgsquote	3254	74,2	3254	46,7	3435	72,4	3435	43,9%
Abstinent	2873	65,5	2873	41,2	3023	63,7	3023	38,6%
Abstinent nach Rückfall	381	8,7	381	5,5	412	8,7	412	5,3%
Rückfall	1132	25,8	3721	53,3	1309	27,6	4389	56,1%

Tab. 5: Abstinenzquoten nach DGSS 1-4 (inklusive verstorbene Patienten)*

* Die Abstinenzquoten erhöhen sich im Promillebereich, wenn die verstorbenen Patienten in der Zusammenstellung unberücksichtigt bleiben.

Gegenüber dem Entlassjahrgang 2000 sinkt die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 um 4,6 Prozent von 48,5 Prozent auf 43,9 Prozent. Im Vergleich zum Entlassjahrgang 1999 beträgt die Verminderung 5,4 Prozent und zum Entlassjahrgang 1996 8,3 Prozent. Gleichzeitig sank die Ausschöpfungsquote von 70,8 Prozent in 1996 nahezu kontinuierlich auf 61,3 Prozent in 2001.

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



	1996 (N = 5.187)	1997 (N = 6.686)	1998 (N = 5.732)	1999 (N = 5.744)	2000 (N = 6.848)	2001 (N = 7.824)
Katamnestiche Erfolgsquote	52,2%	52,4%	49,8%	49,3%	48,5%	43,9%
Abstinent	44,9%	45,0%	43,2%	42,7%	42,3%	38,6%
Abstinent nach Rückfall	7,3%	7,4%	6,6%	6,6%	6,2%	5,3%
Rückfall	47,8%	46,6%	49,1%	49,6%	51,5%	56,1%
Ausschöpfungsquote	70,8%	70,1%	66,3%	69,3%	66,1%	61,3%

Tab. 6: Ergebnisse der klinikübergreifenden Katamnesen des FVS der Jahrgänge 1996 bis 2001 nach DGSS 4

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

Die nachfolgende Tabelle 7 zeigt Therapieerfolgsquoten bezüglich relevanter Patienten- und Behandlungsmerkmale zum Aufnahme- 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.

Die Ergebnisse können wie folgt zusammengefasst werden:

- 44,6 Prozent der Frauen sind ein Jahr nach Therapieende „erfolgreich“ (abstinent bzw. abstinent nach Rückfall). Bei Männern sind 43,7 Prozent erfolgreich.
- Patienten, die bei Therapiebeginn nicht in einer festen Partnerschaft leben sind deutlich weniger erfolgreich (38,2 Prozent) als Patienten, die aus einer festen Beziehung kommen (48,5 Prozent).
- Von den zu Therapiebeginn erwerbstätigen Patienten sind nach einem Jahr 47,9 Prozent als erfolgreich zu bezeichnen. Dies trifft hingegen nur für 36,5 Prozent der bei Therapiebeginn erwerbslosen und 41,4 Prozent der zu Therapiebeginn nicht-erwerbstätigen Patienten zu.

- Die Abhängigkeitsdauer in der gewählten Dichotomisierung (bis 10 Jahre, mehr als 10 Jahre) spielt bezüglich der Abstinenz keine signifikante Rolle.
- Patienten, die vor Therapiebeginn keine Entgiftungs- bzw. Entwöhnungsbehandlung hatten, haben größere Erfolgsaussichten (Keine Entwöhnung:

47,4 Prozent „erfolgreich“). Patienten mit mindestens einer stationären Entwöhnungsbehandlung waren zu 32,4 Prozent erfolgreich. Die Prognose für Therapiewiederholer ist somit deutlich schlechter.

- Patienten mit planmäßigem Abschluss der Therapie schneiden besser ab, als Patienten, bei denen dies nicht zutrifft (Erfolgreich bei planmäßiger Beendigung: 46,7 Prozent). Nicht planmäßig entlassene Patienten sind nur zu einem Anteil von 21,3 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 12 bis 16 Wochen die höchsten Erfolgsquoten auf (52,4 Prozent), gefolgt von den Patienten, die eine Behandlung von mehr als 16 Wochen aufwiesen (46,6 Prozent). Patienten, die ihre Behandlung planmäßig mit Behandlungsdauern von bis zu 12 Wochen durchführten erreichten eine katamnestiche Erfolgsquote von 43,3 Prozent (hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Behandlungsdauerklasse 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

Variable	Kategorien	Therapieerfolg (abstinent und abstinent nach Rückfall) In Prozent
Geschlecht	Männlich	43,7
	Weiblich	44,6
Partnerschaft **	Keine feste Partnerschaft	38,2
	Feste Partnerschaft	48,5
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme **	Erwerbstätig	47,9
	erwerbslos	36,5
	Nicht Erwerbstätig	41,4
Abhängigkeitsdauer	Bis 10 Jahre	44,3
	Über 10 Jahre	43,7
Entgiftungen **	Keine Entgiftungen	51,2
	Mindestens 1 Entgiftung	41,5
Entwöhnungsbehandlungen **	Keine stationäre Entwöhnung	47,4
	Mindestens 1 stationäre Entwöhnungsbehandlung	32,4
Entlassart **	Planmäßig	46,7
	Nicht planmäßig	21,3
Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen (N = 6.641)**	Bis 12 Wochen	43,3
	Mehr als 12 bis 16 Wochen	52,4
	Über 16 Wochen	46,6

Anmerkung: N = 7.824, (Chi-Quadrat - Test; ** =p < 0,01)

Tab. 7: Relevante Patienten- und Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg

Küfner, Feuerlein und Huber (1988), wozu insbesondere Merkmale der sozialen und beruflichen Stabilität prognostisch äußerst bedeutsam sind. In der vorhandenen Stichprobe liegen ferner keine signifikante Unterschiede bei dem Merkmal Geschlecht und dem Merkmal Abhängigkeitsdauer vor. 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).

Zufriedenheitseinstufungen

Die nachfolgenden Bewertungen der Katamneseantworter zur Zufriedenheit in relevanten Lebensbereichen zum Katamnesezeitpunkt (Tabelle 8) 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 höchste Zufriedenheit zeigt sich in der aktuellen Wohnsituation: hier bezeichnen sich 90,6 Prozent der Katamneseantworter als eher zufrieden bis sehr zufrieden. Auch die allgemeine Lebenssituation wird überwiegend als zufriedenstellend eingeschätzt (84,2 Prozent). Ähnlich hoch ist die Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis (84,0 Prozent). Die soziale Situation wird von 83,8 Prozent der Katamneseantworter als befriedigend eingeschätzt. Auch der Umgang mit Suchtmitteln ist für über 80 Prozent eher zufriedenstellend bis sehr zufriedenstellend (83,3 Prozent). Ähnlich hohe Zufriedenheitswerte ergeben sich in den Bereichen Familie (82,8 Prozent), Freizeit (81,6 Prozent) und Gesundheit (80,6 Prozent). Partnerschaft (75,2 Prozent) und Finanzen (73,3 Prozent) werden etwa von drei Viertel der Befragten als zufriedenstellend wahrgenommen. Das Schlusslicht bildet die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, die nur von etwa drei Viertel der Katamneseantworter als zufriedenstellend eingeschätzt wird (67,5 Prozent).

Tabelle 9 beschreibt Zufriedenheitseinstufungen über die unterschiedlichsten 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 Erfolgsquote ausmachen, „abstinenz“ und „abstinenz nach Rückfall“ wurden auf Basis der Katamneseantworter (N = 4.744) zusammengefasst.

In den folgenden Bereichen bin ich eher zufrieden bis sehr zufrieden:	Prozent der Katamneseantworter
Wohnen	90,6%
Lebenssituation allgemein	84,2%
Freundes- und Bekanntenkreis	84,0%
Soziale Situation	83,8%
Umgang mit Suchtmitteln	83,3%
Familie	82,8%
Freizeit	81,6%
Gesundheit	80,6%
Partnerschaft	75,2%
Finanzen	73,3%
Arbeit	67,5%

Anmerkung: N = 4.744

Tab. 8: Daten der Katamneseantworter zu Zufriedenheitseinstufungen

Bei Zufriedenheit mit ...	Therapieerfolg %	
	Abstinenz	Rückfall
Umgang mit Suchtmitteln	96,8	51,3
Arbeit	76,6	45,7
Lebenssituation allgemein	92,8	63,5
Gesundheit	88,3	62,4
Freizeit	89,0	64,1
Finanzen	79,8	57,8
Soziales Umfeld	90,7	67,3
Partnerschaft	80,8	61,8
Familie	88,4	69,4
Freundes- und Bekanntenkreis	89,5	70,0
Wohnen	93,9	82,8

Anmerkung: N = 4.744

Tab. 9: Zufriedenheitseinstufungen zum Katamnesezeitpunkt und Therapieerfolg

Abstinente lebende Patienten sind ein Jahr nach Behandlungsende in allen Lebenssituationen deutlich zufriedener als rückfällige Patienten. Bezüglich ihres Umgangs mit Suchtmitteln waren Abstinente lebende zu 96,8 Prozent zufrieden, hingegen nur 51,3 Prozent der Rückfälligen. Es folgen mit 93,9 Prozent die Zufriedenheit mit der Wohnsituation (Rückfällige: 82,8 Prozent), die Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation (92,8 Prozent bei Abstinente, 63,5 Prozent bei Rückfälligen). Am unteren Ende rangiert bei den Abstinente die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation mit 76,6 Prozent (Rückfällige: 45,7 Prozent) und neben der finanziellen Situation auch mit der Partnerschaft mit 80,8 Prozent (Rückfällige: 61,8 Prozent).

Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

Von insgesamt 1.513 rückfälligen Katamneseantwortern wurde das Item „Wie viele Wochen waren Sie nach Abschluss der Therapie abstinent?“ beantwortet. 20,1 Prozent der Rückfälle ereigneten sich bereits im ersten Monat nach Behandlungsende, weitere 15,6 Prozent im zweiten und weitere 15,7 Prozent im dritten Monat nach Beendigung der stationären Rehabilitation. Drei Monate nach Abschluss der Behandlung hatten sich bereits 51,4 Prozent der Rückfälle des gesamten Katamnesezeitraums von einem Jahr ereignet (bis sechs Monate: 77,1 Prozent der Rückfälle). Dies verdeutlicht u.a. die Notwendigkeit intensiver ambulanter Nachsorgemaßnahmen und macht auf die weiterhin bestehende Schnittstellenproblematik in der ‚therapeutischen Kette‘ aufmerksam. Die Abbildung 5 gibt einen Überblick über den Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende.

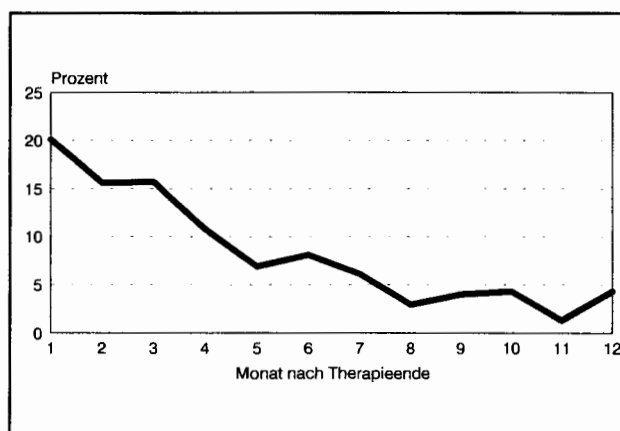


Abb. 5: Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

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“, „trifft nicht zu“ und „keine Angaben“ antworten. Die Angaben sind nach prozentualer Häufigkeit geordnet. Mehrfachangaben sind möglich (Tabelle 10).

Als häufigster Grund für rückfälliges Verhalten wurden frustrierende Erfahrungen genannt (39,4 Prozent). Es folgen Ärger (34,6 Prozent), Depression (32,8 Prozent) und eine innere Spannung/Unruhe mit 32,1 Prozent. Gefühle von Einsamkeit wurden von 27,9 Prozent der rückfälligen Patienten als Grund für den erneuten Suchtmittelkonsum genannt. Fast ein Viertel der Rückfälligen nannte als Grund die Überzeugung, wieder kontrolliert trinken zu können (23,2 Prozent). Fast jeder fünfte Rückfall ereignete sich in guter Stimmung verbunden mit Glücksgefühlen (19,2 Prozent). Auch erneutes Trinken in Gesellschaft kam relativ häufig vor: zum einen gaben 11,8 Prozent an, in Gesellschaft der Versuchung nicht widerstanden haben zu können und 10,6 Prozent gaben an, angebotene Suchtmittel nicht abgelehnt zu haben.

Therapieerfolg und Erwerbstätigkeit

Tabelle 11 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 hohe Therapieerfolgsquote von 80,1 Prozent auf, wenn sie zum Katamnesezeitpunkt wieder erwerbstätig waren. Patienten, die auch

Frustration	39,4
Ärger	34,6
Depression	32,8
Innere Spannung, Unruhe	32,1
Einsamkeit	27,9
In schwierigen Lebenssituationen	26,7
Überzeugung, kontrolliert trinken zu können	23,2
Ängst	22,8
Langeweile	22,0
Stressgefühle	20,3
Schlafschwierigkeiten	19,9
Konflikte mit anderen Personen	19,2
Gute Stimmung, Glücksgefühl	19,2
Unwiderstehliches Verlangen	18,3
In Gesellschaft Versuchungen nicht widerstehen können	11,8
Körperliche Schmerzen	11,7
Entzugsähnliche Beschwerden	11,0
Nicht nein sagen können	10,6
Hemmungen	6,5
Sonstiges	7,3

Anmerkung: N = 1702 (rückfällige Antworter mit Angaben zu diesem Item, Mehrfachantworten möglich)

Tab. 10: Angaben der rückfälligen Antworter zu Gründen für erneuten Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos waren, haben eine Erfolgsquote von 52,4 Prozent. Bei vor Therapiebeginn erwerbslosen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote bei 67,5 Prozent.

Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbstätig waren und es zum Katamnesezeitpunkt auch blieben, weisen eine Therapieerfolgsquote von 80,0 Prozent auf. Patienten, die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos wurden, haben eine Erfolgsquote von 51,1 Prozent. Bei erwerbstätigen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote bei 69,5 Prozent.

Diskussion der Ergebnisse

Wie bereits in der Diskussion der katamnestischen Ergebnisse für den Entlassjahrgang 1996 näher ausgeführt (vgl. auch Funke et al., 1999) ist der Vergleich katamnestischer Erfolgsquoten ohne Be-

rücksichtigung von Patienten –und Behandlungsmerkmalen ausgesprochen problematisch. Daher beschränken wir uns an dieser Stelle auf eine deskriptive Kommentierung der berichteten Befunde.

Die katamnestische Erfolgsquote nach DGSS 4 sinkt gegenüber dem Vorjahr um 4,6 Prozent. Damit setzt sich der Trend des Rückgangs der katamnestischen Erfolgsquoten fort (1997: 52,4 Prozent; 1998: 49,8 Prozent; 1999: 49,3 Prozent; 2000: 48,5 Prozent; 2001: 43,9 Prozent). Der Anteil der gesichert Rückfälligen sinkt im Vergleich zum Vorjahr leicht um 0,2 Prozent auf 16,7 Prozent. Der Anteil der definiert Rückfälligen steigt von 34,6 Prozent um 4,8 Prozent auf 39,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Es ist davon auszugehen, dass nur ein Teil der definiert „rückfälligen“ Patienten auch tatsächlich rückfällig ist. Möglicherweise bestehen hier Zusammenhänge zur Umsetzung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) aus dem Jahre 1996, in dessen Folge sich die Behandlungszeiten in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker verkürzt haben. Nach Angaben des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat sich die Behandlungsdauer für Alkoholabhängigkeit im stationären Bereich wie folgt geändert (Tabelle. 12 auf der folgenden Seite).

Um detaillierte Auswirkungen der mit dem WFG zusammenhängenden verkürzten Behandlungszeiten zu ermitteln, müssten allerdings einrichtungsbezogene Auswertungen spezifischer Patientengruppen (Erstbehandelte, Wiederholer etc.) unter Berücksichtigung entsprechender Rahmenbedingungen erfolgen.

Der Rückgang der katamnestischen Erfolgsquote nach DGSS 4 im Vergleich zum

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	Therapieerfolgsquote in Prozent (DGSS 3)
Erwerbslos *	Erwerbstätig	80,1
	Erwerbslos	52,4
	Nicht-Erwerbstätig	67,5
Erwerbstätig **	Erwerbstätig	80,0
	Erwerbslos	51,1
	Nicht-Erwerbstätig	69,5

* N = 1.326 (Patienten die vor Therapiebeginn erwerbslos waren und in der Katamnese Fragen zur Erwerbssituation beantwortet haben)

** N = 2.585 (Patienten die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und in der Katamnese Fragen zur Erwerbssituation beantwortet haben)

Tab. 11: Therapieerfolg gemäß DGSS 3 (alle Antworter) und Veränderungen hinsichtlich der Erwerbslosigkeit bzw. der Erwerbstätigkeit zwischen dem Aufnahmezeitpunkt in die Behandlung und dem Katamnesezeitpunkt

Jahr	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Behandlungsdauer in Tagen	108	96	88	87	86	86

Quelle: VDR Statistik Rehabilitation 1996-2001. Tab. 9.00 M RV

Tab. 12: Durchschnittliche Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

Vorjahr um 4,6 Prozent ist ein ‚beunruhigendes‘ Zeichen, auch wenn die katamnestischen Erfolgsquoten bezogen auf die Antworterstichproben im Vergleich zum Vorjahr stabil bleiben. Gleichzeitig hat sich im Vergleich zum Vorjahr die mittlere Behandlungsdauer für die Gesamtstichprobe von 85,8 auf 81,4 Tage vermindert, die mittlere Behandlungsdauer für planmäßige Entlassungen nahm gleichzeitig von 90,3 auf 86,2 Tage ab. Die Autorengruppe plant im Zusammenhang mit der Publikation der FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2002 hinsichtlich des Zusammenhangs des Rückganges der Behandlungsdauern und des Rückganges der katamnestischen Erfolgsquoten nähere Zusammenhangsanalysen über die Jahrgänge 1996 bis 2002 vorzunehmen.

Die Ausschöpfungsquote sinkt gegenüber dem Vorjahr von 66,1 Prozent auf 61,3 Prozent (-4,8 Prozent). Damit verbunden ist der Anteil der Patienten, die als rückfällig definiert wurden, auf 39,4 Prozent gestiegen.

In der Gesamtstichprobe ist für 2001 der Anteil behandelte Frauen von 27,4 Prozent im Vorjahr um 0,8 Prozent auf 26,6 Prozent gesunken. Ihr Anteil an den Katamneseantworter (27,3 Prozent) ist nur leicht erhöht, somit zeigt sich kein geschlechtsbezogener Unterschied in der Antworthäufigkeit. Auch bezüglich der Altersverteilung in der Gesamtstichprobe und der Antworterstichprobe werden keine Selektionsmerkmale deutlich. Wie im Vorjahr zeigt sich jedoch wiederum der Trend, dass die Gruppe der jüngeren Rehabilitanden weniger häufig antwortet als die älteren Patienten. Jüngere Patienten bis 39 Jahre sind mit einem Anteil von 28,8 Prozent unter den Katamneseantwortern vertreten (Gesamtstichprobe: 31,6 Prozent). Der Prozentsatz Erwerbsloser zu Beginn der Maßnahme nimmt im Vergleich zum Vorjahr von 37,5 Prozent um 5,6 Prozent auf 31,9 Prozent ab. Der Anteil der Erwerbslosen ist unter den Katamneseantwortern deutlich geringer, mit 23,3 Prozent vertreten. Die Quote planmäßiger Therapiebeendigungen ist 2001 mit 84,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr (86,3 Prozent) gesunken (- 1,4 Prozent). Der Anteil an Patienten, deren Behandlung durch die Einrichtung beendet wurde, sinkt von 7,2 Prozent auf 6,7 Prozent, der Anteil der Abbrecher bleibt nahezu unverändert (3,9 Prozent bzw. 3,8 Prozent im Vorjahr).

Bestätigen können wir wiederum (vgl. Kluger et al., 2002, 2003) mit dieser Untersuchung 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. Geschlecht und Abhängigkeitsdauer spielen dagegen bei der vorliegenden Untersuchung für den späteren Therapieerfolg keine signifikante Rolle.

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 die Dauer der Behandlung hat einen signifikanten Einfluss auf die Abstinenzwahrscheinlichkeit. Eine Behandlungszeit von mehr als 12 bis 16 Wochen führt bei planmäßiger Behandlungsbeendigung für mehr als die Hälfte der Patienten zu einem entsprechenden katamnestischen Therapieerfolg. Bei kürzerer oder längerer Behandlung mit planmäßiger Entlassung konnte dieser Wert nicht erreicht werden.

Die vorliegende Katamnese ergibt eine konservativ berechnete Abstinenzquote von 38,6 Prozent und eine katamnestische Erfolgsquote unter Einbezug der Kategorie „abstinent nach Rückfall“ von 43,9 Prozent. Dies bestätigt insgesamt die Effektivität stationärer medizinischer Suchtrehabilitation, da Suchtmittelabstinenz als eine wichtige Voraussetzung der Wiederherstellung und dauerhaften Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit anzusehen ist. Darüber hinaus ist der Anteil der erwerbslosen Katamneseantworter ein Jahr nach der Behandlung deutlich gesunken: Waren zu Beginn der Behandlung 28,6 Prozent erwerbslos, so reduzierte sich deren Anteil zum Katamnesezeitpunkt auf 22,2 Prozent. Dies erlaubt aber keine gesicherten Rückschlüsse auf die Veränderungen der Erwerbssituation

in der Gesamtstichprobe. Insgesamt sprechen die Ergebnisse für die hohe Ergebnisqualität in der Behandlung Abhängigkeitskranker in den Einrichtungen des Fachverbandes Sucht. Es sei darauf verwiesen, dass der FVS momentan der einzige bundesweit tätige Verband ist, der regelmäßig klinikübergreifende Katamnesen veröffentlicht und damit zur Überprüfung der Ergebnisqualität der Behandlung beiträgt. Interessant wird es sein, wenn seitens anderer Suchtverbände ebenfalls regelmäßig Katamneseergebnisse vorgelegt werden, die einen Vergleich bezüglich der Stichproben und etwaiger Selektionseffekte ermöglichen.

Der Fachverband Sucht hat allen seinen stationären Mitgliedseinrichtungen im Indikationsbereich ‚Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit‘ die Vorgabe gestellt, ab 01.01.2005 ein Basisdokumentationssystem und ab 01.01.2006 eine Routinekatamnese einzusetzen. Alle Mitgliedseinrichtungen sind auch aufgefordert, entsprechend definierter Qualitätsstandards (Missing-data-Vorgaben) komplette Datensätze zu erheben und dem Fachverband für klinikübergreifende Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Ein vergleichbares Vorgehen anderer suchtspezifischer Fachverbände hinsichtlich der Sicherung von Struktur- und Ergebnisqualität durch Einsatz von Basisdokumentation und Katamnese wäre zu begrüßen.

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). 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.

Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (1997). Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht 97), Version 1.0. Hilden.

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2002). Basisdokumentation 2001 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 10. 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., 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.

Ott, E., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Fischer, M., Herder, F., Jahrreis, R., Missel, P., Quinten, C., Rösch, W., Schlee, S., Schneider, B., Zemlin, U. (1997). Neuentwicklung einer Basisdokumentation für den Bereich der stationären Rehabilitation Suchtkranker (Bado 97). *Verhaltensmedizin heute – Fortschritte in der Rehabilitation*, 7, 15-24.

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.

Die Autoren:

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

Brünger, Martin, Dr., Dipl.-Psych., Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik Birkenbuck, Malsburg-Marzell

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

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

Kluger, Heinrich, Dipl.-Psych., salus Klinik Friedrichsdorf

Medenwaldt, Jens, Redline Data GmbH, Ahrensböck

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

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

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

Zobel, Martin, Dr., Dipl.-Psych., Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Kliniken Daun, Daun

Literaturhinweise . . .

Bojack, B. et. al: Deeskalationsstrategien der psychiatrischen Arbeit, Psychosoziale Arbeitshilfen 23, Bonn 2003, ISBN 3-88414-360-3, 15,90 Euro

Der Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen gehört z. B. in stationären Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung zum Alltag. Die Arbeitshilfe gibt Hinweise, wie auf solche Situationen reagiert werden kann, wie Eskalationen und Gewaltausbrüche vermieden oder zumindest abgedämpft werden können. Sie folgt dem Motto „Wer früh erkennt, kann sanft reagieren.“ Neben präventiven Handlungsmöglichkeiten werden auch Methoden hinsichtlich des Umgangs bei einem Gewaltausbruch praxisnah dargestellt und Hinweise zur entsprechenden Nachbetreuung gegeben.

Hess, Th.: Lehrbuch für die systemische Arbeit mit Paaren, Heidelberg 2003, ISBN 3-89670-412-5, 39,95 Euro

Die Beratung von Paaren stellt für Therapeuten oft eine besondere Herausforderung dar, weil es den Partnern oft schwerfällt, jahrelang eingeübte Muster durch neue zu ersetzen. Das Lehrbuch stellt einen integrativen Ansatz mit Elementen aus Paarberatung, Einzeltherapie und Mediation dar. Theoretische Grundlage

bildet die „Psychologie der persönlichen Konstrukte“ von George Kelly. Das Buch bietet neben einer Vielzahl von Fallbeispielen einen Überblick über Beratungsformen und -modelle für die Arbeit mit Paaren, geht auf die Beratungshaltung ein, legt Orientierungsebenen für den Beratungsprozess dar, erläutert die Strukturierung, Intervention und Sicherstellung der Nachhaltigkeit des beraterischen Prozesses, geht auf die Qualitätssicherung in der Paarberatung ein und enthält eine Checkliste zum Beratungsverlauf und zu entsprechenden Stolpersteinen.

Schulze-Steinmann, L. et. al (Hrsg.): Zukunft sozialpsychiatrischer Heime, Bonn 2003, ISBN 3-88414-339-5, 19,90 Euro

Die Autoren/innen – alle arbeiten in sozialpsychiatrischen Heimen – entwickeln in diesem Buch ihre Visionen, wie mit psychisch erkrankten Menschen in Heimen humane und soziale Zukunftsentwürfe realisiert werden können. Einführend wird ein Überblick über den Stand der psychiatrischen Heime sowie die Möglichkeit, sich aus starren Konzeptionen mittels der Methode von Zukunftswerkstätten heraus zu bewegen, gegeben. Der zweite Teil Herausforderungen beschäftigt sich u. a. mit Fragen des Qualitätsmanagements in

Heim, Beteiligungsmöglichkeiten, dem Umgang mit Jungen chronisch Kranken sowie sogenannten „Systemsprengern“. Im dritten Teil werden unter dem Aspekt Lösungen innovative Ansätze vorgestellt, die sich an den individuellen Bedarfslagen von Menschen mit psychischen Behinderungen orientieren.

Eichenhofer, E.: Sozialrecht der Europäischen Union, 2. Auflage, Berlin 2003, ISBN 3-503-07084-2, 39,80 Euro

In wachsendem Maß beeinflusst die Europäische Union die soziale Sicherheit der Mitgliedsstaaten. Zunehmend werden einheitliche Maßstäbe für die Koordination der Systeme sozialer Sicherheit der Mitgliedsstaaten entwickelt und deren „Harmonisierung“ vorangetrieben. Seit neuestem verfolgt die EU die ehrgeizige Aufgabe, die Systeme sozialer Sicherheit aller Mitgliedsstaaten durch die Methode der offenen Koordinierung und gemeinschaftlich verabredeter Zielgrößen auszurichten und eine Angleichung herbeizuführen. Das Buch soll als Orientierung dienen und dokumentiert einen in seiner Tragweite nicht hinlänglich bewussten Wandel von einer an nationalen Leitbildern ausgerichteten hin zu einer an europäisch verabredeten Zielen orientierten Sozialpolitik.