

# Effektivität der Ganztägig Ambulanten Sucht-rehabilitation – Fachverband Sucht – Katamnese des Entlassjahrganges 2015 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger

Bernd Schneider, Doreen Mielke, Rudolf Bachmeier, Stefanie Bick-Dresen, Marie-Louise Deichler, Lukas Forschner, Peter Missel, Alexandra Sagel, Volker Weissinger

## Einleitung

Für die Ganztägig ambulante Rehabilitation Sucht werden in diesem Artikel die Erhebung und Auswertung der Einjahreskatamnese des Entlassjahrganges 2015 vorgestellt.

Die Erhebung und Auswertung erfolgt im Rahmen der Qualitätsvorgaben des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS). Dieser hat für seine Mitgliedseinrichtungen entsprechende Qualitätsstandards entwickelt und dabei auch die Anforderung externer Qualitätssicherungssysteme entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und deren Ausführungen durch die Kosten- und Leistungsträger mit einbezogen (Missel, 2007). Mit der Vorlage katamnestischer Daten wird die Bedeutung der Wirksamkeit der Behandlung herausgestellt und ein Beitrag zur in- und externen Qualitätssicherung geleistet.

Die hier vorgelegte achte einrichtungsübergreifende Katamnese im Bereich der Ganztägig Ambulanten Rehabilitation Sucht ist ein Beleg dafür, dass auch für diesen Bereich der medizinischen Rehabilitation die Sicherung der Ergebnisqualität mittlerweile Routine geworden ist. (vgl., Schneider et al. 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017). Die Daten stammen aus drei Einrichtungen, zwei Einrichtungen weniger als im Vorjahr. Dadurch hat sich die Zahl der Untersuchungsteilnehmer gegenüber dem Vorjahr verringert.

Die Darstellung der katamnestischen Daten in diesem Artikel knüpft nahtlos an die einrichtungsübergreifende Zusammenstellung der Basisdokumentationsdaten für die Ganztägig Ambulante Rehabilitation an (vgl. Schneider et al., 2016).

Wie auch in der Darstellung der Basisdokumentation Sucht, ist die Darstellung der Katamnesedaten aus den Ganztägig Ambulanten Rehabilitationen weitgehend parallel zu der Darstellung der stationären und ambulanten Behandlungen (s. diese Ausgabe von **SuchtAktuell**) angelegt.

## Untersuchungsdesign

Die Katamnesen des Fachverbandes Sucht e.V. werden als Totalerhebung eines gesamten Entlassjahrganges durchgeführt. In

der vorliegenden Untersuchung wurden alle Patienten der beteiligten Tagesrehabilitationen für Abhängigkeitserkrankungen, die in 2015 in den Einrichtungen entlassen wurden, in die Auswertung einbezogen. Somit erfolgte die Berücksichtigung der Daten unabhängig von der Entlassart. In die hier beschriebene Katamnese gingen die Daten von insgesamt 3 ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ein. In all diesen Einrichtungen wird nach rehabilitationswissenschaftlich fundierten Konzepten gearbeitet. Die jeweiligen Maßnahmen werden patientenorientiert und störungsspezifisch geplant und durchgeführt. Die Behandlungsdauer liegt bei regulärer Entlassung zwischen 4 und 16 Wochen.

Die Durchführung der Ein-Jahres-Katamnese orientierte sich an den Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen und den Dokumentationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1985, 1992, 2001). Alle im Jahr 2015 entlassenen Patienten wurden 12 Monate nach Beendigung ihrer Entwöhnungsbehandlung im Rahmen eines gleitenden Versandschemas angeschrieben mit der Bitte, den beigefügten Katamnesebogen ausgefüllt zurückzusenden. Bei fehlender Rückkehr der Bögen folgten Erinnerungsschreiben nach vier bzw. acht Wochen. In die Auswertung der Katamnese gingen folgende Erhebungsinstrumente mit ein:

- Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates 2012)
- Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates 2012) mit dazugehörigem Protokollbogen zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamneserücklaufes.
- Nachbefragungsbogen (Kurzfragebogen) zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates 2012) mit dazugehörigem Protokollbogen zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamneserücklaufes.

Die genannten Erhebungsinstrumente berücksichtigen auch den Deutschen Kernda-

tensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (DHS 2008). In diesem Deutschen Kerndatensatz wird das ursprünglich verwandte Kriterium für „abstinenz nach Rückfall“ von mindestens 3-monatiger durchgängiger Abstinenz zum Befragungszeitpunkt auf mindestens 30 Tage zum Befragungszeitpunkt reduziert. Als „abstinenz“ werden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol oder abhängigkeitszeugende Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als „abstinenz nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage durchgängig abstinenz war. Als „rückfällig“ gelten alle anderen Personen, einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben. Die Daten wurden von den beteiligten Einrichtungen dem Fachverband Sucht e.V. jeweils in Form eines Datensatzes pro Patient in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt, die statistische Aufarbeitung erfolgte durch Redline DATA, Ahrensböck. Von hier wurden die aufgearbeiteten Daten an das Autorenteam übergeben und dort weiter ausgewertet, ausgearbeitet und beschrieben. Die Rücklaufquoten zwischen den Einrichtungen variierten zwischen 67,6% und 43,2%. Über die gesamte Stichprobe konnte eine Rücklaufquote von 52,2% erzielt werden. In die Untersuchung einbezogen wurden aber auch eine Einrichtung, deren Rücklaufquoten nicht wie üblicherweise gefordert bei mindestens 45% lag, sondern bei 43,2%.

## Beschreibung der Stichprobe

In den beteiligten Einrichtungen wurden im Jahr 2015 insgesamt 225 Patienten entlassen. Zur Beschreibung der Stichprobe wurden mittels der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2012) soziodemografische Daten sowie Angaben zur Behandlung und zum Aufnahme- und Entlassstatus erfasst, die sich in Tabelle 1 finden. Hier sind jeweils absolute als auch prozentuale Häufigkeiten für die einzelnen Merkmale angegeben.

Neben den Daten für die Gesamtstichprobe sind auch die der Katamneseantworter denen der Nichtantworter gegenüber gestellt.

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen

	Kategorie	Gesamtstichprobe		Nichtantworter		Katamneseantworter	
		N=225		N=101		N=124	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Geschlecht</b>	männlich	147	65,3	72	71,3	75	60,5
	weiblich	78	34,7	29	28,7	49	39,5
<b>Altersgruppe</b>	Bis 40	61	27,1	35	34,7	26	21,0
	Über 40	164	72,9	66	65,3	98	79,0
<b>Familienstand bei Aufnahme</b>	Nicht verheiratet	137	62,0	65	65,7	72	59,0
	Verheiratet	84	38,0	34	34,3	50	41,0
	keine Angabe	4	1,8	2	2,0	2	1,6
<b>Partnerbeziehung bei Aufnahme</b>	Keine feste Beziehung	90	40,9	44	44,4	46	38,0
	Feste Beziehung	130	59,1	55	55,6	75	62,0
	keine Angabe	5	2,2	2	2,0	3	2,4
<b>Höchster Schulabschluss</b>	Keiner	4	1,8	3	3,1	1	0,8
	Sonder- / Hauptschule	86	39,1	44	44,9	42	34,4
	Realschule und höher	127	57,7	50	51,0	77	63,1
	Anderer	3	1,4	1	1,0	2	1,7
	keine Angabe	5	2,2	3	3,0	2	1,6
<b>Erwerbstätigkeit bei Aufnahme</b>	Erwerbstätig	89	40,6	37	37,4	52	43,3
	Erwerbslos	104	47,5	57	57,6	47	39,2
	Nicht erwerbstätig	26	11,9	5	5,0	21	17,5
	keine Angabe	6	2,7	2	2,0	4	3,2
<b>Vermittlung</b>	Keine / Selbstmelder	1	0,5	0	0	1	0,9
	Arbeitgeber, Betrieb, Schule	1	0,5	0	0	1	0,8
	Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	1	0,5	0	0	1	0,8
	Suchtberatungs- / -behandlungsstelle, Fachambulanz	189	85,5	84	84,9	105	86,1
	Ambulant Betreutes Wohnen	1	0,5	0	0	1	0,8
	Krankenhaus, -abteilung	20	9,0	10	10,1	10	8,2
	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	4	1,8	3	3,0	1	0,8
	Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug	2	0,9	1	1,0	1	0,8
	Soziale Verwaltung	1	0,5	0	0,0	1	0,8
	Kosten-, Leistungsträger	1	0,5	1	1,0	0	0,0
<b>Leistungsträger (Mehrfachnennungen)</b>	keine Angabe	4	1,8	2	2,0	2	1,6
	Rentenversicherung	203	90,2	92	91,1	111	89,5
	Krankenversicherung	21	9,3	9	8,9	12	9,7
	Sonstige	1	0,4	0	0,0	1	0,8
<b>Hauptsuchtmittel-diagnose zusammengefasst</b>	Alkohol (F10)	209	92,9	90	89,1	119	96,0
	Opioide (F11)	1	0,4	0	0,0	1	0,8
	Cannabis (F12)	2	0,9	2	2,0	0	0,0
	Sedativa, Hypnotika (F13)	2	0,9	1	0,9	1	0,8
	Kokain (F14)	1	0,4	0	0,0	1	0,8
	Stimulien (F15)	3	1,4	3	3,0	0	0,0
	andere psychotrope Substanzen (F19)	5	2,2	3	3,0	2	1,6
	Sonstige / Keine Angabe	2	0,9	2	2,0	0	0,0
<b>Anzahl Entgiftungen</b>	Keine	48	21,6	20	20,0	28	22,9
	Eine	68	30,6	29	29,0	39	32,0
	Zwei und mehr	106	47,8	51	51,0	55	45,1
	keine Angabe	3	1,3	1	1,0	2	1,6
<b>Anzahl ambulanter Entwöhnungen</b>	Keine	207	95,8	89	93,7	118	97,5
	Eine oder mehrere	9	4,2	6	6,3	3	2,5
	keine Angabe	9	4,0	6	5,9	3	2,4
<b>Art der Beendigung</b>	Planmäßig	197	87,6	84	83,2	113	91,1
	Nicht planmäßig	28	12,4	17	16,8	11	8,9

Die Prozentangaben in den einzelnen Kategorien addieren sich auf 100%, sind also ohne fehlende Werte ausgewiesen. Zusätzlich sind die fehlenden Werte in Prozent in Bezug auf alle Angaben ausgewiesen.

Ausgewählte Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen sind in Abbildung 1 dargestellt.

Tabelle 2 berichtet auf gleiche Weise Mittelwerte und die dazugehörigen Standardabweichungen bezüglich des Alters bei Aufnahme, der Abhängigkeitsdauer in Jahren, der Behandlungsdauer in Tagen sowie der Behandlungsdauer derjenigen mit planmäßiger Entlassung.

**Patientenmerkmale**

Erwartungsgemäß beträgt mit 65,3% männlichen und 34,7% weiblichen Patienten der Gesamtstichprobe das Geschlechterverhältnis etwa 3:1. Dabei sind 72,9% der Patienten über 40 Jahre. Die Mehrheit der Patienten (62,0%) ist unverheiratet, wobei dieser Status keine Aussage zur Partnerschaftssituation erlaubt, da mit 59,1% knapp die Hälfte der Patienten dennoch in fester Beziehung leben. 40,9% geben an, in keiner festen Partnerschaft zu leben, bei 2,2% fehlen Angaben. Hinsichtlich des Schulabschlusses verfügen 57,7% über einen Realschul- oder höheren Abschluss. 39,1% absolvierten die Sonder- oder Hauptschule; 1,8% verfügen über keinen Schulabschluss. In 2,2% der Fälle liegen keine Angaben bezüglich dieses Merkmales vor. 40,6% der Patienten waren zu Behandlungsbeginn erwerbstätig, 47,5% erwerbslos. Nicht erwerbstätig waren 11,9%.

Betrachtet man die Zugangswege zur ganztägig ambulanten Behandlung, so kann festgestellt werden, dass mit 85,5% der größte Anteil der Patienten über eine Fachambulanz oder Suchtberatungsstelle in die Rehabilitation kommt. An zweiter Stelle folgen Akutkrankenhäuser mit 9,0%. Alle weiteren Zuweiser liegen unter 1,0%. Der Hauptleistungsträger ist mit 90,2% die Rentenversicherung. In 9,3% tragen Krankenkassen die Kosten der Behandlung. Alle anderen Kostenträger sind in dieser Stichprobe ohne Bedeutung.

Die Beschreibung der Patientenmerkmale erscheint im Vergleich zu den Stichproben der Vorjahre (vgl. Schneider et. al. 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017) weitgehend stabil.

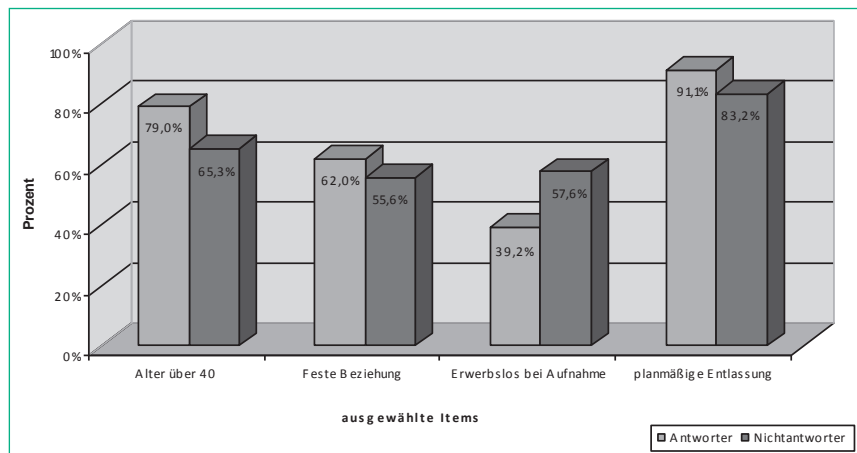


Abbildung 1: Ausgewählte Unterschiede zwischen Antwortern und Nichtantwortern

**Behandlungsmerkmale**

In allen beteiligten Kliniken wurden die Diagnosen nach der ICD-10 gestellt. In 92,9% der Fälle lautet die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit. Alle weiteren Diagnosen sind als Hauptdiagnosen deutlich seltener, maximal mit einer oder zwei Nennungen vertreten.

21,6% der Patienten kommen in die Behandlung ohne vorher eine Entgiftungsbehandlung absolviert zu haben. 30,6% berichten von einer Entgiftung und 47,8% geben an, zwei und mehr Entgiftungen durchlaufen zu haben. Während die meisten der Patienten also eine oder mehrere Entgiftungsbehandlung durchgeführt haben, ist der jetzigen tagesklinischen Behandlung lediglich in 4,2% der Fälle mindestens eine ambulante Entwöhnungsbehandlung vorausgegangen.

In 87,6% der Fälle wurde die Behandlung planmäßig beendet, bei 12,4% wurde die Behandlung nicht planmäßig, teils durch die Patienten, teils durch die Einrichtung vorzeitig beendet. Während der Behandlung ist kein Patient verstorben.

Das mittlere Alter bei Aufnahme betrug 46,4 Jahre (vgl. Tabelle 2). Die von den Behandlern zu Beginn der Maßnahme geschätzte mittlere Abhängigkeitsdauer betrug 15,3 Jahre. Die über alle Patienten gemittelte Behandlungsdauer in Tagen liegt

bei 52,3 Tagen. Betrachtet man nur die Patienten mit planmäßiger Entlassung, ergibt sich eine mittlere Behandlungsdauer von 56,4 Tagen. Insgesamt ergibt sich bezüglich der Behandlungsmerkmale ebenfalls eine Stichprobe, die mit den vorausgehenden Entlassungsjahrgängen 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 und 2014 weitgehend vergleichbar ist. Bei auftretenden Unterschieden ist immer auch auf die Stichprobengröße zu achten und zu berücksichtigen, dass kleine Unterschiede zu hohen prozentualen Verschiebungen führen.

**Vergleich der Gesamtstichprobe mit der Stichprobe der Katamneseantworter und Nichtantwortern**

Vergleicht man die Stichprobe derer, welche die Katamneseantworter zur Verfügung stellten mit denen, die nicht geantwortet haben (vgl. Tabelle 1 und 2) wird deutlich, dass bei den Antwortern weniger Männer (60,5% vs. 71,3%), aber mehr Frauen (39,5 vs. 28,7%) sind. Außerdem antworten die über 40jährige Patienten häufiger als jüngere (79,0% vs. 65,3% für die älteren und 21,0% vs. 34,7% für die jüngeren). Das Antwortverhalten wird auch durch den Familienstand bei Aufnahme beeinflusst. Verheiratete Patienten antworten häufiger (41,0% Antworter vs. 34,3% Nichtantworter). Nicht Verheiratete antworten seltener (59,0% Antworter und 65,7% Nichtantworter). Dieser

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

Merkmale	Gesamtstichprobe		Nichtantworter		Katamneseantworter	
	N=225		N=101		N=124	
	Mittelwert	Standardabw.	Mittelwert	Standardabw.	Mittelwert	Standardabw.
Alter bei Aufnahme (in Jahren)	46,4	10,3	44,1	10,6	48,3	10,6
Abhängigkeitsdauer (in Jahren)*	15,3	9,4	15,6	8,8	15,1	9,9
Behandlungsdauer (in Tagen)	52,3	25,9	46,5	26,8	57,1	24,0
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung (in Tagen)	56,4	24,1	50,8	26,2	60,6	21,6

Trend findet sich auch in der Kategorien „feste und keine feste Beziehung“ mit 38,0% Antwortern zu 44,4% Nichtantwortern.

Wie Tabelle 1 weiter ausweist, handelt es sich bei den Antwortern eher Patienten mit höherem Schulabschluss (63,1% vs. 51,0%), um Erwerbstätige (43,3% vs. 37,4%), Patienten mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit (96,0% vs. 89,1%) und planmäßig Entlassene (91,9% vs. 83,2%). Patienten ohne vorherige Entgiftung antworten öfter (22,9% vs. 20,0%) und Patienten mit zwei und mehr entsprechenden Vorbehandlungen seltener (45,1% vs. 51,0%). Eher geringen Einfluss auf das Antwortverhalten haben die vermittelnde Stelle sowie der zuständige Leistungsträger.

Somit ergibt sich auch hier ein vergleichbares Bild wie in vorherigen Entlassjahrgängen: Bei den Katamneseantwortern handelt es sich offensichtlich um Patienten, die älter und eher sozial integriert sind. Die Antworten weisen weniger Vorbehandlungen auf und werden öfter planmäßig entlassen werden. Zudem spielt das Geschlecht eine Rolle: Frauen antworten öfter als Männer.

**Katamneseergebnisse**

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse zum Datenrücklauf dargestellt. 33,8% der Gesamtstichprobe von 225 ehemaligen Rehabilitanden geben an, durchgehend abstinent zu sein. In der Kategorie „Abstinent nach Rückfall“ sind die Antworten zusammengefasst, die nach einem Rückfall seit mindestens 30 Tagen wieder abstinent waren. Dies sind 10,2%. Die katamnestiche Erfolgsquote bestehend aus durchgehend und nach Rückfall Abstinenten beläuft sich nach der Berechnungsform DGSS 4 (gesamter Entlassjahrgang, Nichtantworter werden als rückfällig gewertet) auf 44,0%. Der Vergleich mit den Vorjahren macht deutlich, dass die katamnestiche Erfolgsquote im Vergleich zu 2012 und 2013 gestiegen ist und eher den Quoten aus den Vorjahren entspricht. So lag die katamnestiche Erfolgsquote des Entlassjahrganges 2011 bei 44,6%, im Entlassjahrgang 2010 sogar bei 48,4% und in 2009 bei 44,8%. Systematische Entwicklungen

Tab. 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

Antworter	Anzahl	Prozent
Abstinent	76	33,8
Abstinent nach Rückfall	23	10,2
Rückfällig	23	10,2
Widersprüchliche / keine Angaben	2	0,9
<b>Nicht-Antworter</b>		
Verstorben	2	0,9
Unbekannt verzogen	16	7,1
kein Rücklauf / keine Angabe	83	36,9

lassen sich hierdurch nur schwer ableiten, da bei der relativ kleinen Stichprobengröße geringfügige absolute Veränderungen deutliche prozentuale Verschiebungen nach sich ziehen. Eine mögliche Erklärung ergibt sich jedoch durch die im Entlassjahrgang 2013 und 2014 weiterhin reduzierte durchschnittliche Rücklaufquote hinsichtlich des Konsumverhaltens von nur 49,5% und 47,9% über alle Einrichtungen. 2011 betrug diese noch 55,4% und 2015 wurden wieder 52,2% erreicht. Da nach DGSS4 alle Nichtantworter als rückfällig eingestuft werden, führt bei dieser Berechnungsform eine geringere Rücklaufquote zu einer Absenkung der Erfolgsquote.

In der aktuellen Stichprobe von 2015 gaben 10,2% an, rückfällig zu sein. Im Entlassjahrgang 2014 waren dies nur 7,2% und 2013 7,3%. Unbekannt verzogen sind 7,1%. Kein Rücklauf erfolgte in 8,4% und keine Angaben liegen in 28,4% der Fälle vor. Von 2 Patienten (0,9%) aus der Stichprobe wurde

bekannt, dass sie im Katamnesezeitraum verstorben sind. Dazu kommen noch 2 Patienten (0,9%), die widersprüchliche oder fehlende Angaben gemacht haben.

**Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese**

Die Entwicklung der Katamneseantworter bezüglich der Merkmale des Familienstandes, der Partnerbeziehung, der Erwerbstätigkeit beziehungsweise Arbeitslosigkeit und -unfähigkeit sowie hinsichtlich von Selbsthilfegruppenbesuchen wird in Tabelle 4 dargestellt.

Es kann festgestellt werden, dass im Vergleich zu Behandlungsbeginn zum Katamnesezeitpunkt prozentual weniger Patienten verheiratet sind (39,6% vs. 41,0%) und sich auch weniger Patienten in einer festen Partnerschaft befinden (57,5% vs. 62,0%).

Der prozentuale Anteil der „Alleinstehenden“ hat sich von 38,0% zu Therapiebeginn

Tab. 4: Vergleich der Daten der Katamneseantworter zu Behandlungsbeginn und zum Katamnesezeitpunkt

Merkmal	Kategorie	Katamneseantworter			
		N=124			
		Katamnesezeitpunkt		Therapiebeginn	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Familienstand	Nicht verheiratet	61	60,4	72	59,0
	Verheiratet	40	39,6	50	41,0
	keine Angabe	23	18,5	2	1,6
Partnerbeziehung	Alleinstehend	40	33,3	46	38,0
	Zeitweilige Beziehung	11	9,2	0	0,0
	Feste Beziehung	69	57,5	75	62,0
	keine Angabe	4	3,2	3	2,4
Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig	61	49,2	52	43,3
	Erwerbslos	32	25,8	47	39,2
	Nicht erwerbstätig	31	25,0	21	17,5
	keine Angabe	0	0,0	4	3,2
Arbeitslosigkeit	Ja	43	45,7	47	39,2
	Nein	51	54,3	73	60,8
	keine Angabe / unbekannt	30	24,2	4	3,2
Arbeitsunfähigkeit	Keine AU	54	53,5	50	55,6
	unter 3 Monate	17	16,9	23	25,6
	3 bis unter 6 Monate	6	5,9	12	13,3
	6 Monate und mehr	6	5,9	2	2,2
	Nicht erwerbstätig	18	17,8	3	3,3
	keine Angabe	23	18,5	34	27,4
Besuch Selbsthilfegruppe	nein, keine SHG besucht	40	32,3		
	ja, während des gesamten Zeitraums	31	25,0		
	ja, mindestens 1/2 Jahr	8	6,5		
	ja, weniger als 1/2 Jahr	21	16,9		
	keine Angabe	24	19,4		

auf 33,3% zum Katamnesezeitpunkt reduziert. Zeitweilige Beziehungen verzeichnen dagegen einen Anstieg zum Katamnesezeitpunkt (0,0% vs. 9,2%).

Erfreulicherweise und im Gegensatz zu den Vorjahren 2009 und 2010 steigt seit 2011 auch 2012, 2013, 2014 und 2015 die Zahl der Erwerbstätigen (vgl. auch Abbildung 2). Für den Entlassjahrgang 2015 steigt diese von 43,3% zu Therapiebeginn auf 49,2% zum Katamnesezeitpunkt. Parallel dazu sinkt die Zahl der Erwerbslosen zum Katamnesezeitpunkt auf 25,8% vs. 39,2% zu Therapiebeginn. Nicht erwerbstätig sind zum Katamnesezeitpunkt 25,0%, zu Therapiebeginn waren es nur 17,5%.

Die positive Entwicklung zeigt sich prozentual nicht in den Arbeitslosenzahlen. Diese steigen von 39,2% auf 45,7% an. Absolut betrachtet findet jedoch ein Rückgang von 47 auf 43 Personen statt. Die Prozentzahlen geben dies nicht wieder, da insbesondere für den Katamnesezeitpunkt 30 Angaben fehlen. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeitszeiten ist wie auch schon in den Vorjahren insgesamt betrachtet eine Abnahme zu verzeichnen (vgl. auch Abbildung 3). Zum Katamnesezeitpunkt geben 53,5% an, dass seit Therapieende keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorlag. Zu Therapiebeginn lag diese Quote allerdings mit 55,6% höher. Der Anteil der ehemaligen Rehabilitanden mit AU-Zeiten unter drei Monaten und zwischen drei und sechs Monaten ist deutlich rückläufig. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten verringerten sich zum Katamnesezeitpunkt in den Kategorien „unter 3 Monate“ von 25,6% zu 16,9% und in der Kategorie von „3 bis 6 Monate“ von 13,3% auf 5,9%. Ein Anstieg liegt bei den längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten „über 6 Monate“ vor. Hier stieg die Zahl der Langzeitarbeitsunfähigen von 2,2% auf 5,9% zum Katamnesezeitpunkt an. Die Zahl der Nichterwerbstätigen steigt zum Katamnesezeitpunkt ebenfalls von 3,3% auf 17,8% an. Ungünstig für die Interpretation ist der sehr hohe Anteil fehlender Angaben. Zudem sei hier insbesondere bei der Auswertung einzelner Kategorien nochmals auf die kleinen Fallzahlen und die damit verbundenen Einschränkungen in der Interpretation verwiesen.

32,3% der Patienten geben an, keine Selbsthilfegruppe besucht zu haben; 25,0% besuchten während des gesamten Zeitraumes eine Selbsthilfegruppe, 6,5% mindes-

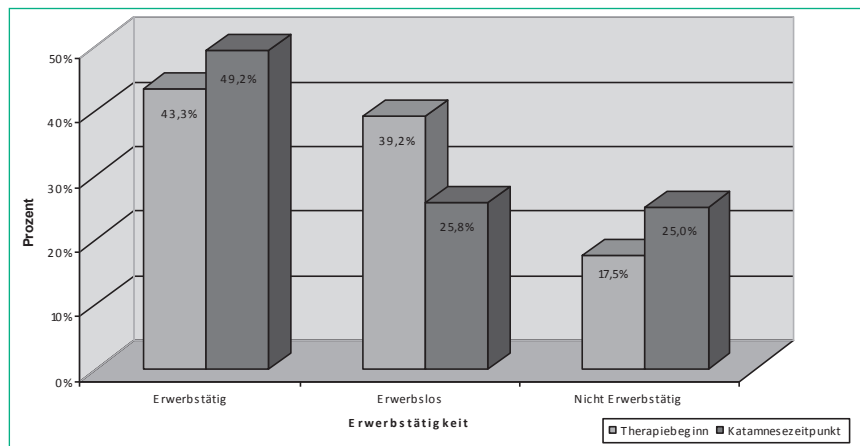


Abbildung 2: Ausgewählte Ergebnisse zur Entwicklung der Erwerbstätigkeit von Therapiebeginn bis zum Katamnesezeitpunkt (verglichen werden nur die Patienten, bei denen zu Beginn der Behandlung und zum Katamnesezeitpunkt Informationen vorliegen).

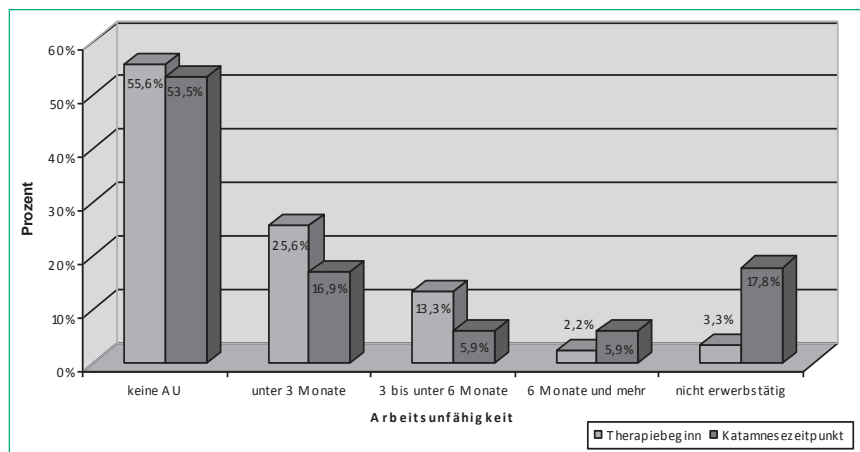


Abbildung 3: Ausgewählte Ergebnisse zur Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit von Therapiebeginn bis zum Katamnesezeitpunkt (verglichen werden nur die Patienten, bei denen zu Beginn der Behandlung und zum Katamnesezeitpunkt Informationen vorliegen).

tens ein halbes Jahr und 16,9% weniger als ein halbes Jahr.

### Abstinenzquoten

In Tabelle 5 sind die Abstinenzquoten gemäß der vier Bewertungsarten der DGSS inklusive der verstorbenen Patienten dargestellt. Nicht berücksichtigt wurden Katamneseantworter mit widersprüchlichen Angaben. Die in der Regel günstigste Berechnungsform DGSS 1 bezieht alle Katamneseantworter ein, die planmäßig entlassen worden sind. In die Berechnungsform DGSS 2 werden alle planmäßig entlassenen Patienten einbezogen. Die Berechnungsform DGSS 3 berücksichtigt jeweils nur die Personen, die ihren Katamnesebogen zur Verfügung stellten, unabhängig von der Entlassart. In der Berechnungsart DGSS 4 sind alle in 2015 entlassenen Patienten enthalten. Personen, zu denen keine Information vorliegt, werden jeweils als rückfällig eingestuft.

ter ein, die planmäßig entlassen worden sind. In die Berechnungsform DGSS 2 werden alle planmäßig entlassenen Patienten einbezogen. Die Berechnungsform DGSS 3 berücksichtigt jeweils nur die Personen, die ihren Katamnesebogen zur Verfügung stellten, unabhängig von der Entlassart. In der Berechnungsart DGSS 4 sind alle in 2015 entlassenen Patienten enthalten. Personen, zu denen keine Information vorliegt, werden jeweils als rückfällig eingestuft.

Tab. 5: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4

	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	91	82,0%	91	46,2%	99	81,1%	99	44,0%
Abstinent	73	65,8%	73	37,1%	76	62,3%	76	33,8%
Abstinent nach Rückfall	18	16,2%	18	9,1%	23	18,9%	23	10,2%
Rückfällig	20	18,0%	106	53,8%	23	18,9%	126	56,0%
Gesamt	111*		197		122		225	

\* 2 = keine Angabe

Tab. 6: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 nach Geschlecht

	DGSS 1				DGSS 2			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	56	82,4%	35	81,4%	56	43,4%	35	51,5%
Abstinent	45	66,2%	28	65,1%	45	34,9%	28	41,2%
Abstinent nach Rückfall	11	16,2%	7	16,3%	11	8,5%	7	10,3%
Rückfällig	12	17,6%	8	18,6%	73	56,6%	33	48,5%
Gesamt	68*		43*		129		68	

	DGSS 3				DGSS 4			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	61	82,4%	38	79,2%	61	41,5%	38	48,7%
Abstinent	47	63,5%	29	60,4%	47	32,0%	29	37,2%
Abstinent nach Rückfall	14	18,9%	9	18,8%	14	9,5%	9	11,5%
Rückfällig	13	17,6%	10	20,8%	86	58,5%	40	51,3%
Gesamt	74*		48*		147		78	

\* je 1=keine Angabe

Tabelle 5 zeigt die katamnestiche Erfolgsquote und weist den Anteil der durchgängig Abstinenten und der Abstinenten nach Rückfall aus.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe (DGSS 4) ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 44,0%, wobei 33,8% durchgängig abstinent lebten und 10,2% abstinent nach Rückfall eingestuft wurden. 56,0% wurden der Kategorie rückfällig zugeordnet. Wie bereits in Erläuterung von Tabelle 3 ausgeführt, fällt diese katamnestiche Erfolgsquote besser als in den Jahren zuvor aus. So stehen den 44,0% katamnestiche Erfolgsquote berechnet nach DGSS 4 des Entlassjahrganges 2015 Erfolgsquoten von 40,0% aus 2014, 40,1% aus 2013 sowie 40,7% des Entlassjahrganges 2012 gegenüber. Die Erfolgsquoten aus früheren Jahren 2011 bis 2009 weisen mit 44,6%, 48,9% und 43,0% wiederum höhere Werte auf.

Untersucht man nur die Katamnesticheantworter mit planmäßiger Entlassung (DGSS 1) wird 2015 eine katamnestiche Erfolgsquote von 82,0% erreicht, wobei 65,8% sich als durchgängig abstinent beschrieben und 16,2% als abstinent nach Rückfall und 18,0% als rückfällig kategorisiert wurden. Damit sind die Ergebnisse in der Berechnungsform DGSS 1 2015 wiederum schlechter als 2014 und stehen damit in scheinbarem Widerspruch zu der Berechnungsform DGSS 4. Dieser Widerspruch kann durch die unterschiedlichen Ausschöpfungsquoten, die 2015 höher als 2014 waren, erklärt werden. Somit ist auch hier Vorsicht bei der Interpretation der Veränderungen geboten

### Katamnestiche Erfolgsquoten nach DGSS 1-4 nach Geschlecht und Behandlungsdauern

Tabelle 6 und 7 stellen die katamnestiche Erfolgsquoten in Abhängigkeit von Geschlecht und Behandlungsdauer dar. Be-

Tab. 7: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer

	DGSS 1					
	bis 12 Wochen		über 12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	81	81,0%	10	90,9%	0	0,0%
Abstinent	65	65,0%	8	72,7%	0	0,0%
Abstinent nach Rückfall	16	16,0%	2	18,2%	0	0,0%
Rückfällig	19	19,0%	1	9,1%	0	0,0%
Gesamt	100*		11*		0	

	DGSS 2					
	bis 12 Wochen		über 12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	81	45,3%	10	58,8%	0	0,0%
Abstinent	65	36,3%	8	47,1%	0	0,0%
Abstinent nach Rückfall	16	8,9%	2	11,8%	0	0,0%
Rückfällig	98	54,7%	7	41,2%	1	100,0%
Gesamt	179		17		1	

	DGSS 3					
	bis 12 Wochen		über 12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	89	80,2%	10	90,9%	0	0,0%
Abstinent	68	61,3%	8	72,7%	0	0,0%
Abstinent nach Rückfall	21	18,9%	2	18,2%	0	0,0%
Rückfällig	22	19,8%	1	9,1%	0	0,0%
Gesamt	111*		11*		0	

	DGSS 4					
	bis 12 Wochen		über 12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen	
<b>Katamnestiche Erfolgsquote</b>	89	43,0%	10	58,8%	0	0,0%
Abstinent	68	32,9%	8	47,1%	0	0,0%
Abstinent nach Rückfall	21	10,1%	2	11,8%	0	0,0%
Rückfällig	118	57,0%	7	41,2%	1	100,0%
Gesamt	207		17		1	

\* je 1=keine Angabe

zätzlich der katamnesticen Erfolgsquote sind in Abhängigkeit von den vier Berechnungsformen inkonsistente Geschlechtseffekte auszumachen. Die Geschlechtsunterschiede bewegen sich zwischen 8,1% (DGSS 2) und 1,0% (DGSS 1). In der Berechnungsformen DGSS 1 und DGSS 3 weisen die Männer höhere Erfolgsquoten auf, in der Berechnungsform DGSS 2 und DGSS 4 sind es die Frauen. Hier fällt eine Interpretation schwer, da verglichen mit den Vorjahren einmal die Männer, ein anderes mal die Frauen günstigere Abstinenzquoten aufweisen. Sicherlich ist auch hier bei der Erklärung ein methodischer Aspekt, nämlich die geringe Stichprobengröße zu berücksichtigen.

Tabelle 7 stellt die katamnesticen Erfolgsquoten in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer dar. Dabei werden drei Kategorien bezüglich der Behandlungsdauer unterschieden: „bis 12 Wochen“, „über 12 bis 16 Wochen“ und „über 16 Wochen“. Über alle Berechnungsformen hinweg finden sich die höchsten Abstinenzquoten in der zweiten Kategorie „über 12 bis 16 Wochen“. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sind die unterschiedlichen Kategorienbesetzungen zu beachten: In der Kategorie „bis 12 Wochen“ beziehen sich die Prozentangaben in den unterschiedlichen Berechnungsformen DGSS 1 bis DGSS 4 auf 100 bis 207 Patienten. In der Kategorie zwischen „12 und 16 Wochen“ finden sich zwischen 11 und 17 Patienten, die Kategorie „über 16 Wochen“ ist mit 0 bis 1 Patienten besetzt. So lassen sich - insbesondere auch für die Therapiedauer über 16 Wochen - keine verlässlichen Aussagen machen. Zudem ist zu beachten, dass unterschiedliche Behandlungszeiten mit unterschiedlichen Patientenmerkmalen korrespondieren können, die einen unterschiedlichen Einfluss auf das Katamneseergebnis nehmen können. In der Kategorie „über 16 Wochen“ dürften sich z.B. diejenigen Patienten befinden, deren Krankheitsverlauf am deutlichsten chronifiziert ist. Allerdings bedarf diese Interpretation einer breiteren Datengrundlage.

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

Neben der Behandlungsdauer können auch andere Faktoren den Therapieerfolg beeinflussen. In Tabelle 8 werden einige dieser Faktoren dargestellt. Zugrunde gelegt wird hierbei grundsätzlich die Berechnungsart DGSS 4. Eine Ausnahme bildet die Untersuchung der Behandlungsdauer. Hier werden die Patienten mit planmäßiger Entlassung berücksichtigt (DGSS 2).

Erfolgreicher bezüglich der Abstinenz sind in diesem Entlassjahrgang nach der Berechnungsform DGSS 4 die Frauen (48,7% vs. 41,5%). In dem Entlassjahrgang 2012 und

Tab. 8: Relevante Patienten- und Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg (DGSS 4)

Variable	Kategorien	Gesamtstichprobe	Therapieerfolg (abstinent und abstinent nach Rückfall)	
		N=225	N=99	
Geschlecht	Männlich	147	61	41,5%
	Weiblich	78	38	48,7%
Partnerbeziehung	Keine feste Partnerschaft	90	38	42,2%
	Feste Partnerschaft	130	58	44,6%
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	89	43	48,3%
	Erwerbslos	104	36	34,6%
	Nicht erwerbstätig	26	16	61,5%
Abhängigkeitsdauer	Bis 10 Jahre	86	42	48,8%
	Über 10 Jahre	128	52	40,6%
Entgiftungen	Keine	48	24	50,0%
	eine	68	31	45,6%
	2 und mehr	106	42	39,6%
Entlassart	Planmäßig	197	91	46,2%
	Nicht planmäßig	28	8	28,6%
Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen (DGSS 2)	Bis 12 Wochen	179	89	49,7%
	Über 12 bis 16 Wochen	17	10	58,8%
	Über 16 Wochen	1	0	0,0%

2011 waren die Männer, in 2010, 2013 und 2014 die Frauen im Vorteil. In den Kategorien „keine oder feste Partnerschaft geht eine „feste Beziehung“ mit leicht positiveren Abstinenzquoten einher. (44,6% vs. 42,2%). Die Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Erwerbslosen fällt deutlicher zu Gunsten der Erwerbstätigen aus (48,3% vs. 34,6%). Die Nichterwerbstätigen erreichen 61,5%. Für die Abstinenz förderlich ist auch eine geringere Abhängigkeitsdauer („bis 10 Jahre“ 48,8% vs. „über 10 Jahre“ 40,6%). 2014 wirkte sich noch die längere Abhängigkeitsdauer günstiger aus. In den Jahren davor wiederum die kürzere Abhängigkeitsdauer. Unterschiede in den Abstinenzquoten finden sich auch in der Anzahl der Entgiftungen. Die höchsten Abstinenzquoten finden sich hier bei den Patienten mit keiner Entgiftung, während Patienten mit einer oder zwei und mehr Entgiftungen schlechtere Abstinenzquoten aufweisen (50,0% vs. 45,6% vs. 39,6%). Dieses Ergebnis geht weitgehend konform mit den Ergebnissen früherer Katamnese. Auch wiesen mit wenigen Ausnahmen Rehabilitanden mit keiner Entgiftung die günstigsten Abstinenzquoten auf. Erwartungsgemäß und konsistent in Übereinstimmung mit den früheren Ergebnissen gestalten sich die Ergebnisse hinsichtlich der Entlassform: Planmäßig beendete Rehabilitanden führen zu höheren Abstinenzquoten (46,2% vs. 28,6%). Bezogen auf die Berechnungsform DGSS 2 scheinen die mittlere Behandlungszeit von „12 bis 16 Wochen“ den günstigsten Einfluss auf den Erfolg zu haben (58,8% vs. 49,7% vs. 0%). Auf methodische Einschränkungen hin-

sichtlich der Aussagekraft wurde bereits verwiesen. Die Ergebnisse weisen, ähnlich wie in den Vorjahren, darauf hin, dass erwartungsgemäß bei besserer sozialer Integration und regulärem Rehabilitationsverlauf positivere Ergebnisse erwartet werden können.

**Zufriedenheitseinstufungen**

Tabelle 9 beschreibt, wie zufrieden Rehabilitanden zum Katamnesezeitpunkt mit ihrer jeweiligen Lebenssituation sind. Die Zufriedenheit wurde hierbei auf einer sechsstufigen Skala mit den Endpolen „sehr zufrieden“ und „sehr unzufrieden“ eingestuft. Zudem bestand die Möglichkeit „trifft nicht zu“ anzugeben.

In Tabelle 9 sind die Ergebnisse der Zufriedenheitseinschätzungen dargestellt. Bereits auf den ersten Blick zeigt sich, dass abstinente Patienten über alle Lebensbereiche mit einer Ausnahme zufriedener als rückfällige Patienten sind. Somit scheint die Suchtmittelabstinenz ein Generalfaktor der Steigerung der Lebenszufriedenheit zu sein. Obwohl dieses Ergebnis plausibel und im Sinne der Abstinenzorientierung wünschenswert ist, müssen die ausgewiesenen Prozentwerte aufgrund der sehr kleinen Zellenbesetzung insbesondere in der Spalte Rückfall methodisch wiederum kritisch gesehen werden. In einer Rangreihe ergeben sich die größten Differenzen in den Zufriedenheitseinschätzungen in den Kategorien „seelische und körperliche Gesundheit“ und „Suchtmittelkonsum“. Hier liegen die Unterschiede zwischen Abstinenten und Rückfälligen bei über 30 Prozentpunkten. Unter-

Tab. 9: Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Therapieerfolg

Zufriedenheit mit	Therapieerfolg				
	Abstinenz / Abstinenz nach Rückfall (N=99)		Rückfall (N=23)		Differenz
Seelischer Zustand	67	67,7%	7	30,4%	37,2%
Körperliche Gesundheit	66	66,7%	7	30,4%	36,2%
Freizeitgestaltung	69	69,7%	9	39,1%	30,6%
Bekannte, Freunde	70	70,7%	10	43,5%	27,2%
Alltagsbewältigung	70	70,7%	10	43,5%	27,2%
Suchtmittelgebrauch	61	61,6%	8	34,8%	26,8%
Finanzielle Situation	63	63,6%	9	39,1%	24,5%
Partnerbeziehung	54	54,5%	8	34,8%	19,8%
Eltern, Geschwister, Verwandte	61	61,6%	10	43,5%	18,1%
Arbeitssituation	51	51,5%	8	34,8%	16,7%
Eigene Kinder	46	46,5%	7	30,4%	16,0%
Wohnsituation	70	70,7%	15	65,2%	5,5%
Straftaten, Delikte	4	4,0%	3	13,0%	-9,0%

schiede im Umfang zwischen 20 bis 30 Prozentpunkten gelten für die Kategorie „Freizeitgestaltung“, „Bekannte und Freunde“, „Alltagsbewältigung“, „Suchtmittelgebrauch“. Unterschiede zwischen 16 bis 19 Prozentpunkte liegen in den Kategorien „Partnerbeziehung“, „Zufriedenheit mit Eltern, Geschwister, Verwandten“, „Arbeitssituation“ und „Eigene Kinder“ vor. Es folgt mit über 5 Punkten Unterschied die „Zufriedenheit mit der Wohnsituation“. In Bezug auf „Straftaten und Delikte“ sind die Rückfalligen zufriedener.

Wenn man diese Rangreihe interpretieren darf, so fällt auf, dass die Kategorien „körperliche und seelische Gesundheit“ und das „Freizeitverhalten“ am deutlichsten von einer abstinenten Lebensführung profitieren. Besonders positiv bewertet werden auch die „Alltagsbewältigung“, die „Zufriedenheit mit Bekannten und Freunden“, der „Suchtmittelgebrauch“ und die „Finanzielle Situation“. Dies sind alles Bereiche, die im unmittelbaren individuellen Einfluss- und Erlebensbereich der Person liegen. Die intensiven zwischenmenschlichen Beziehungsmuster „Eltern, Geschwister Verwandte“ sowie „Eigene Kinder“ werden

ebenfalls positiv erlebt, allerdings nicht in gleichem Maße. Dies könnte damit zusammenhängen, da es sich hier um emotional bedeutsame Lebensbereiche handelt, in denen die langjährigen abhängigkeitsbestimmenden oder auch die biographisch geprägten Erlebensmuster länger nachwirken und grundlegender Veränderungsanstrengungen nach Erreichen der Abstinenz bedürfen. Ein mögliches Fazit, das auch schon in die Diskussion der Ergebnisse des Entlassjahrganges 2011, 2012, 2013 und 2014 einfließen könnte, ist, dass die Angehörigen- und Beziehungsarbeit im Therapieprozess selbst zu intensivieren ist und auch nach erfolgreicher individueller Therapie noch weiterer therapeutischer Unterstützung bedarf, um interaktionelle Muster zu verändern.

**Therapieerfolg und Veränderung des Erwerbsstatus im Katamnesezeitraum**

Tabelle 10 zeigt die Abstinenzquoten in Abhängigkeit von der Veränderung des Erwerbsstatus nach DGSS 3. So sind zum Katamnesezeitpunkt 16 der 47 zum Rehabilitationsbeginn Erwerbslosen wieder erwerbstätig. Sie erreichen eine Abstinenz-

Tabelle 10: Therapieerfolg gemäß DGSS 3 und Veränderungen hinsichtlich der Erwerbslosigkeit bzw. der Erwerbstätigkeit zwischen dem Aufnahmezeitpunkt in die Behandlung und dem Katamnesezeitpunkt

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	Alle	Therapieerfolg (DGSS 3)	
			Anzahl	Prozent
Erwerbslos (N=47)	Erwerbstätig	16	13	81,3%
	Erwerbslos	22	16	72,7%
	Nicht erwerbstätig	9	7	77,8%
Erwerbstätig (N=52)	Erwerbstätig	39	35	89,7%
	Erwerbslos	8	5	62,5%
	Nicht erwerbstätig	5	3	60,0%

quote von 81,3%. Die 22 Patienten, die erwerbslos geblieben sind, sind zu 72,7% abstinent und diejenigen Erwerbslosen, die in den Status „nicht erwerbstätig“, etwa durch Berentung gekommen sind, weisen eine Abstinenzquote von 77,8% auf. Allerdings handelt es sich hier auch nur um 9 Personen und die Aussagefähigkeit der Prozentangaben ist aufgrund der kleinen Zahl eingegrenzt. Diese begrenzte Aussagekraft gilt auch für den 2. Teil der Tabelle. Die zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme 52 Erwerbstätigen behalten diesen Status zum größten Teil bei. Zum Katamnesezeitpunkt sind 39 der ehemaligen Patienten weiter erwerbstätig und erreichen eine Abstinenzquote von 89,7%. 8 der ursprünglich Erwerbstätigen werden erwerbslos, 5 (62,5%) von ihnen leben abstinent. 5 der bei Rehabilitationsbeginn Erwerbstätigen sind zum Katamnesezeitpunkt nicht mehr erwerbstätig. Drei von ihnen (60,0%) leben abstinent.

Die Ergebnisse der Tabelle 10 legen trotz aller methodischen Vorbehalte nahe, dass auch beim Wechsel von Erwerbstätigkeit zu Erwerbslosigkeit und umgekehrt der Erhalt bzw. die Wiedererlangung von Erwerbstätigkeit mit höheren Abstinenzquoten einhergeht.

**Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende**

Tabelle 11 und Abbildung 4 stellen für rückfällige Patienten den Zeitpunkt des ersten Rückfalls nach Rehabilitationsende dar, wobei zur Verdeutlichung die Werte in der Abbildung zu Quartalen zusammengefasst wurden.

Aus Tabelle 11 geht hervor, dass bezogen auf die Monate im Katamnesezeitraum der erste Monat mit 36,4% der Rückfälle der mit Abstand kritischste Monat ist. Bis zum Ende des ersten Quartals nach Behandlungsende

Tab. 11: Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende (N = 47)

Monat	Anzahl	Prozent
1	16	36,4
2	5	11,4
3	4	9,1
4	5	11,4
5	1	2,3
6	2	4,5
7	2	4,5
8	2	4,5
9	1	2,3
10	1	2,3
11	2	4,5
12	2	4,5
Später	1	2,3
Keine Angaben	3	6,4



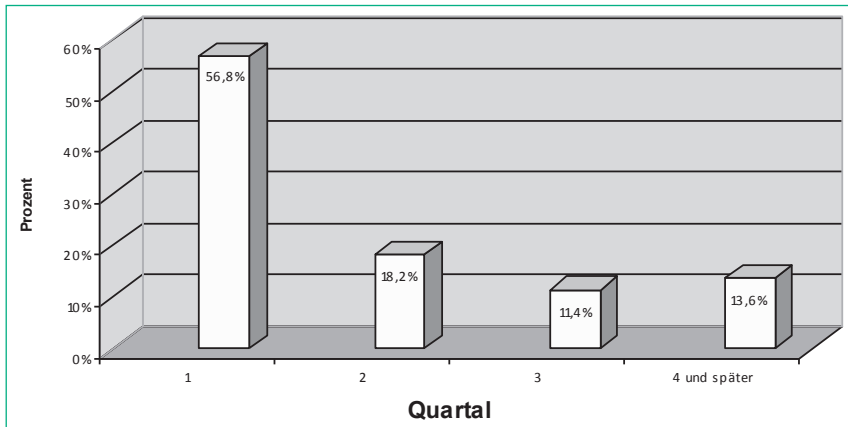


Abbildung 4: Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende, quartalsweise zusammengefasst

ereignen sich 56,9% aller Rückfälle. Anschließend kommen prozentual gesehen pro Monat weniger Rückfälle hinzu. Damit bestätigt sich der bekannte Befund, dass die Zeit unmittelbar nach Therapieende eine besonders kritische Zeit für ein mögliches Rückfallgeschehen darstellt. Gelingt es in dieser Zeit die abstinente Lebensführung zu etablieren, ist die Gefahr einer Rückfälligkeit in den nächsten Monaten geringer. Daher gilt es, in der besonders sensiblen Phase der ersten Monate nach Rehabilitationsende intensive Maßnahmen zur Rückfallprävention zu etablieren. Dies kann im Rahmen einer störungsspezifischen psychotherapeutischen und/oder suchtherapeutischen Weiterbehandlung erfolgen. Wie Modellversuche im Rahmen der Suchtnachsorge zeigen, erweisen sich neben den „face to face“ Kontakten hier auch telefonische Kontakte als probates Mittel. Für Patienten, die an den Arbeitsplatz zurückkehren ist aber auch an spezielle Maßnahmen im Bereich des Betrieblichen Eingliederungsmanagement zu denken.

**Gründe für den Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum**

Neben dem Zeitpunkt des ersten Rückfallgeschehens konnten die Patienten auch die subjektiv wahrgenommenen Ursachen für den Rückfall angeben. Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Tabelle 12 zeigt die Gründe und die dazugehörigen prozentualen Häufigkeiten der Nennungen. In Abbildung 5 sind fünf ausgewählte Rückfallanlässe grafisch dargestellt.

In 44,7% der Fälle wurde „Frustration“ als möglicher Rückfallauslöser benannt. Ähnlich häufig erleben die Rehabilitanden „Einsamkeit“ (38,3%) als Auslöser. Es folgen „Ärger“ (36,2%), „Depression“ (36,2%), „Unruhe“ (31,9%), „Konflikte mit Personen“ (29,8%), „Langeweile“ (27,7%) und „Stress“ mit 27,7%.

Mit leichten Verschiebungen in der Rangreihe entspricht dieses Ergebnis früheren Befunden, in denen v.a. unangenehme

Gefühle aus Sicht der ehemaligen Patienten zu den häufigsten Rückfallursachen gehören. Erklärt werden kann dies mit den bei Alkoholabhängigen diskutierten psychischen Defiziten wie geringes Selbstwertleben, mangelnde Problemlösekompetenz, geringe Frustrationstoleranz sowie der mangelnden Fähigkeit zur Selbst- und Gefühlsregulation. Plausibel ist dieses Ergebnis auch auf dem Hintergrund der verstärkten Komorbidität der Abhängigkeitserkrankungen mit depressiven Krankheitsbildern.

Mögliche Rückfallauslöser, die mit der Konzeptionalisierung und dem Erleben der Abhängigkeitserkrankung in Zusammenhang gebracht werden können, sind die Kategorien „Überzeugung, kontrolliert trinken zu können“ (19,1%), „Verlangen“ (25,5%) und „Entzugserscheinungen“ (14,9%). Damit stellen auch abhängigkeitspezifisches Erleben und die individuelle Krankheitskonzeption ein gewisses Rückfallrisiko dar, wenn sie von den Betroffenen auch nicht am häufigsten genannt werden.

„Gute Stimmung“ steht mit sieben Nennungen und 14,9% in der Rangreihe möglicher Rückfallursachen ziemlich weit hinten.

In der Bewertung dieser Nennungen und ihrer Reihenfolge muss beachtet werden,

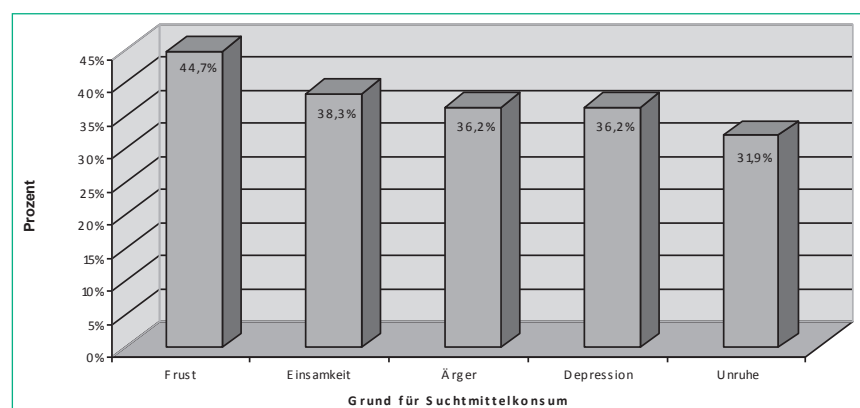


Abbildung 5: Vergleich der Häufigkeiten exemplarisch ausgewählter subjektiv empfundener Auslöser für einen erneuten Suchtmittelkonsum

Tab. 12: Angaben der rückfälligen Antworter zu Gründen für erneuten Suchtmittelkonsum

Gründe für erneuten Suchtmittelkonsum	Rückfällig: N=47	
	Anzahl	Prozent
Frustration	21	44,7
Einsamkeit	18	38,3
Ärger	17	36,2
Depression	17	36,2
Unruhe	15	31,9
Konflikte mit Personen	14	29,8
Schwierige Lebenssituationen	13	27,7
Langeweile	13	27,7
Stress	13	27,7
Verlangen	12	25,5
Angst	10	21,3
Schlafschwierigkeiten	10	21,3
Überzeugung kontrolliert zu trinken	9	19,1
Schmerzen	9	19,1
Nicht Nein sagen	8	17,0
Entzugsbeschwerden	7	14,9
Gute Stimmung	7	14,9
Hemmungen	5	10,6
Gesellschaft	4	8,5
Sonstiges	1	2,1

dass diese sich nur auf die Katamneseantworter beziehen und Informationen über die Nicht-Antworter und die Rückfälligen in dieser Gruppe nicht vorliegen.

**Diskussion**

Die vorliegenden Katamneseergebnisse beruhen auf den Daten von drei tagesrehabilitativen Einrichtungen. Der Datensatz von 225 Patienten ist gegenüber den Vorjahren 2014 (336), 2013 (279) und 2012 (334 Patienten) leider deutlich dezimiert. Metho-

disch verschärfen sich hiermit die Probleme der Stichprobengröße und das Problem der „kleinen“ Zellenbesetzung. Interpretationen werden damit erschwert. Dennoch wiederholen sich auch im Entlassjahrgang 2015 konsistent einige Ergebnisse und Tendenzen, so dass zumindest für einige Bereiche von replizierbaren Befunden ausgegangen werden kann.

Zunächst handelt es sich bei den bisher untersuchten Stichproben aus 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 und 2015 um ein ähnliches Klientel der Tagesrehabilitationen bezüglich ihrer soziodemografischen, personen- sowie krankheitsbezogenen Merkmale. Innerhalb dieser Gruppe konnten ähnliche Merkmale für die Gruppe der Katamneseantworter gefunden werden. Hier antworteten eher ältere, sozial gut eingebundene Patienten. Die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 (alle Patienten des Entlassjahrganges) fällt mit 44,0% gegenüber der Quote des Jahres 2014 etwas höher aus. Die Verbesserung der Abstinenzquote geht mit einer höheren Rücklaufquote einher. Diese lag 2015 bei 55,2% gegenüber 48,2% im Jahr 2014.

Interessant bleiben die über die Jahre inkonsistenten Ergebnisse zu möglichen Geschlechtsunterschieden hinsichtlich der katamnestiche Erfolgsquote: Die in 2011 und 2013 festgestellten günstigeren Katamneseergebnisse bei Frauen finden sich in den Daten von 2015 wieder. 2014, 2012 und in den Jahren vor 2010 zeigten sich bei den Männern günstigere Abstinenzquoten.

Stabile Tendenzen finden sich hingegen bezüglich anderer möglicher Prognosefaktoren. Günstigere Katamneseergebnisse werden von in Partnerschaft lebenden und planmäßig entlassenen Patienten erzielt. Im Gegensatz zu 2014 stellt das Durchlaufen von Vorbehandlungen in der Stichprobe von 2015 wie in den Jahren vor 2014 wieder ein eindeutig negatives Prognosekriterium da.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen aus 2014 wirkt sich in der Stichprobe von 2015 die Erwerbstätigkeit positiv auf die Abstinenzquoten aus (vgl. Tabelle 10). Erwerbstätige sind häufiger abstinent. Zudem verbessert sich die Abstinenzquote beim Wechsel von der Erwerbslosigkeit in die Erwerbstätigkeit und verschlechtert sich beim Wechsel von der Erwerbstätigkeit in die Erwerbslosigkeit (vgl. Tabelle 10).

Unabhängig vom Erwerbsstatus konnte auch in dem hier beschriebenen Entlassjahrgang 2015 wie in den Vorjahren eindrucksvoll gezeigt werden, dass die Erlangung der Abstinenz mit vielfältigen und weitreichenden positiven Veränderungen in fast allen Lebens- und Teilhabebereichen einhergeht.

## Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1985). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1992). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. SUCHT, 47. Jahrgang, Sonderheft 2.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (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. Basisdokumentation Sucht 2012
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2011). Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht), Version 1.0. Düsseldorf. Katamnese Sucht 2012
- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Schneider, B., Weissinger, V., Wüst, G. (2010). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrganges 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell 1, 9-20.
- Missel, P. (2007). Ergebnisqualität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Ausgewählte Ergebnisse. Sucht Aktuell, 14/1, 16-26.
- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2011). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht – Katamnese des Entlassjahrganges 2008 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Sucht Aktuell, 1, 15-26.
- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V. (2012). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrganges 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell, 1, 16-27.
- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V. (2013). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht – Katamnese des Entlassjahrganges 2010 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Sucht Aktuell, 1, 16-27.
- Schneider, B., Mielke, D., Beyer, S., Deichler, M.-L., Forschner, L., Herder, F., Laaß, T., Obendiek, J., Klitscher, B., Radde, N., Rilke, P., Weissinger, V., 2015. Teilband V, Basisdokumentation 2014 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. Sucht aktuell, Basisdokumentation 2014, 79-92.
- Schneider, B., Mielke, D., Beyer, S., Deichler, M.-L., Forschner, L., Herder, F., Laaß, T., Obendiek, J., Klitscher, B., Radde, N., Rilke, P., Weissinger, V., 2014. Teilband V, Basisdokumentation 2013 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. Sucht aktuell, Basisdokumentation 2013, 64-76.
- Schneider, B., Mielke, D., Beyer, S., Deichler, M.-L., Forschner, L., Herder, F., Laaß, T., Obendiek, J., Klitscher, B., Radde, N., Rilke, P., Weissinger, V., 2014. Teilband V, Basisdokumentation 2013 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. Sucht aktuell, Basisdokumentation 2013, 71-82.
- Schneider, B., Mielke, D., Beyer, S., Deichler, M.-L., Forschner, L., Herder, F., Laaß, T., Metko, J., Missel, P., Obendiek, J., Radde, N., Weissinger, V., 2015. Teilband V, Basisdokumentation 2014 – Ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen. Sucht aktuell, Basisdokumentation 2014, 79-98.
- Schneider, B., Knuth, S., Bachmeier, R., Beyer, S., Deichler, M.-L., Funke, W., Forschner, L., Herder, F., Laaß, T., Missel, P., Obendiek, J., Klitscher, B., Lange, N., Radde, N., Rilke, P., Weissinger, V., 2013. Effektivität der Ganztägig Ambulanten Rehabilitation Sucht – FVS-Katamnese des Entlassjahrganges 2010 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Sucht aktuell, 1, 35-43.
- Schneider, B., Knuth, S., Beyer, S., Deichler, M.-L., Funke, W., Forschner, L., Herder, F., Laaß, T., Missel, P., Obendiek, J., Klitscher, B., Lange, N., Radde, N., Rilke, P., Weissinger, V. 2012. Teilband V, Basisdokumentation 2011 – Ganztägig ambulanten (teilstationären) Rehabilitationseinrichtungen. In Fachverband Sucht (Hrsg.) Basisdokumentation 2012. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., S. 59 – 70.
- Schneider, B., Knuth, S., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Missel, P., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2011). Effektivität der Ganztägig Ambulanten Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht – Katamnese des Entlassjahrganges 2008 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Sucht Aktuell, 1, 34-51.
- Schneider, B., Knuth, S., Bachmeier, R., Beyer, S., Deichler, M.-L., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Klitscher, B., Laaß, T., Medenwaldt, J., Missel, P., Rilke, P., Schneider, B., Tröskens, A., Verstege, R., Weissinger, V., Lange, N. (2012). Effektivität der Ganztägig Ambulanten Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht – Katamnese des Entlassjahrganges 2009 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Sucht Aktuell, 1, 36-45.
- Schneider, B., Mielke, D., Bachmeier, R., Beyer, S., Deichler, Herder, F., Kersting, Laaß, T., Missel, P., Obendiek, J., Klitscher, B., Lange, N., Radde, N., Rilke, P., Weissinger, V. (2014). Effektivität der Ganztägig Ambulanten Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht – Katamnese des Entlassjahrganges 2011 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Sucht Aktuell, 1, 34-43.

Schneider, B., Mielke, D., Bachmeier, R., Beyer, S., Deichler, Forschner, L., Herder, F., Kemmann, D., Missel, P., Lange, N., Radde, N., Weissinger, V. (2015). Effektivität der Ganztätig Ambulanten Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht – Katamnese des Entlassjahrganges 2012 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. *Sucht Aktuell*, 1, 84-93.

Schneider, B., Mielke, D., Bachmeier, R., Majewski, M., Deichler, M.-L., Forschner, L., Herder, F., Kemmann, D., Lange, N., Missel, P., Radde, N., Weissinger, V. (2016). Effektivität der Ganztätig Ambulanten Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht – Katamnese des Entlassjahrganges 2013 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. *Sucht Aktuell*, 1, 38-47.

**Autorenverzeichnis**

*Dr. Bernd Schneider, Doreen Mielke, MEDIAN Gesundheitsdienste, 56068 Koblenz*

*Weitere Mitglieder des Qualitätszirkels „Ganztätig ambulante Rehabilitation Sucht“ des Fachverband Sucht und des Statistikausschusses des Fachverband Sucht:*

*Marie-Louise Deichler, MEDIAN Tagesklinik Stuttgart, 70197 Stuttgart  
Dr. Lukas Forschner, Medinet GmbH Fachklinik Alte Ölmühle, 39114 Magdeburg  
Peter Missel, MEDIAN Kliniken Daun, 54550 Daun*

*Alexandra Sagel, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn*

*Dr. Volker Weissinger, Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., 53175 Bonn*

**Liste der an der Datenerhebung beteiligten Einrichtungen**

*MEDIAN Gesundheitsdienste, 56068 Koblenz*

*MEDIAN Tagesklinik Stuttgart, 70197 Stuttgart*

*Ganztätig ambulante Rehabilitation der Medinet AG Alte Ölmühle, 39114 Magdeburg*

**Literaturhinweise**

**Borcsa, M.; Nikendei, C. (Hrsg.): Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung; Stuttgart; ISBN: 978-3-13-240745-9; 49,99 €**

Menschen, die in Deutschland als Geflüchtete Schutz suchen, haben häufig traumatische Erfahrungen hinter sich. In dem Sammelband werden die besonderen Herausforderungen hinsichtlich der psychosozialen Betreuung und psychotherapeutischen Behandlung thematisiert. Das Buch wurde aus einer interprofessionellen Perspektive für Psychotherapeuten und andere Helfer in der Versorgung von Geflüchteten entwickelt und geschrieben. Das Buch gliedert sich in acht Abschnitte. Beginnend wird ein Einblick in die weltweiten Krisen und deren Auswirkungen auf die Flüchtlings- und Migrationsbewegung gegeben. Im zweiten Abschnitt werden die relevantesten körperlichen und psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten dargestellt und Prävalenzen benannt. Der dritte Teil beleuchtet allgemeine und spezifische Grundsätze zur psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten wie auch die Kooperation mit Sprachmittlern, interkulturelle Aspekte der Behandlung oder den Einfluss von Institutionen auf die psychotherapeutische Arbeit. Behandlung von Traumafolgestörungen und deren komorbiden psychischen Begleiterkrankungen stellen den Kern des nächsten Abschnitts dar. In Folge wird die Arbeit mit besonderen Subgruppen von Geflüchteten, wie z. B. allein reisende Jugendliche, Familien, ältere Menschen, diskutiert. Im sechsten Teil stehen die Vernetzung und Zusammenarbeit im Vordergrund. Der siebte Abschnitt fokussiert auf Belastungen in der Psychotherapie sowie der Helfer/innen und Ansätze der Selbstfürsorge und Supervision. Im letzten Teil werden mittels eines Praxisleitfadens und Therapeuten Hands-on-Hilfestellungen ge-

geben und Adressen für die Vermittlung ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Behandlungen von Geflüchteten dargeboten.

**Walter, M.; Lang, U.: Psychiatrische Notfälle: Erstdiagnostik – Erstmaßnahmen – Einweisungsrichtlinien, 2. überarbeitete Auflage; Landsberg am Lech; ISBN: 978-3-609-10053-1; 19,99 €**

Psychiatrische Notfälle stellen eine besondere Herausforderung für den Arzt oder das Rettungsteam dar. Häufig sind Drogen oder Alkohol im Spiel und die Patienten reagieren verwirrt, erregt, desorientiert, traumatisiert oder suizidal. Das Buch richtet sich an Personen, die in ihrer beruflichen Praxis mit psychischen Störungen und akuten und schwierigen Situationen mit ihren Patienten und Patientinnen konfrontiert sind. Das Besondere an der Notfall- und Akutpsychiatrie ist, dass rasch die richtigen Entscheidungen getroffen werden müssen, um die geeigneten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einzuleiten. Dieser Leitfaden zeigt auf, was bei akuten psychiatrischen Krisen zu tun ist, wie Basismaßnahmen und Erstinterventionen aussehen, welche Medikation erfolgen kann und wie die rechtlichen Hintergründe und Einweisungsrichtlinien aussehen. Die Neuauflage des Buches wurde dahingehend überarbeitet, dass nun für jedes psychiatrische Syndrom zuerst die Begriffsbestimmung der Symptome, dann die Diagnostik und Maßnahmen und am Schluss die Einweisungsrichtlinien beschrieben werden. Der Text wurde von den beiden Autoren komplett überarbeitet und mit aktueller Literatur zum Nachlesen ergänzt. Durch seine verständliche Sprache, den übersichtlichen Aufbau und die vielen Tabellen und Abbildungen eignet sich der Taschen-Guide

auch in Notfallsituationen zum Nachschauen und somit als praktische Hilfestellung im Berufsalltag.

**Hillert, A.; Koch, S.; Lehr, D.: Burnout und chronischer beruflicher Stress – Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige; Reihe: Fortschritte der Psychotherapie Band 39; Göttingen; ISBN: 978-3-8017-2833-5; 9,95 €**

Chronisch beruflicher Stress weist darauf hin, dass etwas aus der Balance gekommen ist. Nach dem Modell der beruflichen Gratifikationskrise ist die Balance zwischen beruflichem Engagement und den dafür erhaltenen Gratifikationen für die körperliche und psychische Gesundheit von zentraler Bedeutung. Im Ratgeber werden die Leser anhand von Fallbeispielen und konkreten Anleitungen darin unterstützt, die eigene Gratifikationsbalance zu überprüfen und zu verändern. Es werden Strategien vorgestellt, wie mit Arbeitsbedingungen umgegangen werden kann, die eine zu hohe Verausgabung erfordern, oder wie das eigene Engagement so angepasst werden kann, dass die Gesundheit einen höheren Stellenwert bekommt. Darüber hinaus vermitteln die Autoren Strategien, die zeigen, wie mit ausbleibender Wertschätzung umgegangen werden kann, wie man Fähigkeiten zur gedanklichen Distanzierung nach der Arbeit stärkt und wie die Erholungskompetenz verbessert werden kann. Das Buch richtet sich an Menschen, die sich vom Thema „Burnout und chronischer Stress“ persönlich betroffen fühlen und konkrete Veränderungsmöglichkeiten suchen. Durch die Vermittlung von wissenschaftlich fundierten und praktisch bewährten Strategien eignet sich das Buch sowohl als persönlicher Einstieg in die Thematik als auch als Ergänzung zum Coaching oder ambulanter Psychotherapie.