

Effektivität der Adaptionphase – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2016

Fabricius, B., Bachmeier, R., Bingel-Schmitz, D., Burger, H., Donczewski, I., Liebrich, M., Link, S., Missel, P., Nels-Lindemann, P., Reger, F., Teigeler, H., Urban, K., Medenwaldt, J., Reger, F., Bick-Dresen, S., Sagel, A., Weissinger, V.

Einleitung

Mit diesem Bericht wird nach 2014 und 2015 die dritte Sammlung ausgewählter katamnestischer Daten zur Adaptionphase vorgelegt. Die Adaptionphase schließt nahtlos an die in der Entwöhnungsbehandlung durch die Patienten erworbene Krankheitseinsicht und erlernte Bewältigungsstrategien an. Sie erfüllt den Auftrag, Patienten in einer alltagsnahen, aber dennoch therapeutisch flankierten Realitätsprüfung und -anpassung zu unterstützen. Kern der Adaptionbehandlung ist die Prüfung, Herstellung und Sicherung der Erwerbsfähigkeit sowie die Stabilisierung der Patienten und damit die Verhinderung eines Rückfalls.

Patienten¹, die sich im Verlauf ihrer Entwöhnungsbehandlung für eine Fortführung ihrer Therapie in einer stationären Adaption entscheiden, weisen oft schwierige Biografien und komplexe Problemlagen auf. Sie konnten häufig keine gesunden Beziehungen zu sich selbst und Anderen entwickeln, sind mehrfachabhängig und leiden an komorbiden Störungen. Ihre soziale Lage ist prekär. Die berufliche Teilhabe ist durch die Sucht- und Persönlichkeitsentwicklung in der Regel erheblich eingeschränkt. In vielen Fällen trugen auch spezifische Merkmale der bisherigen beruflichen Tätigkeit zur Suchtentwicklung bei (bspw. Montagetätigkeit, Stress, Schichtarbeit, beruflicher Umgang mit Suchtmitteln). Fehlende Schul- und Berufsabschlüsse verschärfen in einigen Fällen die prekäre Erwerbssituation. Den Patienten fiel es auf Grund einer schon lange währenden Abhängigkeitsentwicklung zunehmend schwerer, den Kreislauf aus Konsum psychotroper Substanzen, süchtigem Verhalten und Resignation zu durchbrechen. Im Alltag und im Miteinander scheiterten sie daran, sich selbst ausreichend motivieren zu können, Verantwortung zu übernehmen, sich – wo es nötig scheint – abzugrenzen und ihre Probleme ohne den Einsatz von Suchtmitteln zu lösen. In der Folge ist bei dieser Klientel eine Exklusion aus sozial tragfähigen Gefügen und Strukturen wie Arbeit, Familie und sonstige Beziehungen zu beobachten.

¹ Im weiteren Bericht wird die männliche Form verwendet. Damit sind jeweils Männer, Frauen und Diverse gemeint. Geschlechtsspezifische Angaben werden entsprechend gekennzeichnet.

Die im frühen Beginn und der häufig langen Dauer der Suchtentwicklung liegenden gesundheitlichen Risiken zeigen sich im Auftreten von Suchtfolgeerkrankungen. Adaptionpatienten haben deshalb einen hohen Bedarf an medizinischer und psychologischer/therapeutischer Begleitung in ihrer praktischen Erprobungsphase. Sie sind in vielen Fällen zu Beginn noch nicht in der Lage, einzuschätzen, wozu sie in den Grenzen ihrer körperlichen Konstitution fähig und inwieweit sie hinsichtlich der Anforderungen der Arbeitswelt belastbar sind. Adaption hilft, die gesundheitliche Situation der Patienten zu verbessern, besonders hinsichtlich einer wiedergewonnenen Abstinenz und Stabilität im Denken und Handeln. Sie stärkt insgesamt die Teilhabechancen und fördert die Autonomie der Betroffenen. Patienten, die sich am Ende ihrer Entwöhnungsbehandlung noch stark rückfallgefährdet einschätzen, können mit Hilfe der Adaption Sicherheit und Stabilität entwickeln. Möglich wird dies durch den Praxisbezug bei flankierender medizinischer, psychologischer/therapeutischer und sozialer Unterstützung in einem sich nach außen öffnenden, aber immer noch Sicherheit vermittelnden Rahmen.

Die Adaptionphase beträgt 12 bis 16 Wochen, kann aber im begründeten Fall verkürzt oder verlängert werden. In dieser zweiten Phase der stationären Behandlung sollen Rückfallrisiken gemindert und die Fähigkeiten zur abstinenter Alltagsbewältigung überprüft und gestärkt werden. Hierbei erfahren die Patienten individuelle Unterstützung. Sie werden darin bestärkt, in den unterschiedlichen Lebensbereichen wie Alltag, Beziehungen, Freizeit und Arbeit zunehmend Verantwortung für die eigene Entwicklung zu übernehmen. Die Interdisziplinarität der Behandlung resultiert aus dem komplexen Verständnis einer Krankheit, die sich im körperlichen, sozialen und seelischen Bereich der Betroffenen akzentuiert. So ergänzen sich medizinische Leistungen, praxisorientierte berufliche Erprobungen unter ergotherapeutischer Begleitung und die weitere psycho- und sozialtherapeutische Bearbeitung von Themen, die wichtig für eine Stabilisierung der Patienten in ihrem Lebensalltag sind. Wichtig sind die Einbettung der genannten Disziplinen in den Zusammenhang eines alltagsbezogenen Trainings und Wiederentdeckens von Fertigkeiten (Selbstfürsorge, Selbstversorgung, Finanzmanagement,

Anspruch an Sauberkeit und Ordnung) und der Blick auf die jeweiligen Perspektiven über die Adaptionphase hinaus. Im Zusammenwirken der beteiligten Disziplinen erfahren die Patienten Unterstützung, ihre jeweils individuelle Lebenssituation kritisch einzuschätzen und geeignete Schritte in ein abstinentes Leben vorzubereiten, dessen Erfolg sich als Lebenszufriedenheit, Abstinenz und Erfüllung im Erwerbsleben wie in den Beziehungen zu sich selbst und Anderen zeigt.

Gegenwärtig arbeiten die federführenden Rentenversicherer an der Entwicklung eines neuen Rahmenkonzeptes. In diese Arbeit durch die Projektgruppe Adaption der Rentenversicherungen sind die Fachverbände und Vertreter der Einrichtungen einbezogen.

In den vergangenen zwei Jahren wurden Daten zur Effektivität der Adaptionphase der im Fachverband Sucht e.V. organisierten Einrichtungen erstmals zusammengetragen und gegenübergestellt. In diesem Jahr folgt eine weitere Datensammlung. Mit Hilfe der Auswertung sollen empirische Erkenntnisse überprüfbar gemacht, Tendenzen bestätigt oder Einmaleffekte erkannt werden. Die Wirksamkeit der Adaptionphase wird durch die weitere Untersuchung bestätigt, bedarf aber zukünftig noch einer breiteren Datengrundlage. Einrichtungsübergreifende Erkenntnisse können an dieser Stelle helfen, Konzepte der Arbeit auch wissenschaftlich zu fundieren. Die mit einer Teilnahme an der Ein-Jahres-Katamnese verbundenen Anstrengungen der beteiligten Einrichtungen sollen gewürdigt sein, da normalerweise keine zusätzlichen personellen Ressourcen für diese Arbeit zur Verfügung stehen. Gemeinsames Anliegen ist es, aus den vorhandenen Datensätzen valide Aussagen abzuleiten. Einen wichtigen Beitrag zum Verständnis und zur Beschreibung der Klientel leistet bereits die Basisdokumentation der Mitgliedseinrichtungen des FVS. Sie wird seit Jahren kontinuierlich erhoben und liefert ebenfalls einrichtungsübergreifend wichtige Erkenntnisse auf sehr guter Datengrundlage.

Für die vorliegende Katamnese-Untersuchung zu Adaptionpatienten aus dem Entlassjahrgang 2016 wird auf die erhobenen Daten der Basisdokumentation für diesen Personenkreis verwiesen: Diese Patientengruppe wurde mit vorliegender Katam-

nesestudie ein Jahr nach Entlassung nachuntersucht. Für die Untersuchung werden die Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigkeitskrankungen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) angewendet. Die Ein-Jahres-Nachbefragung „ermöglicht sowohl die standardisierte Überprüfung der Stabilität und Nachhaltigkeit des bei der Behandlungsbeendigung erzielten Erfolges der eigenen Einrichtung als auch den Vergleich mit anderen Einrichtungen und somit eine Einordnung der Erfolgsquoten der eigenen Einrichtung in die Erfolgsquoten vergleichbarer Einrichtungen“ (Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2019, S. 107 f.). Für die beteiligten Einrichtungen sind die Rückmeldungen ehemaliger Patienten wichtig. Sie bieten den Patienten eine Reflexionsmöglichkeit und geben Hinweise auf Schwerpunkte und Entwicklungsmöglichkeiten in Behandlungsprozessen. Das ist auch ein Beitrag zur Verbesserung des Verständnisses und der Handlungsqualität aller am Werdegang des Patienten beteiligten Professionen. Teams können ihre inhaltliche Arbeit aus dem Blickwinkel der Wirksamkeit beim Patienten überprüfen und weiterentwickeln. Das führt ggf. auch zu neuen Denkansätzen und veränderten Konzepten. Auf diese Weise nützt die Katamnese sowohl Patienten und Einrichtungen als auch den Leistungsträgern. Schließlich sind die Ergebnisse auch ein Beitrag für das gesamte Versorgungssystem von Menschen mit einer Suchterkrankung und ermöglichen auch hier ansatzweise Beurteilungen zu Nutzen und Bedarf der Adaptionphase.

Teilnahme an der Nachbefragung

Dieser Beitrag beinhaltet die Ergebnisse der Nachbefragung von Rehabilitanden aus dem Entlassjahrgang 2016, die ihre Adaption in einer der Mitgliedseinrichtungen des FVS absolviert haben. Folgende 12 Einrichtungen beteiligten sich: MEDIAN Kliniken Daun (Adaption), salus klinik Friedrichsdorf (Adaption), MEDIAN Klinik Römhild (Adaption), Alte Ölmühle Magdeburg (Adaption), Helios Parkklinikum Leipzig Adaption Soteria Klinik, THBB Adaptionshaus Berlin, MEDIAN Klinik Am Waldsee (Adaption), MEDIAN Adaptionshaus TPR Duisburg, Therapiezentrum Speyer, MEDIAN Adaptionshaus Koblenz, MEDIAN Klinik Wigbertshöhe (Adaption) und Saaletalklinik Adaption Maria Stern. Alle in die Untersuchung einbezogenen Einrichtungen sind nach dem von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkannten Zertifizierungsverfahren zertifiziert.

Die Gesamtzahl der aller Datensätze beträgt 921. Aus der Untersuchung wurden 44 Datensätze mit der Hauptdiagnose F63.0 sowie acht Fälle ohne Angabe einer Hauptdiagnose herausgerechnet. Von 79 Patienten lag kein Einverständnis zum Versand der Befragungsmaterialien vor. Von den 796 im Datensatz „Auswertung“ enthaltenen Fällen wurde des Weiteren je ein Fall mit Mailsperre zum Versand Termin und ein Fall ohne Altersangabe herausgerechnet. Als zweites Kriterium zur Auswertung wurde der Rücklauf der Befragungsbögen überprüft. Für die Adaptionseinrichtungen wurde eine Mindestrücklaufquote von 25% vereinbart. Vier Einrichtungen blieben unter den geforderten 25%. Damit verbleiben 434 Datensätze aus 8 Einrichtungen in der Auswertung (vgl. 592 Datensätze aus 2015). Von den acht verbleibenden Einrichtungen mit insgesamt 434 Fällen, die in der Untersuchung schließlich berücksichtigt wurden, konnte eine Rücklaufquote von 37,6% (s. Tab. 3) erreicht werden (bei F10 – F19 ohne Verweigerer). Mögliche Gründe für den geringen Datenrücklauf sehen wir in der Spezifik der Adaption-Rehabilitanden. Sie haben oft größere Schwierigkeiten, Formulare auszufüllen oder sich schriftlich zu äußern im Vergleich zum Durchschnitt der Rehabilitanden in Suchtbehandlungseinrichtungen. Da dieselben Rehabilitanden bereits den Nachbefragungsbogen der Entwöhnungseinrichtungen ausfüllen, sinkt die Bereitschaft, drei bis vier Monate später über sich nochmals Auskunft zu geben. Die Erreichbarkeit zur Befragung sinkt auch durch Ortswechsel und mangelnde Rückmeldungen zu neuen Adressen.

Untersuchungsdesign

Die Grundlage der Datenerhebung der teilnehmenden Einrichtungen bilden die ‚Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen‘ der DGSS. Zur Datenerhebung wurden der Erhebungsbogen zum Kerndatensatz Katamnese (*Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates 2012*) sowie der Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (*Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2012*) mit dazugehörigem Katamneseprotokoll zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamneserücklaufs genutzt. Angeschrieben bzw. angefragt wurden mit den o.g. Instrumenten die in 2016 entlassenen Rehabilitanden. Dem Anschreiben folgten bei Nichtantwort zwei Erinnerungsschreiben und im Weiteren einrichtungsabhängig telefonische Kontaktversuche. Die Daten wurden durch Redline Data, Ahrensböck, gesammelt, zusammengeführt sowie auf Fehlerfreiheit geprüft. Die Auswertung des anonymisierten Datensatzes wurde von Frau Bick-Dresen vorgenommen.

Beschreibung der Stichprobe

In den teilnehmenden Einrichtungen absolvierten im Entlasszeitraum 2016 insgesamt 921 Rehabilitanden die Adaptionphase. Nach statistischen Bereinigungen um Datensätze mit Missing Datas beträgt die Gesamtstichprobe der im Jahr 2016 aus den an der Untersuchung teilnehmenden acht Einrichtungen entlassenen Rehabilitanden n = 434. Vier Einrichtungen weniger als im Untersuchungsjahr 2015 waren mit einer Mindestrücklaufquote an der Untersuchung beteiligt. Die verwertbaren Datensätze verringerten sich drastisch gegenüber dem Vorjahr.

Rehabilitandenmerkmale und Vergleich zur Katamnese 2014 und 2015

83,4% der Rehabilitanden der Gesamtstichprobe sind männlich. Der Anteil an Rehabilitandinnen sank gegenüber zur Vorjahresmessung von 21,7% auf 16,6%. Im Durchschnitt waren die Rehabilitanden zum Betreuungsbeginn 38,0 Jahre alt und damit im Durchschnitt elf Monate älter als der in 2015 untersuchte Personenkreis. 42,6% der Rehabilitanden waren älter als 40 Jahre. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Adaption gaben 17,7% an, eine feste Beziehung zu haben. Gegenüber 2015 verringerte sich die Quote um 11,5%. 9,2% der Rehabilitanden bzw. Rehabilitandinnen waren (noch) verheiratet. 7,1% der Gesamtstichprobe verfügten über keinen schulischen Abschluss. Bei dieser Problematik ist eine weitere Steigerung gegenüber der untersuchten Gruppe aus 2014 zu verzeichnen, hier betrug der Anteil von Rehabilitanden ohne schulischen Abschluss 6,5%. In 2015 stieg er auf 6,8%. Über einen Sonder- oder Hauptschulabschluss verfügten 38,8% der Rehabilitanden aus dem Entlassungszeitraum 2014 und aus 2015 43,9%. Bei der Gesamtstichprobe des Entlassjahrgangs 2016 stieg der Anteil von Rehabilitanden mit Sonder- bzw. Hauptschulabschluss auf 45,2%. Der Anteil an Rehabilitanden mit Realschulabschluss und höherem Bildungsgrad sank auf 44,5%. In 2014 verzeichnete diese Kategorie noch 54,6% und im Entlassjahrgang 2015 noch 49,3%. Am Tag vor der Aufnahme in die Adaptionseinrichtungen waren 6,7% der Rehabilitanden erwerbstätig, 81,8% waren erwerbslos, 9,7% zählen zu sonstigen nicht erwerbstätigen Personen (Hausfrauen, Rentner, Studenten). Damit sank der Anteil Erwerbsloser vor Beginn der Adaption gegenüber dem Entlassjahrgang 2014 (91,4%) und auch dem Jahr 2015 (86,8%). In der Regel werden die Rehabilitanden von ihren Entwöhnungseinrichtungen in eine Adaptionphase vermittelt. Daher ist die Angabe von 81,8% zu niedrig und möglicherweise auf Ausfüllfehler in der Ein-Jahres-Nachbefragung zurückzuführen bzw. sie sind Folge der Übernahme der Zahlen bei internen Adaptionen von der fach-

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppe, kategoriale Auswertung

		Nicht-Antworter		Katamneseantworter		Gesamt	
		n = 271		n = 163		n = 434	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	männlich	234	86,3%	128	78,5%	362	83,4%
	weiblich	37	13,7%	35	21,5%	72	16,6%
Alter gruppiert	bis 40 Jahre	167	61,6%	82	50,3%	249	57,4%
	über 40 Jahre	104	38,4%	81	49,7%	185	42,6%
Familienstand bei Aufnahme	keine Angabe	6	2,2%	1	0,6%	7	1,6%
	nicht verheiratet	241	88,9%	146	89,6%	387	89,2%
	verheiratet	24	8,9%	16	9,8%	40	9,2%
Partnerbeziehung bei Aufnahme	keine Angabe	7	2,6%	1	0,6%	8	1,8%
	keine feste Beziehung	216	79,7%	133	81,6%	349	80,4%
	feste Beziehung	48	17,7%	29	17,8%	77	17,7%
Höchster Schulabschluss	keine Angabe	9	3,3%	1	0,6%	10	2,3%
	ohne Abschluss	23	8,5%	8	4,9%	31	7,1%
	Sonder-/Hauptschule	130	48,0%	66	40,5%	196	45,2%
	Realschule und höhere	107	39,5%	86	52,8%	193	44,5%
	anderer Abschluss	2	0,7%	2	1,2%	4	0,9%
Erwerbssituation bei Aufnahme	keine Angabe	7	2,6%	1	0,6%	8	1,8%
	erwerbstätig	18	6,6%	11	6,7%	29	6,7%
	erwerbslos	221	81,5%	134	82,2%	355	81,8%
	nicht erwerbstätig	25	9,2%	17	10,4%	42	9,7%
Vermittlung	keine Angabe	7	2,6%	2	1,2%	9	2,1%
	keine / Selbstmelder	1	0,4%	1	0,6%	2	0,5%
	Suchtberatungsstelle	22	8,1%	10	6,1%	32	7,4%
	Krankenhaus	10	3,7%	8	4,9%	18	4,1%
	teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	3	1,1%	0	0,0%	3	0,7%
	stationäre Rehabilitationseinrichtung	215	79,3%	140	85,9%	355	81,8%
	Adaptionseinrichtung	1	0,4%	0	0,0%	1	0,2%
	stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	1	0,4%	0	0,0%	1	0,2%
	Sozialpsychiatrischer Dienst	1	0,4%	0	0,0%	1	0,2%
	Leistungsträger	4	1,5%	0	0,0%	4	0,9%
	Sonstige	6	2,2%	2	1,2%	8	1,8%
Leistungsträger	Selbstzahler	1	0,4%	0	0,0%	1	0,2%
	Rentenversicherung	256	94,5%	156	95,7%	412	94,9%
	Krankenversicherung	7	2,6%	1	0,6%	8	1,8%
	Sozialhilfe	7	2,6%	6	3,7%	13	3,0%
	Sonstige	0	0,0%	1	0,6%	1	0,2%
Hauptdiagnose	Alkohol Abhängigkeit	175	64,6%	109	66,9%	284	65,4%
	Opioide Abhängigkeit	8	3,0%	4	2,5%	12	2,8%
	Cannabis Abhängigkeit	24	8,9%	9	5,5%	33	7,6%
	Sedativa/Hypnotika Abhängigkeit	1	0,4%	4	2,5%	5	1,2%
	Kokain Abhängigkeit	2	0,7%	0	0,0%	2	0,5%
	Stimulanzien Abhängigkeit	41	15,1%	26	16,0%	67	15,4%
	Tabak Abhängigkeit	1	0,4%	0	0,0%	1	0,2%
	andere psychotrope Substanzen Abhängigkeit	19	7,0%	11	6,7%	30	6,9%
Anzahl Entgiftungen	keine	43	15,9%	24	14,7%	67	15,4%
	eine	70	25,8%	40	24,5%	110	25,3%
	2 oder mehr	158	58,3%	99	60,7%	257	59,2%
Art der Beendigung	planmäßige Beendigung	231	85,2%	152	93,3%	383	88,2%
	Abbruch durch Patient	29	10,7%	7	4,3%	36	8,3%
	Abbruch durch Einrichtung	9	3,3%	4	2,5%	13	3,0%
	außerplanmäßige Verlegung	2	0,7%	0	0,0%	2	0,5%

klinischen Phase. Es ist davon auszugehen, dass die Angabe durch den Leistungsträger (0,9%) bzw. Sonstiges (1,5%) sowie 4,1% Krankenhaus vermittelt worden zu sein, sich ebenfalls auf Entwöhnungseinrichtungen bezieht. Aufgrund der geringen Fallzahlen sollten Verschiebungen nicht eine zu große Bedeutung zugemessen werden, da innerhalb einer kleinen Datenmenge die Auskünfte weniger Rehabilitanden schon zu deutlichen Veränderungen in den Ergebnissen führen können.

Behandlungsmerkmale

Leistungsträger waren zu 94,9% die Rentenversicherungen. Krankenkassen trugen die Leistung nur noch bei 1,8% der Rehabilitanden im Vergleich zum Vorjahr mit 3,2%. Sozialhilfeträger und Jugendhilfe finanzierten die Behandlung bei 3,0% der Rehabilitanden. Deren Anteil stieg um 1% gegenüber 2015.

Alkohol bleibt auch in der Gesamtstichprobe des Entlassjahrgangs 2016 das Hauptsuchtmittel. Der Anteil von Rehabilitanden mit einer Alkoholabhängigkeit stieg gegenüber der Vorjahresstichprobe um 1% auf 65,4% an. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide gaben 2,8% der Rehabilitanden an. Der Anteil von Rehabilitanden mit einer Abhängigkeit von Cannabinoiden sank von 10,5% im Entlasszeitraum 2015 auf 7,6% für die Gruppe der aktuellen Untersuchung. Die Abhängigkeit von Stimulanzien (F 13 bis F 18) wurde zusammengefasst und bei 15,4% der Rehabilitanden festgestellt. Dieser Wert blieb gegenüber der Auswertung 2015 nahezu konstant. Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen wurden bei 5,4% der Rehabilitanden diagnostiziert.

Der Anteil von Rehabilitanden, die vor ihrer Entwöhnungsbehandlung keine Entgiftung in Anspruch nahmen, betrug 15,4% im Vergleich zur Gruppe aus 2015 mit 16,3%. Ebenso sank der Anteil an Rehabilitanden, die zwei- oder mehrfach eine Akutbehandlung durchliefen von 63,1% (2015) auf 59,2% für die Stichprobe des Entlassjahrgangs 2016. Ein Viertel der Rehabilitanden nahm eine Akutbehandlung in Anspruch. Rehabilitanden, die eine Adaptionphase durchlaufen, haben in der Regel eine lange

Abhängigkeitsentwicklung erlebt. In der Basisdokumentation der stationären suchtmitteübergreifenden Adaptionbehandlungen wurden Daten zu insgesamt 1265 Rehabilitanden erhoben. Demnach liegt deren mittlere Abhängigkeitsdauer bei 14,8 Jahren. (vgl. Teigeler et al., 2017: 61) Fast zwei Drittel der Rehabilitanden sind mehr als zehn Jahre abhängig von Suchtmitteln. 21,3% der Gesamtstichprobe in der Basisdokumentation 2016 blicken auf eine Abhängigkeitsdauer von über 20 Jahren. Ein Drittel der Rehabilitanden (37,0%) absolvierte vor Antritt der Adaptionphase eine zweite oder dritte Langzeitentwöhnungsbehandlung (ebd.).

Im Durchschnitt waren die Rehabilitanden bei Antritt der Adaption 38,0 Jahre alt, die Standardabweichung beträgt 10,6 Jahre. Dies beschreibt einen Personenkreis, der vom Alter her der Kernphase der Erwerbstätigkeit zugehörig ist. Die Behandlungsdauer in der Adaption betrug im Schnitt 86,7 Tage mit einer Standardabweichung von 41,7 Tagen. Die Abweichung erklärt sich aus der für Drogenabhängige regelhaft viermonatigen Adaptionphase.

Planmäßig beendeten aus der Gesamtstichprobe 88,2% der Rehabilitanden die Adaptionphase (2014: 84,5% und 2015: 85,1%). Allerdings sollte beachtet werden, dass die Basisdokumentation dieses Jahrgangs aus der größeren Stichprobe einen Wert von 83,2% planmäßiger Beendigungen verzeichnet (vgl. Teigeler et al., 2017:63). Es handelt sich also nicht wirklich um einen jahrgangsbezogenen Aufwärtstrend, sondern um die Spezifik der Gruppenzusammensetzung der Antworter. 8,3% der Rehabilitanden brachen die Adaption vorzeitig ab, im Vergleich zu 12,6% in 2014 und 10,5% in 2015. In 3,0% der Fälle wurden Rehabilitanden disziplinarisch entlassen, dies bestätigt im Wesentlichen die Ergebnisse der vorangegangenen Entlassjahrgänge.

48,6% der Rehabilitandinnen aus der 72 Frauen umfassenden Gesamtstichprobe antworteten auf die Katamnese schreiben, 35,4 % der 362 männlichen Rehabilitanden der Stichprobe.

Gesamtstichprobe und Katamneseantworter im Vergleich

Von den 249 Personen, n = 434 Gesamtstichprobe, die sich bei Aufnahme in die

Adaptionphase in einem Lebensalter bis 40 Jahren befanden, antworteten 82 Rehabilitanden. Das entspricht einem Anteil von 32,9% in dieser Altersgruppe. Älter als 40 Jahre waren 185 Personen. Aus dieser Gruppe antworteten 81 Personen, dies entspricht 43,8%. Der Anteil an Nichtantwortern unter 40 Lebensjahren beträgt 67,1%. Nichtantworter in einem Lebensalter über 40 Jahren sind zu 56,2% beteiligt. Diese Zahlen bestätigen die Ergebnisse der Jahre zuvor. Rehabilitanden mit einem Realschulabschluss oder höherem Bildungsgrad zeigten zudem ein ambitionierteres Antwortverhalten als der Personenkreis mit geringem oder fehlendem Abschluss. Personen ohne Schulabschluss antworteten mit einem Anteil von 25,8%, aus der Gruppe mit Sonder- oder Hauptschulabschluss antworteten Rehabilitanden mit einem Anteil von 40,5%, Personen mit einem Realschulabschluss bzw. höherem Bildungsgrad antworteten mit einem Anteil von 52,8%.

Katamneseergebnisse

Die Ausschöpfungsquote zu den Angaben der Katamneseantworter, d.h. zu Abstinenz, Rückfall und Abstinenz nach Rückfall, beträgt 37,5%. Sie bleibt somit gegenüber den Vorjahren konstant. 21,2% der Angeschriebenen wurden nicht erreicht. Weitere 41,1% antworteten nicht. Ein Patient verstarb im Katamnesezeitraum (s. Tab. 3).

Wie bereits in den vorangegangenen Artikeln beschrieben, bleibt die niedrige Gesamt-Rücklaufquote unbefriedigend. Bezogen auf die acht in der Auswertung verbleibenden Einrichtungen lassen sich dennoch Aussagen zur Wirksamkeit der Adaptionphase ableiten.

Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese

Die These, dass die Adaptionphase und die nachfolgende Zeit für die Klärung der Partnerschaftssituation und damit ggf. auch für Trennungsprozesse genutzt wird, ließ sich in der Auswertung des Katamnesejahrgangs 2016 aufgrund der geringen Datenmenge nicht belegen (s. Tab. 4). Zu Beginn der Therapie waren 7,9% der Rückmelderstichprobe verheiratet. Der Anteil in dieser Gruppierung sank zum Katamnesezeitpunkt leicht auf 7,0%. Bei den Variablen

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

Merkmal	Nicht-Antworter			Katamneseantworter			Gesamt		
	n = 271			n = 163			n = 434		
	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N
Alter bei Aufnahme in Jahren	37,0	10,6	271	39,7	10,5	163	38,0	10,6	434
Abhängigkeitsdauer in Jahren	14,0	8,7	255	16,5	9,9	155	14,9	9,2	410
Behandlungsdauer (alle) in Tagen	87,0	45,8	271	86,3	34,0	163	86,7	41,7	434

Tabelle 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

Ergebnisse zum Datenrücklauf	Anzahl	Prozent
abstinent	89	20,5%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	33	7,6%
rückfällig	41	9,4%
verstorben	1	0,2%
nicht erreicht, da unbekannt verzogen	92	21,2%
keine Angaben	178	41,1%
Gesamt	434	100,0%

Tabelle 4: Daten der Antwortter zum Katamnesezeitpunkt im Vergleich zum Behandlungsbeginn

Merkmal	Kategorie	Katamneseantworter			
		Therapiebeginn		Katamnesezeitpunkt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Familienstand n = 114	nicht verheiratet	105	92,1%	106	93,0%
	verheiratet	9	7,9%	8	7,0%
Erwerbssituation n = 158	erwerbstätig	11	7,0%	73	46,2%
	erwerbslos	130	82,3%	66	41,8%
	nicht erwerbstätig	17	10,8%	19	12,0%
Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Behandlungsbeginn n = 147	keine	57	38,8%		
	1 bis unter 3 Monate	22	15,0%		
	3 bis unter 6 Monate	21	14,3%		
	6 und mehr Monate	41	27,9%		
	nicht erwerbstätig	6	4,1%		
Arbeitsunfähigkeitszeiten nach Behandlungsende n = 117	keine Arbeitsunfähigkeit			68	58,6%
	Arbeitsunfähigkeit bis unter 3 Monate			18	15,5%
	3 bis unter 6 Monate Arbeitsunfähigkeit			8	6,9%
	6 und mehr Monate Arbeitsunfähigkeit			13	11,2%
	nicht erwerbstätig			9	7,8%
Selbsthilfgruppenbesuch n = 117	nein, keine Selbsthilfgruppe besucht			51	43,6%
	ja, während des gesamten Zeitraums			33	28,2%
	ja, nicht während des gesamten Zeitraums, aber mindestens ein halbes Jahr lang			12	10,3%
	ja, aber weniger als ein halbes Jahr lang			21	17,9%
Art der Hilfe – poststationäre Nachsorge n = 109	nein			89	81,7%
	ja			20	18,3%

wurden nur Datensätze mit Aussagen zu beiden Messpunkten berücksichtigt um möglichst valide Vergleiche zu ermöglichen. Von den Katamneseantwortern gaben zu Beginn der Adaption 7,0% an, noch in einem Arbeitsverhältnis zu stehen. Allerdings zeigt sich, dass Arbeitsverhältnisse während der Rehabilitationsphase auch beendet werden. Zum Katamnesezeitpunkt standen 46,2% der Rückmelder in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäfti-

gungsverhältnis. Gegenüber den Entlassjahrgängen 2014 und 2015 kam es bei diesem Merkmal nochmals zu einer Steigerung der Erfolgsquote. Einer der entscheidenden Faktoren für eine zufriedene Abstinentz findet sich in der aktuellen Belegung des Arbeitsmarktes, die dazu führt, dass auch Menschen, die vorher weniger Berücksichtigung bei der Wahl für eine Arbeitsstelle fanden, aufgrund des Fachkräftemangels nun doch Chancen bekommen.

Die Erwerbslosenquote verringerte sich von 82,3% (in 2015 = 85,4%) auf 41,8% (in 2015 = 51,6%) zum Katamnesezeitpunkt. Auch hier lässt sich eine deutliche Verbesserung der Erwerbssituation beobachten. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit verringerte sich ebenfalls. Zum Aufnahmezeitpunkt gaben 38,8% der Rückmelder an, keine Arbeitsunfähigkeit in den letzten zwölf Monaten vor Behandlungsbeginn erlebt zu haben. 58,6% der Rückmelder gaben an, zum Katamnesezeitpunkt durchgehend arbeitsfähig zu sein. Die Arbeitsunfähigkeit unter drei Monaten stieg von 15,0% leicht auf 15,5% zum Katamnesezeitpunkt. Bei drei bis unter sechs Monaten verringerte sich der Wert von 14,3% auf 6,9%. Im Zeitraum von mehr als sechs Monaten sank der Wert von 27,9% auf 11,2%. Der positive Trend hinsichtlich der Reintegration ins Erwerbsleben aus der letzten Katamneseuntersuchung wird in dieser Untersuchung bestätigt.

Mit einem Wert von 28,2% scheint sich die durchgehende Teilnahme an einer Selbsthilfgruppe gegenüber dem Entlassjahrgang 2014 (19,4%) und 2015 (24,1%) leicht zu verbessern. Allerdings können die Ergebnisse aufgrund der geringen Datenbasis leicht zu Fehleinschätzungen einer tatsächlichen Entwicklung führen. 43,6% der Antwortter gaben an, keine Gruppe besucht zu haben. 10,3% der Antwortter nutzten mindestens ein halbes Jahr die Gruppe, 17,9% besuchten die Gruppen weniger als ein halbes Jahr.

18,3% gaben an, die Möglichkeit zu Nachsorgegesprächen in den Suchtberatungsstellen zu nutzen. 81,7% der Rehabilitanden, die diese Frage beantworteten (im Vorjahreszeitraum 69,7%) gaben an, die Nachsorge nicht genutzt zu haben. Keine Angabe machten hierzu 33,1%. Es wird weiterhin Aufgabe der Einrichtungen sein, in den Rehabilitanden ein Bewusstsein für die Wichtigkeit der Nachsorge zur Stabilisierung von Abstinentz im eigenverantworteten postrehabilitativen Alltag zu wecken. Es bleibt zu vermuten, dass viele Rehabilitanden mit einer beruflichen Tätigkeit und allgemeiner Zufriedenheit eine ausreichende Vorsorge sehen und deshalb auf den Besuch einer Selbsthilfgruppe oder einer Suchtberatungsstelle verzichten.

Abstinentzquoten

Zur Auswertung der wahrscheinlichen und absoluten Abstinentzquote werden die Berechnungsstandards DGSS 1 bis DGSS 4 der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) herangezogen. Die vier Berechnungsgrundlagen beziehen sich auf planmäßig entlassene und erreichte Rehabilitanden (DGSS 1), planmäßig entlassene Rehabilitanden (DGSS 2), erreichte Rehabilitanden (DGSS 3) und alle im Entlassjahrgang entlassenen Rehabilitanden.

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

	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4	
	n = 152		n = 383		n = 163		n = 434	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote 3 Monate	109	71,7%	109	28,5%	115	70,6%	115	26,5%
abstinent	85	55,9%	835	22,2%	89	54,6%	89	20,5%
abstinent nach Rückfall 3 Monate	24	15,8%	24	6,3%	26	16,0%	26	6,0%
rückfällig	43	28,3%	43	11,2%	48	29,4%	48	11,1%
definiert rückfällig	0	0,0%	231	60,3%	0	0,0%	271	62,4%
Gesamt	152	100,0%	383	100,0%	163	100,0%	434	100,0%

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

	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4	
	n = 152		n = 383		n = 163		n = 434	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote 30 Tage	115	75,7%	115	30,0%	122	74,8%	122	28,1%
abstinent	85	55,9%	85	22,2%	89	54,6%	89	20,5%
abstinent nach Rückfall 30 Tage	30	19,7%	30	7,8%	33	20,2%	33	7,6%
rückfällig	37	24,3%	37	9,7%	41	25,2%	41	9,4%
definiert rückfällig	0	0,0%	231	60,3%	0	0,0%	271	62,4%
Gesamt	152	100,0%	383	100,0%	163	100,0%	434	100,0%

den (DGSS 4). Die Erhebung nach DGSS 2 und 4 impliziert, dass nicht erreichte Rehabilitanden, Verstorbene etc. als rückfällig bewertet werden.

Die Tabellen 5a und b veranschaulichen die Ergebnisse zu Abstinenz und Rückfall nach Abschluss der Behandlung innerhalb des Katamnesezeitraumes. Die katamnestiche Erfolgsquote wird berechnet nach der summativen Evaluation abstinent und abstinent nach Rückfall (AnR). In früheren Jahren wurde eine Behandlung dann als erfolgreich bewertet, wenn Rehabilitanden nach einem Rückfallgeschehen ohne Unterbrechung drei Monate abstinent blieben. Die aktuelle Definition von Abstinenz nach Rückfall beträgt 30 Tage (AnR 30). Erfolg ist demnach die Herstellung des abstinenten Zustandes nach einem Rückfall für einen Zeitraum von wenigstens 30 Tagen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse der Erhebung im Vergleich zu den bereits erfolgten zwei Katamneseuntersuchungen grundsätzlich ähnlich sind. Die Tabelle 5a veranschaulicht die Ergebnisse nach der Abstinezeinstufung (alt), Tabelle 5b zeigt die Ergebnisse nach der neuen Abstinezeinstufung. Die Erfolgsquoten abstinent und mindestens drei Monate abstinent nach Rückfall der beiden Jahrgänge zeigen ähnliche Ergebnisse. Abstinent und abstinent nach Rückfall blieben im Katamnesezeitraum des Entlassjahrgangs 2016 (neu) nach DGSS 1 = 75,7% und nach DGSS 4 = 28,1%. Dies bestätigt in etwa die Ergebnisse aus 2015 (neu) mit je 76,6% nach

DGSS 1 und 25,0% nach DGSS 4. Von den Rehabilitanden des Entlassjahrgangs 2016 gelten nach DGSS4 im klassischen Berechnungsstandard 11,1% als rückfällig. Zu 62,4% der Gesamtstichprobe liegen keine Angaben vor. Diese gelten nach DGSS 4 als definiert rückfällig, zusammen sind dies 73,5%. Wird die neue Berechnungsform zugrunde gelegt, gelten 62,4% nach DGSS 4 als definiert rückfällig sowie 9,4% als rückfällig. Vier Rehabilitanden gaben an, nach dem Katamnesezeitraum von zwölf Monaten rückfällig geworden zu sein, je in der 54., 56., 60. und 61. Kalenderwoche. Drei Rehabilitanden wurden als abstinent zum Katamnesezeitpunkt (12 Monate/52 Wochen) eingerechnet. Ein Rehabilitand gab widersprüchliche Antworten und wurde deshalb als rückfällig eingeordnet. Nach DGSS 2 (alt) gelten 60,3% der Rehabilitanden, (zum Vergleich in 2015 = 63,5%) als definiert rückfällig und gesamt 73,5% (2015 = 73,4%). Nach der neuen Abstinezeinstufung und DGSS 2 gelten 70,0% als rückfällig und definiert rückfällig, zum Vergleich in 2015 = gesamt 71,4 (neu).

Abstinenzquoten nach Geschlecht und Behandlungsdauer

In den weiteren Ausführungen bezieht sich die Erfolgsquote jeweils auf die neue Berechnungsform (abstinent nach Rückfall 30 Tage). Frauen des Katamnesejahrgangs 2016 weisen insgesamt eine höhere katamnestiche Erfolgsquote als die in diesem Zeitraum behandelten Männer auf (s. Tab. 6).

Abstinent und abstinent nach Rückfall gaben 79,4 % der Frauen nach DGSS 1 an und 42,9% nach DGSS 2. (im Entlassjahrgang 2015 noch 25,2%). Nach DGSS 3 betrug die katamnestiche Erfolgsquote 80% und innerhalb der Gesamtstichprobe 38,9% (DGSS 4). Die katamnestiche Erfolgsquote bei Männern betrug nach DGSS 1 74,6% (im Vergleichszeitraum 2015 = 77,8%), nach DGSS 2 27,5%, nach DGSS 3 73,4% und nach DGSS 4 26,0% (Stichprobe aus 2015 = 25,6%.) 73,4% der antwortenden Männer waren entweder durchgehend abstinent oder abstinent nach Rückfall in den letzten 30 Tagen. Es gibt somit keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Kategorie katamnestiche Erfolgsquote und Geschlecht zum vergangenen Untersuchungszeitraum. Je kürzer die Behandlungsdauer, desto geringere die katamnestiche Erfolgsquote – diese Erkenntnis bestätigt sich nach den vorangegangenen Untersuchungen auch für die Katamnese des Entlassjahrgangs 2016 (s. Tab. 7).

Die Erfolgswahrscheinlichkeit steigt im Zusammenhang einer angemessenen Dauer der Adaptionphase. Im Positionspapier der Adaptionseinrichtungen im FVS 2018 heißt es: „Das Rehabilitationsprogramm wird als gestufter Entwicklungsprozess gestaltet. Dieser integriert die Rehabilitanden nach nahtlosem Wechsel aus der stationären Entwöhnungsphase zunächst aktiv in den Behandlungskontext und fördert bei kontinuierlichem Monitoring des Behandlungsprozesses zunehmend die Entwicklung von

Tabelle 6: Abstinenzquoten nach Geschlecht nach DGSS 1 - 4 (Entlassjahrgang 2015)

	DGSS 1				DGSS 2				DGSS 3				DGSS 4			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen	
katamnestische Erfolgsquote 30 Tage	88	74,6%	27	79,4%	88	27,5%	27	42,9%	94	73,4%	28	80,0%	94	26,0%	28	38,9%
abstinent	67	56,8%	18	52,9%	67	20,9%	18	28,6%	70	54,7%	19	54,3%	70	19,3%	19	26,4%
abstinent nach Rückfall 30 Tage	21	17,8%	9	26,5%	21	6,6%	9	14,3%	24	18,8%	9	25,7%	24	6,6%	9	12,5%
Rückfällig	30	25,4%	7	20,6%	30	9,4%	7	11,1%	34	26,6%	7	20,0%	34	9,4%	7	9,7%
definiert rückfällig	0	0,0%	0	0,0%	202	63,1%	29	46,0%	0	0,0%	0	0,0%	234	64,6%	37	51,4%
Gesamt	118	100%	34	100%	320	100%	63	100%	128	100%	35	100%	362	100%	72	100%

Selbständigkeit sowie die aktiv-partizipative Gestaltung des Genesungs- und Integrationsprozesses. Die Wochenstruktur bzw. -planung gibt hierbei im Vergleich zur Entwöhnungsbehandlung einen weiter gesteckten Rahmen vor, der auch externe Angebote umfasst. So gilt es, die individuellen Gegebenheiten auch in der Abstimmung mit Kooperationspartnern (z.B. externe Belastungserprobung) sowie komplementären Hilfsangeboten (...) ausreichend zu berücksichtigen.“ (Liebrich, M. et al., 2018: 57). Diesen beschriebenen Entwicklungsprozess hin zur aktiven und abstinenten Umsetzung von Reintegration anzugehen, braucht Zeit. Es beschreibt den Übergang von der institutionellen zur persönlichen Verantwortung für den eigenen Werdeprozess, bei dem der einzelne Rehabilitand Geduld und Unterstützung braucht, seine im Zusammenhang von Sucht- und Lebensgeschichte entstandenen Funktions- und Teil-

habestörungen zu überwinden. Hierzu zählen die Herstellung und Stabilisierung von Abstinenz und Gesundheit fördernden sozialen Beziehungen, die Überwindung suchtfolgebedingter Erkrankungen und Komorbiditäten, die Klärung eines stabilisierenden Umfeldes, die Weiterführung der in der Entwöhnungsbehandlung begonnenen Aufarbeitungsprozesse sowie die auf die Erwerbstätigkeit bezogene Klärung von Perspektiven.

Die katamnestische Erfolgsrate betrug nach DGSS 1 bei einer bis zu zwölfwöchigen Behandlung 73,7% (2015 = 65,9%), bei einer Behandlungsdauer bis 16 Wochen 75,3% (2015 = 79,5%) und bei einem Zeitraum über 16 Wochen 82,4% (2015 = 80,8%), je zusammengesetzt aus den Merkmalen abstinent und abstinent nach Rückfall (s. Tab. 7). Dieser positive Trend, gekoppelt an die Behandlungsdauer, lässt sich teilweise auch

bei den Berechnungsformen DGSS 2 bis 4 nachweisen. Die Rückfallrate sinkt bei den Katamneseantwortern nachweislich mit zunehmender Verweildauer. Die Auswertung nach DGSS 1 ergibt für diesen Personenkreis 26,3% (2015 = 29,5%) bei bis zu 12 Wochen, 24,7% bei bis zu 16 Wochen (2015 = 18,2%) und 17,6% (2015 = 15,4%) bei über 16 Wochen.

Abstinenz und Rückfall nach Haupt-suchtmitteldiagnose

Die Auswertung nach Diagnosen ICD F10 (Alkoholabhängigkeit) und zusammengefasster F11 bis F19 (insbesondere Abhängigkeit von illegalen Drogen und multipler Substanzgebrauch) ergibt eine relative Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus der Katamnese 2015. Die katamnestische Erfolgsquote für Rehabilitanden mit einer Alkoholabhängigkeit (F10) beträgt 74,0%

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

	DGSS 1			DGSS 2		
	bis 12 Wochen	12 bis unter 16 Wochen	über 16 Wochen	bis 12 Wochen	12 bis unter 16 Wochen	über 16 Wochen
Katamnestic Erfolgsquote 30 Tage	73,7%	75,3%	82,4%	26,9%	34,3%	21,2%
Abstinent	42,1%	59,8%	64,7%	15,4%	27,2%	16,7%
Abstinent nach Rückfall (mind. 30 Tage abstinent)	31,6%	15,5%	17,6%	11,5%	7,0%	4,5%
Rückfällig	26,3%	24,7%	17,6%	9,6%	11,3%	4,5%
definiert rückfällig	0,0%	0,0%	0,0%	63,5%	54,5%	74,2%
Anzahl und Prozent	38 = 100%	97 = 100%	17 = 100%	104 = 100%	213 = 100%	66 = 100%

	DGSS 3			DGSS 4		
	bis 12 Wochen	12 bis unter 16 Wochen	über 16 Wochen	bis 12 Wochen	12 bis unter 16 Wochen	über 16 Wochen
Katamnestic Erfolgsquote 30 Tage	71,4%	75,3%	82,4%	22,7%	34,1%	21,2%
Abstinent	40,8%	59,8%	64,7%	13,0%	27,1%	16,7%
Abstinent nach Rückfall (mind. 30 Tagen abstinent)	30,6%	15,5%	17,6%	9,7%	7,0%	4,5%
Rückfällig	28,6%	24,7%	17,6%	9,1%	11,2%	4,5%
definiert rückfällig	0,0%	0,0%	0,0%	68,2%	54,7%	74,2%
Anzahl und Prozent	49 = 100%	97 = 100%	17 = 100%	154 = 100%	214 = 100%	66 = 100%

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

Hauptsuchtmitteldiagnose	DGSS 1				DGSS 2			
	Alkohol		F11-F19		Alkohol		F11-F19	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote 30 Tage	77	74,0%	38	79,2%	77	30,6%	38	29,0%
abstinent	52	50,0%	33	68,8%	52	20,6%	33	25,2%
abstinent nach Rückfall 30 Tage	25	24,0%	5	10,4%	25	9,9%	5	3,8%
rückfällig	27	26,0%	10	20,8%	27	10,7%	10	7,6%
definiert rückfällig	0	0,0%	0	0,0%	148	58,7%	83	63,4%
Gesamt	104	100,0%	48	100,0%	252	100,0%	131	100,0%

Hauptsuchtmitteldiagnose	DGSS 3				DGSS 4			
	Alkohol		F11-F19		Alkohol		F11-F19	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote 30 Tage	80	73,4%	42	77,8%	80	28,2%	42	28,0%
abstinent	53	48,6%	36	66,7%	53	18,7%	36	24,0%
abstinent nach Rückfall 30 Tage	27	24,8%	6	11,1%	27	9,5%	6	4,0%
rückfällig	29	26,6%	12	22,2%	29	10,2%	12	8,0%
definiert rückfällig	0	0,0%	0	0,0%	175	61,6%	96	64,0%
Gesamt	109	100,0%	54	100,0%	284	100,0%	150	100,0%

(2015 = 77,5%) nach DGSS 1 und 28,2% (2015 = 25,2%) nach DGSS 4. In der Diagnosegruppe F11 bis F19 ergibt sich aktuell eine Erfolgsquote von 79,2% (2015 = 75,0%) nach DGSS 1 und 28,0% (2015 = 24,6%) nach DGSS 4.

Anhand der folgenden tabellarischen Darstellungen wird auch das Problem einer detaillierten Katamnese-Auswertung der Adaptionseinrichtungen bezogen auf einzelne Suchtmittel deutlich. Die Menge der Datensätze ist für valide Aussagen sehr gering. Aufgeschlüsselt nach F11 bis F19 weisen

Rehabilitanden mit einer Abhängigkeit von Opioiden (F 11) eine Abstinenzquote nach DGSS 1 und DGSS 3 von 50% bei n = 4 auf. Opioid-Abhängige sind an der Gesamtstichprobe des Entlassjahrgangs 2016 mit 2,8% der Rehabilitanden beteiligt. Rehabilitanden mit einer Abhängigkeit von Canabi-

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

	DGSS 1					
	Opioide	Cannabis	Sedativa/ Hypnotika	Kokain	Stimulanzien	and. psycho- trophe Subst.
	n = 4	n = 8	n = 4	n = 0	n = 23	n = 9
	%	%	%	%	%	%
Katamnestiche Erfolgsquote 30 Tage	50,0%	87,5%	75,0%	0,0%	78,3%	66,7%
Abstinent	50,0%	62,5%	50,0%	0,0%	69,6%	66,7%
Abstinent nach Rückfall 30 Tage	0,0%	25,0%	25,0%	0,0%	8,7%	0,0%
Rückfällig	50,0%	12,5%	25,0%	0,0%	21,7%	33,3%
definiert rückfällig	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%

	DGSS 2					
	Opioide	Cannabis	Sedativa/ Hypnotika	Kokain	Stimulanzien	and. psycho- trophe Subst.
	n = 11	n = 29	n = 4	n = 0	n = 59	n = 25
	%	%	%	%	%	%
Katamnestiche Erfolgsquote 30 Tage	18,2%	24,1%	75,0%	0,0%	30,5%	24,0%
Abstinent	18,2%	17,2%	50,0%	0,0%	27,1%	24,0%
Abstinent nach Rückfall 30 Tage	0,0%	6,9%	25,0%	0,0%	3,4%	0,0%
Rückfällig	18,2%	3,4%	25,0%	0,0%	8,5%	12,0%
definiert rückfällig	63,6%	72,4%	0,0%	100,0%	61,0%	64,0%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

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

	DGSS 3					
	Opioide	Cannabis	Sedativa/ Hypnotika	Kokain	Stimulanzien	and. psycho- trophe Subst.
	n = 4	n = 9	n = 4	n = 0	n = 26	n = 11
	%	%	%	%	%	%
Katamnestiche Erfolgsquote 30 Tage	50,0%	88,9%	75,0%	0,0%	76,9%	63,6%
Abstinenter	50,0%	66,7%	50,0%	0,0%	69,2%	54,5%
Abstinenter nach Rückfall 30 Tage	0,0%	22,2%	25,0%	0,0%	7,7%	9,1%
Rückfällig	50,0%	11,1%	25,0%	0,0%	23,1%	36,4%
definiert rückfällig	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	DGSS 4					
	Opioide	Cannabis	Sedativa/ Hypnotika	Kokain	Stimulanzien	and. psycho- trophe Subst.
	n = 12	n = 33	n = 5	n = 2	n = 67	n = 30
	%	%	%	%	%	%
Katamnestiche Erfolgsquote 30 Tage	16,7%	24,2%	60,0%	0,0%	29,9%	23,3%
Abstinenter	16,7%	18,2%	40,0%	0,0%	26,9%	20,0%
Abstinenter nach Rückfall 30 Tage	0,0%	6,1%	20,0%	0,0%	3,0%	3,3%
Rückfällig	16,7%	3,0%	20,0%	0,0%	9,0%	13,3%
definiert rückfällig	66,7%	72,7%	20,0%	100,0%	61,2%	63,3%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

noiden (F 12) waren an der Gesamtstichprobe mit 7,6% beteiligt. Die katamnestiche Erfolgsquote beträgt hier bei DGSS 1 87,5% und bei den Antwortern 88,7%. In der Gruppe der Psychischen und Verhaltensstörungen durch Stimulanzien (F 15) lag die katamnestiche Erfolgsquote bei 78,3% (bei n = 23). Rehabilitanden mit multiple Substanzgebrauch (F 19) wiesen eine Erfolgsquote von 66,7% auf.

Therapieerfolg im Zusammenhang sozialer, beruflicher und persönlicher Merkmale

Im weiteren Verlauf werden die Zusammenhänge spezifischer Merkmale, wie die berufliche und soziale Situation der Rehabilitanden im Bezug auf die katamnestiche Erfolgsquote, untersucht. Die geringen Fallzahlen schränken auch hier die Aussagekraft der Untersuchung ein.

73,4% (2014 = 76,6%) der männlichen Antworten beschrieben zum Katamnesticzeitpunkt, abstinent bzw. mindestens 30 Tage nach Rückfall wieder abstinent zu sein. Weibliche Antworterrinnen hatten eine Erfolgsquote von 80,0% (2015 = 70,7%) (vgl. Tab. 6).

Die katamnestiche Erfolgsquote im Zusammenhang mit dem Merkmal Altersstruktur weist bei den Gruppierungen bis 40 Jahre und über 40 Jahre keine erheblichen Unterschiede auf. Abstinent und abstinent nach Rückfall wurden 72,0% für unter 40-Jährige und 77,8% für über 40-Jährige ermittelt.

Das Merkmal, in einer festen Partnerschaft zu sein oder nicht, hatte nach den vorliegenden Ergebnissen der Nachbefragung keinen Einfluss auf die katamnestiche Erfolgsquote. Von den Rehabilitanden in festen Beziehungen waren vom Entlassjahr 2016 79,3% bei n = 23 abstinent bzw. mindestens 30 Tage nach Rückfall abstinent. Rehabilitanden ohne feste Bindung wiesen eine katamnestiche Erfolgsquote von 74,4% auf. Planmäßig entlassene Rehabilitanden wiesen mit 75,7% (2015 = 76,6%) eine höhere

Erfolgsquote auf als Rehabilitanden, die nicht planmäßig entlassen wurden. Hier betrug die katamnestiche Erfolgsquote 63,6%, allerdings bei n = 7. Die Ergebnisse zeigen sich jedoch im Vergleich zu den Vorjahresuntersuchungen tendenziell bestätigt.

Im Vergleich zum Vorjahr lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Abhängigkeitsdauer und der katamnestiche Erfolgsquote in der Gruppe unter 10 Jahren im Vergleich zur Gruppe der über 40-Jährigen

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

		katamnestiche Erfolgsquote		rückfällig		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alter	bis 40 Jahre	59	72,0%	23	28,0%	82	100,0%
	über 40 Jahre	63	77,8%	18	22,2%	81	100,0%
Partnersituation bei Aufnahme	keine Angabe	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
	keine feste Beziehung	99	74,4%	34	25,6%	133	100,0%
	feste Beziehung	23	79,3%	6	20,7%	29	100,0%
Abhängigkeitsdauer	bis 10 Jahre	40	74,1%	14	25,9%	54	100,0%
	über 10 Jahre	78	77,2%	23	22,8%	101	100,0%
	keine Angabe	4	50,0%	4	50,0%	8	100,0%
Art der Beendigung	planmäßige Beendigung	115	75,7%	37	24,3%	152	100,0%
	unplanmäßige Beendigung	7	63,6%	4	36,4%	11	100,0%

Tabelle 10: Co- und Multimorbidität der untersuchten Gruppen

		Nicht-Antworter		Katamneseantworter		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
F0, F2 bis F9 Diagnosen	keine	120	44,3%	77	47,2%	197	45,4%
	eine	94	34,7%	62	38,0%	156	35,9%
	zwei	42	15,5%	19	11,7%	61	14,1%
	drei	13	4,8%	4	2,5%	17	3,9%
	vier	2	0,7%	1	0,6%	3	0,7%
	Gesamt	271	100,0%	163	100,0%	434	100,0%
		Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung
F0, F2 bis F9 Diagnosen		0,8	0,9	0,7	0,8	0,8	0,9
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
somatischen Diagnosen	keine	114	48,9%	47	37,9%	161	45,1%
	eine	50	21,5%	30	24,2%	80	22,4%
	zwei	36	15,5%	21	16,9%	57	16,0%
	drei	23	9,9%	17	13,7%	40	11,2%
	vier	10	4,3%	9	7,3%	19	5,3%
	Gesamt	233	100,0%	124	100,0%	357	100,0%
		Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung
alle somatischen Diagnosen		0,9	1,2	1,0	1,3	0,9	1,2

nicht belegen. Die katamnestiche Erfolgsquote betrug bei den Rehabilitanden mit einer Abhängigkeitsdauer unter 10 Jahren 74,1% (2015 = 83,0%) und bei Rehabilitanden mit längerer Abhängigkeitsdauer als 10 Jahre 77,2% (2015 = 73,8). Es wird sich zeigen, ob dieses Ergebnis einen Einmaleffekt des Entlassjahrgangs 2016 darstellt.

Komorbidität und Abstinenz

Rehabilitanden, die eine Adaptionphase durchlaufen, weisen in der Regel weitere Erkrankungen neben der zu behandelnden Suchterkrankung auf. Dies umfasst zusätzliche psychische Diagnosen aus dem Bereich F0 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen) und F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) bis F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in

der Kindheit und Jugend) sowie somatische Störungen.

Der Anteil an psychischen Störungen scheint gegenüber den Vorjahren noch einmal zugenommen zu haben. 54,6% der Rehabilitanden aus der Gesamtstichprobe wiesen mindestens eine bis vier psychische Diagnosen auf. 2015 lag dieser Anteil bei 50,3%. Im Durchschnitt liegt der Wert für eine oder mehrere zusätzliche psychische Diagnosen pro Rehabilitand aus der Antwortgruppe bei 0,8 mit einer Standardabweichung von 0,9.

Bemerkenswert scheint die Steigerung an somatischen Diagnosen. Im Entlassjahrgang 2016 hatten 55,0% der Rehabilitanden mindestens eine bis vier zusätzliche somatische Diagnosen. Hier liegt der Wert an zusätzlichen somatischen Diagnosen pro Rehabilitand bei 0,9 mit einer Stan-

dardabweichung von 1,2. Die Katamnese 2015 weist hier einen Anteil von 47,3% an der Gesamtstichprobe auf. Aus Arbeitmarktsicht ist von einem verstärkten Vermittlungshemmnis zur Integration ins Erwerbsleben auszugehen.

In der Gesamtstichprobe des Katamnesejahrgangs 2016 stieg der Anteil an depressiven Störungen von 20,3% im Auswertungszeitraum 2015 auf 26,0% in 2016. Eine zusätzlich zur Abhängigkeit diagnostizierte Angststörung (F40, F41) wiesen 7,4% (2015 = 3,5%) der Gesamtstichprobe auf. Der Anteil von Rehabilitanden mit einer Persönlichkeitsstörung (F60, F61) blieb mit 16,4% gegenüber dem Vorjahr (16,9%) konstant.

Bei der Untersuchung der Erfolgsquoten in Bezug auf eine Zusatzdiagnose ergibt sich folgendes Bild: Antworter (nach DGSS 3)

Tabelle 11 a: Details zur Komorbidität

		Nicht-Antworter		Katamneseantworter		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Depression F32, F33, F34.1	keine	197	72,7%	124	76,1%	321	74,0%
	mindestens eine	74	27,3%	39	23,9%	113	26,0%
	Gesamt	271	100,0%	163	100,0%	434	100,0%
Angststörung F40, F41	keine	249	91,9%	153	93,9%	402	92,6%
	mindestens eine	22	8,1%	10	6,1%	32	7,4%
	Gesamt	271	100,0%	163	100,0%	434	100,0%
Persönlichkeitsstörung F60, F61	keine	227	83,8%	136	83,4%	363	83,6%
	mindestens eine	44	16,2%	27	16,6%	71	16,4%
	Gesamt	271	100,0%	163	100,0%	434	100,0%

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

		katamnestiche Erfolgsquote 30 Tage		rückfällig		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Depression F32, F33, F34.1	keine	89	71,8%	35	28,2%	124	100,0%
	mindestens eine	31	79,5%	8	20,5%	39	100,0%
	Gesamt	120	73,6%	43	26,4%	163	100,0%
Angststörung F40, F41	keine	111	72,5%	42	27,5%	153	100,0%
	mindestens eine	9	90,0%	1	10,0%	10	100,0%
	Gesamt	120	73,6%	43	26,4%	163	100,0%
Persönlichkeits- störung F60, F61	keine	107	78,7%	29	21,3%	136	100,0%
	mindestens eine	13	48,1%	14	51,9%	27	100,0%
	Gesamt	120	73,6%	43	26,4%	163	100,0%

ohne die Zusatzdiagnose Depression wiesen eine Erfolgsquote abstinent und abstinent nach Rückfall von 71,8% (2015 = 77,1%) gegenüber Rehabilitanden mit der entsprechenden Diagnose auf. Die katamnestiche Erfolgsquote lag hier bei 79,5% im Vergleich zur Katamnese 2015 mit 68,4%. Diese Ergebnisse zeigen die Tendenz, dass sich im Entlassjahrgang 2015 das Vorhandensein einer zusätzlichen depressiven Störung nachteilig auf die Abstinenzhaltung auswirkt, während im aktuellen Jahrgang diese Diagnose keine deutliche Auswirkung auf die Abstinenz zeigt. Im Fall einer zusätzlichen Angststörung lassen sich die Ergebnisse vor dem Hintergrund der geringen Datenbasis nicht validieren. Neun Personen (90%) mit einer Angststörung blieben abstinent oder abstinent nach Rückfall (30 Tage). Von den 153 Rehabilitanden ohne Angststörung blieben 72,5% abstinent oder abstinent nach Rückfall. Rehabilitanden ohne Persönlichkeitsstörung (F60, F61) hatten eine katamnestiche Erfolgsquote von 78,7%. Von den Rehabilitanden mit dieser Zusatzdiagnose wies ein Anteil von 51,9% der Rehabilitanden eine Rückfälligkeit auf. Das lässt zumindest den Schluss zu, dass sich Persönlichkeitsstörungen im Alltag eines suchtkranken Menschen hinderlich zur Aufrechterhaltung der Abstinenz auswirken.

Bewertung der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen

Erfülltheit in den verschiedenen Lebensbereichen wird als protektiver Faktor zur Aufrechterhaltung von Abstinenz gewertet. Die Tabelle 12 erfasst die subjektive Bewertung der Zufriedenheit im Zusammenhang mit der katamnestiche Erfolgsquote der Rehabilitanden und bestätigt anhand der Unterscheidung von Abstinenz und Rückfälligkeit die Erfahrung. Leider bedeutet die Zufriedenheit in den unterschiedlichen Facetten des Lebens keinen Garant für ein abstinentes Leben. Der einzelne Rehabilitand bleibt trotzdem seinen Strukturen in der Persönlichkeit, verschiedensten Versu-

chungen und Verführungen ausgeliefert. Er muss sich schwierigen Arbeits- oder Beziehungskonstellationen stellen und diese angemessen bewältigen. Krankheit oder externe Anforderungen können das Maß der subjektiven Bewältigungskompetenz sprengen. Und dennoch zeigen die aufgeführten Bereiche Schwerpunkte und Behandlungsrichtungen in der Suchthilfe auf, die letztlich für die Konzeptionen der einzelnen Institution von Bedeutung sind.

Von den Rückmeldern beantworteten 92 Personen (56,4%) die Frage: Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie heute mit diesen Bereichen sind. Der Faktor Zufriedenheit mit der Alltagsbewältigung zeigte die höchste katamnestiche Erfolgsquote mit 66,4%, gefolgt von der Zufriedenheit im seelischen Zustand (63,9%) und einer sinnvollen Freizeitgestaltung (62,3%). Ein ebenso entscheidender Faktor zur Aufrechterhaltung der Abstinenz besteht in einer gesicherten und als angemessen empfundenen Wohn-

situation. Hier lag die katamnestiche Erfolgsquote bei 61,5%.

Begründungen für Abstinenzunterbrechungen oder weiteren Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Fragt man Rehabilitanden, welche Ereignisse ein Rückfallgeschehen ausgelöst haben, ist die Antwort nicht immer eindeutig. Eher sprechen sie von schleichenden Entwicklungen, vom Unbehagen mit bestimmten Zuständen, von Unzufriedenheit in Systemen wie Familie oder Arbeit oder sie berichten von erlebten Über- bzw. Unterforderungen und nachlassendem Selbstwirksamkeitserleben. Rückfälle gehören zur Realität von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und sie sind kein Alleinstellungsmerkmal dieser Erkrankung. Sie haben in Auslösemomenten aber häufig mit sozialen Kontexten zu tun. Tabelle 13 erfasst die subjektiven möglichen Gründe für eine Abstinenzunterbrechung oder fort-

Tabelle 12: Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Therapieerfolg nach DGSS 3

Zufriedenheit mit	katamnestiche Erfolgsquote 30 Tage		rückfällig		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alltagsbewältigung	81	66,4%	11	26,8%	92	56,4%
seelischer Zustand	78	63,9%	5	12,2%	83	50,9%
Freizeitgestaltung	76	62,3%	8	19,5%	84	51,5%
Wohnsituation	75	61,5%	10	24,4%	85	52,1%
Bekannte, Freunde	73	59,8%	9	22,0%	82	50,3%
körperliche Gesundheit	73	59,8%	7	17,1%	80	49,1%
Eltern, Geschwister, Verwandte	72	59,0%	9	22,0%	81	49,7%
Suchtmittelgebrauch	72	59,0%	7	17,1%	79	48,5%
Arbeitssituation	64	52,5%	9	22,0%	73	44,8%
finanzielle Situation	61	50,0%	10	24,4%	71	43,6%
eigene Kinder	34	27,9%	5	12,2%	39	23,9%
Partnerbeziehung	32	26,2%	7	17,1%	39	23,9%
Straftaten, Delikte	10	8,2%	2	4,9%	12	7,4%

gesetztem Konsum. Die Katamnese erfasst Mehrfachangaben, da ein Rückfallgeschehen häufig den Kulminationspunkt einer komplexen Problemlage bildet und sich erfahrungsgemäß als Entlastungswunsch einer Dysbalance ausagiert. Die Antworten (n = 74) zu möglichen Gründen waren weit gestreut, kein möglicher Grund erhielt mehr als 33% der Stimmen. Als häufigste Gründe für einen Rückfall benannten die Rehabilitanden des Entlassjahrgangs 2016 Frustration und Enttäuschung (32,4%), gefolgt vom Einsamkeitsempfinden (28,4%) sowie Innere Anspannung und Unruhe (27,0%) an. Die Merkmale Einsamkeit und Innere Anspannung wurden auch im Entlassjahrgang 2015 am häufigsten benannt. Ärger, Depressionen und schwierige Lebenssituationen wurde je von einem Viertel der Antwortter genannt (je 24,3%). Der Rückfall als Folge eines unwiderstehlichen Verlangens wurde von 23,0% als Grund angeführt.

Erwerbssituation und Erfolgsquote der Antwortter

Das komplexe Thema Arbeit und Erwerbstätigkeit im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung kann hier nur ausschnitthaft beleuchtet werden. Viele alkoholabhängige Rehabilitanden waren über viele Jahre arbeitslos und lernten im Rahmen der Adaption wieder Strukturen und Selbstvertrauen kennen. Einzelne Betroffene wechseln auf Grund der Suchtnähe ihrer bisherigen Tätigkeiten den Beruf. Drogenabhängige haben gedealt. Sie hatten damit viel Geld zur Verfügung, so dass eine normal oder geringfügig bezahlte Arbeit für sie nur schwer vorstellbar ist. Hafterfahrungen drücken ihren Stempel in die Führungszeugnisse. Gering Qualifizierte schleppen das Stigma nicht abgeschlossener Schul- und Berufsausbildungen mit sich herum. Rehabilitanden mit Migrationshintergrund haben unter Umständen eine sprachliche Barriere, die sich hinderlich auf eine Integration auswirkt. Wenn Adaption dazu beitragen kann, diesen Personen andere Leitbilder zu vermitteln und Vertrauen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zu stärken, dann ist dies ein wichtiger Beitrag im Gesamtsuchthilfesystem. Martin Heide beschreibt in seinem Buch „Wenn ich erst wieder Arbeit habe...“ die Wirksamkeit des Miteinanderlernens von Rehabilitanden mit den unterschiedlichen Suchthintergründen und beruflichen Vorerfahrungen: „Die unterschiedlichen Grundeinstellungen und Erfahrungen mit Arbeit führen (...) zu fruchtbaren Auseinandersetzungen. Die Drogenabhängigen lernen aus dem reichhaltigen beruflichen Erfahrungsschatz der Alkoholiker, erleben deren Engagement und Ernsthaftigkeit für ihr Praktikum und kommen so leichter aus ihrer diffusen Ablehnungshaltung heraus (...). Die Alkoholabhängigen wiederum werden er-

Tabelle 13: Angaben der rückfälligen Antwortter zu Gründen für erneuten Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum n = 74

Gründe für erneuten Suchtmittelkonsum	Anzahl	Prozent
Frustration, Enttäuschung	24	32,4%
Einsamkeit	21	28,4%
innere Spannung, Unruhe	20	27,0%
Ärger	18	24,3%
Depression	18	24,3%
in schwierigen Lebenssituationen	18	24,3%
unwiderstehliches Verlangen/Suchtdruck	17	23,0%
Angst	16	21,6%
gute Stimmung, Glücksgefühl	12	16,2%
Schlafschwierigkeiten	12	16,2%
Überzeugung, kontrolliert trinken zu können	12	16,2%
Stressgefühle	11	14,9%
entzugsähnliche Beschwerden	11	14,9%
in Gesellschaft der Versuchung nicht widerstehen können	11	14,9%
Langeweile	10	13,5%
körperliche Schmerzen	9	12,2%
nicht nein sagen können	9	12,2%
Konflikte mit anderen Personen	6	8,1%
Sonstiges	3	4,1%

mutigt durch die teilweise frechen, experimentierfreudigen und kreativen Bewerbungsversuche der Drogenabhängigen, deren Anspruchshaltung an die Arbeit und die z.T. besseren Möglichkeiten, ihre Bedürfnisse im Praktikum unterzubringen. Zudem lernen sie über den Austausch ein großes Spektrum von Berufsfeldern kennen, das ihnen neue Perspektiven eröffnet.“ (Heide, M., 2001: S. 71 f.). Heute, 18 Jahre nach dem Erscheinen dieses ersten Buches zur Adaptionsbehandlung, haben sich die Unterschiede etwas nivelliert. Drogen wurden oft auch eingesetzt, um den eigenen und arbeitsplatzbezogenen erhöhten Ansprüchen Rechnung zu tragen. Hier geht es um Balancen, Selbstfürsorge und um Abgrenzungsfähigkeit.

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

134 Rehabilitanden wurden zum Merkmal erwerbstätig/nicht erwerbstätig und katamnestiche Erfolgsquote erfasst. Das entspricht einem Anteil von 30,9% an der Gesamtstichprobe. 6,7% (n = 29) der Rehabilitanden aus der Gesamtstichprobe verfügten zu Beginn der Adaption noch über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz, von den Rückmeldern elf Personen.

Zum Katamnesezeitpunkt verfügten 73 Rehabilitanden (44,8% der Antwortter) über einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz. Von

Tabelle 14: Erwerbssituation und Erfolgsquote bei Katamneseantworttern (DGSS 3) n = 163

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	katamnestiche Erfolgsquote 30 Tage		rückfällig		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
erwerbstätig	erwerbstätig	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%
	erwerbslos	2	33,3%	4	66,7%	6	100,0%
	nicht erwerbstätig	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
erwerbslos	erwerbstätig	52	85,2%	9	14,8%	61	100,0%
	erwerbslos	40	71,4%	16	28,6%	56	100,0%
	nicht erwerbstätig	12	92,3%	1	7,7%	13	100,0%
nicht erwerbstätig	erwerbstätig	8	88,9%	1	11,1%	9	100,0%
	erwerbslos	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%
	nicht erwerbstätig	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%

dieser Gruppe waren zu Beginn der Adaptionsphase drei Personen in einem Erwerbsbezug, neun Rehabilitanden nicht erwerbstätig, also Studenten, Rentner usw., und 61 Personen waren erwerbslos. Waren noch zu Beginn der Adaptionsphase 82,2% der auf die Katamnese antwortenden Rehabilitanden erwerbslos, sank dieser Anteil zum Katamnesezeitpunkt auf 41,1%.

Rückfallzeitpunkt

Das Ende der Adaptionsphase markiert in der Regel den Übergang von einem institutionell geschützten Raum in eine eigene Verantwortung für die Behandelten. Dieser Übergang ist mit Risiken verbunden, deren Antizipation einen wichtigen Bestandteil der therapeutischen Arbeit während der Adaptionsphase ausmacht. Es lässt sich eine Häufung von Rückfällen bzw. Abstinenzunterbrechungen im ersten halben Jahr nach der Therapie nachweisen.

Tabelle 15: Häufung Rückfälle monatsbezogen nach Ende der Adaptionsphase n = 68 im Vergleich zu 2015 und 2014

Monat	2016%	2015%	2014%
1. Monat	48,4%	19,0%	20,0%
2. Monat	10,9%	9,5%	14,3%
3. Monat	14,1%	28,6%	14,3%
4. Monat	1,6%	9,5%	8,6%
5. Monat	3,1%	4,8%	8,6%
6. Monat	10,9%	4,8%	17,1%
7. Monat	3,1%	14,3%	2,8%
8. Monat	0,0%	0,0%	0,0%
9. Monat	0,0%	0,0%	2,8%
10. Monat	1,6%	4,8%	8,6%
11. Monat	3,1%	0,0%	0,0%
12. Monat	3,1%	4,8%	2,8%

Die Frage nach dem Rückfallmonat wurde von 68 (2015 = 21, 2014 = 35) Rehabilitanden beantwortet. Tabelle 15 und die Abbildung 1 verdeutlichen die Häufung von Rückfällen in den ersten 24 Wochen nach Behandlungsende. Besonders auffällig, und vielleicht nur als Einmaleffekt zu interpretieren, ist die hohe Zahl an Rückfällen (48,4%) im ersten Monat nach Beendigung der Adaptionsphase. Sie lässt sich dahingehend deuten, dass die Erfahrung eines hoch strukturierten und schützenden Umfeldes nunmehr auf eine wenig Rücksicht nehmende Realität trifft. 89,1% der Rückfälle fanden im ersten Halbjahr nach Therapieende statt, allein im ersten Vierteljahr 73,4%. Dies zeigt, wie wichtig es ist, die Rehabilitanden auf den Übergang in die Eigenverantwortung gut vorzubereiten, und ihnen deutlich die möglichen Konsequenzen der Nicht-Wahrnehmung von unterstützenden Angeboten, wie Nachsorge und

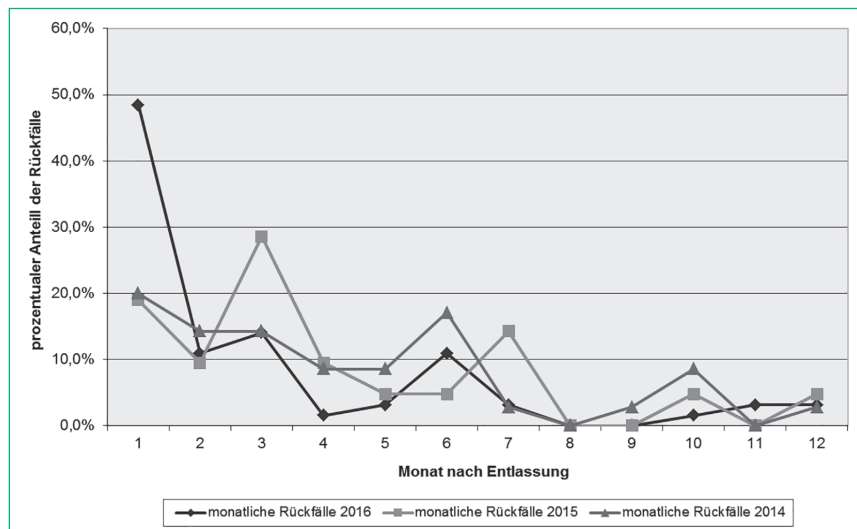


Abbildung 1: Eintritt des Rückfalls nach Behandlungsende (n = 68 im Vergleich zu 2015 n = 21 und 2014 n = 35)

Selbsthilfegruppen, vor Augen zu führen. Die Ergebnisse decken sich mit den katamnestischen Erhebungen nach Entwöhnungsbehandlungen. Im zweiten Halbjahr sinkt die Rückfallquote drastisch. Zur Verdeutlichung der tendenziellen Abnahme des Rückfallrisikos mit zunehmendem Abstinenz erleben sind in der nachstehenden Abbildung 1 die Ergebnisse aus der Katamneseuntersuchung 2014 und 2015 hinzugefügt worden. Daraus geht hervor, dass die Kurven relativ ähnlich verlaufen.

Diskussion der Ergebnisse

Im Rahmen der Ein-Jahres-Nachbefragung des FVS konnten nach 2014 und 2015 zum dritten Mal die Ergebnisse einer Katamnese von Rehabilitanden der Adaption vorgestellt werden. Von 921 (Katamnesejahrgang 2015 n = 1064) aus den Einrichtungen des FVS-Qualitätszirkels zur Verfügung gestellten Datensätzen verblieben nach Bereinigungen noch n = 434 Fälle (2015 n = 592) in der Auswertung. Zum einen ging die Gesamtzahl der möglichen auszuwertenden Datensätze zurück. Zum anderen sank auch die Zahl der Katamneseantworter (DGSS 3) auf n = 163 gegenüber dem Vorjahr mit noch n = 195. Wiederholt wird darauf hingewiesen, dass bei einer solch niedrigen Datenbasis die Aussagen mit Zurückhaltung zu interpretieren sind. Andererseits bestätigen sie auch bei einer kleineren Stichprobe die Erfahrungen der Praktiker in der Adaptionsbehandlung.

Die Einschränkungen, sozialen Probleme und Funktionsstörungen der Mehrzahl von Rehabilitanden, die eine Adaption zur Verbesserung ihrer Integrationschancen und der Stabilisierung ihrer Abstinenz nutzen, ist hinreichend beschrieben worden. Unabhängig von der Motivationslage, die zweite Phase der medizinischen Rehabili-

tation in Anspruch zu nehmen, eröffnet die Adaption die Möglichkeit, das Leben nach der Entwöhnungsbehandlung entscheidend zu verändern. Aufbauend auf dem in der Entwöhnung erworbenen Wissen über die eigene Suchterkrankung und dem Kennenlernen alternativer Bewältigungsmechanismen nutzt ein Großteil der Rehabilitanden die Adaption zur weiteren seelischen, psychischen und körperlichen Gesundung. Sie arbeiten auf das Ziel der Zufriedenheit hin, probieren sich im sozialen Lebensraum aus und verbessern ihrer Situation auf dem Arbeitsmarkt. Hingewiesen sei an dieser Stelle auf die Veränderung im Merkmal ‚erwerbstätig‘ zu Beginn der Adaptionsphase (7,0%) und zum Katamnesezeitpunkt (46,2%). Die Adaptionsphase ist ein Abschnitt der Bewährung und Anpassung an die Erfordernisse eines eigenständig zu gestaltenden Alltags. Die Auswertung der Daten von der Basisdokumentation und der Katamneseerhebung können dazu beitragen, die inhaltliche Qualität der fachlichen Arbeit innerhalb der Adaptionseinrichtungen weiter zu verbessern. Es bleibt zu wünschen, dass zum einen die Rehabilitanden weiterhin von der guten fachlichen Arbeit der Adaptions-einrichtungen profitieren können und zum anderen, dass sich die Datenbasis zum Nachweis dieser Qualität zunehmend verbreitert.

Literatur:

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.) (2019). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch Stand: 01.01.2019. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/methode/KDS/2019-01-01_Manual_Kerndatensatz_3.0.pdf (letztes Abrufdatum: 06.02.2019)

- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1985). Standards für die Durchführung von Katamnese bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Fabricius, B., Teigeler, H., Braun, D., Burger, H., Danninger, A., Häberlein, G., Kallina, U., Liebrich, M., Möller, T., Müller, V., Nels-Lindemann, C., Schay, P., Reger, F., Stopp, J., Urban, K., Verstege, R., Wulf, F., Bachmeier, R., Herder, F., Kreutler, A., Weissinger, V. (2017). Wirksamkeit der Adaption - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 in: Sucht Aktuell 17/1, S. 79-89.
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2012). Basisdokumentation Sucht Version 2.0, Düsseldorf.
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2012). Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht), Version 2.0. Düsseldorf.
- Heide, M. (Hrsg.): „Wenn ich erst wieder Arbeit habe...“ Adaptionsbehandlung als zweite Phase der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker, Geesthacht, 2001.
- Liebrich, M., Teigeler, H., Bingel-Schmitz, D., Braun, D., Burger, H., Danninger, A., Donszewski, I., Fabricius, Dr. B., Kallina, U., Nels-Lindemann, C., Reger, F., Sagel, A., Schulze, M., van Kann, S., Weissinger, Dr. V., Wulf, F.: 2018, Positionspapier der Adaptionseinrichtungen im FVS 2018 in: Sucht Aktuell 18/2, S. 53-64.
- Teigeler, H., Reger, F., Bingel-Schmitz, D., Braun, D., Burger, H., Dahms, M., Danninger, A., Donszewski, I., Fabricius, B., Häberlein, G., Lang, T., Liebrich, M., Nels-Lindemann, C., Schay, P., Schultze, M., Urban, K., van Kann, S., Wulf, F., Bachmeier, R., Kemmann, D., Kreutler, A., Missel, P., Weissinger, V. (2017). Teilband III Basisdokumentation 2016 – Ausgewählte Daten der stationären suchtmittelübergreifenden Adaptionsbehandlungen in: Fachverband Sucht Basisdokumentation 2016, S. 57-68.

Die Autoren:

Dr. Benno Fabricius, Dipl.Soz.P./A., Helios Parkklinikum, Leiter Adaption Soteria Klinik Leipzig
Rudolf Bachmeier, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing
Stefanie Bick-Dresen, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Wissenschaft und Forschung MEDIAN Kliniken, Daun
Dieter Bingel-Schmitz, Leiter des Adaptionshauses Daun der MEDIAN Kliniken, Daun
Heiko Burger, Leiter Adaption Maria Stern Saaletal Klinik, Bad Neustadt
Izabella Donszewski, Psychologische Psychotherapeutin, Tannenhof Berlin-Brandenburg, Adaptionshaus, Berlin
Sonja van Kann, Leiterin Adaption der MEDIAN Klinik am Waldsee, Rieden
Markus Liebrich, Psychologischer Psychotherapeut, Leiter Therapiezentrum Speyer, Speyer

Sabine Link, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MEDIAN Klinik Roemhild, Roemhild
Jan Medenwaldt, Redline Data GmbH, Ahrensböck
Peter Missel, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe MEDIAN Kliniken, Daun
Corinna Nels-Lindemann, Dipl.-Sozialarbeiterin, Leiterin Adaption der salus klinik Friedrichsdorf, Friedrichsdorf
Frank Reger, Dipl.-Päd., Leiter, MEDIAN Adaptionshaus TPR Duisburg, Duisburg
Alexandra Sagel, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn
Horst Teigeler, Dipl.-Psych., Leiter MEDIAN Adaptionshaus Lübeck, Lübeck
Kerstin Urban, Dipl.-Sozialpädagogin, Leiterin Adaption SRH Medinet Fachklinik Alte Ölmühle
Dr. Volker Weissinger, Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Literaturhinweise

Bauer, S.: Musiktherapie, Reihe: Wege der Psychotherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag; ISBN: 978-3-497-02740-8; 24,90 Euro

Die Musiktherapie ist eine Behandlungsmethode, bei der – gemäß der Bezeichnung – die Musik eine fundamentale Rolle spielt. Die Autorin leitet den Masterstudiengang Musiktherapie an der Universität der Künste Berlin und ist zudem in der Gruppen- und Einzelmusiktherapie an einer Klinik tätig. Mit ihrem Buch leistet sie einen Beitrag zu den verschiedenen Möglichkeiten der Anwendung von Musik zu therapeutischen Zwecken. Sie vermittelt therapeutische Haltungen und Vorgehensweisen vor dem Hintergrund medizinischer Erklärungsansätze und gesellschaftlicher Bedingungen. Nach einem einführenden Kapitel werden in Kapitel 2 die verschiedenen Krankheitsklär-Modelle für seelische Störungen und die Entstehungsgeschichte der Musiktherapie aufgezeigt. In Kapitel 3 erfolgt zunächst die theoretische Darstellung der wissenschaftlichen Grundlagen zum Zusammenspiel von Musik und Mensch, bevor in Kapitel 4 auf den therapeutischen Prozess selbst eingegangen wird. Die musiktherapeutischen Denk- und Verfahrensweisen aus Einzel- und Gruppentherapie verdeutlicht die Autorin anschaulich mit Beispielen aus der eigenen beruflichen Praxis. Ein besonderes

Augenmerk legt sie dabei auf die therapeutische Beziehung. Im nachfolgenden Kapitel 5 zur Evaluation werden unter anderem Beispiele qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden vorgestellt. Im Kapitel 6 geht die Autorin auf die zukünftige Entwicklung hinsichtlich der Anwendungsbereiche der Musiktherapie und der beruflichen Situation von Musiktherapeuten und -therapeutinnen ein. Das zusammenfassende Kapitel 7 enthält unter anderem ein Glossar und Hinweise zur weiterführenden Literatur.

Das Buch richtet sich an Studierende, Lehrende und Berufstätige der Fachbereiche Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie, Musik, Musikpädagogik und Musiktherapie.

Landgraf, M. N.; Hoff, T.: Fetale Alkoholspektrumstörung – Diagnostik, Therapie, Prävention, Reihe: Sucht: Risiken – Formen – Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer; ISBN: 978-3-17-024320-0; 32,00 Euro

Der Begriff der Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) fasst alle Formen der Beeinträchtigung eines Kindes zusammen, die durch den Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft entstehen können. In dem Band werden sowohl wissenschaftlich

relevante Ergebnisse als auch praxisrelevante Folgerungen vorgelegt. Einen Schwerpunkt bilden die Bereiche der Diagnostik und Prävention, aber auch Behandlungsansätze werden aufgezeigt.

Kapitel 1 behandelt die Häufigkeiten und Einflussfaktoren sowie die Risikofaktoren und Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. Kapitel 2 erläutert ausführlich die Diagnostik und Differenzialdiagnostik der Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diese ist von besonderer Bedeutung, da die Etablierung einer adäquaten Behandlung und notwendiger Hilfen das Erkennen der alkoholbedingten Störungen voraussetzt. In Kapitel 3 werden Entwicklungsrisiken und -verläufe von betroffenen Kindern vorgestellt und in Kapitel 4 Behandlungsmöglichkeiten erörtert. In Kapitel 5 werden die strukturellen und politischen Rahmenbedingungen sowie Inhalte und Methoden der aktuellen Präventionsbemühungen im Hinblick auf Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Fetaler Alkoholspektrumstörungen aufgeführt. So bedarf es verhaltens- und verhältnisbezogener Initiativen in unterschiedlichen Settings, um die Prävalenz von FASD zu senken. Das abschließende Kapitel 6 gibt eine kurze Zusammenfassung, wie zukünftig interdisziplinär eine verbesserte Versorgung erreicht werden kann.