

Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2016 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Rudolf Bachmeier, Stefanie Bick-Dresen, Imke Dreckmann, Holger Feindel, Wilma Funke, Dietmar Kemmann, Stephan Kersting, Jan Medenwaldt, Peter Missel, Elena Neumann, Volker Prempfer, Alexandra Sagel, Horst Teigeler, Volker Weissinger

Eine wesentliche Zielsetzung des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) ist es, zu einer qualitativ hochwertigen Suchtrehabilitation beizutragen und entsprechende Weiterentwicklungen zu fördern.

Seit seinem Bestehen gehört deshalb die Qualitätssicherung bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote für Abhängigkeitskranke zu den vorrangigen Aufgaben des FVS und seiner Mitgliedseinrichtungen. Besonderer Wert wird hierbei neben der Struktur- und Prozessqualität auch auf die Ergebnisqualität – und damit die Wirksamkeit der Behandlung – gelegt.

Der Auftrag der Rehabilitation im Sinne des SGB IX und des Bundesteilhabegesetzes – an dem sich auch der Rehabilitationserfolg misst – liegt darin, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden bzw. zu mindern, die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern. Die Erreichung dieser Zielsetzungen hängt aber eng damit zusammen, inwieweit es den suchtkranken Menschen durch die Rehabilitationsmaßnahmen gelingt, dauerhaft abstinent zu leben bzw. die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallschwere zu minimieren. Aus fachlicher Sicht ist es in diesem Zusammenhang wichtig, dass z.B. begrenzte finanzielle Mittel (z.B. durch Vorgabe gedeckelter Budgets) nicht dazu führen dürfen, dass die Qualität der Behandlung bzw. des Behandlungssystems reduziert wird (vgl. auch Missel & Schäfer, 1997). Die nachhaltige Leistungsfähigkeit des Behandlungssystems für Suchtkranke, in dem die stationäre medizinische Rehabilitation einen unverzichtbaren Bestandteil ausmacht, ist nach unterschiedlichen Aspekten zu bewerten. Zu diesen wichtigen Aspekten zählen das Konsumverhalten während des Katamnesezeitraumes und die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit verschiedenen Lebensbereichen im poststationären Rehabilitationsverlauf. Beide Merkmale werden in der hier vorgelegten Katamnese erhoben. Die katamnestische Untersuchung nach stationä-

rer oder ambulanter Behandlung ist somit ein wesentlicher Baustein zur Bewertung der Ergebnisqualität.

Katamnestische Untersuchungen zu den Ergebnissen stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen werden seit Jahren in vielen qualifizierten Einrichtungen zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen des Fachverbandes Sucht e.V. mit spezifischen Zielsetzungen durchgeführt:

- Statistischer Nachweis der Effektivität der Behandlung über die Kriterien „dauerhafte Suchtmittelabstinenz“, „stabile Erwerbs- und Arbeitssituation“, „Lebenszufriedenheit im psychischen und sozialen Bereich“ und „soziale Integration“.
- Differenzierte Analyse von Rückfallhäufigkeit und Rückfallgeschehen, um auch graduelle Verbesserungen zu erfassen und Behandlungs- und Prophylaxewissen zu optimieren.
- Weiterentwicklung der Analysen, um Ergebnisse von Subgruppen vergleichen zu können. So wurde z.B. in dieser Studie der Zusammenhang von psychischer Komorbidität und dem Behandlungsergebnis näher untersucht.

Zur Evaluation der Ergebnisqualität für die stationären Einrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) konnten katamnestische Ergebnisse für den Entlassjahrgang 2016 mit 11.593 (2003: 7.266; 2004: 9.799; 2005: 10.269; 2006: 10.306; 2007: 10.983; 2008: 10.461; 2009: 10.961; 2010: 13.113, 2011: 13.570, 2012: 13.228, 2013: 13.050, 2014: 11.033, 2015: 10.230) durchgeführten Behandlungen berücksichtigt werden. Der FVS ist damit als bundesweit tätiger Verband seit 1996 in der Lage, regelmäßig aussagekräftige, klinikübergreifende katamnestische Erhebungen zu publizieren. Dieser Beitrag stellt die Ergebnisse für eine Gesamtstichprobe, die in 26 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige behandelt wurden, dar. Es handelt sich um die folgenden Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen: Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V. Haus Schönbirken (Zentrum III); MEDIAN Klinik Schweriner See; MEDIAN Klinik Lübeck; Haus Niedersachsen – Klinik Oerrel; salus klinik Lindow; MEDIAN Psycho-

therapeutische Klinik Bad Liebenwerda; MEDIAN Klinik Richelsdorf; MEDIAN Klinik Wigbertshöhe; Diakonie-Krankenhaus Harz; SRH Medinet Fachklinik Alte Ölmühle; Paracelsus Wiehengebirgsklinik; Paracelsus Berghofklinik; salus klinik Hürth; MEDIAN Klinik Tönisstein; MEDIAN Kliniken Daun Am Rosenberg; MEDIAN Kliniken Daun Thommener Höhe; Johannesbad Fachklinik Fredeburg; Kliniken Wied; salus klinik Friedrichsdorf; MEDIAN Klinik Münchwies; MEDIAN Klinik Odenwald; MEDIAN Klinik Wilhelmsheim; Fachklinik Zwieselberg; Fachklinik Eußerthal; Johannesbad Fachklinik Furth im Wald; MEDIAN Klinik Römhild.

Mit einer Reduzierung der vom FVS empfohlenen Mindestrücklaufquote zur Aufnahme in die Katamneseauswertung von 45 Prozent auf 41 Prozent konnten im Vergleich zur letztjährigen FVS-Katamnese 2015 (Bachmeier et al., 2018) mit Daten aus 23 Fachkliniken in der FVS-Katamnese 2015 in 2016 26 Fachkliniken in die Auswertung einbezogen werden. Die katamnestische Rücklaufquote variiert hierbei zwischen den Einrichtungen von 41,6 Prozent bis 64,8 Prozent. Da die Ergebnisse zum Gesamtentlassjahrgang 2016 (DGSS 4, Erläuterungen s. u.) zum Vorjahr nicht direkt vergleichbar sind, wurde eine zusätzliche Berechnung, welche 45 Prozent und mehr Rücklaufquote aufweist, vorgenommen.

Untersuchungsdesign

Die Katamnese des Fachverbandes Sucht e.V. umfasst die Daten einer Totalerhebung des Entlassjahrgangs 2016 aus den beteiligten Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen.

In allen beteiligten Kliniken wird nach rehabilitationswissenschaftlich fundierten Behandlungskonzepten gearbeitet. Die jeweilige Maßnahme wird patientenorientiert individuell geplant und durchgeführt. Das Spektrum der Behandlungsdauern liegt, je nach Indikationsstellung, bei regulärer Entlassung in der Regel zwischen 4 und 26 Wochen.

Die Durchführung der 1-Jahres-Katamnese orientierte sich an den „Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhän-

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, kategoriale Auswertung

Merkmal	Kategorie	kein Katamneseantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N = 5.610		N = 5.983		N = 11.593	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	Männlich	4.156	74,1%	4.143	69,2%	8.299	71,6%
	Weiblich	1.454	25,9%	1.840	30,8%	3.294	28,4%
Altersgruppe	Bis 40 Jahre	2.199	39,2%	1.331	22,2%	3.530	30,4%
	Über 40 Jahre	3.411	60,8%	4.652	77,8%	8.063	69,6%
Familienstand bei Aufnahme	Verheiratet	1.405	25,7%	2.216	37,8%	3.621	32,0%
	Nicht verheiratet	4.056	74,3%	3.640	62,2%	7.696	68,0%
	keine Daten	149	2,7%	127	2,1%	276	2,4%
Partnerbeziehung bei Aufnahme	Feste Beziehung	2.081	38,5%	2.885	49,8%	4.966	44,4%
	Keine feste Beziehung	3.327	61,5%	2.904	50,2%	6.231	55,6%
	Keine Daten	202	3,6%	194	3,2%	396	3,4%
Höchster Schulabschluss	Kein Abschluss	273	5,0%	147	2,5%	420	3,7%
	Sonder-/Hauptschulabschluss	2.253	41,3%	2.141	36,5%	4.394	38,8%
	Realschulabschluss und höher	2.891	53,0%	3.547	60,4%	6.436	56,8%
	Sonstiger Abschluss	37	0,7%	38	0,6%	75	0,7%
	keine Daten	156	2,8%	110	1,8%	226	2,3%
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	1.891	34,7%	2.693	45,9%	4.584	40,5%
	Erwerbslos	2.628	48,2%	1.970	33,6%	4.598	40,6%
	Nicht erwerbstätig	938	17,2%	1.201	20,5%	2.139	18,9%
	Keine Daten	153	2,7%	119	2,0%	272	2,3%
Vermittlung	Ohne Vermittlung	113	2,1%	155	2,7%	268	2,4%
	Arbeitgeber / Betrieb / Schule	86	1,6%	124	2,1%	210	1,9%
	Arzt / Psychotherapeut	134	2,5%	151	2,6%	285	2,5%
	Krankenhaus	1.147	21,0%	1.074	18,4%	2.221	19,7%
	Suchtberatung	3.550	65,1%	3.953	67,6%	7.503	66,4%
	Institutsambulanz	23	0,4%	39	0,7%	62	0,5%
	Kosten-/Leistungsträger	104	1,9%	99	1,7%	203	1,8%
	Sonstige	293	5,4%	252	4,3%	545	4,8%
	Keine Daten	160	2,9%	136	2,3%	296	2,6%
	Leistungsträger	Rentenversicherung	4.688	83,7%	4.950	82,8%	9.638
Krankenversicherung		806	14,4%	848	14,2%	1.654	14,3%
Sozial-/Jugendhilfe		14	0,3%	17	0,3%	31	0,3%
Selbstzahler		55	1,0%	95	1,6%	150	1,3%
Sonstiger		35	0,6%	69	1,2%	104	0,9%
Keine Daten		12	0,2%	4	0,1%	16	0,1%
Hauptsuchtmitteldiagnose zusammengefasst	Alkohol	4.933	87,9%	5.575	93,2%	10.508	90,6%
	Opiode	44	0,8%	51	0,9%	95	0,8%
	Cannabis	266	4,7%	127	2,1%	393	3,4%
	Sedativa, Hypnotika	98	1,7%	74	1,2%	172	1,5%
	Sonstige	269	4,8%	156	2,6%	425	3,7%
Anzahl Entgiftungen	Keine	1.182	21,3%	1.347	22,7%	2.529	22,0%
	Eine	1.458	26,3%	1.888	31,9%	3.346	29,2%
	Zwei oder mehr	2.907	52,4%	2.692	45,4%	5.599	48,8%
	Keine Daten	63	1,1%	56	0,9%	119	1,0%
Anzahl ambulanter Entwöhnungen	Keine	5.225	95,6%	5.541	94,3%	10.766	94,9%
	Eine	209	3,8%	294	5,0%	503	4,4%
	Zwei oder mehr	32	0,6%	43	0,7%	75	0,7%
	Keine Daten	144	2,6%	105	1,8%	249	2,1%
Anzahl stationärer Entwöhnungen	Keine	3.279	59,6%	3.868	65,6%	7.147	62,7%
	Eine	1.317	23,9%	1.288	21,9%	2.605	22,9%
	Zwei oder mehr	905	16,5%	737	12,5%	1.642	14,4%
	Keine Daten	109	1,9%	90	1,5%	199	1,7%
Art der Behandlungsbeendigung	Planmäßig	4.521	80,6%	5.467	91,4%	9.988	86,2%
	Abbruch durch Patient	868	15,5%	406	6,8%	1.274	11,0%
	Abbruch durch Einrichtung	121	2,2%	58	1,0%	179	1,5%
	Verlegt	94	1,7%	52	0,9%	146	1,3%
	Verstorben	3	0,0%	0	0,0%	3	0,0%
	Keine Daten	3	0,0%	0	0,0%	3	0,0%

Anmerkung: Unter planmäßiger Behandlungsbeendigung werden regulär, vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis und planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsformen zusammengefasst.

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

Merkmal	kein Katamneseantworter			Katamneseantworter			Gesamt		
	N = 5.610			N = 5.983			N = 11.593		
	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N
Alter bei Aufnahme in Jahren	43,8	11,6	5.610	48,8	11,1	5.983	46,3	11,6	11.593
Abhängigkeitsdauer (alle) in Jahren	14,9	10,7	5.088	16,2	11,6	5.544	15,6	11,2	10.632
Abhängigkeitsdauer bei Patienten ohne bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlung in Jahren	12,8	10,2	3.103	14,3	11,3	3.696	13,6	10,8	6.799
Behandlungsdauer (alle) in Tagen	76,6	36,0	5.610	82,9	29,3	5.983	79,9	32,8	11.593
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung in Tagen	85,4	31,2	4.521	86,5	26,7	5.467	86,0	28,8	9.988

gigen“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1985, 1992, 2001). Alle im Jahr 2016 entlassenen Patienten¹ wurden zwölf Monate nach Beendigung ihrer Entwöhnungsbehandlung im Rahmen eines gleitenden Versandschemas angeschrieben mit der Bitte, den beiliegenden Katamnesebogen ausgefüllt zurückzusenden. Ein erstes Erinnerungsschreiben erfolgte nach drei, ein weiteres nach sechs Wochen. Erfolgte auch dann keine Antwort, wurde in einigen Fachkliniken versucht, den Patienten telefonisch zu erreichen, um in Anlehnung an einen Interviewleitfaden Katamneseantworter zu erhalten. Folgende Erhebungsinstrumente wurden eingesetzt:

- Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2012) bzw. klinikspezifisch angepasste Versionen;
- Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2012) mit dazugehörigem Katamneseprotokoll zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamneseerücklaufs.

Beim Entlassjahrgang 2016 wurden eine Basisdokumentation und eine Katamnese eingesetzt, die den überarbeiteten Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (DHS, 2008) abdecken. Hierbei wurde das Kriterium für „abstinent nach Rückfall“ von mindestens dreimonatiger (12 Wochen) durchgängiger Abstinenz zum Befragungszeitpunkt auf mindestens 30 Tage Abstinenz zum Befragungszeitpunkt reduziert. Da ergänzend zum Kerndatensatz das bisherige Kriterium im FVS weiter erhoben wird, muss auf die früheren Kriterien, für die auch Vergleichsdaten vorliegen, nicht verzichtet werden. Für den Entlassjahrgang 2016 wird primär das neue Kriterium herangezogen, es wurden aber auch Berechnungen mit dem alten Krite-

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

rium vorgenommen, um die Vergleichbarkeit im Längsschnitt der Jahre zu gewährleisten.

Als „abstinent“ wurden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol, zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als „abstinent nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer zum Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage, beziehungsweise drei Monate abstinent war. Als „rückfällig“ galten alle anderen Personen einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben.

Die Daten wurden von den beteiligten Einrichtungen jeweils in Form eines Datensatzes pro Patient in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt und zur statistischen Aufbereitung an Redline Data, Ahrensböök, weitergeleitet.

Beschreibung der Stichprobe

Alle im Zeitraum vom 01.01.2016 bis 31.12.2016 in den beteiligten Kliniken entlassenen Patienten bilden die Gesamtstichprobe mit insgesamt 12.779 stationären Maßnahmen. Der Datensatz der beteiligten Kliniken wurde vorab um Patienten mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“ (F63.0 N = 812), sonstigen Diagnosen (N = 101) und um Patienten ohne Einverständnis zum Versandzeitpunkt (N = 273) bereinigt. Es verblieben somit 11.593 Patienten in der Auswertung. Die soziodemographischen Daten sowie die Angaben zur Behandlung und zum Aufnahme- und Entlassstatus wurden mit der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2012) erfasst. In Tabelle 1 werden absolute und relative Häufigkeiten von Patienten- und Behandlungsmerkmalen für die Gesamtstichprobe, die Katamneseantworter und die Nichtantworter in der Katamnese aufgeführt (die jeweiligen Anteile ohne Daten in den Variablen sind in kursiv gesetzter Schrift mit ausgewiesen und in den Prozentangaben der einzelnen Kategorien herausgerechnet). In Tabelle 2 werden Mittelwerte berichtet.

Patientenmerkmale

71,6 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe waren männlichen, 28,4 Prozent weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter betrug in der Gesamtstichprobe 46,3 Jahre, 69,6 Prozent der Patienten waren älter als 40 Jahre. Insgesamt 32,0 Prozent der Patienten waren verheiratet, 44,4 Prozent lebten in einer festen Beziehung.

Bezüglich der Schulausbildung gaben insgesamt 3,7 Prozent an, keinen Schulabschluss zu haben, 38,8 Prozent hatten einen Sonder- oder Hauptschulabschluss erreicht, 56,8 Prozent einen darüberhinausgehenden Abschluss.

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit am Tag vor der Aufnahme standen 40,5 Prozent der Patienten in einem Arbeitsverhältnis, 40,6 Prozent waren erwerbslos und 18,9 Prozent fielen unter die Kategorie Nicht-Erwerbspersonen (Hausfrauen, Rentner, Schüler, Studenten etc.).

Behandlungsmerkmale

Der Hauptanteil mit 66,4 Prozent der Vermittlungen erfolgte durch Suchtberatungsstellen. Durch Krankenhäuser wurden 19,7 Prozent der Patienten vermittelt. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten hatten einen Vermittlungsanteil von 2,5 Prozent. Arbeitgeber/Betriebe/Schulen waren in 1,9 Prozent der Fälle die Überweisenden und Leistungsträger wiesen 1,8 Prozent der Patienten zu. Ohne Vermittlung kamen 2,4 Prozent der Patienten in die Behandlung, sonstige Vermittler wurden in 4,8 Prozent der Fälle genannt.

Die Behandlungen wurden überwiegend von den Rentenversicherungsträgern getragen (83,3 Prozent). In 14,3 Prozent der Fälle war eine gesetzliche Krankenversicherung der Leistungsträger, 1,3 Prozent der Patienten waren Selbstzahler und in 0,3 Prozent der Fälle wurden die Kosten von der Sozial-/Jugendhilfe übernommen. Sonstige Leistungsträger hatten einen Anteil von 0,9 Prozent.

Es hatten 90,6 Prozent (N = 10.508) der Patienten in der Hauptdiagnose eine Störung

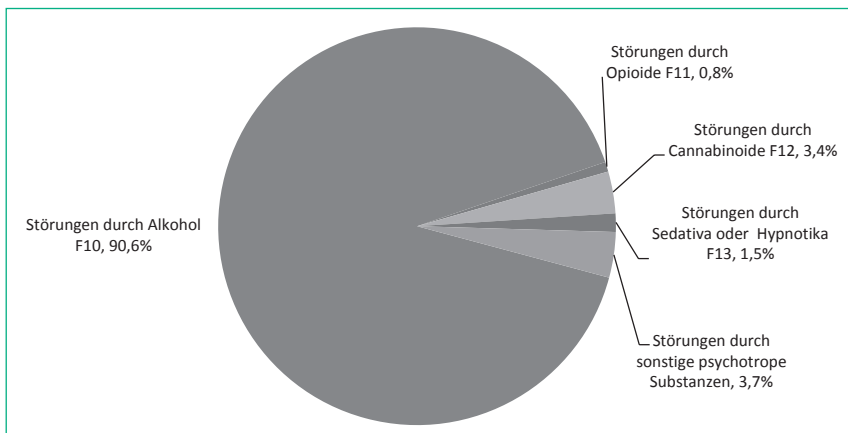


Abbildung 1: Hauptsuchtmitteldiagnose (N = 11.593)

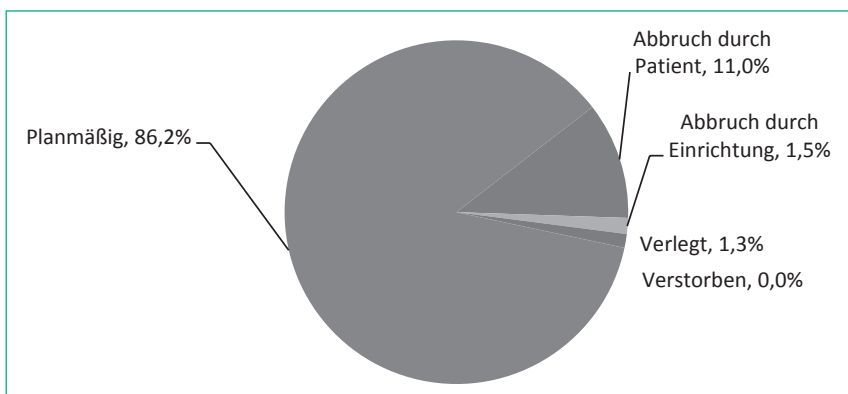


Abbildung 2: Art der Behandlungsbeendigung (N = 11.593)

durch Alkohol (ICD-10, F10). Bei den übrigen Patienten (vgl. Abbildung 1) hatten 3,4 Prozent Störungen durch Cannabis (ICD-10, F12), 1,5 Prozent zeigten Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10, F13) und 0,8 Prozent durch Opioide (ICD-10, F11). Andere Hauptdiagnosen nach ICD-10 (F14, F15, F16, F17, F18, F19) wurden bei 3,7 Prozent der Patienten vergeben.

Die mittlere Dauer der Abhängigkeit bei Beginn der Behandlung lag bei 15,6 Jahren. Bei erstbehandelten Patienten, d.h. bei Patienten ohne bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlung, lag die mittlere Dauer der Abhängigkeit bei 13,6 Jahren. Der überwiegende Teil der Gesamtstichprobe (78,0 Prozent) hatte in der Vorgeschichte mindestens eine Entzugsbehandlung absolviert. Über ein Drittel der Patienten der Gesamtstichprobe (37,3 Prozent) kann mindestens eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, aber nur 5,1 Prozent mindestens eine ambulante Entwöhnung in der Vorgeschichte vorweisen.

Die Beendigung der stationären Abhängigkeitsbehandlung erfolgte für 86,2 Prozent planmäßig. 11,0 Prozent der Patienten brachen ihre Behandlung ab. Bei 1,5 Prozent wurde die Therapie durch die Einrichtung beendet. In andere Einrichtungen verlegt wurden 1,3 Prozent der Patienten (Abbildung 2).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag für die Gesamtstichprobe bei 79,9 Tagen (für planmäßig entlassene Patienten: 86,0 Tage).

Vergleich der Gesamtstichprobe mit der Stichprobe der Katamneseantworter

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

Tabelle 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

Ergebnisse zum Datenrücklauf	Anzahl	Prozent
Abstinenter	3.342	28,8%
Abstinenter nach Rückfall (30 Tagen)	1.127	9,7%
Rückfällig	1.459	12,6%
Widersprüchliche Informationen	55	0,5%
Verweigert	164	1,4%
Verstorben	142	1,2%
Unbekannt verzogen	1.458	12,6%
Unfähig zur Beantwortung	42	0,4%
Sonstiges/Nichtantworter	3.804	32,8%
Gesamt	11.593	100,0%

Zusammenfassend weist die Stichprobe der Katamneseantworter im Vergleich zur Gesamtstichprobe folgende nennenswerte Unterschiede auf: mehr weibliche und mehr ältere Patienten, mehr Patienten in fester Beziehung, mehr verheiratete Patienten, mehr erwerbstätige und weniger erwerbslose Patienten, mehr Patienten mit der Hauptsuchtmitteldiagnose Alkoholabhängigkeit, mehr Patienten ohne bisherige stationäre Entwöhnungsbehandlung, mehr Patienten mit planmäßiger Behandlungsbeendigung und dadurch bedingt eine höhere mittlere Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen und eine höhere mittlere Behandlungsdauer bei allen Entlassungsformen.

Katamneseergebnisse

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse zum Datenrücklauf der Katamnese. Die Ausschöpfungsquote, beträgt für den Entlassungsjahr 2016 – sofern nur Katamneseantworter (Kategorien „abstinenter“, „abstinenter nach Rückfall“, „rückfällig“ und „widersprüchliche Informationen“) berücksichtigt werden – 51,6 Prozent (Vorjahr: 52,0 Prozent). Berücksichtigt man alle Patienten, für die eine Katamneseinformation vorliegt (N = 6.125), ergibt sich eine Ausschöpfungsquote von 52,8 Prozent.

Bei 1,2 Prozent (N = 142) der Patienten wurde in Erfahrung gebracht, dass sie in der Zwischenzeit verstorben sind, 1,4 Prozent der ehemaligen Patienten verweigerten die Teilnahme an der Befragung, 0,4 Prozent der Patienten waren unfähig zur Beantwortung.

Als Antworterstichprobe wurden die Katamneseantworter mit den Kategorien „abstinenter“, „abstinenter nach Rückfall“, „rückfällig“ und „widersprüchliche Informationen“ in den Katamneseprotokollbögen definiert. Dies sind 5.983 ehemalige Patienten und 51,6 Prozent der Ausgangsstichprobe.

Von diesen 5.983 Datensätzen der Antworterstichprobe beruhen 83,4 Prozent auf schriftlichen Katamneseangaben durch

den Patienten, 11,0 Prozent auf telefonischen Angaben durch den Patienten, 0,5 Prozent durch Online-Katamnesen und 4,7 Prozent auf sonstigen Angaben des Patienten. In 0,5 Prozent der Fälle wurde dieses Datenfeld nicht ausgefüllt.

Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese

Zum Katamnesezeitpunkt waren 40,9 Prozent der Antworter verheiratet, zu Therapiebeginn waren es 39,3 Prozent. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten.

Die Quote der erwerbstätigen Katamneseantworter stieg von 46,2 Prozent bei Therapiebeginn auf 54,3 Prozent zum Katamnesezeitpunkt deutlich an. Die Zahl der erwerbslosen Katamneseantworter sank von 33,3 Prozent auf 22,9 Prozent zum Katamnesezeitpunkt deutlich um 10,4 Prozent. Demgegenüber erhöhte sich die Quote der Nicht-Erwerbstätigen von 20,5 Prozent auf 22,8 Prozent. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf Datensätze mit Angaben zu beiden Zeitpunkten.

Der Vergleich der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der Behandlung und im Jahr nach der Behandlung zeigt eine Zunahme des Anteils der ehemaligen Patienten ohne jegliche Arbeitsunfähigkeit von 31,8 Prozent um 22,4 Prozent auf 54,2 Prozent im Katamnesezeitraum. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten bis 3 Monate nehmen um 11,0 Prozent und die bis 6 Monate um 11,7 Prozent ab. Demgegenüber nahmen die Arbeitsunfähigkeitszeiten über 6 Monate leicht um 0,2 Prozent zu. Die Prozentangaben beziehen sich ausschließlich auf Datensätze mit Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsdauern zu beiden Zeitpunkten.

Bei der Erfassung des Besuchs von Selbsthilfegruppen wurden Angaben zur Dauer innerhalb des Katamneseintervalls erhoben. Kein Selbsthilfegruppenbesuch wurde von 38,1 Prozent der Katamneseantworter angegeben. 31,1 Prozent der Katamneseantworter berichten über einen Selbsthilfegruppenbesuch während des gesamten Katamnesezeitraumes, mindestens ein halbes Jahr lang hatten 14,1 Prozent und weniger als ein halbes Jahr lang hatten 16,7 Prozent eine Selbsthilfegruppe besucht. Zudem wurde der Besuch von Beratungsstellen im Rahmen einer Suchtnachtsorge von beinahe einem Fünftel (18,6 Prozent) der Katamnesenantworter angegeben.

Abstinenzquoten

Zur Berechnung der Abstinenzquoten wurden die Berechnungsformen 1 – 4 nach den Standards der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 1985, 1992, 2001) verwendet. Nach **Berechnungsform 1** werden alle erreichten Pati-

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

		Katamneseantworter			
		N = 5.983			
		Katamnesezeitpunkt		Therapiebeginn	
Merkmal	Kategorien	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Familienstand (N = 3.952)	Verheiratet	1.616	40,9%	1.555	39,3%
	Nicht verheiratet	2.336	59,1%	2.397	60,7%
Erwerbssituation (N = 5.772)	Erwerbstätig	3.133	54,3%	2.666	46,2%
	Erwerbslos	1.321	22,9%	1.920	33,3%
	Nicht erwerbstätig	1.318	22,8%	1.186	20,5%
Arbeitsunfähigkeit (N = 2.911)	Keine Arbeitsunfähigkeit	1.578	54,2%	925	31,8%
	< 3 Monate	824	28,3%	1.143	39,3%
	< 6 Monate	189	6,5%	530	18,2%
	> 6 Monate	320	11,0%	313	10,8%
Selbsthilfegruppenbesuch (N = 3.986)	Nein, keine Selbsthilfegruppe besucht	1.520	38,1%		
	Während des gesamten Zeitraums	1.238	31,1%		
	Mindestens ein halbes Jahr lang	562	14,1%		
	Weniger als ein halbes Jahr lang	666	16,7%		
Beratungsstellenbesuch Nachsorge (N = 3.571)	Ja	663	18,6%		
	Nein	2.908	81,4%		

enten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen wurden, einbezogen. Die **Berechnungsform 2** bezieht sich auf alle planmäßig entlassenen Patienten. In **Berechnungsform 3** werden die Angaben aller in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten berücksichtigt. Bezugsbasis für die konservativste **Berechnungsform 4** sind alle in 2015 entlassenen Patienten. Personen, für die keine oder widersprüchliche Katamneseinformationen vorliegen, werden hiernach als rückfällig gewertet. Darunter fallen auch die Unterkategorien „unbekannt verzogen“, „verweigert“, „nicht geantwortet“, „verstorben“ und „unfähig zur Beantwortung“.

Während die Berechnung nach DGSS 1 eine Überschätzung des Behandlungserfolges beinhaltet, ist nach DGSS 4 mit einer Unterschätzung zu rechnen. Um sich dem „wahren“ Wert des Behandlungserfolges anzunähern, wird derzeit eine breit angelegte Nichtantworterstudie (Effektivität der stationären Alkoholentwöhnung – Was ist mit katamnestic Non-Respondern?) von der Charité, Institut für medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Abt. Rehabilitationsforschung durchgeführt, welche vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird.

Zur Darstellung des Therapieerfolgs wird zudem die katamnestic Erfolgsquote berechnet. Die katamnestic Erfolgsquote wird aus der Summe der Quoten der

beiden Erfolgskategorien „abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“ gebildet.

Tabelle 5a zeigt die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe, Tabelle 5b stellt die Ergebnisse einer Teilstichprobe von 22 Einrichtungen (Einrichtungen mit einer Ausschöpfungsquote von mindestens 45 Prozent) nach den Bewertungsarten 1 – 4 der DGSS inklusive der verstorbenen Patienten dar. Die in der Regel günstigste Berechnungsform 1 bezieht sich auf die Anzahl der Katamneseantworter, die ihre Behandlung planmäßig beendet haben. Zur Berechnung der Erfolgskategorie „abstinent nach Rückfall“ wurde nach dem Kriterium „nach einem Rückfall zum Katamnesezeitpunkt mindestens wieder 30 Tage durchgehend abstinent“ ausgewertet.

Im Folgenden werden die katamnestic Erfolgsquoten für die Gesamtstichprobe (in Klammern für die Teilstichprobe von 22 Einrichtungen mit einer Ausschöpfungsquote von mindestens 45 Prozent) beschrieben. Bezogen auf die Gesamtstichprobe der Patienten inklusive der verstorbenen Patienten ergibt sich eine katamnestic Erfolgsquote („abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“) nach DGSS 4 von 38,5 Prozent (39,9 Prozent). Es lebten im gesamten Katamnesezeitraum 28,8 Prozent (29,7 Prozent) der Patienten abstinent, 9,7 Prozent (10,2 Prozent) abstinent nach Rückfall. Die weiteren 61,5 Prozent (60,1 Prozent) wurden in der konservativen Schätzung als

Tabelle 5a: Abstinenzquoten nach DGSS 1 - 4 (neu „Abstinenz nach Rückfall 30 Tage“) der Gesamtstichprobe

	DGSS 1 (N = 5.467)		DGSS 2 (N = 9.988)		DGSS 3 (N = 5.983)		DGSS 4 (N = 11.593)	
Katamnestiche Erfolgsquote	4.189	76,6%	4.189	41,9%	4.469	74,7%	4.469	38,5%
Abstinent	3.178	58,1%	3.178	31,8%	3.342	55,9%	3.342	28,8%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	1.011	18,5%	1.011	10,1%	1.127	18,8%	1.127	9,7%
Rückfällig			1.230	12,3%			1.459	12,6%
Rückfällig per Definition			4.569	45,7%			5.665	48,9%
Rückfällig gesamt	1.278	23,4%	5.799	58,1%	1.514	25,3%	7.124	61,5%

Tabelle 5b: Abstinenzquoten nach DGSS 1 - 4 (neu „Abstinenz nach Rückfall 30 Tage“) der Teilstichprobe von 22 Einrichtungen (Rücklaufquote ≥ 45 %)

	DGSS 1 (N = 4.734)		DGSS 2 (N = 8.427)		DGSS 3 (N = 5.164)		DGSS 4 (N = 9.681)	
Katamnestiche Erfolgsquote	3.636	76,8%	3.636	43,1%	3.865	74,8%	3.864	39,9%
Abstinent	2.741	57,9%	2.741	32,5%	2.880	55,8%	2.880	29,7%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	895	18,9%	895	10,6%	984	19,1%	984	10,2%
Rückfällig			1.061	12,6%			1.258	13,0%
Rückfällig per Definition			3.730	44,3%			4.559	47,1%
Rückfällig gesamt	1.098	23,2%	4.791	56,9%	1.300	25,2%	5.817	60,1%

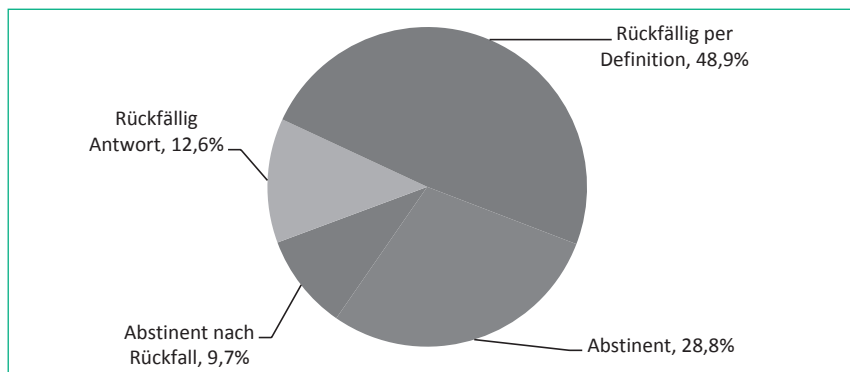


Abbildung 3: Abstinenzquote nach konservativer Berechnungsart nach DGSS 4 inkl. Verstorbene (neu „Abstinent nach Rückfall 30 Tage“)

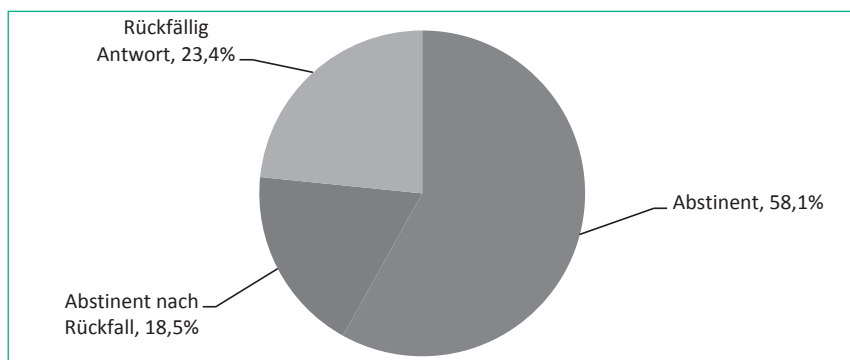


Abbildung 4: Abstinenzquote nach DGSS 1 inkl. Verstorbene (neu „Abstinent nach Rückfall 30 Tage“)

rückfällig eingestuft (vgl. Abbildung 3). Die 61,5 Prozent (60,1 Prozent) rückfälligen Patienten setzten sich aus 12,6 Prozent (13,0 Prozent) „rückfällig per Katamneseantwort“ und 48,9 Prozent (47,1 Prozent) „rückfällig per Definition“ zusammen.

In der Berechnungsform 1 nach DGSS, bei der nur die erreichten Patienten (Katamneseantworter), welche die Behandlung planmäßig beendet haben, einbezogen werden, ergab sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 76,6 Prozent (76,8 Prozent). Danach lebten im gesamten Katamnesezeitraum 58,1

Prozent (57,9 Prozent) der Patienten durchgehend abstinent, 18,5 Prozent (18,9 Prozent) abstinent nach Rückfall und die anderen 23,4 Prozent (23,2 Prozent) wurden als rückfällig eingestuft (Abbildung 4).

Untersucht man das alte Kriterium „abstinent nach Rückfall, mit mindestens dreimonatiger Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt“, so sind grundsätzlich ungünstigere Ergebnisse zu erwarten. Diese sind in Tabelle 6a und 6b dargestellt.

Ein Vergleich der katamnestiche Erfolgsquoten mit neuer vs. alter Berechnungsform zeigt nachfolgende Ergebnisse: 76,6 Prozent vs. 70,9 Prozent bei DGSS 1, 41,9 Prozent vs. 38,8 Prozent bei DGSS 2, 74,7 Prozent vs. 68,8 Prozent bei DGSS 3 und 38,5 Prozent vs. 35,5 Prozent bei DGSS 4.

Alle nachfolgenden Ausführungen beziehen sich vorrangig auf die Gesamtstichprobe nach neuer Berechnungsform.

Katamnestiche Erfolgsquoten nach DGSS 1 – 4 nach Geschlecht und Behandlungsdauern

Die katamnestiche Erfolgsquoten für Frauen liegen nach allen vier Berechnungsmethoden über denen der Männer. Die Unterschiede betragen bei DGSS 1 1,3 Prozent, bei DGSS 2 5,0 Prozent, bei DGSS 3 1,7 Prozent und bei DGSS 4 5,4 Prozent. Die Ergebnisse von DGSS 2 und 4 weisen zudem auf die höhere Answerquote von Frauen hin.

Tabelle 8 stellt den Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg dar. Demnach weisen Patienten mit einer Behandlungsdauer von bis zu 12 vollendeten Behandlungswochen eine ka-

Tabelle 6a: Abstinenzquoten nach DGSS 1 - 4 (alt „Abstinenz nach Rückfall 3 Monate“) der Gesamtstichprobe

	DGSS 1 (N = 5.467)		DGSS 2 (N = 9.988)		DGSS 3 (N = 5.983)		DGSS 4 (N = 11.593)	
Katamnestiche Erfolgsquote	3.877	70,9%	3.877	38,8%	4.118	68,8%	4.118	35,5%
Abstinent	3.174	58,1%	3.174	31,8%	3.338	55,8%	3.338	28,8%
Abstinent nach Rückfall (3 Monate)	703	12,9%	703	7,0%	780	13,0%	780	6,7%
Rückfällig			1.539	15,4%			1.805	15,6%
Rückfällig per Definition			4.572	45,8%			5.670	48,9%
Rückfällig gesamt	1.590	29,1%	6.111	61,2%	1.865	31,2%	7.475	64,5%

Tabelle 6b: Abstinenzquoten nach DGSS 1 - 4 (alt „Abstinenz nach Rückfall 3 Monate“) der Teilstichprobe von 22 Einrichtungen (Rücklaufquote ≥ 45 %)

	DGSS 1 (N = 4.734)		DGSS 2 (N = 8.427)		DGSS 3 (N = 5.164)		DGSS 4 (N = 9.681)	
Katamnestiche Erfolgsquote	3.364	71,1%	3.364	39,9%	3.563	69,0%	3.563	36,8%
Abstinent	2.735	57,8%	2.735	32,5%	2.873	55,6%	2.873	29,7%
Abstinent nach Rückfall (3 Monate)	629	13,3%	629	7,5%	690	13,4%	690	7,1%
Rückfällig			1.330	15,8%			1.554	16,1%
Rückfällig per Definition			3.733	44,3%			4.564	47,1%
Rückfällig gesamt	1.370	28,9%	5.063	60,1%	1.601	31,0%	6.118	63,2%

katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 33,3 Prozent auf, Patienten, die über 16 Wochen behandelt wurden, waren in 39,6 Prozent der Fälle zum Befragungszeitpunkt „abstinent“ oder „abstinent nach Rückfall“. Die höchste katamnestiche Erfolgsquote weist das Behandlungsdauerintervall von über 12 Wochen bis 16 Wochen auf, nämlich 43,5 Prozent. Für die Stichprobe der Katamnesticheantworter (DGSS 3) ergibt sich mit 77,3 Prozent die

höchste katamnestiche Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer von über 16 Wochen (bis 12 Wochen 71,2 Prozent, über 12 bis 16 Wochen 76,8 Prozent). In den Stichproben der planmäßig entlassenen Patienten (DGSS 2) und den planmäßig entlassenen Patienten, die geantwortet haben (DGSS 1), liegen jeweils die höchsten katamnestiche Erfolgsquoten mit 44,2 Prozent und 77,3 Prozent in der Behandlungsdauerklasse „über 12 bis 16 Wochen“ (Bei

einer Behandlungsdauer von über 16 Wochen zeigt sich bei DGSS 1 ebenso eine katamnestiche Erfolgsquote von 77,3 Prozent.)

Es ist davon auszugehen, dass mit einer Zunahme des Schweregrads der Erkrankung bzw. der Multimorbidität und des Teilhabebedarfs auch die Behandlungsdauern ansteigen. Dies näher zu untersuchen, bedarf detaillierter Analysen.

Tabelle 7: Abstinenzquoten nach Geschlecht nach DGSS 1 - 4 (Prozentangaben)

	DGSS 1 (N = 5.467)		DGSS 2 (N = 9.988)		DGSS 3 (N = 5.983)		DGSS 4 (N = 11.593)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Katamnestiche Erfolgsquote	76,2%	77,5%	40,5%	45,5%	74,2%	75,9%	37,0%	42,4%
Abstinent	58,4%	57,4%	31,0%	33,8%	56,0%	55,6%	27,9%	31,1%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	17,8%	20,0%	9,5%	11,8%	18,2%	20,3%	9,1%	11,3%
Rückfällig gesamt	23,8%	22,5%	59,5%	54,5%	25,8%	24,1%	63,0%	57,6%

Tabelle 8: Abstinenzquoten in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer nach DGSS 1 - 4 (Prozentangaben)

	DGSS 1 (N = 5.467)			DGSS 2 (N = 9.988)			DGSS 3 (N = 5.983)			DGSS 4 (N = 11.493)		
	Bis 12 Wochen	Über 12 bis 16 Wochen	Über 16 Wochen	Bis 12 Wochen	Über 12 bis 16 Wochen	Über 16 Wochen	Bis 12 Wochen	Über 12 bis 16 Wochen	Über 16 Wochen	Bis 12 Wochen	Über 12 bis 16 Wochen	Über 16 Wochen
Katamnestiche Erfolgsquote	75,3%	77,3%	77,3%	39,8%	44,2%	40,1%	71,2%	76,8%	77,3%	33,3%	43,5%	39,6%
Abstinent	56,6%	60,4%	54,3%	29,9%	34,5%	28,2%	51,8%	59,8%	54,2%	24,2%	33,9%	27,8%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	18,7%	16,9%	23,0%	9,9%	9,7%	11,9%	19,3%	17,1%	23,1%	9,0%	9,7%	11,8%
Rückfällig gesamt	24,7%	22,7%	22,7%	60,2%	55,8%	59,9%	28,8%	23,2%	22,7%	66,7%	56,5%	60,4%

Katamnestiche Erfolgsquoten nach DGSS 1 – 4 nach Hauptsuchtmittel-diagnose

In Tabelle 9a und 9b ist der Zusammenhang von Hauptsuchtmittel-diagnose und Behandlungserfolg dargestellt.

Die Hauptsuchtmittel-diagnose Störungen durch Alkohol hat in allen Berechnungsformen DGSS 1 mit 77,2 Prozent, DGSS 2 mit 43,2 Prozent, DGSS 3 mit 75,3 Prozent und DGSS 4 mit 40,0 Prozent die jeweils höchsten Behandlungserfolgsquoten. Die geringsten Behandlungserfolgsquoten zeigen sich bei den sonstigen Hauptsuchtmittel-diagnosen in den Berechnungsformen DGSS 1 mit 62,1 Prozent und DGSS 3 mit 60,9 Prozent sowie bei der Hauptsuchtmittel-diagnose Störungen durch Cannabinoide bei DGSS 2 mit 24,3 Prozent und DGSS 4 mit 21,4 Prozent.

Die dargestellten Ergebnisse sind aufgrund der geringen Fallzahlen der Hauptsuchtmittel-diagnosen Störungen durch Opiode, Störungen durch Cannabinoide, Störungen durch Sedativa und Hypnotika und Störungen durch sonstige Suchtmittel-diagnosen jedoch nur sehr eingeschränkt belastbar. Zudem werden in dieser Darstellung die vorhandenen Sucht-Nebendiagnosen und die psychische und somatische Komorbidität nicht berücksichtigt.

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

Die nachfolgende Tabelle 10 zeigt Therapieerfolgsquoten bezüglich relevanter Patienten- und Behandlungsmerkmale zum Aufnahme- bzw. Entlasszeitpunkt der Behandlung. Dargestellt sind die Erfolgsquoten für die beiden Berechnungsformen DGSS 3 und DGSS 4 (für die Variable Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung: DGSS 1 und DGSS 2). Mit Ausnahme des Effekts des Geschlechts bei DGSS 3, der Abhängigkeitsdauer bei DGSS 4 und der Behandlungsdauer bei DGSS 1 konnten alle Unterschiede über einen Chi-Quadratstest statistisch abgesichert werden.

Im Folgenden sind jeweils die Erfolgsquoten nach DGSS 3 bzw. in Klammer gesetzt nach DGSS 4 beschrieben:

- 75,9 (42,4) Prozent der Frauen waren ein Jahr nach Therapieende „erfolgreich“ (abstinent bzw. abstinent nach Rückfall). Bei Männern waren 74,2 (37,0) Prozent erfolgreich.
- Patienten in der Gruppe bis 40 Jahre haben nur eine Erfolgsquote von 71,1 (26,8) Prozent, während die über 40-Jährigen eine Erfolgsquote von 75,7 (43,7) Prozent erreichen.
- Patienten, die bei Therapiebeginn nicht

in einer festen Partnerschaft leben, waren mit 70,4 (32,8) Prozent deutlich weniger erfolgreich als Patienten, die aus einer festen Beziehung kommen, mit 78,9 (45,9) Prozent.

- Von den zu Therapiebeginn erwerbstätigen Patienten waren nach einem Jahr 79,5 (46,7) Prozent als erfolgreich zu bezeichnen. Dies traf hingegen nur für 67,8 (29,1) Prozent der bei Therapiebeginn erwerbslosen, aber für 75,6 (42,4) Prozent der zu Therapiebeginn nicht-erwerbstätigen Patienten zu.
- In der Berechnungsform DGSS 3 (DGSS 4) weisen Patienten mit einer Abhängigkeitsdauer von bis zu zehn Jahren mit 78,1 (39,6 Prozent) eine höhere Therapieerfolgsquote als Patienten mit einer Abhängigkeitsdauer von über zehn Jahren mit 72,5 (38,6 Prozent) auf.
- Patienten ohne psychische Diagnosen sind mit Erfolgsquoten von 77,0 Prozent (DGSS 3) und 40,1 Prozent (DGSS 4) deutlich erfolgreicher als Patienten mit einer oder mehreren psychischen Diagnosen mit 72,3 Prozent und 36,9 Prozent.
- Patienten, die vor Therapiebeginn keine beziehungsweise nur eine Entgiftungsbehandlung aufwiesen, hatten größere Erfolgsaussichten mit 75,7 (40,3) Prozent bzw. 79,3 (44,7) Prozent als Patienten mit wiederholten Entgiftungsbehandlungen mit 71,1 (34,2) Prozent.

Tabelle 9a: Abstinenzquoten in Abhängigkeit von der Hauptsuchtmittel-diagnose nach DGSS 1 und 2 (Prozentangaben)

	DGSS 1 (N = 5.467)					DGSS 2 (N = 9.988)				
	Hauptsuchtmittel-diagnose (zusammengefasst)					Hauptsuchtmittel-diagnose (zusammengefasst)				
	Alkohol	Opiode	Cannabis	Sedativa, Hypnotika	sonstige	Alkohol	Opiode	Cannabis	Sedativa, Hypnotika	sonstige
	N = 5.107	N = 49	N = 108	N = 63	N = 140	N = 9.125	N = 82	N = 304	N = 131	N = 346
Katamnestiche Erfolgsquote	77,2%	71,4%	68,5%	76,2%	62,1%	43,2%	42,7%	24,3%	36,6%	25,1%
Abstinent	59,0%	57,1%	44,4%	58,7%	38,6%	33,0%	34,1%	15,8%	28,2%	15,6%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	18,3%	14,3%	24,1%	17,5%	23,6%	10,2%	8,5%	8,6%	8,4%	9,5%
Rückfällig gesamt	22,8%	28,6%	31,5%	23,8%	37,9%	56,8%	57,3%	75,7%	63,4%	74,9%

Tabelle 9b: Abstinenzquoten in Abhängigkeit von der Hauptsuchtmittel-diagnose nach DGSS 3 und 4 (Prozentangaben)

	DGSS 3 (N = 5.983)					DGSS 4 (N = 11.593)				
	Hauptsuchtmittel-diagnose (zusammengefasst)					Hauptsuchtmittel-diagnose (zusammengefasst)				
	Alkohol	Opiode	Cannabis	Sedativa, Hypnotika	sonstige	Alkohol	Opiode	Cannabis	Sedativa, Hypnotika	sonstige
	N = 5.575	N = 51	N = 127	N = 74	N = 156	N = 10.508	N = 95	N = 393	N = 172	N = 425
Katamnestiche Erfolgsquote	75,3%	72,5%	66,1%	74,3%	60,9%	40,0%	38,9%	21,4%	32,0%	22,4%
Abstinent	56,7%	58,8%	42,5%	52,7%	36,5%	30,1%	31,6%	13,7%	22,7%	13,4%
Abstinent nach Rückfall (30 Tage)	18,6%	13,7%	23,6%	21,6%	24,4%	9,9%	7,4%	7,6%	9,3%	8,9%
Rückfällig gesamt	24,7%	27,5%	33,9%	25,7%	39,1%	60,0%	61,1%	78,6%	68,0%	77,6%

Tabelle 10: Relevante Patienten- und Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg

Variable	Kategorie	Therapieerfolg (abstinent und abstinent nach Rückfall) in Prozent			
		DGSS 3 (N = 5.983)	P	DGSS 4 (N = 11.593)	P
Geschlecht	Männlich	74,2%	0,16	37,0%	0,00**
	Weiblich	75,9%		42,4%	
Alter	Bis 40	71,1%	0,00**	26,8%	0,00**
	Über 40	75,7%		43,7%	
Partnerbeziehung	Keine feste Partnerschaft	70,4%	0,00**	32,8%	0,00**
	Feste Partnerschaft	78,9%		45,9%	
Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Erwerbstätig	79,5%	0,00**	46,7%	0,00**
	Erwerbslos	67,8%		29,1%	
	Nicht erwerbstätig	75,6%		42,4%	
Abhängigkeitsdauer	Bis 10 Jahre	78,1%	0,00**	39,6%	0,32
	Über 10 Jahre	72,5%		38,6%	
Psychische Komorbidität	Keine psych. Diagnose	77,0%	0,00**	40,1%	0,00**
	Mind. eine psych. Diagnose	72,3%		36,9%	
Entgiftungen	Keine Entgiftungen	75,7%	0,00**	40,3%	0,00**
	Eine Entgiftung	79,3%		44,7%	
	Zwei und mehr Entgiftungen	71,1%		34,2%	
Stationäre Entwöhnungen	Keine stat. Entwöhnung	77,3%	0,00**	41,8%	0,00**
	Eine stat. Entwöhnung	72,3%		35,7%	
	Zwei und mehr stat. Entwöhnungen	65,4%		29,4%	
Entlassungsart	Planmäßig	76,6%	0,00**	41,9%	0,00**
	Nicht planmäßig	54,3%		17,5%	
Variable	Kategorie	DGSS 1 (N = 5.467)	p	DGSS 2 (N = 9.988)	p
Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung	Bis 12 Wochen	75,3%	0,25	39,8%	0,00**
	Über 12 bis 16 Wochen	77,3%		44,2%	
	Über 16 Wochen	77,3%		40,1%	

Anmerkung:
(Chi-Quadratstest nach Pearson, p = asymptotische Signifikanz zweiseitig, *p < 0,05; **p < 0,01)

- Patienten mit bisher keiner stationären Entwöhnung hatten mit einer Erfolgsquote von 77,3 (41,8) Prozent höhere Erfolgsaussichten als Patienten mit bisher einer stationären Entwöhnungsbehandlung mit 72,3 (35,7) Prozent bzw. mehr als einer stationären Entwöhnungsbehandlung mit 65,4 (29,4) Prozent.
- Patienten mit planmäßigem Abschluss der Therapie schnitten mit 76,6 (41,9) Prozent Therapieerfolg deutlich besser ab als Patienten, bei denen dies nicht zutrif. Nicht planmäßig entlassene Patienten waren nur zu einem Anteil von 54,3 (17,5) Prozent erfolgreich bezüglich der Aufrechterhaltung der Abstinenz.
- Bezieht man die katamnestiche Erfolgsquote der Gesamtstichprobe auf Behand-

lungsdauerklassen bei planmäßigen Entlassungen (DGSS 2), so weisen Patienten mit einer Behandlungsdauer von 12 bis 16 Wochen mit 44,2 Prozent die höchsten Erfolgsquoten auf. Patienten, die eine Behandlung von bis zu 12 Wochen aufweisen, haben eine katamnestiche Erfolgsquote von 39,8 Prozent. Bei über 16 Wochen Behandlungsdauer beträgt die Erfolgsquote 40,1 Prozent.

- Die Erfolgsquoten der Katamnesticheantworter mit planmäßiger Entlassung (DGSS 1) weisen in den beiden Behandlungsdauerkategorie über 12 bis 16 Wochen und über 16 Wochen die höchste Erfolgsquote mit 77,3 Prozent auf – bei einer Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen liegt die Erfolgsquote bei 75,3 Prozent.

Damit bestätigen sich im Wesentlichen die Ergebnisse von Zemlin et al. (1999) sowie Kufner, Feuerlein und Huber (1988), wonach insbesondere Merkmale der sozialen und beruflichen Stabilität prognostisch äußerst bedeutsam sind.

Zufriedenheitseinstufungen

Die nachfolgenden Bewertungen der Katamnesticheantworter zur Zufriedenheit in relevanten Lebensbereichen zum Katamnestichezeitpunkt (vgl. Tabelle 11) wurden mit einer sechsstufigen Skala mit den Polen „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ erhoben und zu zwei Kategorien („eher zufrieden bis sehr zufrieden“ und „eher unzufrieden bis sehr unzufrieden“) zusammengefasst. Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf die Katamnesticheantworter mit Angaben zu den Zufriedenheitseinstufungen.

Die Quote der Katamnesticheantworter, die mit der Wohnsituation zufrieden waren, beträgt 88,4 Prozent. In Bezug auf die Suchtmittelabstinenz sind 80,0 Prozent zufrieden. Mit Eltern und Geschwistern sind 84,8 Prozent zufrieden, mit Bekannten und Freunden 84,6 Prozent, mit ihrer Alltagsbewältigung 84,3 Prozent, mit der Freizeitgestaltung 81,1 Prozent, mit dem seelischen Zustand 74,7 Prozent, mit der körperlichen Gesundheit 74,0 Prozent, mit der finanziellen Situation 71,3 Prozent, mit der Arbeitssituation 68,6 Prozent, mit der Partnersituation 65,7 Prozent und mit den eigenen Kindern 56,0 Prozent.

Tabelle 11 beschreibt auch Zufriedenheitseinstufungen über die unterschiedlichen Lebensbereiche der Katamnesticheantworter im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. Die Kategorien, die die Erfolgsquote ausmachen, „abstinent“ und „abstinent nach Rückfall“, wurden auf Basis der Katamnesticheantworter mit entsprechenden Angaben zusammengefasst.

Abstinent lebende Patienten sind ein Jahr nach Behandlungsende in allen Lebenssituationen deutlich zufriedener als rückfällige Patienten. Vergleicht man die Zufriedenheit von abstinent und abstinent nach Rückfall lebenden Patienten mit der Zufriedenheit von rückfälligen Patienten, so ergeben sich die nachfolgend aufgeführten Werte. Die Zahlen für die rückfälligen Patienten stehen jeweils in Klammern hinter der Zufriedenheitsquote bei den Patienten der Kategorie abstinent und abstinent nach Rückfall. Mit der Suchtmittelabstinenz sind 91,7 (37,8) Prozent, mit der Wohnsituation 91,3 (77,0) Prozent, mit der Alltagsbewältigung 90,6 (58,6) Prozent, mit dem Bekanntenkreis 89,2 (65,9) Prozent, mit Eltern, Geschwister und Verwandten 89,1 (66,9) Prozent und mit der Freizeitgestaltung 87,3 (55,1) Prozent der Patienten zufrieden. In Bezug auf die seelische Gesundheit sind 82,6 (42,6) Prozent, auf die körperliche Gesundheit 80,5 (47,5) Prozent, mit der finan-

Tabelle 11: Zufriedenheit in Abhängigkeit von Therapieerfolg (Prozentangaben)

Zufriedenheit mit	N	Therapieerfolg		
		Abstinenz + abstinenz nach Rückfall	Rückfall	Gesamt
Suchtmittelgebrauch	3.043	91,7%	37,8%	80,0%
Wohnsituation	3.550	91,3%	77,0%	88,4%
Alltagsbewältigung	3.525	90,6%	58,6%	84,3%
Bekannte, Freunde	3.607	89,2%	65,9%	84,6%
Eltern, Geschwister, Verwandte	3.471	89,1%	66,9%	84,8%
Freizeitgestaltung	3.630	87,3%	55,1%	81,1%
Seelischer Zustand	3.690	82,6%	42,6%	74,7%
Körperliche Gesundheit	3.692	80,5%	47,5%	74,0%
Finanzielle Situation	3.649	76,3%	50,8%	71,3%
Arbeitssituation	3.209	73,7%	48,3%	68,6%
Partnerbeziehung	3.110	70,2%	46,6%	65,7%
Eigene Kinder	3.649	59,8%	40,3%	56,0%

ziellen Situation 76,3 (50,8) Prozent, mit der beruflichen Situation 73,7 (48,3) Prozent, mit der Partnerbeziehung 70,2 (46,6) Prozent und mit den eigenen Kindern 59,8 (40,3) Prozent zufrieden.

Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende

Von den insgesamt 2.641 rückfälligen Katamneseantwortern (Rückfall und Abstinenz nach Rückfall 30 Tage) wurde das Item „Wie viele Wochen waren Sie nach Abschluss der Therapie abstinent?“ von 1.924 Personen beantwortet. 21,1 Prozent der Rückfälle ereigneten sich bereits im ersten Monat nach Behandlungsende, weitere 14,4 Prozent im zweiten und 18,9 Prozent im dritten Monat nach Beendigung der stationären Rehabilitation. Drei Monate nach Abschluss der Behandlung hatten sich somit bereits 55,4 Prozent der Rückfälle des gesamten Katamnesezeitraums von einem Jahr ereignet (bis sechs Monate: 81,4 Prozent der Rückfälle). Dies verdeutlicht u. a. die Notwendigkeit intensiver ambulanter Weiterbehandlungsmaßnahmen und macht auf die weiterhin

bestehende Schnittstellenproblematik in der „therapeutischen Kette“ aufmerksam. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges und zur Überwindung dieser Schnittstellenproblematik sind insbesondere auch weiterhin innovative Interventionsformen erforderlich. Abbildung 5 gibt einen Überblick über den Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende.

Gründe für Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Wenn Patienten im Katamnesezeitraum Suchtmittel konsumiert hatten, konnten sie aus einer Liste mit Rückfallgründen die für sie relevanten Gründe angeben. Die Angaben sind nach prozentualer Häufigkeit geordnet. Mehrfachangaben waren möglich (vgl. Tabelle 12).

Als häufigste Gründe für rückfälliges Verhalten wurden Depressionen mit 25,5 Prozent und Frustration, Enttäuschung mit 23,9 Prozent von den Antwortern genannt. Es folgten innere Spannung und Unruhe mit 22,9 Prozent, Ärger mit 20,7 Prozent und schwie-

Tabelle 12: Angaben der rückfälligen Antwortern zu Gründen für erneuten Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum (N = 2.300)

Gründe für den erneuten Suchtmittelkonsum	Prozent
Depression	25,5%
Frustration, Enttäuschung	23,9%
Innere Spannung, Unruhe	22,9%
Ärger	20,7%
Schwierige Lebenssituationen	19,0%
Einsamkeit	18,6%
Stressgefühle	16,9%
Schlafschwierigkeiten	16,7%
Angst	16,0%
Unwiderstehliches Verlangen	14,2%
Langeweile	14,0%
Kontrolliertes Trinken	13,7%
Gute Stimmung, Glücksgefühl	13,0%
Konflikte mit anderen Personen	12,4%
Körperliche Schmerzen	10,1%
Entzugsähnliche Beschwerden	7,7%
Nicht nein sagen können	6,8%
In Gesellschaft der Versuchung nicht widerstehen können	6,8%
Hemmungen	4,8%
Sonstiges	4,4%

rige Lebenssituationen mit 19,0 Prozent. Einsamkeit wurde von 18,6 Prozent der Antwortern als Rückfallgrund genannt. Weiterhin wurden mit abnehmendem Prozentanteil Stressgefühle von 16,9 Prozent, Schlafschwierigkeiten von 16,7 Prozent, Angst von 16,0 Prozent, unwiderstehliches Verlangen von 14,2 Prozent, Langeweile von 14,0 Prozent, das Empfinden, kontrolliert trinken zu können, von 14,0 Prozent, gute Stimmung, Glücksgefühl von 13,0 Prozent, Konflikte mit anderen Personen von 12,4 Prozent und körperliche Schmerzen von 10,1 Prozent der Antwortern genannt.

Therapieerfolg und Erwerbstätigkeit

Tabelle 13 bezieht den Therapieerfolg auf Veränderungen, die sich hinsichtlich der Erwerbslosigkeit bzw. der Erwerbstätigkeit zwischen dem Aufnahmezeitpunkt in die Behandlung und dem Katamnesezeitpunkt ergeben.

Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbslos waren, weisen nach DGSS 3 (Angaben beziehen sich auf Katamneseantwortern mit Angaben zur Erwerbstätigkeit zu beiden Messzeitpunkten) eine katamnestiche Erfolgsquote von 72,8 Prozent auf, wenn sie zum Katamnesezeitpunkt wieder erwerbstätig waren. Patienten, die auch zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos wa-

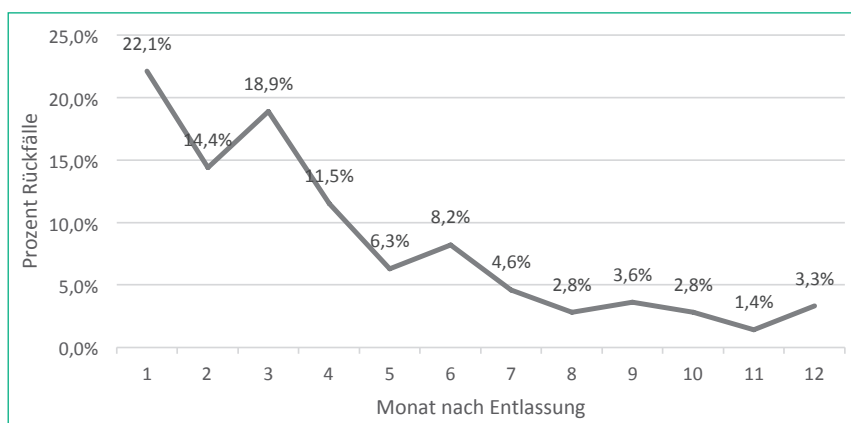


Abbildung 5: Eintritt des ersten Rückfalls nach Behandlungsende (N = 1.924)

Tabelle 13: Therapieerfolg gemäß DGSS 3 (alle Antworten mit Angaben zur Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn und Katamnesezeitpunkt) und Veränderungen hinsichtlich der Erwerbslosigkeit bzw. der Erwerbsfähigkeit zwischen dem Aufnahmezeitpunkt in der Behandlung und dem Katamnesezeitpunkt

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	Therapieerfolgsquote in Prozent (DGSS 3)
Erwerbslos	Erwerbstätig	72,8%
	Erwerbslos	63,4%
	Nicht erwerbstätig	74,5%
Erwerbstätig	Erwerbstätig	81,1%
	Erwerbslos	73,1%
	Nicht erwerbstätig	73,4%

ren, haben nur eine Erfolgsquote von 63,4 Prozent. Bei vor Therapiebeginn erwerbslosen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote bei 74,5 Prozent.

Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt erwerbstätig waren und es zum Katamnesezeitpunkt auch blieben, weisen eine katamnestiche Erfolgsquote von 81,1 Prozent auf. Patienten, die vor Therapiebeginn erwerbstätig waren und zum Katamnesezeitpunkt erwerbslos wurden, haben nur eine Erfolgsquote von 73,1 Prozent. Bei erwerbstätigen Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in den Status der Nicht-Erwerbspersonen wechselten, liegt die Erfolgsquote nur bei 73,4 Prozent.

Komorbidität

Um beurteilen zu können, ob die untersuchten Gruppen durch ko- und multimorbide Störungen belastet sind, wurde die Zahl der weiteren substanzbezogenen Suchtmittel-diagnosen neben der Hauptdiagnose, der psychischen Diagnosen sowie die Anzahl der somatischen Diagnosen ermittelt. Tabelle 14a zeigt, dass über ein Fünftel der Patienten der Gesamtstichprobe (23,0 Prozent) neben der Suchtmittelhauptdiagnose weitere substanzbezogene Suchtmittel-diagnosen aufweisen. Für die Stichproben der Katamneseantworter ist dieser Anteil mit 17,5 Prozent deutlich geringer, während für die Stichprobe der Nichtantworter der entsprechende Anteil bei 28,8 Prozent liegt. Beinahe die Hälfte der Patienten der Gesamtstichprobe (49,4 Prozent) weist psychische Diagnosen auf, wobei der Unterschied für die Stichproben mit 48,8 Prozent für die Katamneseantworter und 49,9 Prozent für die Nichtantworter nur gering ausgeprägt ist. Bei über sieben Zehntel der Patienten der Gesamtstichprobe (70,8 Prozent) sind somatische Diagnosen kodiert, wobei der Anteil bei den Katamneseantwortern mit 74,2 Prozent deutlich über dem Anteil bei Nichtantwortern mit nur 67,2 Prozent liegt.

In Tabelle 14b sind die statistischen Kennzahlen für die Ko- und Multimorbidität auf-

gelistet. Im Durchschnitt haben die Patienten der Gesamtstichprobe 0,39 weitere substanzbezogene Suchtmittel-diagnosen, 0,68 psychische Diagnosen und 1,89 somatische Diagnosen. Die durchschnittliche Diagnoseanzahl für die Katamneseantworter und die Nichtantworter liegt für weitere substanzbezogene Suchtdiagnosen bei 0,28 und 0,66, für psychische Diagnosen bei 0,51 und 0,70 und für somatische Diagnosen bei 2,05 und 1,71.

Die Tabellen 15, 16 und 17 geben eine Übersicht über die Details der substanzbezogenen Suchtmittel-Komorbidität, der psychischen Komorbidität und der somatischen Komorbidität, jeweils für die Gesamtstichprobe sowie der Stichproben der Nichtantworter und der Katamneseantworter.

Bei 12,8 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe wurden neben der Hauptdiagnose „Störungen durch Cannabinoide“ kodiert, wobei zwischen der Stichprobe der Katamneseantworter und der Nichtantworter ein deutlicher Unterschied mit 9,1 Pro-

zent vs. 16,7 Prozent besteht. Weitere substanzbezogene Suchtmittelneben-diagnosen waren: „Störungen durch Stimulantien einschließlich Koffein“ mit 7,3 Prozent (4,7 Prozent vs. 10,1 Prozent), „Störungen durch Kokain“ mit 4,4 Prozent (2,9 Prozent vs. 6,0 Prozent), „Störungen durch Sedativa oder Hypnotika“ mit 4,0 Prozent (3,6 Prozent vs. 4,4 Prozent), „Störungen durch Alkohol“ mit 3,9 Prozent (2,7 Prozent vs. 5,1 Prozent) und „Störungen durch Opioide“ mit 3,0 Prozent (2,2 Prozent vs. 3,9 Prozent).

„Affektive Störungen“ liegen bei über einem Drittel der Patienten (34,8 Prozent) der Gesamtstichprobe neben der Hauptdiagnose vor. Katamneseantworter und Nichtantworter unterscheiden sich hierbei mit 36,1 Prozent und 33,4 Prozent moderat. In deutlich geringerem Umfang wurden „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ mit 11,9 Prozent sowie „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 7,5 Prozent in der Gesamtstichprobe kodiert. Der Unterschied zwischen Katamneseantwortern und Nichtantwortern ist bei den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ mit 9,8 Prozent vs. 14,0 Prozent deutlich, bei den „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ mit 14,7 Prozent vs. 15,8 Prozent nur gering.

Bei den somatischen Diagnosen dominieren „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ mit Anteilen von 38,6 Prozent in der Gesamtstichprobe (42,4 Prozent bei Katamneseantwortern vs. 34,6 Prozent bei Nichtantwortern), „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ mit 38,0 Prozent (41,9 Prozent vs. 33,8 Prozent), „Krankheiten des Verdauungssystems“ 32,4 Prozent (33,7 Prozent vs. 31,1 Prozent) und „Krankheiten des Kreislaufsystems“ mit 31,1 Prozent (35,8 Prozent vs. 26,1 Prozent).

Tab. 14a: Ko- und Multimorbidität der untersuchten Gruppen

Diagnosegruppe	Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
	N = 5.610		N = 5.983		N = 11.593	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Weitere Suchtdiagnosen*	1.615	28,8%	1.047	17,5%	2.662	23,0%
Psychische Diagnosen	2.802	49,9%	2.920	48,8%	5.722	49,4%
Somatischen Diagnosen	3.768	67,2%	4.439	74,2%	8.207	70,8%

* nur substanzbezogen, ohne Nikotinabhängigkeit/Missbrauch

Tabelle 14b: Ko- und Multimorbidität der untersuchten Gruppen (Mittelwerte)

Diagnosegruppe	Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
	N = 5.610		N = 5.983		N = 11.593	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
Weitere Suchtdiagnosen*	0,51	0,99	0,28	0,74	0,39	0,88
Psychische Diagnosen	0,70	0,85	0,66	0,81	0,68	0,83
Somatischen Diagnosen	1,71	1,55	2,05	1,60	1,89	1,59

* nur substanzbezogen, ohne Nikotinabhängigkeit/Missbrauch

Tabelle 15: Details zur Suchtmittel-Komorbidität (nur substanzbezogene Diagnosen)

Suchtmittel-Nebendiagnosen		Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N = 5.610		N = 5.983		N = 11.593	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Störungen durch Alkohol	F10	286	5,1%	161	2,7%	447	3,9%
Störungen durch Opioide	F11	218	3,9%	132	2,2%	350	3,0%
Störungen durch Cannabinoide	F12	936	16,7%	545	9,1%	1.481	12,8%
Störungen durch Sedativa und Hypnotika	F13	248	4,4%	218	3,6%	466	4,0%
Störungen durch Kokain	F14	334	6,0%	172	2,9%	506	4,4%
Störungen durch Stimulantien einschließlich Koffein	F15	567	10,1%	281	4,7%	848	7,3%
Störungen durch Halluzinogene	F16	112	2,0%	54	0,9%	166	1,4%
Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	F18	8	0,1%	2	0,0%	10	0,1%
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	F19	122	2,2%	107	1,8%	229	2,0%
Störungen durch Tabak	F17	3837	68,4%	3779	63,2%	7616	65,7%

Tabelle 16: Details zur psychischen Komorbidität

Psychische Komorbidität		Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N = 5.610		N = 5.983		N = 11.593	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	34	0,6%	40	0,7%	74	0,6%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	102	1,8%	68	1,1%	170	1,5%
Affektive Störungen	F3	1.874	33,4%	2.159	36,1%	4.033	34,8%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	887	15,8%	877	14,7%	870	7,5%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	F5	41	0,7%	35	0,6%	76	0,7%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	787	14,0%	587	9,8%	1.374	11,9%
Intelligenzminderung	F7	22	0,4%	17	0,3%	39	0,3%
Entwicklungsstörungen	F8	24	0,4%	16	0,3%	40	0,3%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	167	3,0%	141	2,4%	308	2,7%

Tabelle 17: Details zur somatischen Komorbidität

Somatische Komorbidität		Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N = 5.610		N = 5.983		N = 11.593	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00 - B99	140	2,5%	92	1,5%	232	2,0%
Neubildungen, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	C00 - D89	285	5,1%	352	5,9%	637	5,5%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 - E90	1.894	33,8%	2.509	41,9%	4.403	38,0%
Krankheiten des Nervensystems	G00 - G99	580	10,3%	661	11,0%	1.241	10,7%
Krankheiten des Auges, der Augenanhängegebilde, des Ohres und des Warzenfortsatzes	H00 - H95	180	3,2%	272	4,5%	452	3,9%
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 - I99	1.464	26,1%	2.143	35,8%	3.607	31,1%
Krankheiten des Atmungssystems	J00 - J99	446	8,0%	522	8,7%	968	8,3%
Krankheiten des Verdauungssystems	K00 - K93	1.743	31,1%	2.014	33,7%	3.757	32,4%

noch Tabelle 17: Details zur somatischen Komorbidität

Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 - L99	168	3,0%	206	3,4%	374	3,2%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 - M99	1.942	34,6%	2.537	42,4%	4.479	38,6%
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 - N99	94	1,7%	126	2,1%	220	1,9%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die nicht andersorts klassifiziert sind	R00 - R99	148	2,6%	235	3,9%	383	3,3%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00 - T98	341	6,1%	364	6,1%	705	6,1%
sonstige somatische Diagnosen		186	3,3%	252	4,2%	438	3,8%

Zur weiteren Betrachtung der psychischen Komorbidität wurden die drei Diagnosegruppierungen:

- **Depression** mit den Diagnosen F32, F33 und F34.1
- **Angststörungen** mit den Diagnosen F40 und F41
- **Persönlichkeitsstörungen** mit den Diagnosen F60 und F61

gebildet.

Tabelle 18 zeigt einen Überblick zur psychischen Komorbidität, differenziert nach den drei Diagnosegruppierungen für die Gesamtstichprobe, die Katamneseantworter und die Nichtantworter. 33,1 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe haben

mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der depressiven Erkrankungen – Katamneseantworter und Nichtantworter unterscheiden sich hierbei mit Anteilen von 34,4 Prozent und 31,8 Prozent nur moderat. 6,3 Prozent der Patienten der Gesamtstichprobe, 6,1 Prozent der Katamneseantworter und 6,6 Prozent der Nichtantworter weisen mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der Angststörungen auf. Bei den Persönlichkeitsstörungen liegt der Anteil von Patienten mit mindestens einer Diagnose in der Gesamtstichprobe bei 10,7 Prozent, wobei sich Katamneseantworter und Nichtantworter mit Anteilen von 8,9 Prozent und 12,6 Prozent deutlich unterscheiden.

In Tabelle 19 und 20 wird die katamnesti-

sche Erfolgsquote DGSS 4 und DGSS 3 (neues Kriterium) in Abhängigkeit vom Vorhandensein psychischer Störungen dargestellt.

Patienten ohne psychische Diagnosen weisen mit 40,1 Prozent (DGSS 4) und 77,0 Prozent (DGSS 3) eine höhere katamnestiche Erfolgsquote auf als Patienten mit einer oder mehr psychischen Diagnosen mit nur 36,9 Prozent (DGSS 4) und 72,3 Prozent (DGSS 3). Eine detaillierte Betrachtung der katamnestiche Erfolgsquote in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität durch Fokussierung auf die drei Diagnosegruppierungen Depression, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen ergibt folgende Ergebnisse: Für die Diagnose-

Tabelle 18: Psychische Komorbidität: Differenzierung nach Depression, Angststörung und Persönlichkeitsstörung

Psychische Komorbidität		Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamtstichprobe	
		N = 5.610		N = 5.983		N = 11.593	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Depression F32, F33, F34.1	keine Diagnose	3.828	68,2%	3.924	65,6%	7.752	66,9%
	mind. eine Diagnose	1.782	31,8%	2.059	34,4%	3.841	33,1%
Angststörung F40, F41	keine Diagnose	5.237	93,4%	5.620	93,9%	10.857	93,7%
	mind. eine Diagnose	373	6,6%	363	6,1%	736	6,3%
Persönlichkeitsstörung F60, F61	keine Diagnose	4.904	87,4%	5.453	91,1%	10.357	89,3%
	mind. eine Diagnose	706	12,6%	530	8,9%	1.236	10,7%

Tabelle 19: Abstinenzquoten nach DGSS 4 in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität

Abstinenz vs. Psychische Komorbidität		DGSS 4 (N = 11.593)							
		Erfolgsquote		abstinente		abstinente nach Rückfall (30 Tage)		Rückfall	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
psychische Komorbidität	keine Diagnose	2.357	40,1%	1.867	31,8%	490	8,3%	3.514	59,9%
	mind. eine Diagnose	2.112	36,9%	1.475	25,8%	637	11,1%	3.610	63,1%
Depression F32, F33, F34.1	keine Diagnose	2.938	37,9%	2.253	29,1%	685	8,8%	4.814	62,1%
	mind. eine Diagnose	1.531	39,9%	1.089	28,4%	442	11,5%	2.310	60,1%
Angststörung F40, F41	keine Diagnose	4.207	38,7%	3.174	29,2%	1.033	9,5%	6.650	61,3%
	mind. eine Diagnose	262	35,6%	168	22,8%	94	12,8%	474	64,4%
Persönlichkeitsstörung F60, F61	keine Diagnose	4.130	39,9%	3.131	30,2%	999	9,6%	6.227	60,1%
	mind. eine Diagnose	339	27,4%	211	17,1%	128	10,4%	897	72,6%

Tabelle 20: Abstinenzquoten nach DGSS 3 in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität

Abstinenz vs. Psychische Komorbidität		DGSS 3 (N = 5.983)							
		Erfolgsquote		abstinent		abstinent nach Rückfall (30 Tage)		Rückfall	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
psychische Komorbidität	keine Diagnose	2.357	77,0%	1.867	61,0%	490	16,0%	706	23,0%
	mind. eine Diagnose	2.112	72,3%	1.475	50,5%	637	21,8%	808	27,7%
Depression F32, F33, F34.1	keine Diagnose	2.938	74,9%	2.253	57,4%	685	17,5%	986	25,1%
	mind. eine Diagnose	1.531	74,4%	1.089	52,9%	442	21,5%	528	25,6%
Angststörung F40, F41	keine Diagnose	4.207	74,9%	3.174	56,5%	1.033	18,4%	1.413	25,1%
	mind. eine Diagnose	262	72,2%	168	46,3%	94	25,9%	101	27,8%
Persönlichkeitsstörung F60, F61	keine Diagnose	4.130	75,7%	3.131	57,4%	999	18,3%	1.323	24,3%
	mind. eine Diagnose	339	64,0%	211	39,8%	128	24,2%	191	36,0%

gruppierung Depression ergeben sich Erfolgsquoten von 37,9 Prozent (DGSS 4) und 74,9 Prozent (DGSS 3) bei keiner Depressionsdiagnose vs. 39,9 Prozent (DGSS 4) und 74,9 Prozent (DGSS 3) bei mindestens einer Depressionsdiagnose. Für Angstdiagnosen zeigen sich Erfolgsquoten von 38,7 Prozent (DGSS 4) und 74,9 Prozent (DGSS 3) bei keiner Angstdiagnose vs. 35,6 Prozent (DGSS 4) und 72,2 Prozent (DGSS 3) bei Vorliegen von mindestens einer Angstdiagnose. In der Diagnosegruppierung Persönlichkeitsstörungen zeigen sich mit Erfolgsquoten von 39,9 Prozent (DGSS 4) und 75,7 Prozent (DGSS 3) bei keiner Diagnose gegen 27,4 Prozent (DGSS 4) und 64,0 Prozent (DGSS 3) bei Vorliegen von mindestens einer Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen beträchtliche Unterschiede.

Diskussion der Ergebnisse

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

Die katamnestiche Erfolgsquote nach der konservativen Berechnungsform DGSS 4 (Kriterium „abstinent nach Rückfall 3 Monate“) fällt geringfügig gegenüber dem Vorjahr von 36,0 Prozent um 0,5 Prozent auf 35,5 Prozent in 2016. Über einen größeren Zeitraum betrachtet liegt das Ergebnis im langjährigen Trend des Rückgangs der katamnesticen Erfolgsquoten (1996: 52,2 Prozent; 1997: 52,4 Prozent; 1998: 49,8 Prozent; 1999: 49,3 Prozent; 2000: 48,5 Prozent; 2001: 43,9 Prozent; 2002: 46,4 Prozent; 2003: 43,4 Prozent; 2004: 42,6 Prozent; 2005: 45,3 Prozent; 2006: 42,0 Prozent; 2007: 42,2 Prozent; 2008 40,8 Prozent; 2009:

42,6 Prozent; 2010 38,9 Prozent; 2011 37,6 Prozent; 2012: 38,5 Prozent; 2013: 38,1 Prozent; 2014: 37,4 Prozent; 2015: 36,0 Prozent).

Der Anteil der durchgehend Abstinenten lag im Vorjahr bei 29,2 Prozent und ist damit geringfügig um 0,4 Prozent auf 28,8 Prozent gesunken. Der Anteil der nach Rückfall (wieder 3 Monate) Abstinenten ist um 0,1 Prozent auf 6,7 Prozent gesunken. Der Anteil der rückfälligen Patienten einschließlich von Nichtantwortern steigt von 64,0 Prozent um 0,5 Prozent auf 64,5 Prozent an.

In der FVS-Katamnese 2016 verringert sich die katamnestiche Erfolgsquote im Vergleich zum Vorjahr bei DGSS 1 von 71,4 Prozent auf 70,9 Prozent, bei DGSS 2 von 39,3 Prozent auf 38,8 Prozent, bei DGSS 3 von 69,3 Prozent auf 68,8 Prozent und, wie oben bereits ausgeführt, bei DGSS 4 von 36,0 Prozent auf 35,5 Prozent.

Die Ausschöpfungsquote verringert sich von 52,0 Prozent in 2015 um 0,4 Prozent auf 51,6 Prozent in 2016, wodurch sich der Rückgang der Erfolgsquoten bei DGSS 2 und DGSS 4 zum Teil erklären lässt, da alle Nichtantworter generell als rückfällig gewertet werden.

Vergleicht man die katamnesticen Erfolgsquoten 2015 und 2016 hinsichtlich des neuen Kriteriums („abstinent nach Rückfall 30 Tage“), verringert sich die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 39,2 Prozent in 2015 um 0,7 Prozent auf 38,5 Prozent in 2016. Die Quote der durchgehend abstinent lebenden Patienten verringert sich um 0,4 Prozent von 29,2 Prozent auf 28,8 Prozent, wobei die Quote der abstinent nach Rückfall lebenden Patienten geringfügig um 0,3 Prozent von 10,0 Prozent auf 9,7 Prozent sinkt. Die Quote der rückfälligen Patienten steigt um 0,7 Prozent von 60,8 Prozent auf 61,5 Prozent an. Nach dem neuen Kriterium ergaben sich nachfolgende Unterschiede in den katamnesticen Erfolgsquoten DGSS 1 – 4 von 2016

im Vergleich zu 2015: eine katamnestiche Erfolgsquote von 76,6 Prozent (2016) nach DGSS 1 im Vergleich zu 77,5 Prozent (2015), eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 2 von 41,9 Prozent (2016) im Vergleich zu 42,7 Prozent (2015), eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 3 von 74,7 Prozent (2016) im Vergleich zu 75,5 Prozent (2015) und eine katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS 4 von 38,5 Prozent (2016) im Vergleich zu 39,2 Prozent (2015). Damit verringern sich im Jahresvergleich die katamnesticen Erfolgsquoten bei allen Berechnungsmethoden DGSS 1 bis DGSS 4 Vergleich zum Vorjahr.

Hinsichtlich der Ergebnisqualität und der Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung gibt es deutliche Zusammenhänge. Die besten Ergebnisse hinsichtlich des Therapieziels „Abstinenz“ erreicht die Behandlungsgruppe mit einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 12 bis 16 Wochen bei DGSS 2 und DGSS 4 bzw. bei einer Behandlungszeit von über 16 Wochen bei DGSS 3 und bei Behandlungszeiten von 12 bis 16 Wochen bzw. über 16 Wochen bei DGSS 1. Hierbei ist generell davon auszugehen, dass bei länger behandelten Patienten die „Fall-schwere“ zunimmt.

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

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich ein leichter Anstieg der mittleren Behandlungsdauer bei planmäßigen Entlassungen von 85,7 Tage in 2015 auf 86,0 Tage in 2016 und bei der Gesamtstichprobe von 79,5 Tage in 2015 auf 79,9 Tage in 2016.

In der Gesamtstichprobe ist der Anteil behandelter Frauen von 28,7 Prozent auf 28,4 Prozent zurückgegangen. In beiden Jahrgängen ist der Anteil behandelter Frauen bei den Katamneseantwortern höher als bei der Gesamtstichprobe, insgesamt zeigt sich

aber nur ein moderater geschlechtsspezifischer Unterschied in der Katamneseentnahme in beiden Jahrgängen.

An weiteren Unterschieden im Vergleich zum Vorjahr ergaben sich: Anstieg des Anteils von Patienten ohne feste Beziehung um 0,8 Prozentpunkte von 54,8 Prozent (2015) auf 55,6 Prozent (2016), Abnahme des Anteils erwerbsloser Patienten von 42,3 Prozent um 1,7 Prozent auf 40,6 Prozent. Der Anteil der Erwerbslosen liegt bei den Katamneseantwortern nur bei 33,6 Prozent (2016) vs. 35,7 Prozent (2015). Die Quote der über Suchtberatungsstellen in die stationäre Rehabilitation vermittelten Patienten verringerte sich um 1,0 Prozent von 67,4 Prozent in 2015 auf 66,4 Prozent in 2016. Ebenso verringerte sich der Patientenanteil mit dem Leistungsträger Krankenkasse um 2,0 Prozent von 16,3 Prozent in 2015 auf 14,3 Prozent in 2016 bei einem gleichzeitigen Anstieg der Quoten für Patienten mit dem Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung um 1,7 Prozent von 81,6 Prozent auf 83,3 Prozent. Der Patientenanteil ohne bisheriger stationärer Entwöhnung verringerte sich deutlich um 3,4 Prozent von 66,1 Prozent in 2015 auf 62,7 Prozent in 2016.

Bestätigen können wir mit dieser Untersuchung die prognostische Bedeutsamkeit ausgewählter Merkmale für den späteren Therapieerfolg (vgl. Kluger et al., 2002, 2003; Zobel et al. 2004, 2005a, 2005b, 2007; Missel et al. 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014; Bachmeier et al. 2015, 2016, 2017, 2018). Patienten, die aus einer festen Partnerschaft kommen, sind deutlich erfolgreicher als Patienten, bei denen dies nicht der Fall ist. Gleiches gilt für Erwerbstätige: Patienten, die vor bzw. nach der Behandlung erwerbslos sind, sind wesentlich häufiger rückfällig.

Weitere Behandlungsmerkmale erweisen sich als stabile Prädiktoren für den Therapieerfolg: Weibliche und Ältere hatten erhöhte katamnestiche Erfolgsquoten. Patienten, die vor der Indexbehandlung zwei oder mehr Entgiftungsbehandlungen aufwiesen bzw. Patienten mit einer oder mehreren stationären Entwöhnungsbehandlungen im Vorfeld, hatten eine signifikant geringere Abstinenzwahrscheinlichkeit als Vergleichspatienten, bei denen keine oder nur eine Entgiftungsbehandlung bzw. bislang keine stationäre Entwöhnungsbehandlungen vorlagen. Patienten ohne psychische Komorbidität hatten höhere katamnestiche Erfolgsquoten als Patienten mit einer oder mehreren psychischen Diagnosen. Eine nicht planmäßige Beendigung der Rehabilitationsbehandlung erhöht signifikant das Rückfallrisiko, planmäßige Entlassungen erhöhen dagegen die Abstinenzwahrscheinlichkeit.

Die vorliegende Katamnese ergibt eine konservativ berechnete katamnestiche Erfolgsquote unter Einbezug der Kategorie

„abstinent nach Rückfall“ von 35,5 Prozent nach DGSS 4 (alt 3 Monate) und 38,5 Prozent nach DGSS 4 (neu 30 Tage). Eine Berechnung für die Katamneseantworter (DGSS 3) ergibt eine katamnestiche Erfolgsquote von 68,8 Prozent (alt 3 Monate) und 74,7 Prozent (neu 30 Tage). Dies bestätigt insgesamt weiterhin die Effektivität stationärer medizinischer Suchtrehabilitation, da Suchtmittelabstinenz als eine wichtige Voraussetzung der Wiederherstellung und dauerhaften Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit, der Teilhabe am Arbeitsleben und für die Erhöhung der Lebensqualität anzusehen ist.

Darüber hinaus ist der Anteil der erwerbslosen Katamneseantworter ein Jahr nach der Behandlung deutlich gesunken: Waren zu Beginn der Behandlung 33,3 Prozent der Katamneseantworter erwerbslos, so reduzierte sich deren Anteil zum Katamnesezeitpunkt auf 22,9 Prozent. Zudem erhöhte sich die Arbeitsfähigkeit deutlich von 31,8 Prozent zu Therapiebeginn auf 54,2 Prozent zum Katamnesezeitpunkt. Dies erlaubt aber keine gesicherten differentiellen Rückschlüsse auf die Veränderungen der Erwerbssituation in der Gesamtstichprobe, also einschließlich der Nichtantworter.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für eine hohe Ergebnisqualität in der Behandlung Abhängigkeitskranker in den Einrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) empfiehlt im „Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe – Kerndatensatz Katamnese“ für stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eine prospektiv geplante und routinemäßig durchgeführte Katamnese (1-Jahres-Katamnese) als Vollerhebung. Die Entwicklung des Kerndatensatzes Katamnese unter Mitwirkung des Fachverbandes Sucht e.V. lässt hoffen, dass Routineevaluation mehr und mehr auch zum Standard im ambulanten und teilstationären Bereich wird.

Der Fachverband Sucht e.V. hat alle seine stationären Mitgliedseinrichtungen im Indikationsbereich „Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit“ aufgefordert, ab 01.01.2005 ein Basisdokumentationssystem und ab 01.01.2006 eine Routinekatamnese einzusetzen. Alle Mitgliedseinrichtungen sind auch gehalten, entsprechend definierter Qualitätsstandards (u. a. Missing-Data-Vorgaben) komplette Datensätze zu erheben und dem Fachverband für klinikübergreifende Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Die Empfehlung, Katamnesen durchzuführen, gilt auch für stationäre Drogeneinrichtungen, ganztägig ambulante und ambulante Mitgliedseinrichtungen.

Angemerkt werden muss aber auch, dass mit dem stationären Bereich vergleichbare umfangreiche Evaluationsergebnisse ebenso

kontinuierlich für den ambulanten Rehabilitationsbereich und für Kombinationsbehandlungsmodelle in aussagekräftigem Umfang vorgelegt werden sollten. Die breite Wirksamkeit entsprechender Behandlungsformen muss – vor dem Hintergrund der Spezifität des jeweils behandelten Klientels – auf breiter Ebene in regelmäßigen Abständen belegt werden. Zu begrüßen ist die einrichtungsübergreifende Katamnese von ambulanten und ganztägig ambulanten Behandlungseinrichtungen des FVS, welche in dieser Ausgabe von „SuchtAktuell“ zum zehnten bzw. neunten Mal publiziert werden.

Mit der Verabschiedung des Deutschen Kerndatensatzes (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2008), der in der zweiten Jahreshälfte 2006 vom Vorstand der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, den Spitzenverbänden der Suchtkrankenhilfe in Deutschland und den Bundesländern verabschiedet wurde, ist damals ein wichtiger Schritt zu einer umfassenden Suchthilfestatistik auf den Weg gebracht worden. Den Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. wurde empfohlen, die überarbeitete Version der Basisdokumentation Sucht (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2012) als Referenzsystem des Fachverbandes Sucht e.V. ab Entlassjahrgang 2007 und die „Katamnese Sucht 2012“ (Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2012) als Referenzsystem im Bereich der Katamnese einzusetzen. Diese überarbeitete Version der Basisdokumentation Sucht enthält bereits den Deutschen Kerndatensatz. Der Deutsche Kerndatensatz enthält auch den empfohlenen einheitlichen Katamnese-Datensatz, der es ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland ermöglicht, sich an Routinekatamnesen als 1-Jahres-Katamnesen zu beteiligen. Dieser Katamnese-Datensatz fordert die ausschließliche Orientierung an den Berechnungsformen 1 bis 4 der Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. Hiermit ist ein Regelwerk für die Durchführung und Darstellung von Katamnesen verfasst, dem sich der Fachverband Sucht e.V. in seinen Publikationen seit 1996 verpflichtet fühlt. Dieses Regelwerk sollte auch die Beliebbarkeit katamnesticher Aussagen beseitigen, indem in jeder nationalen Veröffentlichung im Suchtbereich heute angegeben werden sollte, welche Katamnese-standards und welche Berechnungsform der DGSS in der Darstellung Anwendung finden. Im Dokumentationsjahr 2017 wurde bereits der aktualisierte Deutsche Kerndatensatz 3.0 zugrunde gelegt, ab dem Entlassjahrgang 2017 wurden daraufhin auch die Katamneseinstrumente angepasst.

Insbesondere wäre es zu begrüßen, wenn nicht nur Aspekte der Struktur- und Prozessqualität in der Behandlung bzw. Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Mittel-

punkt der Betrachtungen ständen, sondern dass gemeinsam mit einer Routinekatamnese ein entscheidender Schritt zum Nachweis der Ergebnisqualität des gesamten Sucht Hilfesystems in Deutschland gemacht würde. Hiermit könnten auch innovative Nachsorgemodule zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges differenziell evaluiert werden.

Literatur:

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

Bachmeier, R., Bick, S., Funke, W.; Herder F., Jung Ch., Kemmann D., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Schneider, B., Seeliger Ch., Verstege, R., Weissinger, V. (2015). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 22/1, 53-67.

Bachmeier, R., Herder F., Kemmann D., Kersting, S., Kreutler A., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Schneider, B., Strie M., Verstege, R., Weissinger, V. (2016). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2013 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 23/1, 5-20.

Bachmeier, R., Feindel, H., Herder F., Kemmann D., Kersting, S., Kreutler A., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Premper, V., Schneider, B., Strie M., Verstege, R., Weissinger, V. (2017). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 24/1, 53-69.

Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Kemmann D., Kersting, S., Kreutler A., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Premper, V., Regenbrecht, G., Sager, A., Schneider, B., Strie M., Teigeler, H., Weissinger, V. (2018). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 25/1, 49-65.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1985). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1992). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *SUCHT*, 47. Jahrgang, Sonderheft 2.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2004). Deutscher Kerndatensatz Katamnese. www.dhs.de.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (2008). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der

Suchtkrankenhilfe. Stand: 05.10.2010. www.dhs.de.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2014) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

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.

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2013). Basisdokumentation 2012 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 20, Bonn.

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

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

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

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

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

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

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

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

Missel, P., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jahrreis, R., Ott, E., Quinten, C., Schneider, B. und Zemlin, U. (1997). Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Ergebnisse

einer klinikübergreifenden Katamnese. *Sucht Aktuell*, 4/3-4, 10 - 22.

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

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

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2009). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2006 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 16/1, 5-16.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2010). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 17/1, 9-20.

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 – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 18/1, 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 Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 19/1, 16-27.

Missel, P., Bick, S., 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 – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 20/1, 13-25.

Missel, P., Jung Ch., Herder F., Fischer R., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke D., Schneider, B., Seeliger Ch., Verstege, R., Weissinger, V. (2014). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 21/1, 5-18.

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

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

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

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

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst,

G. (2005b). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2003 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 12/2, 5-15.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Meden-

waldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2007). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2004 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 14/1, 5-15.

Die Autoren:

Bachmeier, Rudolf, Dipl.-Phys., Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Gruppe, Bad Füssing

Bick-Dresen, Stefanie, Mag. Art., wissenschaftliche Mitarbeiterin MEDIAN Kliniken Daun, Daun

Dreckmann, Imke, Dipl.-Psych., MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim

Feindel, Holger, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Oberarzt MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar

Funke, Wilma, Prof. Dr., Leitende Psychologin, Kliniken Wied, Wied

Kemmann, Dietmar, Ltd. Psychologe, Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode

Kersting, Stephan, Dipl.-Medienwirt, navacom IT Solution, Hürth

Medenwaldt, Jan, Redline-Data, Ahrensböck

Missel, Peter, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe MEDIAN Kliniken Daun, Daun

Neumann, Elena, MEDIAN Gesundheitszentrum Köln, Köln

Premper, Volker, Dr., Leitender Psychologe, MEDIAN Klinik Schweriner See, Lübstorf

Alexandra Sagel, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband sucht e.V., Bonn

Horst Teigeler, Dipl.-Psych., Therapeutischer Leiter, MEDIAN Adaptionshaus Lübeck

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

Literaturhinweise

Stegemann, T.: Was MusiktherapeutInnen über das Gehirn wissen sollten – Neurobiologie für die Praxis. München: Ernst Reinhardt Verlag; ISBN: 978-3-497-02757-6; 33,00 Euro

Musik wird bereits seit Tausenden von Jahren zu therapeutischen Zwecken eingesetzt. Doch was geschieht im Gehirn, wenn Musik gespielt wird? Um die Wirkung der lange Zeit nur intuitiv angewandten Musiktherapie neurowissenschaftlich zu fundieren, ist es wichtig, die Vorgänge im Gehirn zu kennen. Musikhören ist ein aktiver, Bedeutung generierender Lernvorgang, bei dem Millionen von Nervenzellen neu verknüpft werden und der direkt auf das autonome Nervensystem einwirkt. Beim Musikmachen kommt es schon nach wenigen Minuten zu Verschaltungen zwischen den Hörregionen und den Bewegungsregionen des Großhirns.

Der Autor stellt in dem Buch die neuroanatomischen und physiologischen Vorgänge beim Musikhören und Musikmachen praxisbezogen, gut verständlich und fachlich kompetent dar. Nach einer Einleitung werden im Teil I der Aufbau und die physiologischen Vorgänge im zentralen und peripheren Nervensystem erläutert. Teil II beschäftigt sich mit der Sinneswahrnehmung, d. h. insbesondere mit dem auditiven System. In Teil III werden die Aspekte von Bewusstsein und Aufmerksamkeit sowie Lernen und Gedächtnis in Zusammenhang mit der musiktherapeutischen Wirkungsweise erläutert.

In Teil IV geht es um die Entstehung und Verarbeitung von Emotionen, die neurobiologischen Grundlagen der Bindung sowie den Zusammenhang zwischen Stress, Entspannung und Musik. In Teil V werden Prozesse beim aktiven Musizieren vorgestellt. Das Buch schließt mit Kapitel VI, in dem neurobiologische Wirkebenen in der Musiktherapie beschrieben werden. Die Ausführungen werden durch zahlreiche Abbildungen, Tabellen und Beispiele veranschaulicht.

Das Kurz-Lehrbuch und Nachschlagewerk eignet sich nicht nur für MusiktherapeutInnen, sondern für alle, die sich für die Wirkung von Musik auf Psyche und Körper interessieren.

Fellinger, B.: Spielfilme in der Psychotherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag; ISBN: 978-3-497-02794-1; 26,90 Euro

Die Autorin gibt in ihrem Buch einen umfassenden Einblick in die Wirkweisen von Spielfilmen als Therapieinstrument. In der Filmtherapie werden mit Hilfe der gezeigten fremden Geschichten eigene Erlebnisse einer speziellen Betrachtung unterzogen. Filmtherapie ist keine eigenständige Therapiemethode und nicht für die Behandlung akuter Prozesse, wie einer akuten Psychose oder einer Suizidalität, geeignet. Für alle anderen psychischen und psychosomatischen Störungen können Spiel-

filme im Rahmen der Filmtherapie jedoch unter bestimmten Voraussetzungen therapieergänzend eingesetzt werden. Damit lassen sich dann neue Perspektiven bei der Behandlung eröffnen.

Im ersten Kapitel des Buches gibt die Autorin einen Einblick in die Filmgeschichte und zeigt auf, dass Filme die Meinung der Bevölkerung beeinflussen können und in diesem Zusammenhang immer schon mit Politik verknüpft waren. Im zweiten Kapitel werden Wirkweisen und Faszination des Mediums Film, Indikationen und Kontraindikationen der Filmtherapie, rechtliche Aspekte und weitere Hintergründe erläutert. Im dritten Kapitel werden die Voraussetzungen für den Einsatz der Filmtherapie und die Wirkung der Filmtherapie auf die Beziehungsgestaltung im therapeutischen Kontext dargestellt. Das vierte Kapitel gibt einen Einblick in die praktische Arbeit mit der Filmtherapie, indem die Autorin von ihren umfassenden filmtherapeutischen Erfahrungen berichtet. Das fünfte Kapitel widmet sich der Integration der Filmtherapie in den psychotherapeutischen Prozess und das abschließende sechste Kapitel gibt Tipps zur Gestaltung eigener Filme im Rahmen der Filmtherapie.

Zielgruppe des Buches sind PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen und ÄrztInnen, die bereits filmtherapeutisch tätig sind oder aber Interesse am Einsatz der Filmtherapie in die psychotherapeutische Arbeit haben.