

Effektivität der Adaptionphase – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2017

Fabricius, B., Bingel-Schmitz, D., Burger, H., Hackenberg, D., Lehmann, S., Liebrich, Link, S., M., Nels-Lindemann, P., Reger, F., Schmidt, P., Schultze, M., Teigeler, H., Urban, K., Medenwaldt, J., Bick-Dresen, S., Bachmeier, R., Funke, W., Klein, T., Köstler, U., Weissinger, V.

Zusammenfassung: Der Beitrag basiert auf den aktuellen Daten des Entlassjahrgangs 2017 zur Wirksamkeit der Suchtbehandlung ein Jahr nach Behandlungsende im Bereich der Einrichtungen für Adaption. Eingegangen sind die Daten von 403 behandelten Patienten und Patientinnen. Die Rücklaufquote an Katamneseantwortern betrug 33,5 %. Nach den Berechnungsstandards der DG-Sucht betrug die Abstinenzquote nach DGSS1 (Katamneseantworter mit planmäßiger Entlassung 82,5 %, nach DGSS4 (gesamter Entlassjahrgang, Nichtantworter werden als rückfällig gewertet) 26,8%.

Schlüsselwörter: Wirksamkeit der Suchtbehandlung, Einrichtungen für Adaption, Therapieerfolg, stationäre Behandlung, Abstinenzquote, Lebenszufriedenheit

Effectiveness of the adaption – FVS catamnesis of the 2017 discharge year

Abstract: The article is based on current data from the 2017 discharge year on the effectiveness of addiction treatment one year after the end of treatment in institutions for adaption. The data from 403 treated patients were included. The response rate for catamnesis respondents was 33.5%. According to the calculation standards of DG-Sucht, the abstinence rate according to DGSS1 (catamnesis respondents with scheduled discharge) 82.5%, according to DGSS4 (entire year of discharge, non-respondents are considered to have relapsed) 26.8%.

Key words: effectiveness of addiction rehabilitation, institutions for adaption, therapy success, inpatient treatment, abstinence rate, life satisfaction

Einleitung

Mit diesem Bericht werden die katamnestischen Ergebnisse des Entlassjahrgangs 2017 der im Fachverband Sucht e.V. organisierten Adaptionseinrichtungen vorgelegt. Die Adaption ist die zweite Phase der medizinischen Rehabilitation und schließt nahtlos an die Entwöhnungsbehandlung an. Die Patienten¹, für die aufgrund ihrer besonderen Situation eine Adaption indiziert ist, setzen in dieser Phase die in der Entwöhnungsbehandlung erworbenen Fähigkeiten zur abstinenter Lebensbewältigung in alltägliches Handeln um. Voraussetzung hierfür sind ein entsprechendes Krankheitsverständnis und erlernte Bewältigungsstrategien. Die Adaptionphase dient einer medizinisch und therapeutisch begleiteten Realitätsprüfung und -anpassung. Die im Lauf der Krankheitsentwicklung geminderte Erwerbsfähigkeit wird mit den Instrumenten der Adaption in dieser Phase weiter überprüft, wiederhergestellt und verbessert. Die Stabilisierung der Patienten dient der Minderung eines Rückfallrisikos und dem Aufbau von Ressourcen und verlässlicher Perspektiven. Dabei bildet die Förderung der Teilhabe und nach Möglichkeit auch die Einbindung in eine Arbeitstätigkeit einen wichtigen inhaltlichen und strukturgebenden Fokus.

Patienten, die sich während ihrer Entwöhnungsbehandlung für eine Adaptionphase

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

entscheiden, sind häufig durch ihre vorangegangene Entwicklung in ihren Teilhabemöglichkeiten massiv eingeschränkt. Ihre Problemlagen sind vielfältig. Die Patienten haben zum Teil schwierigste Biografien erlebt. Frühe Störungen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung wirken sich als Schwierigkeit aus, mit anderen Menschen in einen angemessenen Austausch zu treten und diesen stabil zu gestalten. Die Patienten können sich häufig selbst nicht genügend wertschätzen und damit ein gesundes Selbstbewusstsein entwickeln, mit dem Krisen bewältigt werden können. Sie sind oft nicht nur von einem Suchtmittel abhängig und haben neben ihrer Suchterkrankung Störungen im somatischen und psychischen Bereich. Häufig ist dort, wo umgebende Systeme und Objekte die Defizite der Entwicklung und die Folgen von Sucht und Abhängigkeit nicht auffangen konnten oder diese gar verstärken, auch die soziale Lage prekär.

Die berufliche Teilhabe ist durch eine langjährige Suchtentwicklung in der Regel erheblich eingeschränkt. In einigen Fällen ist gerade der berufliche Hintergrund auch Teil des Suchtproblems. Dies kann dann der Fall sein, wenn Patienten mit den Anforderungen wie Schichtarbeit, Stress, Leistungsdruck, ortsferner Montagetätigkeit oder beruflichem Kontakt mit Suchtmitteln nicht umgehen konnten. Die Erwerbssituation wird von Faktoren wie fehlenden oder nicht genügenden Schul- und Berufsabschlüssen beeinflusst. Aus der Suchtentwicklung resultierende Faktoren wie eingezogener Führerschein oder häufige Arbeitsplatzwechsel mit

negativen Referenzen wirken sich ebenfalls nachteilig auf die berufliche Entwicklung aus. Eine nicht selten bereits im Kindes- bzw. frühen Jugendalter beginnende Suchtentwicklung erschwert es den Betroffenen, den Kreislauf aus Konsum psychotroper Substanzen, süchtigem Verhalten und Resignation zu verlassen. Zum sozialen Miteinander unverzichtbare Fähigkeiten wie Verlässlichkeit, Verantwortungsbewusstsein und Abgrenzungsfähigkeit sind häufig zu wenig ausgebildet, um im Alltag bestehen und mit Konflikten angemessen umgehen zu können. Wenn diese Fähigkeiten nicht ausreichend ausgebildet wurden, besteht bei entsprechenden Belastungssituationen die Gefahr erneuten Suchtmittelgebrauchs. Deshalb ist es wichtig, die bisherigen Exklusionserfahrungen der Patienten durch neue positive Erfahrungen in den verschiedenen sozialen Zusammenhängen wie Arbeit, Freizeit, Familie zu ersetzen und zum Aufbau von tragfähigen Beziehungen und Strukturen beizutragen. Für viele Patienten hat sich die Wohnsituation vor der Entwöhnung verschärft, sie waren obdachlos oder lebten in unstillen Wohnverhältnissen. Haftnormierungen oder gerichtliche Auflagen, bspw. §35 BtmG erweisen sich als Hemmnisse auf dem Weg in einen eigen verantworteten Alltag.²

² Zwischen 2013 und 2018 lag die Zahl der Adaptionbehandlungen als Auflage durch Gerichtsbeschluss zwischen 1,8% (2017) und 9,2% (2013) bzw. 7,4% (2018), jeweils nachgewiesen in der Basisdokumentation und jeweils bezogen auf §35BtmG und andere strafrechtliche Grundlagen.

Es ist als erwiesen anzusehen, dass sich der frühzeitige Beginn einer Fehlentwicklung negativ auf die weitere Entwicklung des Individuums auswirkt, sowohl was die Persönlichkeitsentwicklung, die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung als auch die entstehenden gesundheitlichen Probleme betrifft. Adaptionpatienten haben einen Bedarf an medizinischer, sozialer und psychologischer/therapeutischer Begleitung in ihrer praktischen Erprobungsphase und zur Unterstützung von Nachreifungsprozessen. Da die Arbeitserfahrungen gerade bei jüngeren Patienten eher mangelhaft sind, können diese schlecht einschätzen, ob bzw. wie sie dazu in der Lage sind, die Anforderungen eines realistischen Arbeitsalltages zu erfüllen. Ältere oder an Suchtfolgeerkrankungen leidende Patienten zeigen häufig konstitutionelle Probleme. Patienten, die bereits längere Zeit nicht erwerbstätig waren, können durch strukturelle und inhaltliche Anforderungen schnell überfordert sein. Die Adaptionsphase ermöglicht eine Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Alltags unter der flankierenden medizinischen und therapeutischen Begleitung. Darüber verbessert sie die Teilhabechancen und stärkt die Selbständigkeit der Betroffenen. Durch ihren Praxisbezug trägt die Adaptionsphase dazu bei, die Patienten ganzheitlich zu stärken. Das betrifft den Umgang mit der eigenen Gesundheit im Sinne der Selbstfürsorge, das Risiko-Management, realistische Leistungseinschätzungen und ein gestärktes Selbstvertrauen als Voraussetzung der persönlichen Stabilität. Rückfallgefährdungen können in einem Sicherheit gebenden Rahmen besprochen und mit geeigneten Strategien zu ihrer Minderung entwickelt und erprobt werden.

Bei ihrer Realitätserprobung erfahren die Patienten angemessen an ihre jeweilige Lebenssituation individuelle Unterstützung. Dies beinhaltet eine Vielzahl von Leistungen, wie z.B. die Festlegung persönlich-inhaltlicher Therapieziele, ergänzende Diagnostik, sozialmedizinische Einschätzungen, psychiatrische und sonstige medizinische Versorgung bis hin zu alltagspraktischer und sozialrechtlicher Unterstützung.

Ziel ist es, die Patienten zunehmend zur eigenen Verantwortungsübernahme zu befähigen, und zwar in einem Körper, Geist und Seele sowie soziale Kontexte umfassenden Sinne.

Im März 2019 wurde ein *Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen* verabschiedet, an dessen Entwicklung Fachverbände und Praktiker beteiligt waren.

In der Regel wird die Adaptionsphase in der vorausgehenden Entwöhnungsbehandlung beantragt und dauert 3 – 4 Monate. Im Rahmenkonzept der DRV wird zur Indika-

tion und zum Behandlungsansatz ausgeführt: „Die sozialmedizinische Indikation für eine Adaption hat nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich vor allem aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung von Schädigungen insbesondere auch psychischer Funktionen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie der Lebenssituation des Rehabilitanden.“ (DRV 2019). Daraus resultierend werden die Patienten gezielt gefördert und unterstützt, Bewältigungskompetenzen zu entwickeln, an ihrer Ich-Stärkung weiterzuarbeiten, dysfunktionale Beziehungsmuster zu verändern und Verantwortung für ihre Entwicklung zu übernehmen. Wesentliches Ziel der RV ist eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit als Voraussetzung und Bestandteil von Teilhabe, basierend auf einer gesamtheitlichen Gesundung der Patienten in psychischer, sozialer und physischer Weise.

Die Komplexität vorausgehender Störungen und Einschränkungen bei den Patienten bedingt eine Interdisziplinarität der Behandlung. Sie ist eingebettet in einen Gesamtprozess. Die Akutbehandlung (Entzug) als erster Schritt, die Nachsorge mit angeschlossenen ambulanten Begleitmöglichkeiten als letzter Schritt umschließen im notwendigen Fall die stationäre Rehabilitation Suchtkranker, bestehend aus Entwöhnungs- und Adaptionsphase. Es ist wichtig, auch den Anteil an niederschweligen Hilfen, Angeboten von Beratungsstellen und persönlichen Engagements nicht zu vergessen, die häufig eine Motivation der Patienten zur vertieften Auseinandersetzung mit ihrer Suchterkrankung erst möglich machen.

Seit dem Entlassjahrgang 2015 werden Daten zur Effektivität der Adaptionsphase der im Fachverband Sucht e.V. organisierten Einrichtungen zusammenzutragen. In diesem Jahr folgt die vierte Datensammlung, diese dient der weiteren Manifestierung und der Differenzierung auf Basis empirischer Erkenntnisse. Den Anstrengungen der in der Regel nur mit kleinen Teams arbeitenden Einrichtungen, katamnestisch verwertbare Daten zu generieren, steht ein vergleichsweise geringer Rücklauf von Antworten gegenüber. Dennoch ist es wichtig, die Möglichkeit der Ein-Jahres-Nachbefragung zu nutzen, die in Ergänzung zu Erhebungen der Leistungsträger ein komplexes Bild von Störungshintergründen der Betroffenen und einen erfreulicherweise häufig positiven Lebensweg der Behandelten zeichnen. Der Dank gebührt auch den Fachleuten, die das Datenmaterial aufbereiten, aus dem sich Aussagen ableiten lassen. Die Mitgliedseinrichtungen im Fachverband Sucht arbeiten gemeinsam daran, valide Aussagen zur Behandlung und Wirksamkeit der Adaptionsphase zu erhalten. Dabei lässt sich auf den Ergebnissen der umfangrei-

chen Basisdokumentation der jeweiligen Entlassjahrgänge aufbauen.

Für die vorliegende Katamnese-Untersuchung zu Adaptionpatienten aus dem Entlassjahrgang 2017 wird von daher auch auf die bereits publizierten Daten der Basisdokumentation für diesen Personenkreis verwiesen. Die Datenlage ist entsprechend der Erhebungsmöglichkeiten der Einrichtungen sehr unterschiedlich. Aus der Basisdokumentation 2017 resultieren 1231 Datensätze³. Diese Patientengruppe wurde mit der vorliegenden Katamneseuntersuchung ein Jahr nach Entlassung nachuntersucht. Für die Untersuchung werden die Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigkeitserkrankungen 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.).

Teilnahme an der Nachbefragung

Die dargestellten Ergebnisse resultieren aus der Nachbefragung von Rehabilitanden des Entlassjahrgangs 2017, die ihre Adaptionphase in einer der Mitgliedseinrichtungen des FVS absolviert haben. Folgende Einrichtungen beteiligten sich: Alte Ölmühle – Adaption, MEDIAN Adaptionshaus Koblenz, MEDIAN Adaptionshaus TPR Duisburg, MEDIAN Klinik Am Waldsee (Adaption), MEDIAN Klinik Römhild Adaption, MEDIAN Klinik Wigbertshöhe (Adaption), MEDIAN Kliniken Daun Altburg (Adaption), MEDIAN Kliniken Daun Rosenberg (Adaption), MEDIAN Kliniken Daun Thommener Höhe (Adaption), Saaletalklinik Adaption Maria Stern, salus klinik Friedrichsdorf (Adaption), Soteria Klinik Leipzig Adaption, THBB Adaptionshaus Berlin und die Adaption Therapiezentrum Speyer. Alle in die Untersuchung einbezogenen Einrichtungen sind nach von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkannten Zertifizierungsverfahren zertifiziert.

Die Gesamtzahl aller Datensätze beträgt 935. Aus der Untersuchung wurden 33 Fälle mit der Hauptdiagnose F63.0, zwei mit der

³ Teigeler, H. et al.: Basisdokumentation 2017 – Adaptionseinrichtungen

Hauptdiagnose F63.8, ein Fall mit der Diagnose F68.8 sowie acht Fälle ohne Angabe einer Hauptdiagnose herausgerechnet. Von fünf Patienten lag kein Einverständnis zum Versand der Befragungsmaterialien vor. Bei fünf weiteren Patienten fehlte die Angabe der Entlassungsart. Aufgrund einer Datenzusammenführung von zwei unter einem Dach vereinten Behandlungsformen mussten die Datensätze einer Einrichtung von der weiteren Untersuchung ausgeschlossen werden. Die vereinbarte Mindestrücklaufquote von 25% wurde von vier Einrichtungen nicht erfüllt. Sie wurden ebenso ausgeschlossen. Somit verblieben zunächst 403 Fälle in der zu beschreibenden Stichprobe. Die Verwendung teils unterschiedlicher Katamnesebogen führt dazu, dass bei einigen Auswertungen die entsprechenden Daten der jeweiligen Einrichtung nicht berücksichtigt werden konnten. Eine Einrichtung erhob die somatischen Zusatzdiagnosen nicht.

Untersuchungsdesign

Die Datenerhebung der teilnehmenden Einrichtungen wird auf Basis der ‚Standards zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen‘ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) durchgeführt. Zur Datenerhebung der Katamnese wurden folgende Erhebungsinstrumente eingesetzt:

- Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (Basisdokumentation MEDIAN und KDS-/FVS-Datensatz (Sucht), Version 3.0, 2017 bzw. Datenerhebung auf Basis des Kerndatensatzes Sucht 3.0, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) erhoben zum Zeitpunkt der Maßnahme,
- Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese-Fragebogen MEDIAN bzw. KDS-/FVS-Datensatz, Version 2018 basierend auf dem Kerndatensatz Sucht 3.0, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) mit dazugehörigem Protokollbogen zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamneserücklaufes ein Jahr nach Abschluss der Maßnahme,
- Nachbefragungsbogen (Kurzfragebogen) zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese-Fragebogen MEDIAN bzw. KDS-/FVS-Datensatz, Version 2018 basierend auf dem Kerndatensatz Sucht 3.0, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) mit dazugehörigem Protokollbogen zur abschließenden Abstinenzbewertung und Erfassung des Katamneserücklaufes.

Die genannten Erhebungsinstrumente basieren auf dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (DHS 2017). Als „abstinente“ werden diejenigen Patienten eingestuft, die im Katamnesezeitraum weder Alkohol oder zustandsverändernde Medikamente noch Drogen eingenommen hatten. Als

„abstinente nach Rückfall“ wurde eingestuft, wer vor dem Befragungszeitpunkt mindestens 30 Tage durchgängig abstinent war. Als „rückfällig“ gelten alle anderen Personen, einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben.

Angeschrieben wurden mit den o.g. Nachbefragungsinstrumenten die in 2017 entlassenen Rehabilitanden. Einem ersten Anschreiben folgten bei ausstehender Antwort i.d.R. zwei Erinnerungsschreiben und, abhängig von den jeweiligen einrichtungsinternen Möglichkeiten, 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 2017 insgesamt 935 Rehabilitanden die Adaptionsphase. Nach statistischen Bereinigungen um Datensätze mit Missing Data beträgt die Analysestichprobe der im Jahr 2017 aus den an der Auswertung beteiligten Einrichtungen entlassenen Rehabilitanden $n = 403$. Die Menge der verwertbaren Datensätze verringerte sich unwesentlich gegenüber dem Vorjahr.

Rehabilitandenmerkmale im Vergleich zur Katamnese 2016

Der Anteil von männlichen Rehabilitanden an der Gesamtstichprobe sank gegenüber dem Vorjahr leicht von 83,4% (2016) auf 82,6%. Rehabilitandinnen waren an der Gesamtstichprobe mit 17,4% beteiligt (2016 = 16,6%). Im Durchschnitt waren die Rehabilitanden zum Betreuungsbeginn 37,4 Jahre alt mit einer Standardabweichung von 10,5 Jahren. Gegenüber der vorjährigen Erhebung sind die Veränderungen statistisch nicht signifikant. Allerdings scheint sich die Klientel insgesamt wieder etwas verjüngt zu haben, da sich in der Analysestichprobe (nach Bereinigung) die Quote der Rehabilitanden in einem Lebensalter über 40 Jahren von 42,6% in 2016 auf 35,0% im Entlassjahrgang 2017 reduziert hat. Aus der Alterserhebung der Basisdokumentation geht hervor, dass 60,2% der Rehabilitanden unter 40 Jahren alt waren (Teigeler, H. et al.: 2018:51). 26,2% der gesamten Stichprobe gaben zum Aufnahmezeitpunkt an, sich in einer Partnerschaft zu befinden. In der Basisdokumentation des Entlassjahrganges 2017, in der auch die Lebenssituation zu Beginn der Adaptionsphase beschrieben wird, werden 8% aus einer Gesamtstichprobe von 1231 Rehabilitanden genannt, die sich in Partnerschaft befinden (ebd.). Die unterschiedlichen Ergebnisse sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass in der Basisdokumentation nicht

zwischen einer festen, einer losen Partnerschaft oder einer zeitweiligen Partnerschaft unterschieden wird. Die Fragen, in Partnerschaft zu sein oder zusammen lebend mit Partnerin wurden daher unterschiedlich beantwortet. 63,8% der gesamten Stichprobe machten hier keine Angabe. 24,7% gaben an, mit ihren jeweiligen Partner/innen zusammenzuleben.

Einige Rehabilitanden gaben an, noch mit ihren Kindern (6,6%) oder mit ihren Eltern (24,5%) zusammenzuleben. 39,0% der Rehabilitanden gaben an, mit sonstigen Personen zusammenzuleben. Hierunter könnte sich eine Anzahl von Haftentlassenen, Bewohnern von Übergangseinrichtungen oder anderen sozialen Hilfseinrichtungen subsumieren.

Der Anteil von Personen ohne schulischen Abschluss stieg von 7,1% im Vorjahreszeitraum auf 9,8%. Dies legt die Vermutung nahe, dass es Zusammenhänge zwischen einem nicht störungsfreien Aufwachen der Rehabilitanden und Suchtentwicklungen gibt. Seit der ersten Erhebung im Entlasszeitraum 2014 stieg dieser Anteil kontinuierlich. Andererseits verfügen 47,8% der Rehabilitanden über einen Real- oder höheren Schulabschluss (44,5% in 2016). Der Anteil von Rehabilitanden mit einem Haupt- oder Volksschulabschluss liegt gegenüber 2016 (38,8%) leicht erhöht bei 41,5%. Die schwierige berufliche Eingangssituation mag auch durch folgende Zahlen verdeutlicht werden. 10,9% der Gesamtstichprobe hatten zu Beginn der Adaptionsphase noch keine Ausbildung begonnen. 29,3% verfügten über keine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulbildung. Etwa die Hälfte der Rehabilitanden (48,7%) gaben an, einen beruflichen Abschluss zu haben. 7,6% der Stichprobe verfügten über Meister-, Techniker- oder akademische Abschlüsse.

Erwerbstätig, als Teil und Voraussetzung sozialer Teilhabe, waren zu Beginn der Adaptionsphase 6,3% der Stichprobe, gegenüber 6,7% in 2016. Der Anteil an Erwerbslosen stieg von 81,8% auf 91,7% in 2017 und damit vorerst wieder auf das Niveau von 2014 (91,4%). Damit ist nachgewiesen, dass nur eine geringe Menge von Rehabilitanden mit dem Merkmal „ohne Erwerbstätigkeit“ eine Adaptionsphase beantragen, Konzept und Klientel sozusagen zueinander passen.

Die Adaptionsphase wurde nach Rehabilitanden-Angabe in 83,9% der Fälle durch die Entwöhnungseinrichtungen beantragt. Dieser Anteil stieg zum Vorjahreswert (81,8%) leicht und deutet auf eine verbesserte, aber immer noch nicht genaue Beantwortung der Frage hin. Der Anteil von Vermittlungen aus dem ambulanten Bereich mit 8,8% erfasst vielleicht die vorgehenden Empfehlungen durch Suchtberatungen. Bei der korrekten Erfassung zur vermittelnden Instanz scheint es in den Einrichtungen noch Nachbesserungsbedarf zu geben.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppe, kategoriale Auswertung

		Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamt	
		N = 263 (65,3%)		140 (34,7%)		N = 403 (100%)	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	männlich	215	81,7%	118	84,3%	333	82,6%
	weiblich	48	18,3%	22	15,7%	70	17,4%
	Gesamt	263	100,0%	140	100,0%	403	100,0%
Alter	bis 40 Jahre	183	69,6%	79	56,4%	262	65,0%
	über 40 Jahre	80	30,4%	61	43,6%	141	35,0%
	Gesamt	263	100,0%	140	100,0%	403	100,0%
Partnerschaft	nein	185	74,3%	99	72,8%	284	73,8%
	ja	64	25,7%	37	27,2%	101	26,2%
	Gesamt	249	100,0%	136	100,0%	385	100,0%
	keine Angabe	14	5,3%	4	2,9%	18	4,5%
Alleinlebend	nein	85	32,8%	44	31,9%	129	32,5%
	ja	174	67,2%	94	68,1%	268	67,5%
	Gesamt	259	100,0%	138	100,0%	397	100,0%
	keine Angabe	4	1,5%	2	1,4%	6	1,5%
zusammenlebend mit Partner/in	nein	72	75,0%	38	76,0%	110	75,3%
	ja	24	25,0%	12	24,0%	36	24,7%
	Gesamt	96	100,0%	50	100,0%	146	100,0%
	keine Angabe	167	63,5%	90	64,3%	257	63,8%
zusammenlebend mit Kind(ern)	nein	85	94,4%	42	91,3%	127	93,4%
	ja	5	5,6%	4	8,7%	9	6,6%
	Gesamt	90	100,0%	46	100,0%	136	100,0%
	keine Angabe	173	65,8%	94	67,1%	267	66,3%
zusammenlebend mit Eltern(teil)	nein	73	73,7%	41	78,8%	114	75,5%
	ja	26	26,3%	11	21,2%	37	24,5%
	Gesamt	99	100,0%	52	100,0%	151	100,0%
	keine Angabe	164	62,4%	88	62,9%	252	62,5%
zusammenlebend mit sonstiger/n Bezugsperson/en	nein	81	92,0%	41	93,2%	122	92,4%
	ja	7	8,0%	3	6,8%	10	7,6%
	Gesamt	88	100,0%	44	100,0%	132	100,0%
	keine Angabe	175	66,5%	96	68,6%	271	67,2%
zusammenlebend mit sonstiger/n Person/en	nein	61	60,4%	33	62,3%	94	61,0%
	ja	40	39,6%	20	37,7%	60	39,0%
	Gesamt	101	100,0%	53	100,0%	154	100,0%
	keine Angabe	162	61,6%	87	62,1%	249	61,8%
Höchster Schulabschluss	ohne Abschluss	27	10,3%	12	8,8%	39	9,8%
	Haupt-/ Volksschulabschluss	117	44,5%	49	35,8%	166	41,5%
	Realschule und höher	115	43,7%	76	55,5%	191	47,8%
	anderer Schulabschluss	4	1,5%	0	0,0%	4	1,0%
	Gesamt	263	100,0%	137	100,0%	400	100,0%
	keine Angaben	0	0,0%	3	2,1%	3	0,7%
Höchster Ausbildungsabschluss	noch keine Ausbildung begonnen	34	13,0%	9	6,7%	43	10,9%
	derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	1	0,4%	1	0,7%	2	0,5%
	keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	82	31,4%	34	25,2%	116	29,3%
	betrieblicher Berufsabschluss	119	45,6%	74	54,8%	193	48,7%
	Meister / Techniker	12	4,6%	7	5,2%	19	4,8%
	akademischer Abschluss	4	1,5%	7	5,2%	11	2,8%
	anderer Berufsabschluss	9	3,4%	3	2,2%	12	3,0%
	Gesamt	261	100,0%	135	100,0%	396	100,0%
	keine Angaben	2	0,8%	5	3,6%	7	1,7%

noch Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppe, kategoriale Auswertung

		Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamt	
		N = 263 (65,3%)		140 (34,7%)		N = 403 (100%)	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erwerbssituation bei Aufnahme	erwerbstätig	13	5,0%	12	8,6%	25	6,3%
	erwerbslos	241	92,7%	125	89,9%	366	91,7%
	nicht erwerbstätig	6	2,3%	2	1,4%	8	2,0%
	Gesamt	260	100,0%	139	100,0%	399	100,0%
	keine Angabe	3	1,1%	1	0,7%	4	1,0%
Vermittlung	allgemeines Krankenhaus	11	4,2%	6	4,3%	17	4,3%
	psychiatrisches Krankenhaus	1	0,4%	2	1,4%	3	0,8%
	ambulante Suchthilfeeinrichtung	21	8,1%	14	10,1%	35	8,8%
	stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	220	84,6%	114	82,6%	334	83,9%
	anderer Beratungsdienst	2	0,8%	1	0,7%	3	0,8%
	Agentur für Arbeit / Jobcenter	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%
	Kosten-/Leistungsträger	4	1,5%	1	0,7%	5	1,3%
	Gesamt	260	100,0%	138	100,0%	398	100,0%
	keine Angabe	3	1,1%	2	1,4%	5	1,2%
Leistungsträger	Rentenversicherung	234	89,0%	130	92,9%	364	90,3%
	Krankenversicherung	6	2,3%	3	2,1%	9	2,2%
	Sozialhilfe	16	6,1%	5	3,6%	21	5,2%
	Sonstiges	8	3,0%	2	1,4%	10	2,5%
	Gesamt	264	100,0%	140	100,0%	404	100,0%
Hauptdiagnose	Abhängigkeit von Alkohol	158	60,1%	97	69,3%	255	63,3%
	Abhängigkeit von Opioiden	4	1,5%	4	2,9%	8	2,0%
	Abhängigkeit von Cannabinoiden	22	8,4%	11	7,9%	33	8,2%
	Abhängigkeit von Sedativa/ Hypnotika	3	1,1%	1	0,7%	4	1,0%
	Abhängigkeit von Kokain	2	0,8%	2	1,4%	4	1,0%
	Abhängigkeit von Stimulanzien	30	11,4%	16	11,4%	46	11,4%
	Polytoxikomanie oder anderen psychotropen Substanzen	44	16,7%	9	6,4%	53	13,2%
	Gesamt	263	100,0%	140	100,0%	403	100,0%
Entgiftungen	keine	43	26,5%	27	26,5%	70	26,5%
	eine	36	22,2%	17	16,7%	53	20,1%
	zwei oder mehr	83	51,2%	58	56,9%	141	53,4%
	Gesamt	162	100,0%	102	100,0%	264	100,0%
	keine Angabe	101	38,4%	38	27,1%	139	34,5%
Qualifizierter Entzug	keine	57	80,3%	38	70,4%	95	76,0%
	eine	5	7,0%	4	7,4%	9	7,2%
	zwei oder mehr	9	12,7%	12	22,2%	21	16,8%
	Gesamt	71	100,0%	54	100,0%	125	100,0%
	keine Angabe	192	73,0%	86	61,4%	278	69,0%
stat. Entwöhnung	keine	9	5,6%	4	4,0%	13	4,9%
	eine	99	61,1%	58	57,4%	157	59,7%
	zwei oder mehr	54	33,3%	39	38,6%	93	35,4%
	Gesamt	162	100,0%	101	100,0%	263	100,0%
	keine Angabe	101	38,4%	39	27,9%	140	34,7%
Art der Beendigung	planmäßige Beendigung	202	76,8%	120	85,7%	322	79,9%
	Abbruch durch Patient	47	17,9%	14	10,0%	61	15,1%
	Abbruch durch Einrichtung	12	4,6%	5	3,6%	17	4,2%
	Außerplanmäßige Verlegung	1	0,4%	1	0,7%	2	0,5%
	Verstorben	1	0,4%	0	0,0%	1	0,2%

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung der untersuchten Gruppen, Mittelwerte

Merkmal	Nicht-Antworter			Katamneseantworter			Gesamt		
	n = 263			n = 140			n = 403		
	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N	Mittelwert	Standardabweich.	Gültige N
Alter bei Aufnahme in Jahren	36,5	10,1	263	39,1	10,9	140	37,4	10,5	403
Abhängigkeitsdauer in Jahren	15,3	8,4	235	15,1	9,3	126	15,2	8,7	361
Behandlungsdauer (alle) in Tagen	77,3	31,4	263	81,6	31,7	140	78,8	31,5	403

Behandlungsmerkmale

Leistungsträger waren zu 90,3% die Rentenversicherungen. Die Krankenkassen beteiligten sich in 2,2% der Fälle. Der Anteil von Sozialhilfeträgern und Jugendhilfe bei der Finanzierung der Behandlung stieg auf 5,2%, mehr als das Doppelte an Rehabilitanden als im Entlasszeitraum 2015.

Wie in den Jahren zuvor bleibt Alkohol auch in der Gesamtstichprobe des Entlassjahrgangs 2017 das Hauptsuchtmittel. Der Anteil von Rehabilitanden mit einer Alkoholabhängigkeit fiel leicht gegenüber der Vorjahresstichprobe um 2,1% auf 63,3%. Opiode als Hauptsuchtmittel gaben 2,0% der Rehabilitanden an. Rehabilitanden mit einer Abhängigkeit von Cannabinoiden waren mit einem Anteil von 8,2% an der Gesamtstichprobe vertreten. Der Anteil der Abhängigkeit von Stimulanzien (F 13 bis F 18 zusammengefasst) sank von 15,4% im Vorjahr auf 11,4% in 2017. Dagegen stieg der Anteil von Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose eines multiplen Substanzgebrauchs und Konsums anderer psychotroper Substanzen deutlich auf 13,2% – gegenüber einem Vorjahreswert von 5,4%. Verschiedene Gründe können den Anstieg dieser Diagnosegruppe bewirken. Zum einen gibt es immer mehr Rehabilitanden, die mindestens drei Stoffgruppen wahllos kombiniert über einen längeren Zeitraum konsumieren, oft in Kombinationen wie THC, Methamphetamin und Alkohol. Andere Stoffe können zusätzlich beikonsumiert werden, erreichen aber nicht die Menge und Konstanz der erstgenannten Drogen. Zum anderen ist es durchaus möglich, dass bei der Diagnosestellung nicht deutlich genug zwischen kontinuierlichem Gebrauch von mindestens drei Substanzen bzw. Suchtverlagerungen und –überlagerungen unterschieden wurde. 26,5% der Gesamtstichprobe gaben an vor ihrer Entwöhnungsbehandlung keine Entgiftung in Anspruch genommen zu haben (2016=15,4%). Der Anteil von Patienten mit zwei und mehr Entgiftungen sank auf 53,4%, 10% weniger als bei der Gruppe im Entlasszeitraum 2015 (63,1%). Eine vorherige Akutbehandlung erfolgte bei 20,1% der Rehabilitanden.

In der Basisdokumentation der stationären Adaptionsbehandlungen wurden Daten zu insgesamt 1231 Rehabilitanden des Entlassjahrgangs 2017 erhoben. Diese weisen

auf eine Vielzahl gesundheitlicher, sozialer und seelischer Probleme hin. Demnach sind über ein Viertel der Rehabilitanden straffällig geworden. 11,7% waren länger als sechs Jahre ohne sozialversicherungsrechtliche Erwerbstätigkeit. Eine mehr als zehnjährige Abhängigkeit von Suchtmitteln weist ein Anteil von 62,8% auf (vgl. Teigeler et al., 2018: 52ff). Dieser Wert ist von einiger Konstanz, wie auch die Menge der Rehabilitanden mit einer Abhängigkeitsdauer ab 20 Jahren (23,6%), in 2016 21,3%.

Fast ein Viertel der Rehabilitanden (23,2%) absolvierten vor Antritt der Adaptionsphase mindestens vier bis über 21 Entgiftungen. 43,1% der Rehabilitanden absolvierten mehr als eine Langzeitentwöhnungsbehandlung im Vorfeld der Adaptionsphase.

Im Durchschnitt waren die Rehabilitanden bei Antritt der Adaption 37,4 Jahre alt, die Standardabweichung beträgt 10,5 Jahre. Die Behandlungsdauer in der Adaption betrug im Schnitt 78,8 Tage mit einer Standardabweichung von 31,5 Tagen. Die Abweichung erklärt sich aus der für Drogenabhängige regelhaft viermonatigen Adaptionsphase.

Planmäßig beendeten aus der Gesamtstichprobe 79,9% (2016=88,2%) der Rehabilitanden die Adaptionsphase. Das ist geringfügig weniger als in der Basisdokumentation dieses Jahrgangs verzeichneten größeren Stichprobe (83,1% planmäßige Beendigungen) (vgl. Teigeler et al., 2018:55). Zu vorzeitigen Beendigungen auf Grund von Abbruch durch den Patienten oder die Einrichtung kam es in 19,3% der Fälle.

31,4% der Rehabilitandinnen aus der 70 Frauen umfassenden Gesamtstichprobe antworteten auf die Katamnese schreiben,

35,4 % der 333 männlichen Rehabilitanden der Stichprobe. Wie in den meisten Entwöhnungsbehandlungen sind auch in den Adaptionseinrichtungen Frauen unterrepräsentiert.

Gesamtstichprobe und Katamneseantworter im Vergleich

262 Personen (bei n=403) befanden sich zum Aufnahmezeitpunkt in einem Alter bis unter 40 Jahren. Von diesem Personenkreis antworteten 79 ehemalige Rehabilitanden auf die Katamnese schreiben. Das entspricht einem Anteil von 30,2% in dieser Altersgruppe und unterscheidet sich nicht von der Rückmeldequote des Vorjahres. 141 Personen waren zum Aufnahmezeitpunkt älter als 40 Jahre. Aus dieser Gruppe antworteten 61 Personen, dies entspricht einem Anteil von 43,6%, im Vorjahr waren es 43,8%.

In der Gruppe der Nichtantworter liegt der Anteil von Rehabilitanden unter 40 Lebensjahren bei 69,6%. Rehabilitanden mit einem Realschulabschluss oder höherem Bildungsgrad beantworteten mit einem Anteil von 55,5% die Katamnese schreiben.

Katamneseergebnisse

Die Ausschöpfungsquote zu den Angaben der Katamneseantworter, d.h. zu Abstinenz, Rückfall und abstinent nach Rückfall, beträgt 33,5%. Sie bleibt somit gegenüber den Vorjahren konstant. 64% der Rehabilitanden antworteten nicht auf die Katamnesebemühungen. Die möglichen Gründe hierfür wie Wohnortwechsel und nachlassende Motivation zur Beantwortung wurden bereits in den letzten Artikeln beschrieben. Drei Patienten verstarben im Katamnesezeitraum, bei fünf lagen widersprüchliche Informationen vor (s. Tab. 3).

Tabelle 3: Ergebnisse zum Datenrücklauf

Ergebnisse zum Datenrücklauf	Anzahl	Prozent
abstinent	82	20,3%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	26	6,5%
rückfällig	27	6,7%
Widersprüchliche Information	5	1,2%
Keine Antwort / kein Katamnese rücklauf	258	64%
Verweigerung / leerer Bogen	2	0,5%
verstorben	3	0,7%
Gesamt	403	100,0%

Daten der Katamneseantworter zum Zeitpunkt der Katamnese

Wurde in den vergangenen Auswertungen noch der Status verheiratet/ ledig/ geschieden abgefragt, rückt der neue Kerndatensatz 3.0 und die entsprechende Katamnese (s. Tab. 4) die Realität des Zusammenlebens stärker ins Blickfeld. Aus Übersichtsgründen verzichten wir auf die Darstellung verschiedener Formen des Zusammenlebens. Der Anteil an Rehabilitanden, die in Partnerschaft leben, nahm vom Zeitpunkt der Aufnahme in die Adaption von 29,4% auf 37,8% zum Katamnesezeitpunkt um 8,4% zu. Der Anteil Alleinlebender nahm in diesem Zeitraum von 68,9% auf 54,6% ab.

Von den Katamneseantwortern gaben zu Beginn der Adaption 7,6% an, noch in einem Arbeitsverhältnis zu stehen. Allerdings zeigt sich, dass Arbeitsverhältnisse während der Rehabilitationsphase auch beendet werden. Zum Katamnesezeitpunkt standen 49,2% der Rückmelder in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Gegenüber den Entlassjahrgängen 2014 und 2015 kam es bei diesem Merkmal nochmals zu einer Steigerung der Erfolgsquote. Ein Einflussfaktor hierzu 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 bessere Chancen bekommen.

Zum Aufnahmezeitpunkt in die Adaption waren 90,4% der Antworter erwerbslos. Ein Jahr nach Behandlungsende zeigt sich die Situation in deutlicher Weise verbessert. Erwerbslos waren zum zweiten Messpunkt 39,0% der Antworter. An dieser Entwicklung haben sicherlich auch die während der Adaption stattfindenden Berufserprobungspraktika, berufliche Orientierungsgespräche sowie Beratungen und Beantragungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einen wichtigen Anteil. Berufliche Umorientierungen auf Grund suchtnaher oder überfordernder Berufe helfen die Abstinenz zu sichern. Einen wichtigen Indikator für die verbesserte berufliche Integration bildet die wiederhergestellte Arbeitsfähigkeit. Durchgehend in allen Werten, unter drei Monate, bis sechs Monate und darüber hinaus, verbesserte sich die Situation für die Rehabilitanden zwischen Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt.

Zum Aufnahmezeitpunkt gaben 14,8% der Rückmelder an, keine Arbeitsunfähigkeit in den letzten zwölf Monaten vor Behandlungsbeginn erlebt zu haben. 69,1% waren zum Katamnesezeitpunkt durchgehend arbeitsfähig. Arbeitsunfähig unter drei Monaten vor Aufnahme in die Entwöhnung waren 48,1% der Rehabilitanden. Dieser Wert sank deutlich auf 12,3% zum Katamnesezeitpunkt. Ein Problem der Dokumentation ist hierbei, dass die Patienten i.d.R. aus den Entwöhnungskliniken kommen.

Tabelle 4: Daten der Antworter zum Katamnesezeitpunkt im Vergleich zum Behandlungsbeginn (nur Fälle mit Antworten zu beiden Zeitpunkten; reduzierte Stichprobe)

		Katamneseantworter			
		Therapiebeginn		Katamnesezeitpunkt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Partnerschaft N = 119	nein	84	70,6%	74	62,2%
	ja	35	29,4%	45	37,8%
	Gesamt	119	100,0%	119	100,0%
Alleinlebend N = 119	nein	37	31,1%	54	45,4%
	ja	82	68,9%	65	54,6%
	Gesamt	119	100,0%	119	100,0%
	Gesamt	16	100,0%	16	100,0%
Erwerbssituation N = 118	erwerbstätig	9	7,6%	58	49,2%
	erwerbslos	107	90,7%	46	39,0%
	nicht erwerbstätig	2	1,7%	14	11,9%
	Gesamt	118	100,0%	118	100,0%
Arbeitsunfähigkeitszeiten N = 81	keine	12	14,8%	56	69,1%
	1 bis unter 3 Monate	39	48,1%	10	12,3%
	3 bis unter 6 Monate	28	34,6%	5	6,2%
	6 und mehr Monate	0	0,0%	5	6,2%
	unbekannt	2	2,5%	0	0,0%
	nicht erwerbstätig	0	0,0%	5	6,2%
	Gesamt	81	100,0%	81	100,0%
Selbsthilfegruppenbesuch	ja, während des gesamten Zeitraums		20	45,5%	
	ja, mindestens ein halbes Jahr		9	20,5%	
	ja, aber weniger als ein halbes Jahr		15	34,1%	
	Gesamt		44	100,0%	
Suchtbezogene Hilfe insgesamt	keine suchtbezogene Hilfe wahrgenommen		0	0,0%	
	mindestens ein Angebot wahrgenommen		80	100,0%	

Eigentlich müsste man den Wert jeweils vor der Entwöhnung und nicht vor der Adaption bestimmen, da nahezu alle Rehabilitanden zum Aufnahmezeitpunkt die Entwöhnungszeit als Zeit der Arbeitsunfähigkeit anrechnen. Es dürfte also im Grunde keine Arbeitsunfähigkeit unter drei Monaten geben. Bei drei bis unter sechs Monaten verringerte sich der Wert von 34,6% auf 6,2%. Für den Zeitraum von mehr als sechs Monaten liegen keine Aussagen zum Zeitpunkt vor Aufnahme in die Adaption vor. Der Wert zum Katamnesezeitpunkt liegt bei 6,2%, bezogen auf N = 81 Rückmelder. Die Ergebnisse bestätigen die Wirksamkeit der Adaptionphase, die als ein wichtiges Ziel im Bereich der Rentenversicherung die Reintegration ins Erwerbsleben hat.

Da von 1231 Rehabilitanden der Basisdokumentation ganze 51 Rehabilitanden von möglichen 140 zum Katamnesezeitpunkt die Frage nach Selbsthilfegruppenteilnahme

beantworteten, ist eine verlässliche Aussage hierzu nicht gegeben. Von den Antwortern beschrieben 22 Personen, eine Selbsthilfegruppe durchgehend besucht zu haben, 14 mindestens ein halbes Jahr und 15 Rehabilitanden unter einem halben Jahr.

Eine erfreuliche Tendenz zeigt die Teilnahme an suchtbezogenen Hilfen. Hier gaben 64,3% der Antworter an, eine nachsorgende Leistung in Anspruch genommen zu haben. Das ist eine deutliche Steigerung gegenüber dem Vorjahreszeitraum.

Abstinenzquoten

Die Abstinenzquote ist eine wichtige Größe hinsichtlich der Wirksamkeitsanalyse eines suchtspezifischen Angebotes wie Entwöhnung und Adaption. Die wahrscheinliche und die absolute Abstinenzquote werden auf der Grundlage der Berechnungsstandards DGSS 1 bis DGSS 4 der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Sucht-

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

	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4	
	N = 120		N = 322		N = 140		N = 403	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote (30 Tage)	99	82,5%	99	30,7%	108	77,1%	108	26,8%
abstinent	74	61,7%	74	23,0%	82	58,6%	82	20,3%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	25	20,8%	25	7,8%	26	18,6%	26	6,5%
rückfällig	17	14,2%	17	5,3%	27	19,3%	27	6,7%
keine Information	0	0,0%	202	62,7%	0	0,0%	263	65,3%
widersprüchliche Informationen	4	3,3%	4	1,2%	5	3,6%	5	1,2%
Gesamt	120	100,0%	322	100,0%	140	100,0%	403	100,0%

Tabelle 5b: Abstinenzquoten nach DGSS 1 – 4 der Gesamtstichprobe nach klassischer Abstinenzeinstufung

	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4	
	N = 120		N = 322		N = 140		N = 403	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote (3 Monate)	85	70,8%	85	26,4%	94	67,1%	94	23,3%
abstinent	74	61,7%	74	23,0%	82	58,6%	82	20,3%
abstinent nach Rückfall (3 Monate)	11	9,2%	11	3,4%	12	8,6%	12	3,0%
rückfällig	31	25,8%	31	9,6%	41	29,3%	41	10,2%
keine Information	0	0,0%	202	62,7%	0	0,0%	263	65,3%
widersprüchliche Informationen	4	3,3%	4	1,2%	5	3,6%	5	1,2%
Gesamt	120	100,0%	322	100,0%	140	100,0%	403	100,0%

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

Die Tabellen der Abstinenzquoten nach DGSS1-4 zeigen die Ergebnisse zu Abstinenz und Rückfall nach Abschluss der Behandlung innerhalb eines Jahres nach dem Behandlungsende. Die Tabelle 5a zeigt die Ergebnisse nach der neuen Abstinenzeinstufung mit dem Zeitfenster „mindestens 30 Tage nach Rückfall abstinent“, Tabelle 5b veranschaulicht die Ergebnisse nach der klassischen Abstinenzeinstufung (mindestens 3 Monate abstinent). Die katamnestiche Erfolgsquote errechnet sich aus der Summe der abstinent und abstinent nach Rückfall (AnR) eingestuften Rehabilitanden.

Für die planmäßig entlassenen und erreichten Rehabilitanden ergab sich nach der aktuellen Berechnungsform eine katamnestiche Erfolgsquote von 82,5% bei n=120. Nach der herkömmlichen Form (abstinent und abstinent nach Rückfall 3 Monate) ergab sich bei dieser Gruppe nach DGSS1 ein Wert von 70,8%. In der Gruppe nach DGSS3 (Nur-Antwörter) ergab sich nach der neuen

Berechnungsgrundlage ein Wert von 77,1% katamnestiche Erfolgsquote bei N= 140 (alte Berechnung 67,1%). Nach DGSS4, also der Einstufung, bei der grundsätzlich jeder nicht erreichte Rehabilitand als rückfällig zählt, zeigt sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 26,8% (neu) und 23,3% (alt) bei N= 403. Von den Antwortern gaben 19,3% (neu) bzw. 29,3% (alt) an rückfällig zu sein. Die Ergebnisse unterscheiden sich nicht erheblich von den Ergebnissen der Vorjahre.

Abstinenzquoten nach Geschlecht und Behandlungsdauer

In den folgenden Ausführungen bezieht sich die katamnestiche Erfolgsquote jeweils auf die Berechnungsform (abstinent nach Rückfall 30 Tage). Die Ergebnisse zum Katamnese-Jahrgang 2017 liegen bei der Unterscheidung für Männer und Frauen nicht weit auseinander. Frauen weisen eine unwesentlich höhere katamnestiche Erfolgsquote auf als die in diesem Zeitraum behandelten Männer (s. Tab. 6).

Abstinent und abstinent nach Rückfall gaben 85,0% (in 2016=79,4 %) der Frauen nach DGSS 1 an und 29,8% nach DGSS 2. Nach DGSS 3 betrug die katamnestiche Erfolgsquote 81,8% (in 2016=80%) und innerhalb der Gesamtstichprobe nach DGSS4 25,7% (in 2016=38,9%). Die katamnestiche Erfolgsquote bei Männern betrug nach

DGSS 1 82,0%. Die Ergebnisse scheinen relativ stabil über mehrere Katamneseuntersuchungen zu sein (im Vergleichszeitraum 2016=74,6%). Nach DGSS 2 beträgt die katamnestiche Erfolgsquote 30,9% (in 2016=27,5%), in der Gruppe der Antworter nach DGSS3 76,3 (in 2016=73,4%) und nach DGSS 4 27,0% (in 2016= 26,0%) 60,2% (in 2016=73,4%) der antwortenden Männer waren abstinent oder abstinent nach Rückfall in den letzten 30 Tagen.

Bestätigt werden die Erfahrungen, dass für die Vorbereitung auf ein abstinent geführtes und eigenverantwortetes Leben eine angemessene Therapiezeit benötigt wird. Kürzere Behandlungszeiten zeigen geringere Wirksamkeit (s. Tab. 7). Die katamnestiche Erfolgsquote verbessert sich im Zusammenhang der Dauer der Adaptionphase. Sie betrug nach DGSS 1 bei einer bis zu zwölfwöchigen Behandlung 68,4%. (2016=73,7%), bei einer Behandlungsdauer bis 16 Wochen 87,7% (in 2016 = 75,3%) und bei einem Zeitraum über 16 Wochen 92,0% (in 2016 = 82,4%), zusammengesetzt aus den Merkmalen abstinent und abstinent nach Rückfall. Nach DGSS3 ergeben sich 61,8% katamnestiche Erfolgsquote bei einer Behandlungsdauer unterhalb 12 Wochen, 85,0% für Behandelte über einen Zeitraum von 12 bis 16 Wochen und 92% für entsprechende Antworter, die länger als 16 Wochen in der Adaptionphase verweilten.

Tabelle 6: Abstinenzquoten nach Geschlecht nach DGSS 1 – 4

	DGSS 1				DGSS 2			
	männlich	weiblich	männlich	weiblich				
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestische Erfolgsquote (30 Tage)	82	82,0%	17	85,0%	82	30,9%	17	29,8%
abstinent	63	63,0%	11	55,0%	63	23,8%	11	19,3%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	19	19,0%	6	30,0%	19	7,2%	6	10,5%
rückfällig	15	15,0%	2	10,0%	15	5,7%	2	3,5%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	165	62,3%	37	64,9%
widersprüchliche Informationen	3	3,0%	1	5,0%	3	1,1%	1	1,8%
Gesamt	100	100,0%	20	100,0%	265	100,0%	57	100,0%
	DGSS 3				DGSS 4			
	männlich	weiblich	männlich	weiblich				
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestische Erfolgsquote (30 Tage)	90	76,3%	18	81,8%	90	27,0%	18	25,7%
abstinent	71	60,2%	11	50,0%	71	21,3%	11	15,7%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	19	16,1%	7	31,8%	19	5,7%	7	10,0%
rückfällig	24	20,3%	3	13,6%	24	7,2%	3	4,3%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	215	64,6%	48	68,6%
widersprüchliche Informationen	4	3,4%	1	4,5%	4	1,2%	1	1,4%
Gesamt	118	100,0%	22	100,0%	333	100,0%	70	100,0%

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

	DGSS 1						DGSS 2					
	bis 12 Wochen		12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen		bis 12 Wochen		12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestische Erfolgsquote (30 Tage)	26	68,4%	50	87,7%	23	92,0%	26	25,0%	50	32,7%	23	35,4%
abstinent	19	50,0%	36	63,2%	19	76,0%	19	18,3%	36	23,5%	19	29,2%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	7	18,4%	14	24,6%	4	16,0%	7	6,7%	14	9,2%	4	6,2%
rückfällig	11	28,9%	4	7,0%	2	8,0%	11	10,6%	4	2,6%	2	3,1%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	66	63,5%	96	62,7%	40	61,5%
widersprüchliche Informationen	1	2,6%	3	5,3%	0	0,0%	1	1,0%	3	2,0%	0	0,0%
Gesamt	38	100,0%	57	100,0%	25	100,0%	104	100,0%	153	100,0%	65	100,0%
	DGSS 3						DGSS 4					
	bis 12 Wochen		12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen		bis 12 Wochen		12 bis 16 Wochen		über 16 Wochen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestische Erfolgsquote (30 Tage)	34	61,8%	51	85,0%	23	92,0%	34	19,1%	51	31,9%	23	35,4%
abstinent	26	47,3%	37	61,7%	19	76,0%	26	14,6%	37	23,1%	19	29,2%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	8	14,5%	14	23,3%	4	16,0%	8	4,5%	14	8,8%	4	6,2%
rückfällig	19	34,5%	6	10,0%	2	8,0%	19	10,7%	6	3,8%	2	3,1%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	123	69,1%	100	62,5%	40	61,5%
widersprüchliche Informationen	2	3,6%	3	5,0%	0	0,0%	2	1,1%	3	1,9%	0	0,0%
Gesamt	55	100,0%	60	100,0%	25	100,0%	178	100,0%	160	100,0%	65	100,0%

Die Rückfallrate sinkt bei den Katamneseantwortern nachweislich mit einer Verweildauer über 12 Wochen. Die Auswertung nach DGSS 3 ergibt für diesen Personenkreis 34,5 % bei bis zu 12 Wochen, 10,0 % bei bis zu 16 Wochen und 8,0% bei über 16 Wochen.

Abstinenz und Rückfall nach Haupt- suchtmitteldiagnose

Bei der Auswertung zu Abstinenz und Rückfall im Zusammenhang der Diagnosen ICD F10 (Alkoholabhängigkeit) und zusammengefasster F11 bis F19 (Abhängigkeit von illegalen Drogen und multipler Substanzgebrauch) ergaben sich nur moderate Abweichungen zu den Ergebnissen der Ein-Jahres-Nachbefragung zu den Vorjahren 2016 und 2015. Die katamnestiche Erfolgsquote für Rehabilitanden mit einer Alkoholabhängigkeit (F 10) nach DGSS1 beträgt 80% (in 2016 betrug sie 74,0%). Nach DGSS3 beträgt die katamnestiche Erfolgsquote 79,1%, in 2016 = 73,4%. Sie beträgt 23,0% (2016 = 28,2%) nach DGSS 4. Auch in der Diagnosegruppe F11 bis F19 ergeben sich moderate Veränderungen gegenüber den Vorjahren. Im Katamnesejahrgang 2017 zeigt sich eine Erfolgsquote von 83,8% gegenüber 2016 mit 79,2% nach DGSS 1 und 29,0%, in 2016 =28,0% nach DGSS 4.

Eine weitere Aufschlüsselung in einzelne Substanzgruppen erweist sich als problematisch, da die geringe Datenbasis für eine detailliertere Auswertung nicht ausrei-

chend ist. Nach DGSS4 ergibt sich ein jeweils großer Anteil von Rehabilitanden, zu denen die Katamnese in Bezug auf die Diagnosespezifisch keine Information bereithält.

Aufgeschlüsselt nach F11 bis F19 wiesen lediglich vier Rehabilitanden eine Abhängigkeit von Opioiden (F 11) auf, von daher lassen sich hierzu keine validen Aussagen treffen. Rehabilitanden mit einer Abhängigkeit von Cannabinoiden (F 12) waren an der Gesamtstichprobe mit 10,6% (2016=7,6%) beteiligt (Teigeler et al. 2017). Die katamnestiche Erfolgsquote beträgt bei DGSS 3 in der Gruppe der Antworter 100,0%, aufgeteilt nach abstinent = 45,5% und abstinent nach Rückfall 30 Tage = 54,5%. Die katamnestiche Erfolgsquote für Psychische und Verhaltensstörungen durch Stimulanzien (F 15) in der Antwortgruppe betrug 81,3%, in 2016 = 78,3%. Rehabilitanden mit multiplem Substanzgebrauch (F 19) hatten eine Erfolgsquote nach DGSS3 von 88,9%. Insgesamt ist allerdings auf die geringen Fallzahlen zu verweisen, die einer Verallgemeinerung der Ergebnisse entgegenstehen.

Therapieerfolg im Zusammenhang sozialer, beruflicher und persönlicher Merkmale

Haben die persönliche Lebenssituation und Merkmale wie Bildung, beruflicher und sozialer Status einen Einfluss auf die Wirksamkeit suchttherapeutischer Maßnahmen wie der Adaptionsphase? Die geringen Datenmengen schränken die Aussagekraft der

folgenden Gegenüberstellungen von Lebenssituation und katamnestiche Erfolgsquote ein. Da aber auch Katamnesebefunde aus den Vorjahren vorliegen, lassen sich Tendenzen feststellen.

76,3% (2016 = 73,4%) der Männer und 81,8% (2016 = 80,0%) der Frauen nach DGSS3 (vgl. Tab.6) gaben zum Katamnesezeitpunkt an, abstinent bzw. abstinent nach Rückfall 30 Tage zu sein. Diese Angaben bleiben mit moderaten Schwankungen seit den ersten Erhebungen 2014 relativ stabil. Rehabilitanden in einem Lebensalter über 40 Jahren weisen wie in den Vorjahren eine ähnliche katamnestiche Erfolgsquote auf wie der Personenkreis mit einem Lebensalter von unter 40 Jahren zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Adaption. Die katamnestiche Erfolgsquote beträgt bei der Gruppe bis 40 Jahre 78,5% (2016 = 72%). Abstinent und abstinent nach Rückfall in der Gruppe über 40 Jahren beschrieben 75,4% (2016 = 77,8%) der Antworter zu sein (vgl. Tab.9).

Einen eher minimalen Einfluss scheint der Faktor Partnerschaft zu haben. Die Rehabilitanden, die sich zum Befragungszeitpunkt in Partnerschaft befanden, wiesen mit 81,1% bei N = 37 eine geringfügig höhere Erfolgsquote auf als die Gruppe der Personen, die sich nicht in Partnerschaft befanden. Hier betrug die Erfolgsquote 74,7% bei N = 99. In den Vorjahren hatte dieser Faktor rechnerisch keinen Einfluss.

Ein deutlicher Unterschied zeigt sich beim Faktor Entlassform. Planmäßig entlassene

Tabelle 8a: Behandlungserfolg in Abhängigkeit der Diagnose Alkohol und F11 – F 19 zusammengefasst

	DGSS 1				DGSS 2			
	Störung durch Alkohol		F11 – F19		Störung durch Alkohol		F11 – F19	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote (30 Tage)	32	80,0%	67	83,8%	32	27,1%	67	32,8%
abstinent	22	55,0%	52	65,0%	22	18,6%	52	25,5%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	10	25,0%	15	18,8%	10	8,5%	15	7,4%
rückfällig	6	15,0%	11	13,8%	6	5,1%	11	5,4%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	78	66,1%	124	60,8%
widersprüchliche Informationen	2	5,0%	2	2,5%	2	1,7%	2	1,0%
Gesamt	40	100,0%	80	100,0%	118	100,0%	204	100,0%

	DGSS 3				DGSS 4			
	Störung durch Alkohol		F11 – F19		Störung durch Alkohol		F11 – F19	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
katamnestiche Erfolgsquote (30 Tage)	34	79,1%	74	76,3%	34	23,0%	74	29,0%
abstinent	23	53,5%	59	60,8%	23	15,5%	59	23,1%
abstinent nach Rückfall (30 Tage)	11	25,6%	15	15,5%	11	7,4%	15	5,9%
rückfällig	7	16,3%	20	20,6%	7	4,7%	20	7,8%
keine Information vorhanden	0	0,0%	0	0,0%	105	70,9%	158	62,0%
widersprüchliche Informationen	2	4,7%	3	3,1%	2	1,4%	3	1,2%
Gesamt	43	100,0%	97	100,0%	148	100,0%	255	100,0%

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

	DGSS 1					
	Opioide	Cannabis	Sedativa/ Hypnotika	Kokain	Stimulanzien	and. psycho- trophe Subst.
	n = 3	n = 9	n = 1	n = 2	n = 16	n = 9
	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Katamnestiche. Erfolgsquote 30 Tage	0,0%	100%	0,0%	50,0%	81,3%	88,9%
Abstinenter	0,0%	44,4%	0,0%	50,0%	75,0%	55,6%
Abstinenter nach Rückfall 30 Tage	0,0%	55,6%	0,0%	0,0%	6,3%	33,3%
Rückfällig	66,7%	0,0%	100,0%	0,0%	18,8%	0,0%
Keine Information	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 = 6	n = 26	n = 4	n = 4	n = 39	n = 8
	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Katamnestiche. Erfolgsquote 30 Tage	0,0%	34,6%	0,0%	50,0%	33,5%	20,5%
Abstinenter	0,0%	15,4%	0,0%	25,0%	30,8,1%	12,8%
Abstinenter nach Rückfall 30 Tage	0,0%	19,2%	0,0%	25,0%	2,6%	7,7%
Rückfällig	33,3%	0,0%	25,0%	0,0%	7,7%	0,0%
Keine Information	50,0%	65,4%	75,0%	50,0%	59,0%	76,9%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	DGSS 3					
	Opioide	Cannabis	Sedativa/ Hypnotika	Kokain	Stimulanzien	and. psycho- trophe Subst.
	n = 4	n = 11	n = 1	n = 2	n = 16	n = 9
	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Katamnestiche Erfolgsquote 30 Tage	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	81,3%	88,9%
Abstinenter	0,0%	45,5%	0,0%	50,0%	75,0%	55,6%
Abstinenter nach Rückfall 30 Tage	0,0%	54,5%	0,0%	50,0%	6,3%	33,3%
Rückfällig	75,0%	0,0%	100,0%	0,0%	18,8%	0,0%
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 = 8	n = 33	n = 4	n = 4	n = 46	n = 53
	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Katamnestiche. Erfolgsquote 30 Tage	0,0%	15,2%	0,0%	50,0%	28,3%	15,1%
Abstinenter	0,0%	18,2%	0,0%	25,0%	26,1%	9,4%
Abstinenter nach Rückfall 30 Tage	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	2,2%	5,7%
Rückfällig	37,5%	3,0%	25,0%	0,0%	6,5%	0,0%
Keine Information	50,0%	66,7%	75,0%	50,0%	65,2%	83,0%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Rehabilitanden hatten mit 82,5% bei N = 120 (2016 = 75,7%) eine bessere Erfolgsquote als Rehabilitanden, die nicht planmäßig entlassen wurden. Hier betrug die katamnestiche Erfolgsquote 45,0% bei N = 20 (2016 = 63,6%). Die Ergebnisse bestätigen, dass für einen guten Start in ein absti-

netes Leben eine planmäßige Entlassung hilfreich ist.

47 Personen aus der Antworterguppe gaben eine Abhängigkeitsdauer unter zehn Jahren und 79 über zehn Jahren an. Einschränkung sei darauf hingewiesen, dass

die Einschätzungen der Rehabilitanden subjektiv sind. So differiert die Aussage zum Zeitpunkt des ersten Konsums, zum Zeitpunkt eines Störungsbegins und zur Angabe, wie lange sich der Rehabilitand abhängig weiß in unterschiedlichen Befragungssituationen. Unabhängig von diesen

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

		katamnestiche Erfolgsquote neu (30 Tage)		rückfällig		widersprüchliche Angaben		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alter	bis 40 Jahre	62	78,5%	15	19,0%	2	2,5%	79	100,0%
	über 40 Jahre	46	75,4%	12	19,7%	3	4,9%	61	100,0%
	Gesamt	108	77,1%	27	19,3%	5	3,6%	140	100,0%
Partnerschaft	Keine Angabe	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%
	nein	74	74,7%	22	22,2%	3	3,0%	99	100,0%
	ja	30	81,1%	5	13,5%	2	5,4%	37	100,0%
	Gesamt	108	77,1%	27	19,3%	5	3,6%	140	100,0%
Abhängigkeitsdauer	bis 10 Jahre	39	83,0%	8	17,0%	0	0,0%	47	100,0%
	über 10 Jahre	56	70,9%	18	22,8%	5	6,3%	79	100,0%
	keine Angabe	13	92,9%	1	7,1%	0	0,0%	14	100,0%
	Gesamt	108	77,1%	27	19,3%	5	3,6%	140	100,0%
planmäßige Beendigung	planmäßige Beendigung	99	82,5%	17	14,2%	4	3,3%	120	100,0%
	unplanmäßige Beendigung	9	45,0%	10	50,0%	1	5,0%	20	100,0%
	Gesamt	108	77,1%	27	19,3%	5	3,6%	140	100,0%

Hintergrundüberlegungen lässt sich eine vorsichtige Tendenz zwischen Abhängigkeitsdauer und katamnestiche Erfolgsquote in der Gruppe unter 10 Jahren Abhängigkeitsdauer im Vergleich zur Gruppe der über 40-Jährigen anhand der zahlenmäßig geringen Datenbasis darstellen. Die katamnestiche Erfolgsquote betrug bei

den Rehabilitanden mit einer Abhängigkeitsdauer unter 10 Jahren 83% (2016 = 74,1% und 2015 = 83,0%) und bei Rehabilitanden mit längerer Abhängigkeitsdauer als 10 Jahre 70,9% bei N = 79 (2016 = 77,2% und 2015 = 73,8). Der Einmaleffekt aus 2016 mit anders lautenden Ergebnissen wurde damit nicht repliziert.

Komorbidität und Abstinenz

Bei den folgenden Ausführungen zu Komorbiditäten musste die Stichprobe jeweils reduziert werden, da aus zwei Einrichtungen keine Beantwortung zu diesen Items vorlagen. Die Suchterkrankung geht oft mit weiteren Erkrankungen der betroffenen Perso-

Tabelle 10: Co- und Multimorbidität der untersuchten Gruppen

		Nichtantworter		Katamnesticheantworter		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
F0, F2 bis F9 Diagnosen	keine	109	47,0%	58	47,2%	167	47,0%
	eine	86	37,1%	41	33,3%	127	35,8%
	zwei	30	12,9%	22	17,9%	52	14,6%
	drei	7	3,0%	2	1,6%	9	2,5%
	Gesamt	232	100,0%	123	100,0%	355	100,0%
	Mittelwert	0,7		0,7		0,7	
	Standardabweichung	0,8		0,8		0,8	

Tabelle 10b: Co- und Multimorbidität der untersuchten Gruppen (reduzierte Stichprobe, N = 245)

		Nichtantworter		Katamnesticheantworter		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
alle somatischen Diagnosen	keine	69	42,6%	29	34,9%	98	40,0%
	eine	46	28,4%	18	21,7%	64	26,1%
	zwei	28	17,3%	18	21,7%	46	18,8%
	drei	13	8,0%	15	18,1%	28	11,4%
	vier	6	3,7%	3	3,6%	9	3,7%
	Gesamt	162	100,0%	83	100,0%	245	100,0%
	Mittelwert	1,0		1,3		1,1	
Standardabweichung	1,1		1,2		1,2		

nen einher. Dies umfasst zusätzliche psychische Diagnosen aus dem Bereichen 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. Bis zu drei zur Suchterkrankung zusätzliche psychische Störungen wurden bei 52,9% der Rehabilitanden aus der reduzierten Stichgruppe bei N = 355 diagnostiziert. 54,6% waren es 2016, 50,3% in 2015. Im Durchschnitt liegt der Wert für eine oder mehrere zusätzliche psychische Diagnosen pro Rehabilitand aus der Antworterguppe bei 0,7 mit einer Standardabweichung von 0,8. Vergleicht man die Werte aus den letzten drei Jahrgängen, stellen wir eine relative Konstanz fest. Eine weitere Steigerung ist im Bereich der somatischen Diagnosen zu beobachten. Im Entlassjahrgang 2016 hatten 55,0% der Rehabilitanden mindes-

tens eine bis vier zusätzliche somatische Diagnosen. Im aktuell untersuchten Entlassjahrgang weisen 60,0% der Rehabilitanden ein bis zu vier zusätzliche somatische Diagnosen auf. Dabei sollte beachtet werden, dass das Durchschnittsalter der Adaptionspatienten 38 Jahre beträgt. Für den Arbeitsmarkt bedeuten diese Diagnosen zuerst einmal ein Vermittlungshemmnis mehr.

In der Gesamtstichprobe des Katamnesejahrgangs 2017 blieb der Anteil an depressiven Störungen mit 26,2% (2016 = 26,0%) stabil gegenüber den Vorjahren. Mindestens eine Angststörung (F40, F41) wiesen 4,2% der Stichprobe auf (2016 = 7,4% und 2015 = 3,5%). Bei 15,2% der Rehabilitanden wurde eine Persönlichkeitsstörung (F60, F61) diagnostiziert. Hier bleibt der Anteil gegenüber den Vorjahren (2016 = 16,4% und 2015 = 16,9%) ebenfalls konstant.

Auswirkungen auf die Abstinenzfähigkeit der verschiedenen Gruppen mit einer psy-

chischen Komorbidität lassen sich auf Grund der geringen Datenmenge nicht sicher belegen. Die katamnestiche Erfolgsquote nach DGSS3 lag in Fällen ohne die Zusatzdiagnose Depression bei 80,9% (2016 = 71,8%), gegenüber einer Quote von 73,5% (2016 = 79,5%) im Fall der diagnostizierten psychischen Störung. 14,5% der Rehabilitanden waren rückfällig. Von 4,5% der Antworter lagen widersprüchliche Angaben vor, auch wenn die Erfolgsquote im Falle des Vorliegens einer solchen Diagnose etwas geringer ausfällt. Das Gleiche gilt für die zusätzliche Diagnose einer Angsterkrankung. Da nur sieben Personen in der Stichprobe eine Angsterkrankung hatten, sind Aussagen zu Zusammenhängen zwischen Erkrankung und Abstinenz statistisch nicht sinnvoll. Von den 116 Personen ohne Angsterkrankung gaben 79,3% an abstinent beziehungsweise abstinent nach Rückfall 30 Tage zu sein. Bei den 7 Personen mit einer Angsterkrankung lag die katam-

Tabelle 11 a: Details zur Komorbidität

		Nichtantworter		Katamneseantworter		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Depression F32, F33, F34.1	keine	173	74,6%	89	72,4%	262	73,8%
	mindestens eine	59	25,4%	34	27,6%	93	26,2%
	Gesamt	232	100,0%	123	100,0%	355	100,0%
Angststörung F40, F41	keine	224	96,6%	116	94,3%	340	95,8%
	mindestens eine	8	3,4%	7	5,7%	15	4,2%
	Gesamt	232	100,0%	123	100,0%	355	100,0%
Persönlichkeitsstörung F60, F61	keine	197	84,9%	104	84,6%	301	84,8%
	mindestens eine	35	15,1%	19	15,4%	54	15,2%
	Gesamt	232	100,0%	123	100,0%	355	100,0%

Tabelle 11 b: Abstinenzquoten nach DGSS 3 in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität (reduzierte Stichprobe auf N=123)

		katamnestiche Erfolgsquote (30 Tage)		rückfällig		widersprüchliche Angaben		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Depression F32, F33, F34.1	keine	72	80,9%	13	14,6%	4	4,5%	89	100,0%
	mindestens eine	25	73,5%	8	23,5%	1	2,9%	34	100,0%
	Gesamt	97	78,9%	21	17,1%	5	4,1%	123	100,0%
Angststörung F40, F41	keine	92	79,3%	20	17,2%	4	3,4%	116	100,0%
	mindestens eine	5	71,4%	1	14,3%	1	14,3%	7	100,0%
	Gesamt	97	78,9%	21	17,1%	5	4,1%	123	100,0%
Persönlichkeitsstörung F60, F61	keine	80	76,9%	19	18,3%	5	4,8%	104	100,0%
	mindestens eine	17	89,5%	2	10,5%	0	0,0%	19	100,0%
	Gesamt	97	78,9%	21	17,1%	5	4,1%	123	100,0%
F0, F2 bis F9 Diagnosen (N = 123)	keine	48	82,8%	8	13,8%	2	3,4%	58	100,0%
	mindestens eine	49	75,4%	13	20,0%	3	4,6%	65	100,0%
	Gesamt	97	78,9%	21	17,1%	5	4,1%	123	100,0%
alle somatischen Diagnosen (N = 83)	keine	20	69,0%	8	27,6%	1	3,4%	29	100,0%
	mindestens eine	42	77,8%	11	20,4%	1	1,9%	54	100,0%
	Gesamt	62	74,7%	19	22,9%	2	2,4%	83	100,0%

Tabelle 12: Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Therapieerfolg nach DGSS 3

Zufriedenheit mit	katamnestiche Erfolgsquote (30 Tage)		rückfällig		widersprüchliche Angaben		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
körperlicher Gesundheit, körperlichem Befinden	59	60,8%	4	19,0%	5	100,0%	68	55,3%
Wohnsituation	59	60,8%	6	28,6%	4	80,0%	69	56,1%
Suchtmittel, Substanzkonsum, Suchtverhalten	55	56,7%	5	23,8%	4	80,0%	64	52,0%
weiterem sozialen Umfeld	55	56,7%	9	42,9%	3	60,0%	67	54,5%
Alltagsstrukturierung und Tagesstruktur	55	56,7%	7	33,3%	4	80,0%	66	53,7%
psychischer Gesundheit, seelischem Zustand	53	54,6%	3	14,3%	5	100,0%	61	49,6%
Freizeitverhalten	53	54,6%	9	42,9%	3	60,0%	65	52,8%
familiärer Situation (Partner, Kinder, Eltern)	51	52,6%	7	33,3%	3	60,0%	61	49,6%
finanzieller Situation	48	49,5%	3	14,3%	3	60,0%	54	43,9%
Schule, Ausbildungsplatz, Arbeitsplatz, Beschäftigungssituation	42	43,3%	4	19,0%	2	40,0%	48	39,0%
Straftaten bzw. justizieller Situation	22	22,7%	2	9,5%	4	80,0%	28	22,8%

nestische Erfolgsquote bei 71,4%. Rehabilitanden ohne Persönlichkeitsstörung (F60, F61) hatten eine katamnestiche Erfolgsquote von 76,9%. Rehabilitanden mit dieser Zusatzdiagnose wiesen eine Erfolgsquote von 89,5% auf. Bei den Diagnosen F0, F2 bis F9 und den somatischen Diagnosen lässt sich auf der Datenbasis nur die Aussage herleiten, dass in allen Kategorien die Erfolgsquote geringfügig besser ist ohne als im Falle des Vorhandenseins einer solchen Diagnose, allerdings ohne Signifikanznachweis.

Bewertung der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen

Manchmal bekommen die Einrichtungen Post von ihren ehemaligen Patienten, die diese Gelegenheit nutzen, kleine Bilanzen ihres Lebens mitzuteilen. In der Regel schildern die Ehemaligen eine Lebenssituation, die sie persönlich als erfüllt, als sinnstiftend ansehen. Beschreiben sie Schwierigkeiten, dann nicht selten in der Formulierung abwesender Erfüllung. Zufriedenheit hat einen starken Einfluss auf die Aufrechterhaltung von Abstinenz. Valide Aussagen sind auch und vor allem von der Bereitschaft der ehemaligen Rehabilitanden abhängig, über ihre jeweilige Lebenssituation zu berichten. Leider musste die Stichprobe wieder reduziert werden, da der Abschnitt zur subjektiven Bewertung der Lebenssituation im Katamnesebogen nicht aus jeder Adaptationseinrichtung zur Verfügung stand. Bis zu einem Drittel der Rehabilitanden (32,5%) machte keine Angaben zu den Einschätzungen. Bei dem Item Straftaten gaben 42,3% der Stichprobe an „trifft nicht zu“. Die Tabelle 12 erfasst die Bewertung der Zufriedenheit durch die Rehabilitanden im Zusammenhang mit der katamnestiche Erfolgsquote. Zufriedenheit ist kein zwingender, aber hilfreicher Garant für ein abstinentes Leben, wobei eine Wechselwirkung zwischen diesen Variablen zu erwarten ist.

Die im Kontext von Arbeit, Familie, Krankheit auftretenden Herausforderungen können nach unseren Erfahrungen am besten angemessen verarbeitet und bewältigt werden, wenn die Abstinenz ein Primat in den Zielen darstellt.

Von den Rückmeldern beantworteten maximal 69 Personen die Frage: Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie heute mit diesen Bereichen sind. Das entspricht 56,1% (in 2016 = 56,4%) der Gesamtstichprobe der Antworter abzüglich der notwendigen Reduzierung wie oben angegeben. Das Antwortverhalten blieb gegenüber dem Vorjahr in etwa gleich. Innerhalb der Lebensbereiche konnten wir in den vergangenen Jahren wiederholt Veränderungen der jeweiligen Sinnzuweisung beobachten, so auch im Katamnesejahrgang 2017. Waren es im vergangenen Jahr die Faktoren Zufriedenheit mit der Alltagsbewältigung (katamnestiche Erfolgsquote 66,4%) und Zufriedenheit mit dem seelischen Zustand (63,9%), die von den Rehabilitanden als wichtigste Indikatoren für ein gelungenes abstinentes Leben angesehen wurden, so beschrieben die Rehabilitanden des Jahrgangs 2017 den Faktor körperliche Gesundheit (katamnestiche Erfolgsquote 60,8%) und den Faktor Wohnsituation (60,8%) als führende Kategorien. Allerdings spielt die Zufriedenheit in den weiter genannten Lebensbereichen eine in etwa gleich große Rolle, ablesbar an einem dichten Feld von Kategorien, beispielsweise Zufriedenheit mit dem Substanzkonsum, dem weiteren sozialen Umfeld und einer gelungen Alltagsstruktur (jeweils 56,7% katamnestiche Erfolgsquote), gefolgt von seelischer Zufriedenheit und einem gelungenem Freizeitverhalten (jeweils 54,6%). Die familiäre Situation stand für 52,6% der Antworter im Zusammenhang mit einem abstinenten Leben. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass Rehabilitanden überhaupt spezifische

Gründe benennen können, die als positive Faktoren im Zusammenhang erreichter Abstinenz Einfluss auf ihre persönliche Lebenssituation haben. Die Zufriedenheit mit der justiziablen Situation als Voraussetzung eines Abstinenz Erfolgs ist erläuterungsbedürftig. Die Daten sind dahingehend zu interpretieren, dass Patienten, deren justiziable Situation sich verbessert hat (keine Gerichtsverfahren mehr, keine zu erwartenden Strafen), eine höhere Motivation zur Abstinenz haben.

Begründungen für Abstinenzunterbrechungen oder weiteren Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum

Verschiedene Ereignisse im Zusammenhang mit einer nicht genügend ausgebildeten Bewältigungskompetenz oder einer mangelnden Selbstwirksamkeitserwartung können ein Rückfallgeschehen auslösen. Tabelle 13 erfasst die subjektiven möglichen Gründe für eine Abstinenzunterbrechung oder fortgesetztem Konsum. 44 Personen beantworteten die Frage zu möglichen Gründen, 36,4% DGSS3-Gruppe der Rehabilitanden des Entlassjahrgangs 2017. Von den 44 Personen benannten 34,1% Ärger sowie Frustration und Enttäuschung als Grund für einen Rückfall (in 2016 = 32,4%). Jeweils 31,8% nannten Stressgefühle und schwierige Lebenssituationen als mögliches Überforderungserleben. Angst und Einsamkeit sahen 29,5% der Antworter als Ursache für ein Rückfallgeschehen an.

Erwerbssituation und Erfolgsquote der Antworter

Als ein deutlicher Indikator für gelungene Integration suchtkranker Rehabilitanden gilt neben der Überwindung der Sucht und der Suchtfolgeerkrankungen die (Wieder-) Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit. Arbeit ist sinnstiftend, fördert sozialen Zusam-

Tabelle 13: Angaben der rückfälligen Antwort zu Gründen für erneuten Suchtmittelkonsum im Katamnesezeitraum, reduzierte Stichprobe n = 44

Gründe für erneuten Suchtmittelkonsum	Anzahl	Prozent
Ärger	16	36,4%
Frustration, Enttäuschung	15	34,1%
Stressgefühle	14	31,8%
schwierige Lebenssituationen	14	31,8%
Angst	13	29,5%
Einsamkeit	13	29,5%
Langeweile	12	27,3%
Depression	12	27,3%
Schlafschwierigkeiten	12	27,3%
innere Spannung, Unruhe	11	25,0%
gute Stimmung, Glücksgefühl	11	25,0%
unwiderstehliches Verlangen/Suchtdruck	11	25,0%
Konflikte mit anderen Personen	10	22,7%
in Gesellschaft der Versuchung nicht widerstehen können	9	20,5%
entzugsähnliche Beschwerden	6	13,6%
Überzeugung, kontrolliert trinken zu können	6	13,6%
körperliche Schmerzen	5	11,4%
nicht Nein sagen können	5	11,4%
Sonstiges	4	9,1%
Hemmungen	2	4,5%

menhalt, vermittelt im besten Fall nicht nur monetäre Anerkennung und trägt so auf besondere Weise zur Gesundheit bei. Umgekehrt kann sie aber auch die Gesundheit

beeinträchtigen. Deshalb wird in der Rehabilitation darauf hingewirkt, dass sich die Rehabilitanden achtsam zu sich selbst verhalten, lernen, sich genauso abgrenzen wie

auch überwinden zu können. Die folgende Tabelle zeigt den Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit/-tätigkeit zum Aufnahme- bzw. Katamnesezeitpunkt mit dem Abstinenzserfolg der Antwortgruppe. Aus Übersichtsgründen haben wir in der Tabelle 14 auf die Darstellung der widersprüchlichen Angaben von ein bis vier Personen verzichtet.

Zum Aufnahmezeitpunkt in die Adaption waren 91,7% der Gesamtstichprobe bei n= 403 erwerbslos.

6,3%, 25 Personen (2016 = 6,7% bei n = 29) aus der Gesamtstichprobe verfügten zu Beginn der Adaption noch über einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz, darunter 12 Rückmelder (vgl. Tabelle 1). Bei den zu Beginn der Adaption und zum Katamnesezeitpunkt Erwerbstätigen (sieben Personen) ergab sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 100,0%.

Zum Katamnesezeitpunkt verfügten 67 Rehabilitanden, das entspricht 49,6% der Antwortgruppe bei N =135, (2016 =73 Personen, 44,8% der Antworter) über einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz. Von den zu Beginn der Adaption Erwerbslosen (59 Personen), die zum Zeitpunkt der Katamnese eine Arbeit hatten, ergab sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 84,7%. Von den 51 Rückmeldern, die zu beiden Messpunkten erwerbslos waren, ergab sich eine Erfolgsquote von 68,6%. Das lässt den Schluss zu, dass eine Erwerbstätigkeit sich positiv auf eine Abstinenz auswirkt.

Tabelle 14: Erwerbssituation und Erfolgsquote bei Katamneseantwortern (DGSS 3) n = 140

Erwerbssituation zur Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	katamnestiche Erfolgsquote (30 Tage)		rückfällig		widersprüchliche Angaben		Gesamt	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Angabe	keine Angabe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	erwerbstätig	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
	erwerbslos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	nicht erwerbstätig	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Gesamt	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
erwerbstätig	keine Angabe	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%
	erwerbstätig	5	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	50,0%
	erwerbslos	2	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	20,0%
	nicht erwerbstätig	2	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	20,0%
	Gesamt	10	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	100,0%
erwerbslos	keine Angabe	2	2,4%	1	4,8%	0	0,0%	3	2,7%
	erwerbstätig	45	52,9%	5	23,8%	2	50,0%	52	47,3%
	erwerbslos	31	36,5%	12	57,1%	1	25,0%	44	40,0%
	nicht erwerbstätig	7	8,2%	3	14,3%	1	25,0%	11	10,0%
	Gesamt	85	100,0%	21	100,0%	4	100,0%	110	100,0%
nicht erwerbs-tätig	keine Angabe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	erwerbstätig	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%
	erwerbslos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	nicht erwerbstätig	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	50,0%
	Gesamt	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	2	100,0%

Rückfallzeitpunkt

Rehabilitanden, die sich für eine Adaptionphase nach der Entwöhnungsbehandlung entscheiden, fühlen sich in der Regel noch nicht ausreichend stabil im Umgang mit alltäglichen Anforderungen und bestehenden Rückfallgefahren. Ein zentrales Behandlungsanliegen der Adaption ist deshalb die Auseinandersetzung mit dem Thema Rückfall. Präventiv sollen die Rehabilitanden darauf vorbereitet werden, Rückfallgefahren zu erkennen und angemessen damit umzugehen. Dies erscheint notwendig, um aus einzelnen Rückfällen nicht wieder in die Spirale der Sucht zu fallen. Wie in den Jahren zuvor beschreiben die Rehabilitanden eine Häufung von Rückfällen bzw. Abstinenzunterbrechungen im ersten halben Jahr nach der Behandlung. Zum Vergleich zeigt Tabelle 15 einen Vierjahreszeitraum, beginnend von 2014 (der ersten katamnesticen Untersuchung).

Die Frage nach dem Rückfallmonat wurde von 41 Rehabilitanden, die rückfällig wurden beantwortet. Tabelle 15 und die folgende Abbildung zeigen die Häufung von Rückfällen in den ersten 24 Wochen nach Behandlungsende. Wiederholt auffällig, und daher nicht als Einmaleffekt zu interpretieren, ist die hohe Zahl (43,9%) an Rückfällen (2016 = 48,4%) im ersten Monat nach Beendigung der Adaptionphase. 83,5% der Rückfälle fanden im ersten Halbjahr nach Therapieende statt, allein im ersten Vierteljahr 75,6% (2016 = 73,4%). Damit bestätigen sich die Ergebnisse aus dem Vorjahr. Zur Visualisierung der abnehmenden Rückfallhäufigkeit zeigt die nachstehende Abbildung 1 die Ergebnisse aus der Katamneseuntersuchung 2014 bis 2017. Die Kurven verlaufen ähnlich.

Diskussion der Ergebnisse

Die mittlerweile vierte Ein-Jahres-Nachbefragung des FVS zu Rehabilitanden einer Adaptionphase bestätigt in mehrfacher Weise die Beobachtungen und Ergebnisse der vorherigen Katamneseauswertungen. Von 1231 möglichen Datensätzen aus der Basisdokumentation der im FVS organisierten Adaptionseinrichtungen aus dem Entlassjahr 2017 konnten 403 Datensätze als Grundlage der Auswertung herausgezogen werden. Von 140 Rehabilitanden (2016 = 163 und 2015 = 195) lagen Antworten zu den Katamnesebefragungen vor. Verwiesen sei darauf, dass mit dem KDS 3.0 ein neuer Fragebogen eingesetzt wurde. Dies sowie unterschiedliche Vorgehensweisen von Einrichtungen bei der Katamneseerhebung sorgten für eine Reduzierung der Stichprobe. Allen an der Erhebung Beteiligten ist für ihren Einsatz zu danken, weil nur auf diese Weise verlässlichere Aussagen (auch im Zeitverlauf) über die Wirksamkeit der Adaptionphase getroffen werden können.

Tabelle 15: Häufung Rückfälle monatsbezogen nach Ende der Adaptionphase n = 41 im Vergleich zu den Vorjahren (nur Rückfällige)

Monat	2017	2016	2015	2014
1. Monat	43,9%	48,4%	19,0%	20,0%
2. Monat	14,6%	10,9%	9,5%	14,3%
3. Monat	17,1%	14,1%	28,6%	14,3%
4. Monat	2,4%	1,6%	9,5%	8,6%
5. Monat	0,0%	3,1%	4,8%	8,6%
6. Monat	4,9%	10,9%	4,8%	17,1%
7. Monat	7,3%	3,1%	14,3%	2,8%
8. Monat	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
9. Monat	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
10. Monat	4,9%	1,6%	4,8%	8,6%
11. Monat	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%
12. Monat	4,9%	3,1%	4,8%	2,8%

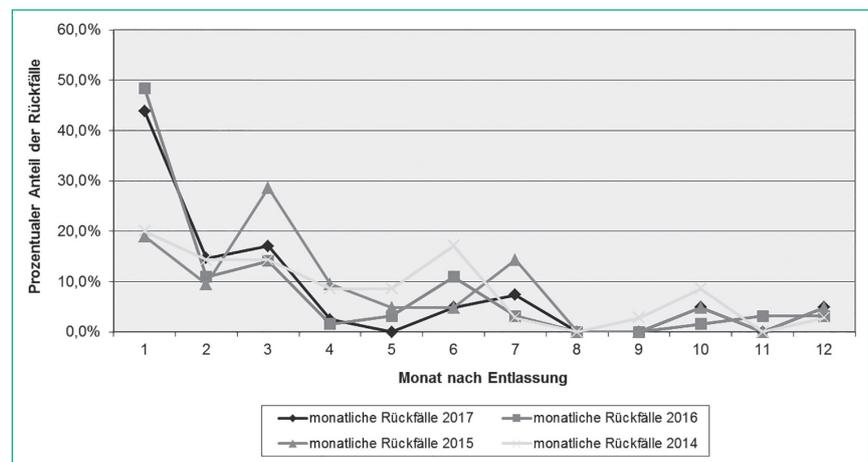


Abbildung 1: Eintritt des Rückfalls nach Behandlungsende (n=41 im Vergleich zu 2016 n= 68, 2015 n= 21 und 2014 n=35)

Was ist das wichtigste Fazit dieser Untersuchung? Ist es die Einbindung in Arbeit oder Ausbildung? Ist es das Vorhandensein neuen Wohnraums? Ist es die mühevoll oder mit Überzeugung gehaltene Abstinenz? Oder ist es eine nur ansatzweise messbare Zuversicht, das Leben ohne Suchtmittel gestalten zu können?

Nachweislich konnte die Adaptionphase die Lebenssituation der von Sucht betroffenen Menschen verbessern. Die vielfältigen Teilhabeprobleme und Einschränkungen unserer Rehabilitanden stagnieren seit Jahren auf hohem Niveau. Die Rückfallproblematik zeigt, bezogen auf den Zeitraum des ersten halben Jahres nach Beendigung der Adaptionphase, Handlungsbedarf im Sinne einer noch besseren Vorbereitung der Patienten auf die Realität des Alltags. Dennoch konnte die Auswertung zeigen, dass eine Rückkehr in das Erwerbsleben und ein erfüllteres Leben möglich sind. So stieg etwa die Rate der Personen, die in Arbeit sind, von 8,1% auf 49,2%. Die sinnvolle Einbindung in das Erwerbsleben hatte Ein-

fluss auf die katamnestiche Erfolgsquote. Es bleibt zu hoffen und zu wünschen, dass sich die positive Entwicklung der Rehabilitanden weiter fortsetzt.

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 Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.

Fabricius, B., Bachmeier, R., Bingel-Schmitz, D., Burger, H., Donczewski, I., Liebrich, M., Link, S., Missel, P., Nels-Lindemann, C., Reger, F., Bick-Dresen, S., Sagel, A., Weissinger, V.: Effektivität der Adaptionphase – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2016, Sucht Aktuell, Jahrgang 26/01, S. 61 – 74. (2019)

Liebrich, M., Teigeler, H., Bingel-Schmitz, D., Braun, D., Burger, H., Danninger, A., Donszewski, I., Fabricius, B., Kallina, U., Nels-Lindemann, C., Reger, F., Sagel, A., Schulze, M., van Kann, S., Weissinger, V., Wulf, F.: 2018, Positionspapier der Adaptionsseinrichtungen im FVS 2018 in: Sucht Aktuell 18/2, S. 53-64.

Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranke Menschen vom 27. März 2019

Teigeler, H., Reger, F., Bachmeier, R., Bingel-Schmitz, D., Braun, D., Burger, H., Danninger, A., Donszewski, I., Fabricius, B., Häberlein, G., Kann, van S., Kemman, D., Lang, T., Liebrich, M., Missel, P., Nels-Lindemann, C., Peters, F., Sagel, A., Schultze, M., Urban, K., Weissinger, V.: Teilband III Basisdokumentation 2017 – Adaptionseinrichtungen in: Fachverband Sucht Basisdokumentation Band 25, S. 49-61.

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

Dieter Bingel-Schmitz, Leiter des Adaptionshauses Daun der MEDIAN Kliniken Daun

Heiko Burger, Leiter Adaption Maria Stern Saaletal Klinik Bad Neustadt

Prof. Dr. Wilma Funke, Leitende Psychologin, MEDIAN Klinik Wied

Daniel Hackenberg, Tannenhof Berlin-Brandenburg, Adaptionshaus Berlin

Dr. Thomas Klein, Stv. Geschäftsführer, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Dr. Ursula Köstler, Referentin der Geschäftsführung, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Sabine Link, wissenschaftliche MA, MEDIAN Klinik Roemhild

Sabine Lehmann, Adaption der Median Klinik am Waldsee, Rieden

Markus Liebrich, Psychologischer Psychotherapeut, Leiter Therapiezentrum Speyer

Jan Medenwaldt, Redline Data GmbH, Ahrensböck

Corinna Nels-Lindemann, Dipl.-Sozialarbeiterin, Leiterin Adaption der salus klinik Friedrichsdorf

Frank Reger, Dipl.-Päd., Leiter, MEDIAN Adaptionshaus TPR Duisburg

Peter Schmidt, MEDIAN Klinik Wigbertshöhe

Michael Schultze, MEDIAN Gesundheitsdienste, Adaptionshaus Koblenz

Horst Teigeler, Dipl.-Psych., Leiter AMEOS Adaptionshaus Lübeck

Kerstin Urban, Dipl.-Sozialpädagogin., Leiterin Adaption SRH Medinet

Fachklinik Alte Ölmühle

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

Literaturhinweise

Derra, C.; Schilling, C.: Achtsamkeit und gestörter Schlaf. Stress abbauen, inneres Gleichgewicht und Lebenszufriedenheit finden. Stuttgart: Klett-Cotta, ISBN: 978-3-608-96387-8; 24,00 Euro

Aktuelle Umfragen zeigen, die Deutschen schlafen zu wenig, auch schlafen viele schlecht ein oder schlafen nicht durch. Schlafmangel macht nicht nur schlechte Laune, sondern führt auch zu gesundheitlichen Problemen. Das Immunsystem wird durch Schlafentzug ebenso geschwächt wie Konzentration und Aufmerksamkeit. Müdigkeit am Tag senkt die Leistungsfähigkeit und erhöht die Unfallgefahr am Arbeitsplatz oder im Straßenverkehr. Die Ursachen für Schlafstörungen sind vielfältig: falsche Schlafgewohnheiten, Alkohol, Stress oder ein gestörter Biorhythmus.

Das Autorenduo Derra und Schilling stellen in ihrem Buch „Achtsamkeit und gestörter Schlaf“ vielfältige Informationen und praxisorientierte Handlungshilfen zur Thematik Schlaf zusammen. Es kommen sowohl Menschen zu Wort, die unter Schlafstörungen leiden, als auch solche, die gut mit ihrem Schlaf zurechtkommen und Personen, die ihre Schlafstörungen überwunden haben. Mit zahlreichen praktischen Tipps und Übungen (eine CD liegt dem Buch bei) wird über die Grundlagen des Schlafens und über mögliche Krankheitsbilder informiert. Dazu wird der Zusammenhang von Tagesablauf und Nachtschlaf aufgegriffen. Ziel führend für die Autoren ist, dass Achtsamkeit und Schlaf in einen ausgleichenden Wechselrhythmus zu bringen sind, denn, so

wie der Tag gestaltet wird, so wird der Schlaf vorbereitet. Achtsamkeitsübungen werden dazu als vielversprechender Lösungsansatz aufgezeigt. Der Leser soll befähigt werden, eigene Strategien der Achtsamkeit zu entwickeln und diese in den Alltag zu integrieren.

Das Buch ist anwendungsorientiert gestaltet. Die sieben Kapiteln sind eigenständig, können daher unabhängig voneinander gelesen werden. U. a. werden vorgestellt: Zusammenhänge zwischen Schlaf und Stressoren sowie Strategien der Stressbewältigung, kulturelle, physiologische, psychologische und soziale Grundlagen des Schlafes, unterschiedliche Formen von Schlafstörungen; Ansätze der Achtsamkeitspraxis; Meditation; Partnerschaft und Schlaf. Zielgruppe des Buches sind Betroffene und Angehörige, Psychologen, Ärzte und andere soziale Berufe, wie Lehrer und Erzieher.

Knuf, A.; Tilly, C.: Borderline: Das Selbsthilfebuch. 8., korrigierte und überarbeitete Auflage. Köln: Balance buch+ medien verlag; ISBN: 978-3-86739-132-0; 15,00 Euro

Das Autorenduo legt die mittlerweile achte Auflage ihres Borderline-Selbsthilfebuchs vor. Aktualisiert wurden sozialrechtliche Aspekte und neuere Erkenntnisse der Diagnostik. Vertieft wurde das Thema Arbeit und Beschäftigung. Hinzugefügt

wurde ein Kapitel über den Borderline-Triolog, einem Setting, in dem Fachleute, Betroffene und Angehörige versuchen, die Perspektiven der anderen besser zu verstehen und neue Wege des Umgangs miteinander zu erarbeiten.

Das Besondere am Selbsthilfeprinzip ist der regelmäßige und selbstbestimmte Austausch Betroffener, um die persönliche Lebensqualität zu verbessern. Die gemeinsame Auseinandersetzung mit dem Umgang mit der chronischen Erkrankung stärkt die Betroffenenkompetenz. Und genau an diesem Punkt setzen die Autoren an, indem sie für Elemente der Selbsthilfe als wichtige Ergänzung im Therapiesetting plädieren. Die These der Autoren lautet: „Borderline-Betroffene können durch Selbsthilfe ihr Leben verändern und sich persönlich stabilisieren“.

Das Buch ist in Zusammenarbeit mit Borderline-Betroffenen verfasst worden; durch zahlreiche Gespräche wurden Blickwinkel von Borderline-Betroffenen zusammengetragen. Und genau diese Betroffenenperspektive ist das Erfrischende an diesem Buch. Gegeben werden Anregungen, Empfehlungen, und Ideen, aber auch konkrete Übungen mit den Schwierigkeiten der Borderline-Störung umgehen zu lernen. Ergänzend werden Literaturhinweise und Internetseiten genannt. Zentrale Themen sind u. a.: die innere Leere, selbstverletzendes Verhalten und die Bewältigung traumatischer Erlebnisse. Gestaltet ist das Buch als Selbsthilfemanual. Das Buch richtet sich in erster Linie an Betroffene.