

Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln, Masterstudiengang Suchthilfe
Master of Science (M.Sc.) in Addiction Prevention and Treatment

Masterthesis

C h a n c e n e i n e r T h e r a p i e **Abstinenzzufriedenheit und nachstationärer Verlauf bei regulären** **Beendern und Abbrechen einer stationären medizinischen** **Rehabilitation bei einer Suchtmittelabhängigkeit**

vorgelegt von:

Irina Gibermann

Matrikel Nummer 503435

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. Thorsten Köhler, KatHO NRW Köln

Zweitprüfer: Herr Wolfgang Scheiblich, SKM Köln

Mai 2015

Wer die Psychologie liebt,
hat oft Anlass,
sich der Psychotherapie zu schämen.

Klaus Grawe

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen wörtlich oder sinngemäß übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Ich erkläre ferner, dass ich die vorliegende Arbeit an keiner anderen Stelle als Prüfungsarbeit eingereicht habe oder einreichen werde.

Bonn im Mai 2015 _____

Irina Gibermann

Danksagungen

Diese Seite ist eine zum Teil eine sehr private, zum Teil eine sehr intime Erklärung meiner Beziehungen zu den Menschen, die mir in unterschiedlichen Phasen meines Lebens begegnet sind. Damit möchte ich gerne meine Masterarbeit beginnen und allen danken, die mir Zeit ihres Lebens geschenkt haben.

*Persönliche und herzliche Danksagung an meine Tochter **Maria** - Danke für Deine Liebe und Geborgenheit. Das ist ein Geschenk, Dich durchs Leben begleiten zu dürfen.*

*An meinen Lebenspartner **Ingo Schmitz** - wir sind EINS. Du machst mich glücklich.*

*An **Reinhold Stolz** - Du hast mir beigebracht, wie man zwischenmenschliche Beziehung lebt. Danke für die Inspiration und Faszination an der Gruppendynamik.*

*An meine Oma **Iza** - Du bist mein Vorbild, danke für die Geborgenheit, Neugier und Mut.*

*An meine beste Freundin **Alja** - unsere Beziehung lebt über den Raum und Zeit hinweg.*

Ich habe Glück in meinem Leben. Meine persönliche Entwicklung als Psychologin und beruflichen Werdegang als Bezugstherapeutin begleiteten Meister, von denen ich vieles lernen und annehmen konnte. An dieser Stelle möchte ich gerne erwähnen:

Herr Scheiblich, Wolfgang – mein Supervisor - Danke für unsere mehrdimensionale Begegnung und Ihre Unterstützung.

Frau Scheffen-Acher, Ruth - meine Psychotherapeutin - die mir meine Widersprüchlichkeit erklärte und in mir Vertrauen weckte.

Herrn Prof. Dr. Köhler, Thorsten - Erstprüfer dieser Masterarbeit - der mich zur statistischen Auswertung von Daten und großen Veränderungen im Leben motiviert hat.

Frau Prof. Dr. Funke, Wilma und das Team der Kliniken Wied, die mir eine neue Ebene der Arbeitsbeziehung eröffnet haben und therapeutische Freiheit schenkten.

Ich bin allen meinen Patienten in den Kliniken Wied dankbar - die Arbeit mit Ihnen ist für mich eine geistige und intellektuelle Herausforderung.

Irina Gibermann

Inhaltsverzeichnis der Masterthesis

Selbständigkeitserklärung	3
Danksagungen	4
Inhaltsverzeichnis der Masterthesis	6
1. Einleitung	9
2. Forschungsstand und Hypothesenformulierung	11
2.1 Epidemiologie der Störungen durch psychotrope Substanzen	12
2.1.1 Allgemeine Begriffsdefinition	12
2.1.2 Epidemiologische Daten zum Substanzkonsum	13
2.1.3 Legale Substanzen	14
2.1.4 Illegale Substanzen	15
2.1.5 Komorbidität	15
2.1.6 Kosten substanzbezogener Störungen	16
2.2 Diagnostik und Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	19
2.2.1 Diagnostik von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10	19
2.2.2 Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10	20
2.3 Ziele einer Therapie	21
2.3.1 Krankheitsbewältigung	22
2.3.2 Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	23
2.3.3 Wiedereingliederung in das Leben in der Gemeinschaft	24
2.3.4 Erhalt selbständiger Lebensführung und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit	25
2.4 Zufriedene Abstinenz	25
2.5 Erfolg und Misserfolg in der medizinischen Reha Sucht	28
2.6 Rehabilitationsprognose	33
2.7 Behandlungskonzept und Kurzprofil Kliniken Wied	34
2.8 Forschungshypothesen	35
2.8.1 Herleitungen zur Forschungshypothesen	35
2.8.2 Forschungshypothesen	37
3. Daten und Methoden	39

3.1 Erhebungsverfahren BADO	39
3.2 Erhebungsverfahren Katamnese	40
3.3 Stichprobenbeschreibung	41
3.3.1 Geschlecht	41
3.3.2 Alter	42
3.3.3 Partnerschaftssituation	42
3.3.4 Ausbildungssituation	42
3.3.5 Erwerbssituation	43
3.3.6 Drogenprofil	43
3.3.7 Komorbidität	44
3.3.8 Wohnsituation	45
3.3.9 Rückfälligkeit während der Behandlung	46
3.3.10 Prognose	46
3.4 Rohdatenbereinigung	47
3.5 Operationalisierung untersuchter Konstrukte und Bildung von Indizes	47
3.6 Beschreibung statistischer Verfahren	49
4. Ergebnisse	51
4.1 Forschungshypothese 1	51
4.1.1 Alter	51
4.1.2 Geschlecht	52
4.1.3 Wohnsituation	53
4.1.4 Ausbildungssituation	54
4.1.5 Erwerbssituation	55
4.1.6 Partnerschaftssituation	56
4.1.7 Drogenprofil	57
4.1.8 Komorbidität	58
4.1.9 Rückfälligkeit während der Behandlung	59
4.2 Forschungshypothese 2	60
4.2.1 Abstinenz im Anschluss	60
4.2.2 Zufriedenheit	61
4.3 Forschungshypothese 3	61
4.3.1 Alter	61
4.3.2 Geschlecht	62

Inhaltsverzeichnis

4.3.3 Wohnsituation	63
4.3.4 Ausbildungssituation	64
4.3.5 Erwerbssituation	65
4.3.6 Partnerschaftssituation	66
4.3.7 Drogenprofil	67
4.3.8 Komorbidität	68
4.3.9 Rückfälligkeit während der Behandlung	69
4.3.10 Prognose	70
4.3.11. Prädiktoren für zufriedene Abstinenz	71
5. Zusammenfassung und Diskussion	72
5.1 Hypothesenüberprüfung	72
5.2 Diskussion	76
Literaturverzeichnis	79
Anhang	82
1. Katamnesefragebogen FVS	83
2. Tabellenverzeichnis	85
3. Abbildungsverzeichnis	86
4. Statistik	87

1. Einleitung

Der Begriff „Therapie“ wird in der Medizin und Psychologie oft als Heilung und Linderung der Symptome definiert und mit einem Neuanfang und Chancen zur Veränderung assoziiert. Ein Erfolg der Therapie wird daran gemessen, ob die Ziele der Behandlung erreicht worden sind und ob eine günstige Prognose für den weiteren Verlauf gestellt werden kann. Es gibt aber auch eine andere Seite der Medaille, nämlich - Misserfolg. Wenn man sich mit dem Erfolg der Behandlung auseinandersetzt, findet man automatisch zahlreiche Literatur und Fachartikel zum Thema Wirkfaktoren der Psychotherapie und positive Ergebnissen einer Behandlung. Das Thema Misserfolg bleibt nach wie vor sehr unbeliebt und zum Teil sogar tabuisiert (vgl. KLEIN, M. 2001), da es einen Schatten auf die Psychotherapie wirft.

„Wer die Psychologie liebt, hat oft Anlass, sich der Psychotherapie zu schämen“ sagt Klaus Grawe im Vorwort in seinem Buch „Psychotherapie im Wandel“ (GRAWE, 2001, S. 12). Das gleiche gilt auch für das Thema Erfolg und Misserfolg einer Therapie. In der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen gilt die planmäßige Beendigung stationärer Entwöhnungsbehandlungen als ein zentrales Erfolgskriterium. Ebenso wird im Zusammenhang hiermit von längerfristig günstigeren Prognosen bezüglich der Abstinenz ausgegangen. Im Unterschied zu den psychosomatischen Kliniken, der ambulanten Reha und Entzugsbehandlungen gibt es nur wenigen Untersuchungen und Kliniken aus dem Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation, die ihre Daten zur Verfügung stellen und sich mit dem Thema Therapieabbruch und Abstinenzzufriedenheit auseinandersetzen. Im Umkehrschluss gelten Behandlungsabbrüche als prognostisch ungünstig in Bezug auf den Behandlungserfolg und dessen Stabilität. Sie bringen höheren Aufwand und mehr Arbeit für Mitarbeiter (Bericht, Krisengespräche, Stabilisierung der Gruppe, Integration von neu ankommenden Patienten). Es entstehen mehr Kosten und Verluste seitens der Leistungsträger. Die Patienten, die auf Grund ihres Therapieabbruchs ihre vorgenommene Ziele nicht erreicht haben, sind weiter hin (Rückfall-)gefährdet und evtl. instabil und unzufrieden.

In meinem therapeutischen Alltag als Psychologin und Bezugstherapeutin in einer psychosomatischen Klinik für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen erlebe ich mehrfach Situationen, in denen die Patienten sich trotz einer hohen Eigenmotivation am Anfang der Behandlung und drohender Konsequenzen in den Bereichen Familie (drohende Kontaktabbruch, Trennungen, emotionale Distanz), Wohnsituation (Wohnungslosigkeit, Obdachlosigkeit, Kündigungen), Finanzen (Schulden, fehlende Stabilität) oder Justiz (Delikte,

Einleitung

Dealern, Verstoß gegen BTMG, drohende Haft) für eine vorzeitige Beendigung der Therapie entscheiden. Die Abschlussgespräche mit den Patienten und fachliche Diskussionen mit den Kollegen weckten in mir noch mehr Interesse an der Thematik des Therapieabbruchs. So entschied ich mich dazu, meine Masterthesis an der Katholischen Hochschule Köln diesem Thema zu widmen.

Die „Chancen einer Therapie“ ist eine lokale Vergleichsstudie. Aufgrund einer Vielzahl von Daten und erhobener Katamnesebefragungen in Jahren 2010-2013 in den Kliniken Wied werden die soziodemographischen Unterschiede zwischen den regulär Beendern und Abbrechern erforscht. Die Patienten, die die Therapie regulär beendeten - im Verlauf regulär Beender genannt - und den Patienten, die die Therapie vorzeitig gegen ärztlichen und therapeutischen Rat beendeten - im Verlauf Abbrecher genannt - untersucht. Diese Masterthesis befasst sich mit dem Thema Abstinenzzufriedenheit und nachstationärer Verlauf bei regulär Beendern und Abbrechern einer stationären medizinischen Rehabilitation bei einer Suchtmittelabhängigkeit.

Die zentrale Frage, der in dieser Arbeit nachgegangen wird, erforscht das Phänomen einer zufriedenen Abstinenz (lat. *abstinere* ‚sich enthalten‘, ‚fernhalten‘, ‚Enthaltbarkeit‘). Somit steht der Begriff „zufriedene Enthaltbarkeit“ wiederum in engem Zusammenhang mit Verzicht. Im Weiteren ist also zu klären, und dies wird in der Arbeit untersucht, ob und wenn ja, dann inwieweit ein Verzicht überhaupt zufrieden machen kann. Außerdem liegt das Erkenntnisinteresse der Arbeit in der Definition der möglichen Prädiktoren der Zufriedenheit. Die Auswertungen und Analyse dieser Ergebnisse soll zu einer weiteren Optimierung von Therapieprozessen und zur Entwicklung möglicher Ergänzungen im Behandlungskonzept für die individuelle Sicherung der Haltequote führen.

Die Arbeit gliedert sich in folgende Abschnitte: Forschungsstand und Hypothesenformulierung, Daten und Methoden, Ergebnisse, Zusammenfassung und Diskussion.

Die Masterthesis wurde zur semantischen Vereinfachung im generischen Maskulinum („Patient“, „Klient“, „Proband“, „Mitarbeiter“, etc.) verfasst.

2. Forschungsstand und Hypothesenformulierung

Sucht ist eine besonders komplexe und schwere behandlungsbedürftige Erkrankung. Sie verläuft in der Regel mit einem hohen Anteil an somatischen (Hepatopathien, Schädigungen des Pankreas, Kardiomyopathien, Affektionen des Nervensystems um nur einige zu nennen) und psychischen Störungen (Depressionen, Ängste, Schlafstörungen, Persönlichkeitsstörungen etc.). Der Konsum unterschiedlicher psychoaktiver Substanzen legaler und illegaler Art geht mit massiven Beeinträchtigungen und Teilhabeproblemen im beruflichen, familiären und sozialen Gebiet einher. Das wiederum steht in einem engem Zusammenhang mit solchen Themen wie soziale Isolation, Selbstwertgefühl, Lebensqualität, Wohlbefinden und Zufriedenheit.

Nach wie vor bleiben solche Diagnosen wie Drogen- und Alkoholabhängigkeit, Ess- und Spielsucht unter den Betroffenen schambesetzt. Das Ausmaß der Einnahmen von legalen und illegalen Substanzen wird sowohl von den Betroffenen als auch von deren Angehörigen weiterhin stark bagatellisiert. Das Phänomen der Sucht, die Funktionalität des Konsums sowie „Doping“ am Arbeitsplatz zur Aufrechterhaltung der Leistungs- und Funktionsfähigkeit durch psychoaktive Substanzen und Medikamente wird in unserer Gesellschaft weiterhin tabuisiert (vgl. SUCHT AKTUELL, 19/02.12, S. 19).

Im folgenden Kapitel sollen die fachlichen Grundlagen für die wissenschaftliche Bearbeitung der Fragestellung und Hypothesenformulierung dieser Arbeit näher erläutert werden. Das betrifft die Bereiche Epidemiologie der Störungen durch psychotrope Substanzen, Diagnostik und Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Ziele einer Therapie, Zufriedene Abstinenz, Erfolg und Misserfolg einer Therapie, Rehabilitationsprognose. Danach folgt eine kurze Darstellung des Konzeptes der Kliniken Wied. Auf Grundlage dieser theoretischen Erkenntnisse und des aktuellen Forschungsstandes werden im Zusammenspiel mit den klinischen Erfahrungen und Annahmen die forschungsleitenden Fragen hergeleitet. Zuletzt werden die Hypothesen aufgestellt.

2.1 Epidemiologie der Störungen durch psychotrope Substanzen

2.1.1 Allgemeine Begriffsdefinition

Die psychiatrische **Epidemiologie** befasst sich mit der räumlichen und zeitlichen Verteilung psychischer Störungen in der Bevölkerung und der unterschiedlichen Häufigkeit ihres Auftretens im Zusammenhang mit demographischen, genetischen, Verhaltens- und Umweltfaktoren. Epidemiologische Daten beinhalten im wesentlichen Informationen über die Häufigkeit einer Erkrankung, die Zahl der Personen, auf die sich die Häufigkeitsziffer bezieht und den Zeitfaktor, d.h. der Zeitpunkt der Messung, die Zeitperiode des Auftretens und die Dauer der Krankheit.

Die **Prävalenz** ist die am häufigsten benutzte epidemiologische Kenngröße. Sie umfasst die gesamte Zahl der Krankheitsfälle, die in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder während einer Zeitperiode (Periodenprävalenz, am häufigsten Jahresprävalenz) auftreten (vgl. KOMPENDIUM SUCHT, S. 23).

Die **Inzidenz** der Störung beschreibt die Häufigkeit der neu aufgetretenen Krankheiten innerhalb eines bestimmten Zeitraums (zum Beispiel eines Jahres). Die Inzidenzrate wird gerechnet als der Quotient der in einem definierten Intervall Neuerkrankten dividiert durch die Anzahl der Personen, die vor und während des Intervalls nicht an der Störung litten. Ein Problem bei der Berechnung der Inzidenz, zum Beispiel der Abhängigkeit, ist die Tatsache, dass der Beginn der Störung aufgrund der langsamen Entwicklung nur schwer bestimmbar ist. (vgl. KOMPENDIUM SUCHT, S. 24).

Werden Störungsdaten nicht für die Allgemeinbevölkerung (wahre Prävalenz oder Inzidenz), sondern für eine definierte Population, die sich in Behandlung befindet, berechnet, muss von einer **administrativen Prävalenz** oder **Inzidenz** gesprochen werden. Da viele Studien Störungsdaten in psychiatrischen Einrichtungen erfassen und die sehr aufwändige Bevölkerungsuntersuchungen (Feldstudien) eher selten sind, ist dieser Unterschied - gerade bei Erkrankungen wie der Alkoholabhängigkeit, die oftmals nicht ausschließlich psychiatrisch behandelt wird - sehr wichtig. Die Erfassung der Häufigkeit von substanzmittelbedingten Störungen in der Gesamtbevölkerung ist problematisch. Neben Schwierigkeiten bei Definition und Diagnosenstellung - so sind zum Beispiel die Übergänge zwischen Gebrauch und

Missbrauch (schädliche Gebrauch) von Alkohol fließend - ist die Datenlage auch aufgrund von Tabuisierung und Bagatellisierung einer Abhängigkeitserkrankung oftmals lückenhaft. Bei Repräsentativbefragungen ergibt sich zum Beispiel das Problem, dass gerade unter denjenigen, die nicht an Befragungen teilnehmen (Nonresponder), mehr Probanden mit problematischem Suchtmittelkonsum zu finden sind, als unter den Respondern. Deshalb werden für die Erfassung des Suchtgeschehens Daten aus Repräsentativerhebungen, Verbrauchszahlen, Dokumentationen aus Behandlungseinrichtungen und Polizeistatistiken herangezogen. (vgl. KOMPENDIUM SUCHT, S. 23-24).

2.1.2 Epidemiologische Daten zum Substanzkonsum

Aus dem Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Deutschland von Juli 2014 geht hervor, dass trotz mehrerer erfolgreicher Projekte, Bemühungen und Initiativen des Bundesministeriums für Gesundheit eine drogen- und suchtfreie Welt nach wie vor als eine Utopie angesehen wird. Die alten und neuen Drogen, legale und illegale Substanzen sind in ihrer Wirkung äußerst verführerisch, in ihren Konsequenzen sehr gesundheitsgefährdend und viel zu häufig tödlich. (vgl. DROGEN UND SUCHTBERICHT 2014, S. 11).

Häufig erst mit zunehmend auftretenden psychischen Auffälligkeiten und erneuten Aufenthalten in Krankenhäusern, Psychiatrien und Entzugsbehandlungen werden Fakten geschaffen und die Daten statistisch erfasst.

Tabelle 1 zeigt nicht nur die Daten und Auffälligkeiten unter unterschiedlichen Altersgruppen bezüglich der Einnahme von legalen und illegalen Substanzen, sondern stellt auch die Trendverläufe und beobachtende Veränderungen im Substanzgebrauch dar. So kann man z.B. sehen, dass der Alkohol nach wie vor eine der am häufigsten konsumierten Drogen bleibt, was immer noch an seiner Verfügbarkeit und Legalität liegt. Für die Altersgruppe zwischen 15. und 35. Lebensjahr gewinnt auch Cannabis immer mehr an Bedeutung. Die höheren Zahlen an Krankenhausbehandlungen unter Konsumenten von multiplen Substanzen erhöht und verdoppeln sich in dem Übergang von 15. - 25. Lebensjahr zu 25. - 35. Lebensjahr (vgl. Fachverband Sucht e.V., 2012, S.13). Das liegt einerseits an höchster Vulnerabilität der physischen und psychischen Entwicklung in diesem Alter und andererseits an dem schnellen

Zugang zu den kriminellen Subkulturen unter den Konsumenten von illegalen Substanzen. (vgl. BZgA, 2012, S. 10).

Tabelle 1: Krankenhausbehandlungen aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen nach Altersgruppen, 2012

Alter	F10 Alkohol	F11 Opiode	F12 Cannabioide	F13 Sedativa	F14 Kokain	F19 Multiple Substanzen
unter 15	4167	23	257	50	5	134
15-25	41.290	2.239	5.866	766	278	9424
25-35	40.997	10.158	2.973	1.575	655	17.086
35-45	68.863	8.435	752	1.765	354	10.181
45-55	110.203	3.911	241	2.312	113	4.839
55-65	56.712	931	49	1.515	10	994
über 65	22.803	815	4	2.016	2	405
Summe	345.034	26.512	10.142	9.999	1.417	43.063

QUELLE: FACHVERBAND SUCHT E.V., 2012, S.13

2.1.3 Legale Substanzen

Kraus, L., et. all vom Institut für Therapieforchung, München fasst in einem Kurzbericht die epidemiologischen Daten bezüglich des Konsums von legalen Substanzen (Alkohol und Tabak) zusammen. Nach diesen Angaben beträgt seit 2010 der durchschnittliche Pro-Kopf-Alkoholkonsum in Deutschland jährlich ca. 9,6 Liter reinen Alkohols. Im Vergleich hierzu lag 1995 die durchschnittliche Menge bei ca. 11,1 Liter. Circa 9,5 Millionen Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Gemäß den aktuellen Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) gelten etwa 1,77 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren als alkoholabhängig, ein Alkoholmissbrauch liegt bei etwa 1,61 Millionen Menschen vor. Jedes Jahr sterben in Deutschland mindestens 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs bzw. an den Folgen des kombinierten Konsums von Alkohol und Tabak. Nach Untersuchungen, die sich auf das Jahr 2007 beziehen, belaufen sich die volkswirtschaftlichen Kosten durch mißbräuchlichen oder riskanten Alkoholkonsum in Deutschland auf 26,7 Milliarden Euro pro Jahr (KRAUS L., et. al., 2014, S. 2).

2.1.4 Illegale Substanzen

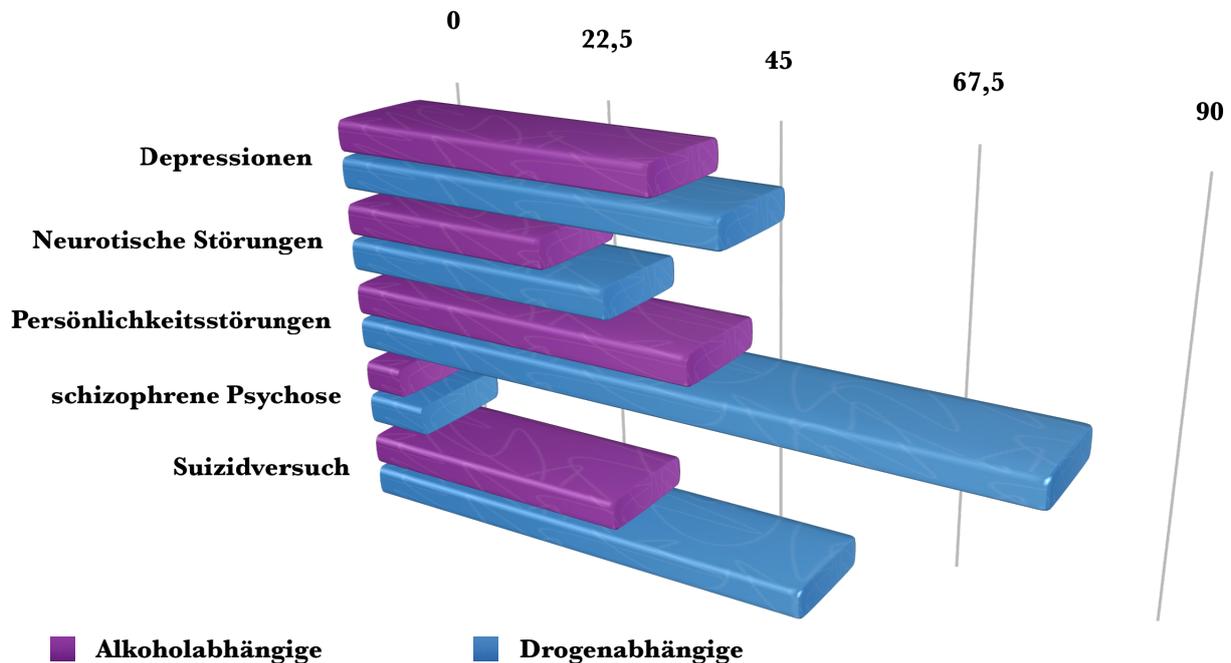
Bezüglich eines Konsums von illegalen Substanzen liegt nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen eine Abhängigkeit von Cannabis, Kokain oder Amphetaminen bei etwa 238.000 Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren (KI = 201.000 - 397.000) vor. Dabei werden circa 319.000 Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren (KI = 224.000 - 453.000) in Deutschland als Risikogruppe bzgl. eines Konsums von illegalen Substanzen eingeschätzt und tendiert zu einem riskanten missbräuchlichen Konsum (PABST, A. et. al., 2013, S. 325).

2.1.5 Komorbidität

Das gleichzeitige Vorkommen von zwei oder mehr verschiedenen Erkrankungen bei einer Patientin oder einem Patienten wird als Komorbidität bezeichnet. Bei einer psychischen Störung und gleichzeitigem Vorliegen einer körperlichen Erkrankung spricht man von **psychischer Komorbidität**. Komorbide psychische Störungen sind mit einer geringeren Lebensqualität verbunden, tragen zur Chronifizierung bei, verschlechtern die Behandlungsmotivation der Patienten, erhöhen Morbidität und Mortalität sowie die Versorgungskosten (Härter et al., 2007, S. 58).

Eine Sucht kommt selten alleine. Komorbide psychische Störungen kommen bei substanzbezogenen Störungen oft vor. Abbildung 1 stellt eine Zusammenfassung epidemiologischer Studien bezüglich einer Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht dar. Es ist deutlich zu sehen, dass Patienten mit einer Drogenabhängigkeitsdiagnose häufiger an einer weiteren psychischen Erkrankung leiden, als Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit. Dabei ist zu erkennen, dass sowohl Drogenabhängige als auch Alkoholabhängige durch Auftreten von emotionaler Instabilität (Persönlichkeitsstörungen), Ausweglosigkeit und Hoffnungslosigkeit (Suizidversuch), Ängsten und Phobien (Neurotische Störungen) überdurchschnittlich belastet sind. Substanzinduzierte depressive Störungen mit einem Verlust von Interesse / Freude und einer Verminderung des Antriebs (Depressionen) finden sich bei rund 50 Prozent aller Patienten. (Dirk R. Schwoon, 2001, S. 504).

Abbildung 1: Relative Häufigkeit (life-time) von psychischen Störungen bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit (in %)



QUELLE: KOINZIDENZ PSYCHISCHER STÖRUNGEN UND SUCHT, 2001, S. 405

2.1.6 Kosten substanzbezogener Störungen

Allein die Kosten alkoholbezogener Krankheiten werden für das Jahr 2002 auf insgesamt 24,4 Mrd. Euro geschätzt (DHS, 2008). Diese Kosten setzen sich aus direkten Kosten (z. B. Behandlungskosten im akutmedizinischen Bereich inkl. der Folgeerkrankungen, Rehabilitationsleistungen etc.) in Höhe von 8,4 Mrd. Euro und indirekten Kosten (durch Produktivitätsverluste, Arbeitsausfälle etc.) in Höhe von 16,6 Mrd. Euro zusammen.

Nach Angaben der Fachverband Sucht ist eine Kooperation zwischen Psychotherapie und Suchtbehandlung notwendig, um eine Reduktion der gesellschaftlichen Folgekosten substanzbezogener Störungen zu ermöglichen. (vgl. Gemeinsames Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer und des Fachverbandes Sucht e.V., 2014, S. 2)

In den vergangenen Jahrzehnten erweiterte sich das Angebot der Suchthilfe in Deutschland deutlich. Die Tabelle 2 zeigt die Verbreitung des Angebotes nach Angaben des

Fachverbandes Sucht e.V. für das Jahr 2014. Durch zahlreiche Innovationen von Leistungs- und Einrichtungsträgern wurde ein hochwertiges Beratungs- und Behandlungssystem für

Tabelle 2: Übersicht die zentralen Angebote der Suchthilfesystem in Deutschland, 2012

	Art der Einrichtung	Anzahl	Plätze
1	Beratungsstellen und -dienste (pro Jahr) ca.	> 1.300	> 500.000
2	Substitutionsbehandlungen mit psychosozialer Betreuung (registriert)		75.400
3	Niedrigschwellige Angebote	> 300	
4	Entzug mit Motivationsanteilen	190	> 2.000
5	Spezialisierte Krankenhausabteilungen	> 300	> 7.500
6	Vollstationäre Rehabilitation	320	13.200
7	Ganztägig ambulante Rehabilitation	100	> 1.000
8	Adaptionseinrichtungen	115	> 1.200
9	Ambulantes Betreutes Wohnen	460	> 12.000
10	Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	268	> 10.700
11	Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	112	> 1.200
12	Arbeitsprojekte / Qualifizierungsmaßnahmen	250	> 4.800
13	Selbsthilfegruppen	8.700	

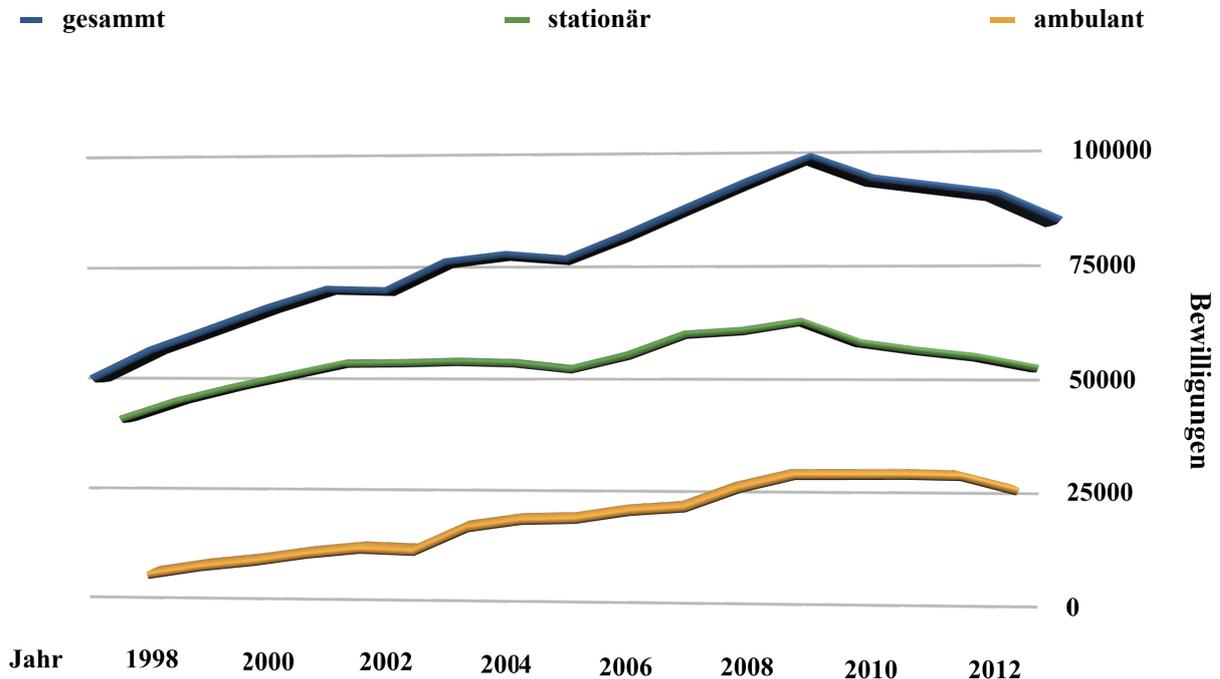
QUELLE: SUCHT AKTUELL/19/02.12, S. 16

abhängigkeitskranke Menschen entwickelt. (vgl. SUCHT AKTUELL/19/02.12, S. 16).

Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung Bund von 2012, ist in den Jahren 1997 bis 2009, einhergehend mit der allgemeinen Antragsentwicklung, die Anzahl der bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen kontinuierlich gestiegen. Seit 2010 ist als Folge eines allgemeinen Antragsrückgangs auch ein Rückgang der Bewilligungszahlen bei Entwöhnungsbehandlungen zu verzeichnen (s. Abbildung 2).

Psychotherapie ist gemäß Leitlinienempfehlungen und vor dem Hintergrund häufig bestehender psychischer Komorbiditäten ein wichtiger Bestandteil der Suchtbehandlung. Sie ist bereits ein fester Bestandteil multimodaler Rehabilitationsprogramme, die meist stationär, aber im zunehmenden Maße auch ambulant durchgeführt werden. Der ambulanten Psychotherapie kann jedoch auch in der Vorphase, in der es um Früherkennung und Frühintervention, und in der Nachsorgephase, in der es um die Aufrechterhaltung der Abstinenz und die Weiterbehandlung der psychischen Komorbiditäten geht, eine besondere Bedeutung zukommen.

Abbildung 2: Entwicklung bei den Bewilligungen von ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2013



QUELLE: DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND, 2012, S. 22

Laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2004 wurden insgesamt 1.019.154 Patienten mit psychischen Erkrankungen in Krankenhäusern behandelt. Dabei zeigt die Diagnoseverteilung von Patienten mit psychischen Störungen in Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2004 einen Diagnoseanteil von Störungen durch psychotrope Substanzen von ca. 15 %, in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie von ca. 35 % Erstdiagnosen. Im Rahmen der Rehabilitation von Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Störungen führten in Deutschland im Jahre 2004 insgesamt 125.101 Versicherte wegen einer psychischen Störung als Erstdiagnose eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung durch. Darunter waren lediglich 38.938 Patienten mit Suchterkrankungen (Alkohol, Medikamente, Drogen, Mehrfachabhängigkeit), das entspricht etwa einem Drittel der Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund psychischer Störungen (vgl. Gemeinsames Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer und des Fachverbandes Sucht e.V. , 2014, S. 7).

2.2 Diagnostik und Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Bei der Diagnostik süchtigen Verhaltens handelt es sich um ein schwieriges Feld, da es für die Komplexität von Suchtphänomenen bisher kein einheitliches theoretisches Modell gibt. Die unterschiedlichen Stellen des Versorgungssystems unterscheiden sich in der Begriffsbestimmung zusätzlich derart, dass verschiedene professionelle Hintergründe zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen führen können. Mit dem deskriptiven Klassifikationssystem ICD-10 erfolgt aktuell eine hinreichend zuverlässige kategoriale Zuordnung zu den wesentlichen diagnostischen Clustern. Als problematisch ist die psychometrische Erfassung anzusehen, da nur wenige Instrumente existieren, die das gesamte Spektrum süchtigen Verhaltens erfasst (vgl. KOMPENDIUM SUCHT, S. 11).

In diesem Kapitel sollen die wichtigsten Aspekte der Diagnostik und Klassifikation von Suchterkrankungen erläutert werden.

2.2.1 Diagnostik von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10

Die Klassifikation von Krankheiten versucht, die beschriebenen Krankheitsbilder nach einheitlichen Vorschriften in eine eindeutige und logische Ordnung zu bringen. Hierbei besteht das Ziel, ein natürliches und vollständiges Bild der Krankheit zu bekommen. Das ICD-10 ist in Deutschland das zentrale Klassifikationssystem im Bereich der psychischen Störung. Die ICD-10 ist die 10. Revision der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Zentrale Neuerungen in den aktuellen Versionen des Klassifikationssystems sind die operationalisierte Diagnostik, das Komorbiditätsprinzip sowie der Versuch einer multiaxialen Diagnostik (vgl. KOMPENDIUM SUCHT, S. 15).

Die Substanzstörungen werden in ICD-10 unter dem Titel „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ zusammengefasst. Insgesamt werden 6 Kriterien für die Abhängigkeit definiert. Nach dem ICD 10 soll eine Diagnose "Abhängigkeitssyndrom" nur dann gestellt werden, wenn bei einer betroffenen Person während des letzten Jahres mindestens drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren (s. Tabelle 3), (vgl. KOMPENDIUM SUCHT, S. 16).

Tabelle 3: Abhängigkeitskriterien nach ICD-10

	Kriterien	Beschreibung
1	Craving	Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, ein Suchtmittel zu konsumieren
2	Kontrollverlust	Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums des Suchtmittel
3	Entzugerscheinungen	Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
4	Toleranzentwicklung	Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Mengen des Suchtmittels erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Mengen erforderlich
5	Vernachlässigung	Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Suchtmittelkonsums und/oder erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
6	Konsum trotz negativer Konsequenzen	Anhaltender Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (körperlicher, psychischer oder sozialer Art)

QUELLE: KOMPENDIUM SUCHT, S. 16

2.2.2 Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10

Je nach Substanz werden die Suchtmittel in unterschiedlichen Clustern klassifiziert (Tabelle 4) und gelten damit als Zuweisungs- oder Behandlungsdiagnose (vgl. KOMPENDIUM SUCHT, S. 17)

Sowohl die anamnestisch bekannten als auch die während der Behandlung festgestellten Diagnosen sind für die Auswahl der Rehabilitationsleistung wichtig. Sie liefern zudem wesentliche Informationen für den rehabilitationsmedizinischen Prozess. Die Diagnose hat eine Leitfunktion für das ärztliche Handeln. Daher ist es wichtig, möglichst exakt das vorliegende Krankheitsbild des Patienten zu erfassen und einem Diagnoseschlüssel nach ICD-10 zuzuordnen (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009, S. 33)

Tabelle 4: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10

Code	Beschreibung
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
F15.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
F16.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F18.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

QUELLE: KOMPENDIUM SUCHT. S. 17

2.3 Ziele einer Therapie

Entwöhnungsbehandlungen sollen den Betroffenen in erster Linie helfen, sich vom Suchtmittel zu distanzieren, abstinent zu werden und abstinent zu bleiben. Abstinenz bedeutet, enthaltsam in Bezug auf Alkohol, Medikamente oder Drogen zu leben. In zweiter Linie sollen die körperlichen und seelischen Störungen, die im Zusammenhang mit der Suchterkrankung stehen, so weit wie möglich behoben und ausgeglichen werden.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund gibt für die medizinische Rehabilitation einer Suchtmittelabhängigkeit folgenden Ziele vor:

1. Krankheitsbewältigung
2. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
3. Wiedereingliederung in das Leben in der Gemeinschaft
4. Erhalt selbständiger Lebensführung und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit

Das langfristige Ziel ist möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014)

Die Konkretisierung von Ziele folgt in den weiteren Unterkapiteln und erklärt ihre Bedeutung für diese Arbeit.

2.3.1 Krankheitsbewältigung

Die Abhängigkeitserkrankung verläuft meist chronisch. Wie bei allen chronischen Erkrankungen ist es Ziel, die Krankheit frühestmöglich und effektiv zu behandeln. Zur Krankheitsbewältigung gehört die Entwicklung von Fähigkeiten, die eine abstinente Lebensführung (also ein Leben ohne das Suchtmittel) ermöglichen. Das betrifft:

- Entwicklung eines Krankheitseinsichts
- Entwicklung emotionaler Akzeptanz, abhängigkeitskrank zu sein
- Aufbau der Motivation für eine Entwöhnungsbehandlung

Abhängigkeitskranke bringen je nach Grad der sozialen Desintegration eine Fülle von sozialen Problemen mit in den Rehabilitationsprozess. Die Probleme liegen z.B. in Bereichen wie Schulden, ungeklärte Unterhaltsverpflichtungen, schlechte Wohnverhältnisse oder Wohnungslosigkeit, Beziehungsproblematiken, offene Gerichtsverfahren und gerichtliche Auflagen. Diese sozialen Existenzfragen sind für die betroffenen Menschen und damit auch für den Rehabilitationsprozess belastend. Zur Krankheitsbewältigung sind daher für die Klärung der persönlichen Angelegenheiten eine Sozialberatung und zum Teil auch konkrete Hilfestellungen erforderlich. Die Unterstützung bei der Regelung sozialer Angelegenheiten im Prozess der Rehabilitation dient der **Hilfe zur Selbsthilfe**.

Ein wichtiges Rehabilitationsziel ist, dass der abhängigkeitskranke Mensch selbst aktiver wird und wieder mehr Verantwortung übernimmt. Die benötigte Zeit, um solche tiefgreifenden Veränderungen zu verwirklichen, ist individuell sehr unterschiedlich. Die Krankheitsbewältigung ist ein lebenslanger Prozess, der seinen Schwerpunkt darauf legt, die Fähigkeit zu einer zufriedenstellenden Lebensführung in einem aktiven selbstbestimmten Leben zu entwickeln bzw. zu behalten (vgl. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12, 2006, S. 38).

2.3.2 Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben

Arbeit und eine sinnvolle strukturierte Beschäftigung sind insbesondere für Menschen im erwerbsfähigen Alter von zentraler Bedeutung. Keine andere einzelne Aktivität ist so vielfältig und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung. Arbeit vermittelt ein Gefühl für **persönliche Leistung und Können** durch erfolgreiche Bewältigung äußerer Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer, eine Möglichkeit, sich in einer normalen Rolle zu betätigen und damit einen Gegenpol zur Rolle des Kranken zu bilden, ein einfach zu erkennendes Kriterium für Genesung von Krankheit, ein Gefühl für sozialen Status und Identität, soziale Kontakte und Unterstützung, Struktur für den Tages- und Wochenablauf (Arbeit/Freizeit, Wach- und Schlafrythmus) und Entlohnung und damit finanzielle Anerkennung sowie Handlungsspielräume durch eigenes Geld.

Unter dem Aspekt, dass durchschnittlich 36 % der Alkoholabhängigen und 55 % der Drogenabhängigen, die eine stationäre Entwöhnungsbehandlung antreten, ohne Beschäftigung sind, zeigt sich die Bedeutung von arbeitsbezogenen Angeboten während und in der Entwöhnungsbehandlung sowie von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Ein Ziel der Entwöhnungsbehandlung (medizinische Rehabilitation) ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, die die Voraussetzung dafür bildet, den Anforderungen des Arbeitsplatzes und Arbeitsmarktes gewachsen zu sein. Die Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) sind je nach Lage des Einzelfalles:

- die Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- der Erhalt des Arbeitsplatzes
- die Beschäftigung auf einem anderen Arbeitsplatz,
- die Wiedereingliederung oder die Eingliederung in einen Arbeitsplatz,
- die Aufnahme einer Beschäftigung oder der Erhalt der Beschäftigung.

Bei manchen abhängigkeitskranken Menschen, insbesondere aber bei Jugendlichen oder jungen erwachsenen Menschen mit stoffgebundener Abhängigkeit, die noch keinen Schul- oder Berufsabschluss erreicht haben, stellt das Erlangen oder zumindest das Ziel eines Abschlusses einen wichtigen Teil der Rehabilitation dar. Den Anstrengungen zur Eingliederung und Teilhabe

Forschungsstand und Hypothesenformulierung

in das Arbeitsleben kommt in Anbetracht der zunehmenden Jugendarbeitslosigkeit, der Umstrukturierung der Arbeits- und Berufswelt und den hohen Anforderungen an Flexibilität, Mobilität und der Erwartung des „lebenslangen Lernens“ besondere Bedeutung zu (vgl. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12, 2006, S. 40).

2.3.3 Wiedereingliederung in das Leben in der Gemeinschaft

Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zielen auf Feststellung und Ausbau von **Grundvoraussetzung für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit** ab. Insbesondere von Personen, die lange ohne feste Tagesstruktur gelebt haben. Dazu zählen Fähigkeiten wie:

- Grundarbeitsfähigkeit, d.h.: Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration und Merkfähigkeit
- Soziale Fähigkeiten, d.h.: Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten, Umgang in der Gruppe
- Selbstbild, d.h.: Selbständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit
- Durch geeignete Trainingsmaßnahmen sind diese Fähigkeiten zu vermitteln und einzuüben.

Weiter führt eine Abhängigkeitserkrankung häufig zu einer zunehmenden sozialen Isolation, die bei Beginn der Rehabilitation meist schon weit fortgeschritten ist. Dies wird dem betroffenen Menschen nicht selten erst im Laufe des Rehabilitationsprozesses bewusst. Hilfe und Unterstützung bei der schwierigen Aufgabe des Aufbaus eines **sozialen Netzwerkes** sind ein wichtiger Teil der Rehabilitation und Voraussetzung für die Krankheitsbewältigung.

Ziele von Leistungen zum Leben in der Gemeinschaft sind z.B.:

- Sicherung der Wohnsituation
- Stabilisierung vorhandener sozialer Kontakte bzw. Aufbau eines neuen sozialen Netzwerkes
- Schuldenregulierung
- Befriedigende Freizeitgestaltung (vgl. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12, 2006, S. 44).

2.3.4 Erhalt selbständiger Lebensführung und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit

Bei den meisten Menschen mit stoffgebundener Abhängigkeit ist die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit bzw. die Wiedereingliederung ins Berufsleben ein wichtiges Rehabilitationsziel. Dagegen ist für den im Folgenden aufgeführten Personenkreis das übergeordnete Rehabilitationsziel der weitestgehende Erhalt einer selbständigen Lebensführung:

- Menschen, die aus Altersgründen nicht mehr ins Berufsleben integriert werden können
- Menschen mit zusätzlichen Funktionsstörungen und Behinderungen, die Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben (zum Teil sind diese Erkrankungen und Behinderungen Folgen des langjährigen Substanzkonsums, bspw. ein fortgeschrittenes hirnrorganisches Psychosyndrom aufgrund langjährigen Alkoholkonsums).

In diesen Fällen steht unter Umständen nicht mehr die Zielsetzung der beruflichen und gesellschaftlichen Wiedereingliederung im Vordergrund, sondern die Verhinderung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit, wie es das SGB IX im § 8 Abs. 3 vorsieht. Weiteres Ziel ist es, die Fähigkeit zu einer **autonomen Lebensführung** zu erhalten oder wieder herzustellen. Wo auch dies nicht mehr möglich ist, wird angestrebt, den abhängigkeitskranken Menschen soweit zu rehabilitieren, dass er vorübergehend oder dauernd in einer beschützten Wohngemeinschaft oder einem Heim leben kann. (vgl. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12, 2006, S. 43).

2.4 Zufriedene Abstinenz

Das Duden-Bedeutungswörterbuch definiert *Abstinenz* (abgeleitet aus dem lat. *abstinere*) als Enthaltensamkeit oder Verzicht. Als Synonyme dazu werden „Anspruchslosigkeit, Askese, Bedürfnislosigkeit, Bescheidenheit, Beschränkung, Einschränkung“ genannt. Somit kann man die Suchtmittelabstinenz als der jegliche Verzicht auf Suchtmittelkonsum definieren.

Ist die Definition von Abstinenz eindeutig, kann es beim Finden einer klaren Begriffsbestimmung für Zufriedenheit doch kompliziert werden. Die Recherche in der Literatur liefert einen Vielfalt von positiven Zuständen, die mit der Zufriedenheit assoziiert und in Zusammenhang gebracht werden, jedoch keine klare Definition anbieten.

Forschungsstand und Hypothesenformulierung

In der Sozialpsychologie wird *Zufriedenheit* als kognitiver Faktor konzipiert. Folgende Prozesse beeinflussen unsere Zufriedenheit:

- eigene Einschätzung der eigenen Situation
- das Abwägen positiver und negativer Konsequenzen
- der Vergleich der aktuellen Situation mit den angestrebten Zielen (Erwartungen, Anspruchsniveau) und durch die Einschätzung der eigenen Situation nach internen und sozialen Vergleichsnormen (vgl. MAYRING, 1991, S. 60).

Dette definiert *Lebenszufriedenheit* als eine „kognitive Bewertung des eigenen Lebens“ (vgl. DETTE, 2005, S. 38) und unterscheidet dabei zwischen der allgemeinen Lebenszufriedenheit, d.h. das gesamte Leben wird mit einbezogen, und Bereichszufriedenheit. Bei der Bereichszufriedenheit werden nur bestimmte Bereiche des Lebens, z.B. Gesundheit, Arbeit, Freizeit bzgl. Zufriedenheit hinterfragt. *Lebenszufriedenheit* werden nach Dette weiteren Eigenschaften zuschreiben:

1. Sie resultiert aus einem Vergleich, der innerhalb einer Person oder außerhalb dieser liegen kann.
2. Lebenszufriedenheit ist eine subjektive Einschätzung, ist also abhängig von der Person selbst.
3. Lebenszufriedenheit ist auf einer mittleren Abstraktionsebene anzusiedeln, d.h. sie kann mittelfristig beurteilt werden und ist moderat veränderlich.

Wie zuvor bereits erwähnt wurde, kann Abstinenz mit Enthaltbarkeit oder Verzicht übersetzt werden. Somit ist im Weiteren zu klären, ob und wenn ja, dann inwieweit genau ein Verzicht zufrieden machen kann.

In der deutschsprachigen Fachliteratur im Bereich Sucht und Psychologie ist keine spezielle Definition bzgl. Zufriedener Abstinenz zu finden. Lindenmeyer schreibt über Zufriedene Abstinenz folgendes: „Zufriedene Abstinenz wird für einen Alkohol- und Medikamentenabhängigen daher erst möglich, wenn er herausgefunden hat: in welchen Situationen ihm die Wirkung seines Suchtmittels zur Gewohnheit geworden ist, worin für ihn hierbei die angenehme Wirkung von Alkohol oder Medikamenten bestand und wie er eben diese Situationen auch bei starken Verlangen nach der angenehmen Wirkung von Alkohol und Medikamenten sich abstinent bewältigen kann.“ (LINDENMEYER, 1998, S. 106)

Bachmann und El Akhars setzten für eine zufriedene Abstinenz als zwingend notwendig folgendes voraus: „gute Tagesstruktur mit Abwechslung, ein gewisses Maß an Herausforderung, eine sinnvolle Beschäftigung, soziale Kontakte, körperliche Bewegung und eine gute Zusammenstellung dieser Möglichkeiten.“ (Bachmann, M., El Akhras, A., 2010, S. 177)

Körkel und Kruse beschreiben eine zufriedene Abstinenz als das höchste Ziel eine Suchtbehandlung (s. Abbildung 3), jedoch wird Langzeitabstinenz nur ein potentiell Ziel gesehen (J. Körkel, G. Kruse, 2005, S.28).

Abbildung 3: Hierarchie von Therapieziele in der Entwöhnungsbehandlung nach Körkel und Kruse (2005)



QUELLE: J. KÖRKELE, G. KRUSE: RÜCKFALL BEI ALKOHOLABHÄNGIGKEIT (2005), S. 28

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Konstrukt einer zufriedenen Abstinenz im höchsten Maße abhängig von der subjektiven Betrachtung jedes Einzelnen ist. Folgende Arbeitsdefinition dient unter anderem dazu, ein Phänomen zu beschreiben und eine grobe Abgrenzung des Forschungsgebietes dar zu stellen.

Man kann von einer **Zufriedenen Abstinenz** ausgehen, wenn:

1. die Diagnose einer Suchtmittelabhängigkeit dauerhaft akzeptiert und verinnerlicht wurde
2. die (abhängige) Person genug sozialen Kompetenzen und Fähigkeiten entwickelt hat, ohne Suchtmittelkonsum mit eigenen Gefühlen (sowohl positiven als negativen) zurecht zu kommen und fühlt sich den Herausforderungen des Lebens gewachsen
3. eine Abstinenz nicht mehr als Verzicht, sondern als Bereicherung des Lebens und Steigerung der Lebensqualität betrachtet wird
4. Verantwortung für das eigene Leben, Zukunftsvisionen, Gestaltung der Beziehung (zu sich selbst und den anderen) übernommen wird
5. die Abstinenz ein Stück Normalität geworden ist und zur Selbstbild gehört.

Zufriedene Abstinenz hat positive Auswirkungen auf andere Lebensbereiche, wie z.B. auf soziale Kontakte und Beziehungen, den allgemeinen Gesundheitszustand sowie Freizeitgestaltung. Das Erreichen der Zufriedenen Abstinenz ist ein Prozess, der je nach Person und dessen individueller Hintergründe unterschiedlich Zeit in Anspruch nehmen kann.

Dieser Definitionsversuch erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie soll jedoch als Arbeitsdefinition für diese Masterarbeit dienen, mit dem Bewusstsein, dass jene danach eine Modifizierung erfahren kann.

2.5 Erfolg und Misserfolg in der medizinischen Reha Sucht

Die planmäßige Beendigung stationärer Entwöhnungsbehandlungen gilt als ein zentrales Erfolgskriterium. Ebenso wird im Zusammenhang hiermit von längerfristig günstigeren Prognosen bezüglich der Abstinenz ausgegangen. Im Umkehrschluss gelten Behandlungsabbrüche als prognostisch ungünstig in Bezug auf den Behandlungserfolg und dessen Stabilität.

Forschungsstand und Hypothesenformulierung

Die Entlassform beziehungsweise die Art des Abschlusses der Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird immer verschlüsselt und ist von Bedeutung sowohl für den Kostenträger als für den Patienten selbst. Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung gibt es insgesamt acht Entlassformen (Tabelle 5).

Tabelle 5: Entlassformen in der stationären Rehabilitation der Sucht

Entzifferung im Entlassbericht	Beschreibung
1	regulär
2	vorzeitig auf ärztliche Veranlassung
3	vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis
4	vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis
5	disziplinarisch
6	verlegt
7	Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Rehabilitation
9	gestorben

QUELLE: DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND, 2009, S. 32

Als *regulär* abgeschlossen gilt die medizinische Rehabilitation, wenn der Bewilligungsrahmen einschließlich der eventuell erforderlichen Verlängerung ausgeschöpft wurde oder wenn der Bewilligungszeitraum nicht vollständig benötigt wurde, weil das Reha-Ziel früher erreicht werden konnte.

Vorzeitig auf ärztliche Veranlassung wird ein Rehabilitand aus medizinischen Gründen entlassen, wenn eine Belastbarkeit für rehabilitative Maßnahmen nicht oder nicht mehr besteht, eine spezielle Diagnostik oder Therapie zu Lasten der Krankenkasse am Heimatort erforderlich oder eine Fortsetzung der Rehabilitation nicht erfolgversprechend ist.

Eine *vorzeitige Entlassung mit ärztlichem Einverständnis* erfolgt auf Wunsch der Rehabilitanden aus dringenden persönlichen Gründen.

Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis bedeutet, dass der Rehabilitand die Leistung eigenmächtig abgebrochen hat; dies gilt auch für die Abreise am Aufnahmetag.

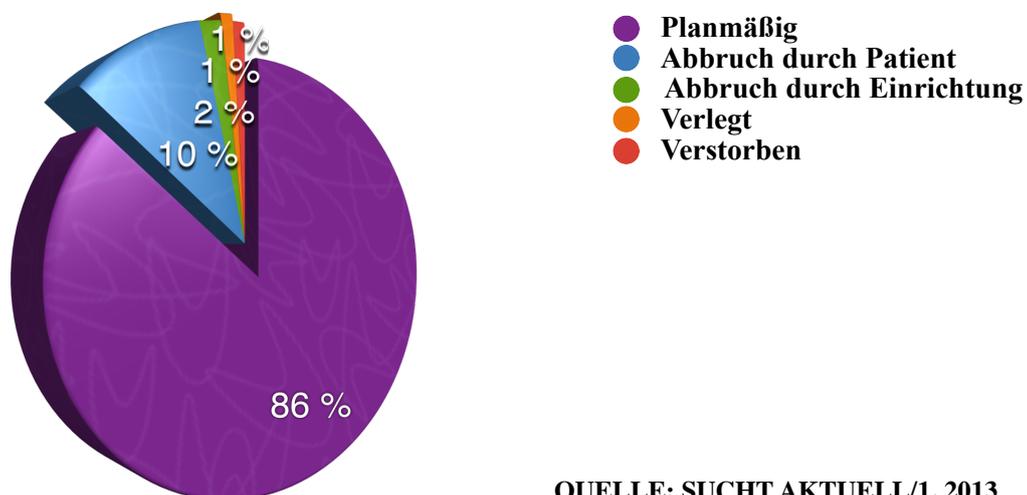
Disziplinarisch werden Rehabilitanden entlassen, wenn ihr Verhalten einen ordnungsgemäßen Reha-Verlauf nachhaltig in Frage stellt oder wenn sie während der Rehabilitation berechnigte Interessen oder Rechte Dritter erheblich beeinträchtigen.

Verlegt werden Rehabilitanden in eine andere Reha-Einrichtung oder in ein Krankenhaus.

Der **Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Rehabilitation** wird dokumentiert, wenn die Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht abgeschlossen ist, sondern in anderer Form fortgesetzt wird (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009, S. 32).

Im Bereich der Suchttherapie liegen Abbruchquoten traditionell sehr hoch sind (Klein M., 2001, S. 420). Trotz einer relativ hohen Inanspruchnahme der stationären Entwöhnungsbehandlung liegt nach Angaben des Fachverbandes Sucht die Abbruchquote bei einer Alkohol und Medikamentenabhängigkeit während einer stationären Rehabilitation bei ca. 10,6% (Abbildung 4), (vgl. SUCHT AKTUELL/1, 2013).

Abbildung 4: Art der Behandlungsbeendigung (N = 13.113), Alkohol & Medikamenten



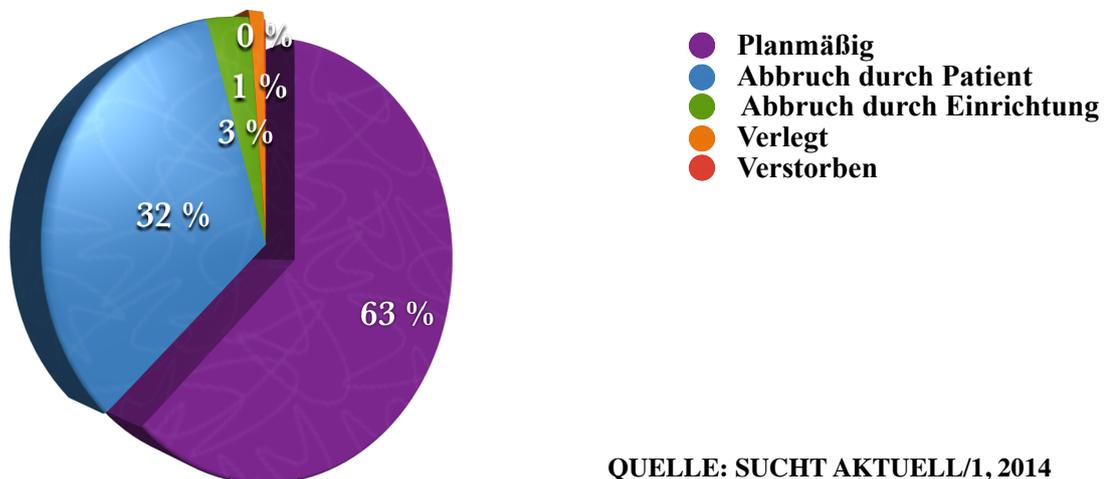
QUELLE: SUCHT AKTUELL/1, 2013

Die Recherche der deutschsprachigen Literatur nach Effektivität einer Rehabilitation bei Drogenabhängigkeit und Abbruchquote durch die Patienten mit einer Drogenabhängigkeitsdiagnose ergaben nur wenigen Ergebnisse. Jedoch seit 2009 beschäftigten sich Fischer, M. et al. mit den Untersuchungen und Daten von Behandlungsbeendigungen in fünf

Drogeneinrichtungen und veröffentlichte eine Studie, die die Effektivität der stationären abstinentorientierten Drogenrehabilitation erforscht (s. Abbildung 5), (vgl. SUCHT AKTUELL/1, 2014).

Abbildung 5 zeigt die Verteilung der Behandlungsbeendigungen in einer stationären abstinentorientierten Drogenrehabilitation. Auf Grund dieser Ergebnisse ist zu sehen, dass, ca. 32% der untersuchten Patienten (N = 925) sich für eine vorzeitige Beendigung der Therapie entschieden haben. Die genauere Hintergründe und Behandlungsmerkmale, sowie die Ergebnisse bzgl. einer Zufriedenen Abstinenz nach dem Abbruch bleiben weiterhin nur wenig erforscht.

**Abbildung 5: Art der
Behandlungsbeendigung (N = 925),
Alkohol & Drogen**



QUELLE: SUCHT AKTUELL/1, 2014

Dennoch findet man durch Recherche und Analyse von unterschiedlichen Studien in deutsch-englischer Literatur zum Thema Abbruch einer Therapie zahlreiche Forschungen aus dem Bereich der ambulanten Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Entzugsbehandlungen und psychosomatischen Medizin. Aufgrund grosser Unterschiede im Bezug auf Patientengruppen, Diagnosen, Schwere des Substanzkonsums, Ausmass somatischer Komorbiditäten, Art des Behandlungsprogramms und Definition von Behandlungserfolg lassen sich die Studien allerdings nur beschränkt vergleichen. Dennoch ist die Art des Behandlungsabschlusses ein zentrales Erfolgskriterium von Entwöhnungsbehandlungen. Dies bestätigt eine Metaanalyse von Studien zur stationären Behandlung Drogenabhängiger von Roch I. et al. (Roch., I., et al., 1992, S. 304). Dabei erweist sich die Art der Therapiebeendigung als der wichtigste Prädiktor des längerfristigen Therapieerfolgs.

Forschungsstand und Hypothesenformulierung

Ruff & Werner verglichen 362 erfolgreiche Beender aus einem stationären Psychotherapieprogramm mit 43, die das gleiche Programm vorzeitig abgebrochen hatten. Folgende statistisch signifikante Auffälligkeiten wurden dabei gefunden (Ruff, W. & Werner, H., 1988, S. 129):

1. soziodemographische Variablen (alleinstehend, jüngeres Lebensalter, Arbeitsunfähigkeit)
2. persönlichkeitspsychologische Merkmale (höhere Werte für Depression, Reizbarkeit, Durchlässigkeit und Soziale Potenz)
3. krankheitsspezifische Merkmale (eine kürzere Leidensgeschichte)

Nach Angaben von Stark weisen folgende Merkmale von Klienten auf ein erhöhtes Abbruchrisiko auf (Stark, M.J. 1992, S. 100):

1. Persönlichkeitsstörungen
2. psychopathologischer Profil
3. vorhergehenden Therapieabbrüchen

Baekeland & Lundwall gaben folgende relevante Personenmerkmale (Baekeland, F. & Lundwall, L., 1975, S. 738). bezüglich eine stärkere Tendenz zum Therapieabbruch:

1. junges Alter der Klienten
2. hohe Aggressivität
3. hohe Ausmass an sozialer Isolation

Pritz wies bei den analytischen Gruppentherapien nach, „dass Therapieabbrecher nicht nur komplexer gestört sind, sondern auch andere Gruppenmitglieder entwerten und deren Meinungen häufiger zurückweisen und verurteilen. Es bestätigt sich ... die Grundannahme, dass Therapieabbruch die Folge eines Zusammenspiels von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und eines entsprechenden Interaktionsstils ist" (Pritz A., 1990, S. 156).

Der Schwerpunkt dieser Arbeit wird auf den Vergleich zwischen den zwei Gruppen von Patienten gelegt, nämlich - Gruppe „Reguläre Beender“ (Entlassmodus 1) und der Gruppe „Abbrecher“ (Entlassmodus 4).

Für die Untersuchung wird die folgende Begriffsdefinition genommen:

Ein **reguläres Therapieende** wird nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Therapie e. V. als Hauptkriterium einer erfolgreichen Therapie definiert und als solches erreicht ist, wenn:

1. die Therapieziele im gegenseitigen Einverständnis zwischen Therapeut und Klient erreicht wurden, wobei aber die Beurteilung durch den Therapeuten ausschlaggebend ist.
2. und/oder die maximal vorgegebene Therapiezeit durchlaufen ist. (SUCHT, 47. Jahrgang, Sonderheft 2, 2001, S. 17).

In einem Artikel „Der Abbruch der Beratung“ beschreibt Klein M. die Problematik der eindeutigen Definition eines Therapieabbruchs, da „es viele Möglichkeiten gibt, einen Beratungskontext zu verlassen“. In dem Zusammenhang wird in dem Artikel von drei möglichen Abbruchformen ausgegangen:

1. Der Klient, der es nicht schafft, zur Fortsetzung der Therapie zu kommen.
2. Der Klient, der sich weigert, zur Fortsetzung der Therapie zu kommen.
3. Der Klient, der von einer Therapie ausgeschlossen wird wegen mangelnder Kooperation, geringer Ansprechbarkeit auf eine spezifische Therapie, Gewaltandrohung oder -anwendung gegenüber dem Therapeuten usw.

Der **Abbruch** soll „die Entscheidung einer in der Therapie befindlichen Person oder deren Berater definieren, die Behandlung nicht fortzusetzen, obwohl Klient und Berater keinen Konsens darüber erzielen können, dass aufgrund der Erreichung der eingangs gesetzten und fortgeschriebenen Ziele die Beratung zu beenden ist.“ (KLEIN, M., 2001, S. 422)

2.6 Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistungen zur Teilhabe auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials / der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschließlich psychosozialer Faktoren) über die Erreichbarkeit eines festgelegten Teilhabeziels durch eine geeignete Leistung zur Teilhabe in einem notwendigen Zeitraum.

Der Rehabilitationserfolg lässt sich dabei insbesondere an dem Ausmaß beurteilen, in dem jemand arbeiten, häusliche und familiäre Verantwortung übernehmen sowie seine Freizeit

sinnvoll nutzen kann, und so **Zufriedenheit mit seinem Leben** erreicht. (Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12, S. 48).

2.7 Behandlungskonzept und Kurzprofil Kliniken Wied

Die vorliegende Untersuchung wird in den Kliniken Wied durchgeführt. Kliniken Wied ist eine Facheinrichtung für psychosomatische Medizin und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Kliniken Wied verfügt über 210 Betten für die stationäre Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen bei Männern und Frauen im Alter von 18 bis 67 Jahren. Die Therapiedauer liegt je nach Indikation zwischen 6 bis 26 Wochen.

Als **Voraussetzung** für eine stationäre Rehabilitation gelten folgende Zuweisungsdiagnosen (F10 - F19):

- Alkoholabhängigkeit
- Medikamentenabhängigkeit
- Drogenabhängigkeit
- nicht stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen (Spielsucht, Esssucht, Kaufsucht, etc.).

Darüber hinaus folgt in der Klinik eine Mitbehandlung von komorbiden psychosomatischen Erkrankungen (F20 - F90) - Angst- und Panikattacken, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Psychosen, Zwangsstörungen.

Die **Kontraindikationen** für eine Aufnahme sind:

- akute Suizidalität,
- schweres und rezidierendes selbstverletzendes Verhalten,
- akute psychotische Exazerbation mit akuter Selbst oder Fremdgefährdung,
- ausgeprägte kognitive Störungen z.B. bei Demenzerkrankungen, Korsakow-Syndrom
- körperliche Krankheiten, die die Therapiefähigkeit maßgeblich beeinträchtigen oder eine Gefährdung für Mitpatienten darstellen.

Therapieansatz der Kliniken Wied hat eine tiefenpsychologische Fundierung. Jedoch steht eine Integration von Methoden der Verhaltenstherapie sowie der Gesprächspsychotherapie je nach Krankheitsbild und Symptomen im Vordergrund.

Die zentralen Therapieziele richten sich nach Angaben der DRV (s. Kapitel 2.3) und beinhalten folgende Bereiche:

Forschungsstand und Hypothesenformulierung

- Wiederherstellung und Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit
- Soziale und berufliche Wiedereingliederung
- Wiederherstellung, Stabilisierung und Förderung der körperlichen Funktionstüchtigkeit und Belastbarkeit
- Stärkung und Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit
- Aufbau befriedigender Freizeitgestaltung
- Motivierung und Unterstützung für ggf. erforderliche weiterführende Maßnahmen

(vgl. Funke, W. & Schroeder, W., 2008)

2.8 Forschungshypothesen

Unter einer Hypothese wird eine Annahme, Vermutung oder unbewiesene Voraussetzung verstanden. Ausgangspunkt ist eine ausformulierte Idee als Arbeitsgrundlage mit der Absicht, sie zu beweisen oder zu widerlegen. Unter wissenschaftlichen Hypothesen (auch Forschungshypothesen) werden Annahmen verstanden, in denen eine Beziehung zwischen zwei oder mehreren Variablen behauptet wird, die für eine bestimmte Grundgesamtheit (vgl. Bortz & Döring, 2011).

2.8.1 Herleitungen zur Forschungshypothesen

Im Folgenden wird die Herleitung der Forschungshypothesen erläutert. Die Herleitung basiert meist auf einem Zusammenspiel aus klinischen Erfahrungen und auf den Ergebnissen vorangegangener Studien.

Herleitung zur ersten Hypothese:

Auf Grund von Ergebnissen aus den vorangegangener Studien (s. Kapitel 2.5) lässt sich behaupten, dass ein signifikanter Zusammenhang besteht, zwischen den soziodemographischen Faktoren (Alter, brüchige Erwerbsbiografie, soziale Situation, Wohnsituation), Behandlungsdiagnosen und Persönlichkeitsstörungen, Merkmalen des Therapieverlaufs (Rückfälligkeit während der Behandlung, Prognose) UND einem erhöhten Abbruchrisiko während einer stationären medizinischen Rehabilitation einer Abhängigkeitserkrankung.

Herleitung zur zweiten Hypothese:

Der Rehabilitationserfolg lässt sich dabei insbesondere an dem Ausmaß beurteilen, in dem jemand arbeiten, häusliche und familiäre Verantwortung übernehmen sowie seine Freizeit sinnvoll nutzen kann, und so Zufriedenheit mit seinem Leben erreicht. Davon ausgegangen, dass die Art der Therapiebeendigung einer der wichtigsten Prädiktoren des längerfristigen Therapieerfolgs ist (s. Kapitel 2.5 und 2.6), ist anzunehmen, dass ein signifikant positiver Zusammenhang besteht, zwischen einem regulären Therapieabschluss UND einer subjektiven Zufriedenheit im nachstationären Verlauf.

Herleitung zur dritten Hypothese:

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistungen (s. Kapitel 2.7). Die Ein-Jahres-Katamnesen sind die persönlichen Bewertungen und retrospektiven Einschätzungen des Therapieverlaufs seitens des Patienten. Die Forschungshypothese 3 fokussiert auf den nachstationären Verlauf. Dazu wird auf die Daten aus der Katamnese zurückgegriffen. In einer Pre-Auswertung und Überprüfung der Daten stellte sich heraus, dass die Substichprobe von Patienten, die den Katamnesefragebogen ausfüllten („Responder“), n=826 umfasste. Somit lagen nur bei 27.7% der Gesamtstichprobe Katamnesedaten vor. Durch diese Selektion kann es zu Verzerrungen der Stichprobe kommen. Daher wurden Responder und non-Responder auf Unterschiede bzgl. soziodemographischer Kennwerte und Behandlungsdiagnosen, aber auch bzgl. Merkmale des Therapieverlaufs untersucht. Es ist davon auszugehen, dass Unterschiede zwischen Respondern der Ein-Jahres-Katamnese und Non-Responder hinsichtlich soziodemographischer Kennwerte, Behandlungsdiagnosen und Merkmale des Therapieverlaufs festzustellen sind. Nach einer Überprüfung von Stichprobenverzerrungen sind auf der Basis von Responder Daten der Ein-Jahres-Katamnesen Merkmale für eine Zufriedene Abstinenz im Anschluss an eine stationäre Behandlung zu identifizieren.

2.8.2 Forschungshypothesen

Forschungshypothese 1:

Wie unterscheiden sich regulär Beender und Abbrecher einer stationären medizinischen Rehabilitation bei einer Suchtmittelabhängigkeit bzgl. soziodemographischer Kennwerte, Behandlungsdiagnosen und Merkmale des Therapieverlaufs?

F1: **Geschlecht:** Unter den Abbrechern sind signifikant mehr männlichen Patienten als unter den regulär Beendern.

F2: **Alter:** Abbrecher haben signifikant ein jüngeres Lebensalter als regulär Beender.

F3: **Partnerschaftssituation:** Es ist davon auszugehen, dass die Abbrecher signifikant häufiger Alleinstehend (sozial-isoliert) sind als regulär Beender.

F4: **Ausbildungssituation:** Regulär Beender haben signifikant häufiger eine abgeschlossene Ausbildung als Abbrecher.

F5: **Erwerbssituation:** Unter den Abbrechern sind signifikant mehr Arbeitssuchende, als unter den regulär Beendern.

F6: **Drogenprofil:** Regulär Beender weisen signifikant öfter eine Abhängigkeit von legalen Substanzen als Abbrecher auf.

F7: **Komorbidität:** Die Abbrecher unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des Vorhandenseins von Doppeldiagnosen von den regulär Beendern.

F8: **Wohnsituation:** Es ist anzunehmen, dass die regulär Beender signifikant häufiger aus geregelten Wohnverhältnissen (Selbstständiges Wohnen) kommen, als Abbrecher.

F9: **Rückfälligkeit während der Behandlung:** Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen einer Rückfälligkeit während der Behandlung und einem Abbruch der Therapie.

Forschungshypothese 2:

Wie unterscheiden sich regulär Beender und Abbrecher einer stationären medizinischen Rehabilitation bei einer Suchtmittelabhängigkeit bzgl. des nachstationären Verlaufs, insbesondere bzgl. der Einschätzung einer subjektiven Zufriedenheit?

F10: **Abstinenz im Anschluss:** Regulär Beender sind signifikant häufiger abstinent nach einer Therapie als Abbrecher.

F11: **Zufriedenheit:** Es ist davon auszugehen, dass die regulär Beender eine signifikant höhere Zufriedenheit mit ihrem Leben aufweisen als die Abbrecher.

Forschungshypothese 3:

Welche Unterschiede zwischen Respondern der Ein-Jahres-Katamnese und Non-Respondern sind hinsichtlich soziodemographischer Kennwerte, Behandlungsdiagnosen und Merkmale des Therapieverlaufs festzustellen (zur Überprüfung von Stichprobenverzerrungen)?

Welche Merkmale können als Prädiktoren für Zufriedene Abstinenz im Anschluss an eine stationäre Behandlung identifiziert werden?^a

F12: **Soziodemographische Kennwerte:** Es ist anzunehmen, dass die Responder sich signifikant von den Non-Respondern hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, der Partnerschaftssituation, des Berufsabschlusses, der Erwerbstätigkeit und der Wohnsituation unterscheiden.

F13: **Behandlungsdiagnosen:** Es ist anzunehmen, dass die Responder sich signifikant von den Non-Respondern hinsichtlich einer Zuweisungsdiagnose und einer Komorbidität unterscheiden.

F14: **Merkmale des Therapieverlaufs:** Es ist anzunehmen, dass die Responder sich signifikant von den Non-Respondern hinsichtlich einer Rückfälligkeit während der Behandlung und einer Prognose seitens der Klinik unterscheiden.

3. Daten und Methoden

Das dritte Kapitel beschreibt den empirischen Teil der Untersuchung. Dazu werden zunächst die Erhebungsinstrumente sowie Katamnese-Fragebogen vorgestellt. Anschließend wird die Stichprobe beschrieben. Danach folgt die Beschreibung der Durchführung der Erhebung und die der Rohdatenbereinigung. Die Angaben zu den statistischen Auswertungsmethoden und der Umgang mit *missing data* runden die Darstellung des methodischen Teiles ab.

3.1 Erhebungsverfahren BADO

Als Datengrundlage wird die Basisdokumentation genommen. Die Basisdatendokumentation (BADO) ist ein bundesweit einmaliges Monitoringsystem, welches die Nutzung verschiedener Bereiche des Drogen-Hilfesystems, das Drogenkonsumverhalten sowie wesentliche psychosoziale Merkmale der Klienten und Klientinnen beschreibt, analysiert und jährlich in Statusberichten veröffentlicht.

Die BADO liefert die nötigen Daten über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Behandlung und ermöglicht die Archivierung aller im Verlauf eines bestimmten Zeitraums in psychiatrischen Kliniken aufgetretenen Patientenfälle getrennt nach ICD-10-Diagnose, soziodemographischen Daten, krankheitsbezogenen Variablen, Variablen des Behandlungsprozesses und Outcomedaten wie z.B. CGI (Clinical Global Impression) und GAF (Global Assessment of Functioning), Suizidalität etc. vor und nach der stationären Behandlung. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Wichtigkeit einer präzisen Dokumentation stellt die BADO somit ein hilfreiches und praktisches Instrument zur Datenerfassung dar. Sicherheit, Validität, Plausibilität und Vollständigkeit der Eingaben von BADO wird sehr hoch eingeschätzt (BADO, 2013).

In den Kliniken Wied wird die BADO in vollem Umfang seit Jahren verwendet und umfasst insgesamt 66 Items. Davon werden 31 Items bei der Aufnahme und 35 Items bei der Entlassung ausgefüllt. Die aktuelle Untersuchung beziehen sich auf BADO Daten aus 4 Entlassjahrgänge aus der stationären medizinischen Rehabilitation für Alkohol-/Medikamenten- und Drogenabhängige (2010-2013). Die Erhebung fand auf freiwilliger und anonymisierter Basis statt. Alle Daten von Patienten wurden anonymisiert und mit einer fortlaufenden Nummer

codiert. Die auszuwertenden Daten wurden nur mit diesem Code versehen und auf einem PC mit Zugriffsbeschränkung gespeichert und anschließend ausgewertet. Nur autorisierte Personen haben Zugriff auf die Originaldaten. Die Studie orientiert sich an dem Ethik-Kodex des Berufsverbands Deutscher Soziologinnen und Soziologen e.V. (vgl. DGS, 2007).

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit den folgenden Items der BADO (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Erhebungsverfahren BADO, Items

Items aus der BADO	
1. Geschlecht	7. Komorbidität
2. Alter	8. Wohnsituation
3. Partnerschaftssituation	9. Prognose
4. Ausbildungssituation	10. Rückfälligkeit während der Behandlung
5. Erwerbssituation	
6. Drogenprofil	

3.2 Erhebungsverfahren Katamnese

Katamnesen werden im Sinne von rückblickenden Patientenbefragungen angewandt um nach Beendigung der Therapie Langzeitverläufe aufzuzeigen. Der natürliche Krankheitsverlauf kann durch die beobachtende Begleitung erfasst werden.

Der Fachverband Sucht e.V. setzt sich für die Untersuchung der Wirksamkeit der Suchtbehandlung ein. Hierzu werden Katamnesen durchgeführt, welche auf der Basis von Patientenbefragungen ein Jahr nach der Behandlung deren Wirksamkeit erheben. Entsprechende einrichtungsübergreifende Erhebungen publiziert der FVS für Fachkliniken im Bereich Alkohol/Medikamente jährlich seit dem Entlassjahrgang 1996.

Über die Katamnesebefragung in den Kliniken Wied werden die Patienten noch während der Behandlung informiert. Darüber hinaus werden sie motiviert, diesen Fragebogen als eine rückblickende Reflexion der Zusammenarbeit zu sehen. Unabhängig von Entlassungsmodus - regulär, vorzeitig oder disziplinarisch - werden die Patienten beim Abschlussgespräch auf die Wichtigkeit dieser „Auswertung nach einem Jahr“ angesprochen. In der Gruppentherapie und während der Rückfallprophylaxe werden die Patienten regelmäßig mit dem Thema Statistik und Rückfallsquoten konfrontiert und informiert, dass „nicht-Antwörter (auch Non-Responder genannt) als Rückfall gewertet werden“ (Vorgabe des Deutschen Kerndatensatzes).

In den Kliniken Wied werden ein Jahre nach der Entlassung Katamnesefragebögen (s. Anhang Katamnesefragebogen) an die ehemaligen Patienten abgesendet. Sollte innerhalb von 2 Wochen keine Antwort kommen, wird ein Erinnerungsschreiben verschickt - mit der Bitte, den Fragebogen auszufüllen. Wenn innerhalb der nächsten 2 Wochen keine Antwort kommt, wird eine 2. Erinnerung mit einem neuen Fragebogen an den ehemaligen Patient gesendet. Somit wird kontinuierlich versucht, die Rücklaufquote der Katamnesefragebögen zu erhöhen.

In der vorliegenden Arbeit werden folgenden Items aus den Katamnesefragebögen analysiert (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Erhebungsverfahren Katamnese, Items

Items aus dem Katamnesefragebogen	
1. Geschlecht	8. Komorbidität
2. Alter	9. Abhängigkeitsdauer
3. Wohnsituation	10. Rückfälligkeit während der Behandlung
4. Ausbildungssituation	11. Abstinenz im Anschluss
5. Erwerbssituation	12. Zufriedenheit
6. Partnerschaftssituation	13. Prognose
7. Drogenprofil	

3.3 Stichprobenbeschreibung

Die Charakterisierung der Stichprobe erfolgt anhand ausgewählter statistischer Daten, die aus den demographischen Fragebögen erarbeitet wurden.

Die Gesamtstichprobe von Patienten, welche im Zeitraum von 01.01.2010 bis 31.12.2013 eine stationäre medizinische Rehabilitation in den Kliniken Wied absolvierten, umfasste N=2981. Die soziodemographischen Kennwerte der Stichprobe sind aus den Tabellen 8 bis 17 zu entnehmen.

3.3.1 Geschlecht

In den Kliniken Wied werden weibliche und männliche Klienten gemischt behandelt. Innerhalb der Studienpopulation gibt es ein klares Übergewicht an männlichen Klienten. Diese machen 71,8% (n = 2139) aus; 28,2% (n = 842) sind Frauen.

3.3.2 Alter

Die Altersstruktur der Studienpopulation ist gemischt. Der jüngste Teilnehmer ist 18 Jahre alt, der älteste 74. Das Durchschnittsalter liegt bei 41 Jahren. Dabei liegt die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer bei 15 Jahren.

Tabelle 8: Gesamtstichprobe - Geschlecht

Geschlecht	Frequency	Valid Percent
w	842	28,2
m	2139	71,8
Total	2981	100,0

3.3.3 Partnerschaftssituation

Zum Erhebungszeitpunkt waren 52,6% (n = 1569) der Probanden Single. 40,6% (n = 1211) befanden sich in einer festen Partnerschaft und 6,7% (n = 201) gaben an, dass ihr Beziehungskonstrukt kompliziert sei.

Tabelle 9: Gesamtstichprobe- Partnerschaftssituation

Partnerbeziehung	Frequency	Valid Percent
k.A.	3	,1
Alleinstehend	1569	52,6
Zeitweilige Beziehungen	192	6,4
Feste Beziehung	1211	40,6
Sonstige	6	,2
Total	2981	100,0

3.3.4 Ausbildungssituation

Zum Zeitpunkt der Befragung besaßen 28,3% der Klienten keine Berufsausbildung (n = 844). 71,7% (n = 2134) hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung.

Tabelle 10: Gesamtstichprobe - Ausbildungssituation

	Ausbildungsstatus	Frequency	Valid Percent
Valid	keine abgeschlossene Ausbildung	844	28,3
	abgeschlossene Ausbildung	2134	71,7
	Total	2978	100,0
Missing	999	3	
Total		2981	

3.3.5 Erwerbssituation

Zum Erhebungszeitpunkt waren 69,2% (n = 2061) der Probanden arbeitssuchend. 30,8% (n = 917) gaben an, erwerbstätig zu sein.

Tabelle 11: Gesamtstichprobe - Erwerbssituation

	Erwerbssituation	Frequency	Valid Percent
Valid	erwerbstätig	917	30,8
	arbeitslos	2061	69,2
	Total	2978	100,0
Missing	999	3	
Total		2981	

3.3.6 Drogenprofil

Im Bereich des Drogenprofils wurde die Zuweisungsdiagnose analysiert. Abgefragt wurde ausdrücklich der ehemals abhängige Konsum und nicht der riskante oder gelegentliche Konsum. Bei einer Dichotomisierung einer Zuweisungsdiagnose liegt bei 68,7% (n = 1865) aller behandelnden Patienten eine Abhängigkeit von legalen Drogen und bei 31,3% (n = 849) eine Abhängigkeit von illegalen Drogen vor.

Laut dieser Erhebung hatten 59,7% (n = 1779) in abhängiger Weise Alkohol konsumiert und 24,9% (n = 741) in abhängiger Weise Drogen (diese beinhalten: Cannabis, Amphetamine, Stimulanzien, LSD in jeglicher Form, Kokain, Heroin) konsumiert. Zuweisungsdiagnose

Polytoxikomanie wurde bei 2,9% (n =87) der Klienten gestellt. Lediglich 1,4% (n = 43) konsumierten Medikamente in abhängiger Weise.

Tabelle 12: Gesamtstichprobe - Drogenprofil

	Erstdiagnose	Frequency	Valid Percent
Valid	illegal	849	31,3
	legal	1865	68,7
	Total	2714	100,0
Missing	999	267	
Total		2981	

Tabelle 13: Gesamtstichprobe - Drogenprofil 2

Zuweisungsdiagnose	Frequency	Valid Percent
Alkoholabhängigkeit (F10.2)	1779	59,7
Medikamentenabhängigkeit (F13.2)	43	1,4
Drogenabhängigkeit	741	24,9
Polytoxikomanie (F19.2)	87	2,9
Alkohol-Medikamentenabhängigkeit	43	1,4
Medikamenten-Drogenabhängigkeit	21	,7
Alkohol-Drogenabhängigkeit	264	8,9
psych.somat. Erkrankung	3	,1
Total	2981	100,0

3.3.7 Komorbidität

Kliniken Wied behandelt auch mit Klienten, die neben der Abhängigkeit eine weitere psychiatrische Diagnose vorweisen. In dieser Erhebung sind somatische Erkrankungen wie beispielsweise Hepatitis C, HIV oder Asthma nicht berücksichtigt.

Von insgesamt 2981 Probanden lag bei 1020 Klienten mindestens eine komorbide Störung im Sinne einer Doppeldiagnose vor. Die Diagnosen aus der Gruppe F0 und F1 werden

aus der Analyse rausgenommen. Es geht um die „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (n=8) und „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (n=39). Näheres dazu wird in der Zusammenfassung diskutiert. Ein Drittel (32,6%, n = 333) dieser Klientengruppe hatte eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F60-F69, ICD 10), bei ca 45,2% (n = 461) lag eine Affektive Störung als Doppeldiagnose (F30-F39, ICD 10) vor; 10,5% (n = 107) hatten eine Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung (F40-F48, ICD 10) in der Anamnese vorliegend; bei 4,6% (n = 47) aller Patienten war eine Schizophrenie, schizotype und / oder wahnhaftige Störung (F20-F29, ICD 10) zu diagnostizieren.

Tabelle 14: Gesamtstichprobe - Komorbidität

	ICD	Frequency	Valid Percent
Valid	0	8	,8
	1	39	3,8
	2	47	4,6
	3	461	45,2
	4	107	10,5
	5	7	,7
	6	333	32,6
	7	3	,3
	9	15	1,5
	Total	1020	100,0
Missing	999	1961	
Total		2981	

3.3.8 Wohnsituation

Etwa ein Drittel (28,4%, n = 847) aller Probanden kommen in die Behandlung aus unregelmäßigen Wohnverhältnissen („nicht selbst ständiges Wohnen“). Dazu gehören JVA, Reha-Kliniken, Entgiftungsstationen von Krankenhäusern, Obdachlosigkeit. Ein überwiegender Teil aller Befragten 71,6% (n = 2131) wohnt selbständig (WG, Wohnung, Haus).

Tabelle 15: Gesamtstichprobe - Wohnsituation

		Frequency	Valid Percent
Valid	nicht selbstständig	847	28,4
	selbstständig	2131	71,6
	Total	2978	100,0
Missing	999	3	
Total		2981	

3.3.9 Rückfälligkeit während der Behandlung

Im Rahmen der stationären Behandlung in den Kliniken Wied werden regelmäßige unangekündigten Abstinenzkontrollen durchgeführt. Diese Ergebnisse oder wenn der Patient einen Rückfall ohne Kontrolle angegeben hat werden in der BaDo festgehalten. Bei 94,5 % (n=2806) der Patienten wurde keine Rückfälligkeit dokumentiert. 5,5% (n = 163) aller behandelnden Patienten waren gemäß Dokumentation während der Behandlung rückfällig.

Tabelle 16: Gesamtstichprobe - Rückfälligkeit während der Behandlung

	Rückfälligkeit	Frequency	Valid Percent
Valid	kein Rückfall während Behandlung	2806	94,5
	Rückfall während Behandlung	163	5,5
	Total	2969	100,0
Missing	999	12	
Total		2981	

3.3.10 Prognose

Aus der Basisdokumentation geht hervor, dass bei 73,1% (n = 2169) allen behandelten Patienten eine günstige Prognose am Ende der Behandlung formuliert wurde. Bei etwas einem Viertel der Patienten (26,9%, n = 800) wurde eine ungünstige Prognose bezüglich einer weiteren Abstinenz gestellt.

Tabelle 17: Gesamtstichprobe - Prognose

	Prognose	Frequency	Valid Percent
Valid	günstig	2169	73,1
	ungünstig	800	26,9
	Total	2969	100,0
Missing	999	12	
Total		2981	

3.4 Rohdatenbereinigung

In den Kliniken Wied ist im Stellenplan eine 1/2 Stelle für die Evaluation und Dokumentation besetzt. Aus diesem Grund findet eine kontinuierliche Datenbereinigung und engmaschigen Kontrolle bei der Datensammlung statt. Daher wies der Datensatz eine sehr hohe Qualität auf. So musste bei der initialen Rohdatenbereinigung, bei welcher nach fehlenden Angaben zum Geschlecht, nach unplausiblen Altersangaben oder einer hohen Rate von Missing Values (>50%) gefiltert wurde, kein einziger Fall ausgeschlossen werden.

3.5 Operationalisierung untersuchter Konstrukte und Bildung von Indizes

Zur Verbesserung der inhaltlichen Interpretation oder als Aufbereitung zur statistischen Auswertung wurden Daten zu Indizes gebündelt bzw. dichotomisiert.

Zur Durchführung der logistischen Regression bzgl. einer zufriedenen Abstinenz wurde ein dichotomer Index erstellt. Dabei wurden Responder gemäß der Vorgabe des Deutschen Kerndatensatzes, welche im nachstationären Verlauf durchgängig abstinent (50,2%) oder aber nach einem Rückfall im Befragungszeitraum mindestens 30 Tage durchgängig abstinent waren (11,6%), als „abstinent“ gewertet. Dagegen galten Responder, welche in den vergangenen 30 Tagen Suchtmittel konsumiert hatten (37,9%) oder keine Angaben zum Suchtmittelkonsum machten (0,2%) als „rückfällig“ gewertet.

Zur Abbildung der Lebenszufriedenheit wurden Angaben zur Zufriedenheit in den dreizehn Lebensbereichen zu einem Gesamtwert zusammengefasst (s. Abbildung 6).

Abbildung 6: Lebensbereiche und Zufriedenheit



Dazu wurde der Mittelwert dieser Subskalen berechnet. Wurde die Frage nach den Lebensbereichen „Partnerbeziehung“, „eigene Kinder“ oder „Straftaten, Delikte“ als nicht zutreffend beantwortet oder wurde keine Angabe zu den Lebensbereichen gemacht, wurden die jeweiligen Skalen nicht in die Mittelwertbildung eingeschlossen.

Versuchspersonen, deren mittlere Lebenszufriedenheit zwischen 1=sehr zufrieden und 3=eher zufrieden lag, wurden als „zufrieden“ gewertet. Lag die mittlere Lebenszufriedenheit zwischen 4=eher unzufrieden und 6=sehr unzufrieden, galt die Versuchsperson als „unzufrieden“.

Anhand dieser Indizes für Abstinenz und Lebenszufriedenheit wurde das Konstrukt **Abstinenzzufriedenheit** operationalisiert. 77,0% der Versuchspersonen hatten ausreichende Angaben zur Berechnung des Index für Abstinenzzufriedenheit gemacht. Somit umfasste die Stichprobe, auf deren Grundlage die logistischen Regression auf Abstinenzzufriedenheit durchgeführt wurde n=641.

Suchtmittel wurden nach legalen und illegalen Stoffen gruppiert. Zu den legalen Suchtmitteln wurden Alkohol, Tabak und Medikamente gezählt, andere Drogen als „illegal“ subsumiert. Komorbide Störungen wurden in Anlehnung an die Taxonomie des ICD-10 geclustert. So wurden komorbide Diagnosen anhand der Krankheitsgruppen (F00-F99) gruppiert.

Die logistische Regression ermittelt die Prädiktorgüte von Merkmalen auf die abhängige Variable. Bei mehrstufigen kategorialen **Prädiktoren** wird dabei theoriegeleitet eine Referenzkategorie gewählt, anhand derer der Effekt der anderen Ausprägungsstufen des Prädiktors bestimmt wird. So wurde Merkmal „Komorbidität“ als Referenzkategorie „keine komorbide Störung“ gewählt und der Einfluss verschiedener Gruppen von komorbiden Störungen überprüft. Bei anderen mehrstufigen Merkmalen ließen sich dagegen keine eindeutigen Referenzkategorien definieren. Diese Merkmale wurden für die logistische Regression dichotomisiert. Dies betraf die Merkmale Ausbildung („abgeschlossene Ausbildung“ vs. „keine abgeschlossene Ausbildung“), Erwerbstätigkeit („arbeitslos“ vs. „erwerbstätig“), Wohnsituation („selbstständiges Wohnen“ vs. „nicht selbständig“), Partnerschaft („Partnerschaft“ vs. „alleinstehend“) und Prognose („günstig“ vs. „ungünstig“). Der Informationsverlust, welcher durch das Zusammenlegen von Merkmalsstufen entsteht, wurde für die verbesserte inhaltliche Interpretierbarkeit in Kauf genommen.

3.6 Beschreibung statistischer Verfahren

Die statistische Auswertung von Daten erfolgte mit dem Programmpaket **SPSS** for Windows, Version 16.0. Für alle Ergebnisse wurde eine Konfidenzintervall von $p < .05$ festgelegt. Zur besserer Übersichtlichkeit bei Zahlenangaben wurden einige Male Kommastellen bei Prozentanzahl jeweils auf ganze Zahl auf- oder abgerundet.

Zur Überprüfung von Häufigkeitsverteilungen bei nominalskalierten Merkmalen wurden **Chi² – Tests** als Teststatistiken verwendet. Bei Mittelwertsvergleichen von intervallskalierten Merkmalen wurden unabhängige **t-Tests** gerechnet. Zur Identifikation von Prädiktoren für Zufriedene Abstinenz wurde eine **logistische Regression** durchgeführt. Die durch die logistische Regression erhaltene Odds Ratio wird als „Verhältnis der Chance“ interpretiert. Die **Odds Ratio**

Daten und Methoden

beinhaltet die relativen Chancen für das Ergebnis bei Vorhandensein des Faktors im Vergleich zum Nichtvorhandensein des Faktors. Bei einer Odds Ratio größer als 1 erhöht sich die Eintretenswahrscheinlichkeit, bei einer Odds Ratio kleiner 1 verkleinert sie sich. Wenn das Konfidenzintervall der Odds Ratio den Wert 1 ausschließt, zeigt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Prädiktor und Kriterium an.

4. Ergebnisse

4.1 Forschungshypothese 1

Wie unterscheiden sich regulär Beender und Abbrecher einer stationären medizinischen Rehabilitation bei einer Suchtmittelabhängigkeit bzgl. soziodemographischer Kennwerte, Behandlungsdiagnosen und Merkmale des Therapieverlaufs?

Zur Untersuchung der Forschungshypothese 1 wurden reguläre Beender und Abbrecher einer stationären medizinischen Rehabilitation bei einer Suchtmittelabhängigkeit bzgl. soziodemographischer Kennwerte und Behandlungsmerkmale verglichen.

77.8% (n = 1618) der Patienten beendeten die Behandlung regulär, 22.2% (n = 461) brachen die Therapie vorzeitig ab. Die soziodemographischen Kennwerte umfassten Alter und Geschlecht, Wohnsituation, Ausbildung, Erwerbssituation und Partnerschaft. Weitere Daten beziehen sich auf die Behandlungsmerkmale: Drogenprofil, Doppeldiagnose / Komorbidität, Rückfälligkeit während der Behandlung.

Die soziodemographischen Kennwerte und behandlungsrelevanten Daten sind aus den Tabellen 18 bis 25 zu entnehmen.

4.1.1 Alter

Die Altersstruktur der Studienpopulation ist gemischt. Der jüngste Teilnehmer ist 18 Jahre alt, der älteste 74. Bei den regulär Beendern lag Mittelwert bei 44 Jahren (MW=43.39; SD=10.98), bei den Abbrechern bei 37 Jahren (MW=37,40; SD=10.78). Für die Auswertung des Alters wurde der t-Test durchgeführt. Regulär Beender waren signifikant älter als die Abbrecher ($t(2077)=11.31, p<.001$).

4.1.2 Geschlecht

Innerhalb der Studienpopulation gibt es ein klares Übergewicht an männlichen Klienten. Diese machen 71,8% aus; 28.2% sind Frauen.

22,9 % aller in den beobachteten Zeitraum weiblichen Patientinnen brachen die Therapie vorzeitig ab, 77,1 % beendeten die Therapie regulär. Unter den Männern verteilen sich die Zahlen ähnlich - 21,9 % aller Männer brachen die Therapie ab, 78,1 % männlichen Patienten beendet die Therapie regulär.

Die Geschlechtsverteilung innerhalb jeder Gruppe - sowohl Abbrecher als auch regulär Beender - lag bei ca 71% männlichen und 29% weiblichen Patienten.

Geschlechtsspezifische Auswertungen zeigen keinen signifikanten Unterschied zwischen regulär Beendern und Abbrechern (Chi2=0.24; df=1).

Tabelle 18: Ergebnisse, Hypothese 1, Geschlecht

		Geschlecht			Total
		w	m		
RegulärvsAbbrecher	Abbrecher	Count	137	324	461
		% within RegulärvsAbbrecher	29,7%	70,3%	100,0%
		% within Geschlecht	22,9%	21,9%	22,2%
	Regulär	Count	462	1156	1618
		% within RegulärvsAbbrecher	28,6%	71,4%	100,0%
		% within Geschlecht	77,1%	78,1%	77,8%
Total		Count	599	1480	2079
		% within RegulärvsAbbrecher	28,8%	71,2%	100,0%
		% within Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

4.1.3 Wohnsituation

Wie in Tab. 19 zu sehen ist, kehren 84,0% der regulär Beender nach der Therapie in geregelte Wohnverhältnisse zurück, 16% nicht.

Unter den Abbrechern liegt diese Zahl bei 70,4 % bzw. 29,6%.

Von denen, die in selbstständiges Wohnen zurückkehren haben 80,8 % die Therapie regulär beendet und 19,2 % abgebrochen. Diejenigen die nicht in selbstständiges Wohnen zurückkehren, sind zu 34,4% Abbrecher und zu 65,6% regulär Beender.

Reguläre Beender kehren signifikant häufiger ins selbstständige Wohnen zurück als Abbrecher.

(Chi²=43.08; df=1, p<.001)

Tabelle 19: Ergebnisse, Hypothese 1, Wohnsituation

		Selbstständig Wohnen nach Therapie (Dichotomisierung)			Total
		nicht selbstständig	selbstständig		
Regulärvs Abbrecher	Abbrecher	Count	136	323	459
		% within RegulärvsAbbrecher	29,6%	70,4%	100,0%
		% within Selbstständig Wohnen nach Therapie	34,4%	19,2%	22,1%
	Regulär	Count	259	1359	1618
		% within RegulärvsAbbrecher	16,0%	84,0%	100,0%
		% within Selbstständig Wohnen nach Therapie	65,6%	80,8%	77,9%
Total		Count	395	1682	2077
		% within RegulärvsAbbrecher	19,0%	81,0%	100,0%
		% within Selbstständig Wohnen nach Therapie	100,0%	100,0%	100,0%

4.1.4 Ausbildungssituation

Zum Zeitpunkt der Befragung besaßen 26,7% der Klienten keine Berufsausbildung. 73,3% hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung.

57,7 % Abbrecher besaßen zum Zeitpunkt der Befragung eine abgeschlossene Ausbildung, 42,3% nicht. Unter den regulär Beendern liegt diese Zahl bei 77,7% bzw. 22,3%. Von denen, die eine abgeschlossene Ausbildung haben, haben 82,6 % die Therapie regulär beendet und 17,4 % abgebrochen. Diejenigen die keine abgeschlossene Ausbildung haben, sind zu 35,0% Abbrecher und zu 65,0% regulär Beender.

Reguläre Beender haben signifikant häufiger eine abgeschlossene Ausbildung als Abbrecher ($\chi^2=72.71$; $df=1$, $p \leq .001$).

Tabelle 20: Ergebnisse, Hypothese 1, Ausbildungssituation

			Abgeschlossene Ausbildung		Total
			keine abgeschlossene Ausbildung	abgeschlossene Ausbildung	
Regulärvs Abbrecher	Abbrecher	Count	194	265	459
		% within RegulärvsAbbrecher	42,3%	57,7%	100,0%
		% within Abgeschlossene Ausbildung	35,0%	17,4%	22,1%
	Regulär	Count	361	1257	1618
		% within RegulärvsAbbrecher	22,3%	77,7%	100,0%
		% within Abgeschlossene Ausbildung	65,0%	82,6%	77,9%
Total	Count	555	1522	2077	
	% within RegulärvsAbbrecher	26,7%	73,3%	100,0%	
	% within Abgeschlossene Ausbildung	100,0%	100,0%	100,0%	

4.1.5 Erwerbssituation

Zum Erhebungszeitpunkt waren 69,2% (n = 2061) der Probanden arbeitssuchend. 30,8% (n = 917) gaben an, erwerbstätig zu sein.

16,3 % Abbrecher waren zum Zeitpunkt der Befragung erwerbstätig, 83,7% nicht. Unter den regulär Beendern liegt diese Zahl bei 41,2% bzw. 58,8%. Von denen, die erwerbstätig waren, haben 89,9 % die Therapie regulär beendet und 10,1 % abgebrochen. Diejenigen die nicht erwerbstätig waren, sind zu 28,8% Abbrecher und zu 71,2% regulär Beender.

Regulär Beender sind signifikant häufiger erwerbstätig ($\chi^2=96.46$; $df=1$, $p\leq.001$)

Tabelle 21: Ergebnisse, Hypothese 1, Erwerbssituation

		Arbeitslos nach Therapie		Total	
		erwerbstätig	arbeitslos		
Regulärvs Abbrecher	Abbrecher	Count	75	385	460
		% within RegulärvsAbbrecher	16,3%	83,7%	100,0 %
		% within Arbeitslos nach Therapie	10,1%	28,8%	22,1%
	Regulär	Count	666	952	1618
		% within RegulärvsAbbrecher	41,2%	58,8%	100,0 %
		% within Arbeitslos nach Therapie	89,9%	71,2%	77,9%
Total	Count	741	1337	2078	
	% within RegulärvsAbbrecher	35,7%	64,3%	100,0 %	
	% within Arbeitslos nach Therapie	100,0%	100,0%	100,0%	

4.1.6 Partnerschaftssituation

Zum Erhebungszeitpunkt waren 49,4% der Probanden Single. 50,6% befanden sich in einer festen Partnerschaft.

48,6% Abbrecher hatten zum Zeitpunkt der Befragung eine Partnerschaft, 51,4% nicht. Unter den regulär Beendern liegt diese Zahl bei 51,2% bzw. 48,8%. Von denen, die angaben in keiner Partnerschaft zu sein, haben 77,0% die Therapie regulär beendet und 23,0% abgebrochen. Diejenigen die angaben in einer Partnerschaft zu sein, sind zu 21,2% Abbrecher und zu 78,8% regulär Beender.

Hinsichtlich der Partnerschaftssituation fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen regulär Beendern und Abbrechern, ($\chi^2=1.01$; $df=1$).

Tabelle 22: Ergebnisse, Hypothese 1, Partnerschaftssituation

		Partner ja/nein			Total
		nein, keine Partnerschaft	ja, Partnerschaft		
Regulärvs Abbrecher	Abbrecher	Count	236	223	459
		% within RegulärvsAbbrecher	51,4%	48,6%	100,0%
		% within Partner ja/nein	23,0%	21,2%	22,1%
	Regulär	Count	789	829	1618
		% within RegulärvsAbbrecher	48,8%	51,2%	100,0%
		% within Partner ja/nein	77,0%	78,8%	77,9%
Total		Count	1025	1052	2077
		% within RegulärvsAbbrecher	49,4%	50,6%	100,0%
		% within Partner ja/nein	100,0%	100,0%	100,0%

4.1.7 Drogenprofil

Im Bereich des Drogenprofils wurde die Zuweisungsdiagnose analysiert. Abgefragt wurde ausdrücklich der ehemals abhängige Konsum und nicht der riskante oder gelegentliche Konsum. Die Behandlungsdiagnosen umfassten das Suchtmittel, eingeteilt in legale (Alkohol, Medikamente) und illegale Stoffe, Abhängigkeitsdauer sowie komorbide psychische Störungen (Dichotomisierung).

Nach der Dichotomisierung der Zuweisungsdiagnose liegt bei 74,3% aller behandelnden Patienten eine Abhängigkeit von legalen Drogen und bei 25,7% eine Abhängigkeit von illegalen Drogen vor.

43,3% Abbrecher konsumierten zum Zeitpunkt illegale Drogen, 56,7% nicht. Unter den regulär Beendern liegt diese Zahl bei 21,0% bzw. 79,0%. Von denen, die illegale Drogen konsumierten, haben 64,5% die Therapie regulär beendet und 35,5 % abgebrochen. Diejenigen die legale Drogen konsumierten, sind zu 16,1% Abbrecher und zu 83,9% regulär Beender.

Unter Abbrechern findet man signifikant häufiger Konsumenten von illegalen Suchtmitteln (Chi²=82.11; df=1, p<.001)

Tabelle 23: Ergebnisse, Hypothese 1, Drogenprofil

			Erstdiagnose legal/illegal		Total
			illegal	legal	
Regulärvs Abbrecher	Abbrecher	Count	174	228	402
		% within RegulärvsAbbrecher	43,3%	56,7%	100,0%
		% within Erstdiagnose legal/illegal	35,5%	16,1%	21,1%
	Regulär	Count	316	1186	1502
		% within RegulärvsAbbrecher	21,0%	79,0%	100,0%
		% within Erstdiagnose legal/illegal	64,5%	83,9%	78,9%
Total		Count	490	1414	1904
		% within RegulärvsAbbrecher	25,7%	74,3%	100,0%
		% within Erstdiagnose legal/illegal	100,0%	100,0%	100,0%

4.1.8 Komorbidität

Von insgesamt 1020 Klienten mit mindestens einer komorbiden Störung im Sinne einer Doppeldiagnose wurden 720 mit Erlassform 1 (n=576) oder 4 (n=144) entlassen. Ein Drittel (34%) aller Abbrecher hatte eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F60-F69, ICD 10) - bei Regulär Beender lag diese Zahl bei 26,4%. Eine Diagnose einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung hatten 75,6% regulär Beender und 24% Abbrecher.

Bei ca 52,8% regulär Beender lag eine Affektive Störung als Doppeldiagnose (F30-F39, ICD 10) vor, bei den abbrecher lag die Zahl bei 36,1%. 85,4% aller regulär Beender und 14,6% Abbrecher hatten eine Affektive Störung als Doppeldiagnose.

Andere Daten sind aus der Tabelle 24 zu entnehmen. Nach der Datenanalyse kann gesagt werden, dass Abbrecher und regulär Beender unterscheiden sich signifikant bzgl. komorbider Erkrankungen ($\chi^2=24.40$; $df=8$, $p \leq .05$)

Tabelle 24: Ergebnisse, Hypothese 1, Komorbidität

			0	1	2	3	4	5	6	7	9	Total
Regulär vs Abbrecher	Abbrecher	Count	0	3	14	52	20	3	49	0	3	144
		% within Regulärvs Abbrecher	,0%	2,1%	9,7%	36,1%	13,9%	2,1%	34,0%	,0%	2,1%	100,0%
		% within M_ICD_PS Y_1	,0%	16,7%	38,9%	14,6%	24,1%	50,0%	24,4%	,0%	30,0%	20,0%
	Regulär	Count	7	15	22	304	63	3	152	3	7	576
		% within Regulärvs Abbrecher	1,2%	2,6%	3,8%	52,8%	10,9%	,5%	26,4%	,5%	1,2%	100,0%
		% within M_ICD_PS Y_1	100,0%	83,3%	61,1%	85,4%	75,9%	50,0%	75,6%	100,0%	70,0%	80,0%
Total	Count	7	18	36	356	83	6	201	3	10	720	
	% within Regulärvs Abbrecher	1,0%	2,5%	5,0%	49,4%	11,5%	,8%	27,9%	,4%	1,4%	100,0%	
	% within M_ICD_PS Y_1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

4.1.9 Rückfälligkeit während der Behandlung

Im Rahmen der stationären Behandlung in den Kliniken Wied werden regelmäßige unangekündigten Abstinenzkontrollen durchgeführt. Diese Ergebnisse oder wenn der Patient einen Rückfall ohne Kontrolle angegeben hat, werden in der BaDo festgehalten. Bei 96,6 % der Patienten wurde keine Rückfälligkeit dokumentiert. 3,4% aller behandelnden Patienten waren gemäß Dokumentation während der Behandlung rückfällig.

Bei den Abbrechern wurde in 89,8% ein Rückfall dokumentiert, bei 10,2% nicht. bei den regulär Beendern in 98,5% bzw. 1,5%. Bei einen Rückfall während der Behandlung waren in 65,7% Abbrecher, in 34,3% regulär Beender zu dokumentieren.

Abbrecher waren im Rahmen der stationären Behandlung signifikant häufiger rückfällig.

(Chi²=81.59; df=1, p≤.001)

Tabelle 25: Ergebnisse, Hypothese 1, Rückfälligkeit während der Behandlung

			kein Rückfall während Behandlung	Rückfall während Behandlung	Total
RegulärvsAbbrecher	Abbrecher	Count	407	46	453
		% within RegulärvsAbbrecher	89,8%	10,2%	100,0%
		% within Umkodierung PFW 3121	20,3%	65,7%	21,9%
	Regulär	Count	1594	24	1618
		% within RegulärvsAbbrecher	98,5%	1,5%	100,0%
		% within Umkodierung PFW 3121	79,7%	34,3%	78,1%
Total	Count	2001	70	2071	
	% within RegulärvsAbbrecher	96,6%	3,4%	100,0%	
	% within Umkodierung PFW 3121	100,0%	100,0%	100,0%	

4.2 Forschungshypothese 2

Wie unterscheiden sich regulär Beender und Abbrecher einer stationären medizinischen Rehabilitation bei einer Suchtmittelabhängigkeit bzgl. des nachstationären Verlaufs, insbesondere bzgl. der Einschätzung einer subjektiven Zufriedenheit?

Für die Untersuchung der Forschungshypothese 2 wurden Daten aus der Rückmeldungen der Katamnesefragebögen entnommen.

4.2.1 Abstinenz im Anschluss

Betrachtet man die Gruppe der Abbrecher, waren 90,2% rückfällig, 9,8% nicht. Bei den regulär Beendern lagen die Angaben bei 68,6% bzw. 31,4%. Unter den rückfälligen Antwortern waren 73,4% regulär Beender, 26,6% Abbrecher. Bei den Abstinenten waren waren 92,0% regulär Beender, 8,0% Abbrecher.

Gemäß den Rückläufern der Katamnesefragebögen waren Regulär Beender signifikant häufiger abstinent ($\chi^2=66.35$; $df=1$, $p\leq.001$).

Tabelle 26: Ergebnisse, Hypothese 2, Abstinenz im Anschluss

		Abstinenz			Total
		Rückfällig	Abstinent nach FVS incl 30days		
RegulärvsAbbrecher	Abbrecher	Count	321	35	356
		% within RegulärvsAbbrecher	90,2%	9,8%	100,0%
		% within Abstinenz	26,6%	8,0%	21,6%
	Regulär	Count	884	405	1289
		% within RegulärvsAbbrecher	68,6%	31,4%	100,0%
		% within Abstinenz	73,4%	92,0%	78,4%
Total		Count	1205	440	1645
		% within RegulärvsAbbrecher	73,3%	26,7%	100,0%
		% within Abstinenz	100,0%	100,0%	100,0%

4.2.2 Zufriedenheit

Der Gesamtindex fasst die subjektive Einschätzung der Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen zusammen, wobei ein geringerer Wert für eine höhere Zufriedenheit steht. Reguläre Beender sind signifikant mit ihrem Leben zufriedener (MW=2.63; SD=0.98) als Abbrecher (MW=2.94; SD=0.99), $t(602)=-2.41$, $p \leq .05$. Die Ergebnisse zu den einzelnen Subskalen sind der Tab. 27 und Tab. 28 zu entnehmen (s. Anhang Statistik).

4.3 Forschungshypothese 3

Welche Unterschiede zwischen Respondern der Ein-Jahres-Katamnese und Non-Respondern sind hinsichtlich soziodemographischer Kennwerte, Behandlungsdiagnosen und Merkmale des Therapieverlaufs festzustellen (zur Überprüfung von Stichprobenverzerrungen)?

Welche Merkmale können als Prädiktoren für Zufriedene Abstinenz im Anschluss an eine stationäre Behandlung identifiziert werden?

Forschungsfrage 3 fokussiert auf den nachstationären Verlauf. Dazu wird auf die Daten aus der Katamnese zurückgegriffen. Die Substichprobe von Patienten, die den Katamnesebogen ausfüllten („Responder“), umfasste $n=826$. Somit lagen nur bei 27.7% der Gesamtstichprobe Katamnese-daten vor. Durch diese Selektion kann es zu Verzerrungen der Stichprobe kommen. Daher wurden Responder und non-Responder auf Unterschiede bzgl. soziodemographischer Kennwerte und Behandlungsdiagnosen, aber auch bzgl. Merkmale des Therapieverlaufs untersucht. Die soziodemographischen Kennwerte umfassten Alter und Geschlecht, Wohnsituation, Ausbildung, Erwerbssituation und Partnerschaft.

4.3.1 Alter

Bei den Respondern lag der Mittelwert bei 44 Jahren (MW=44.90; SD=10.42), bei den Non-Responder bei 39 Jahren (MW=39,41; SD=11.23). Somit kann gesagt werden, dass die Respondern signifikant älter waren als Non-Responder: $t(1985)=11.31$, $p \leq .001$.

4.3.2 Geschlecht

Unter den Respondern waren 34,7% Frauen und 65,3% Männern. In der Gruppe von Non-Respondern betrug das Verhältnis 28,1% zu 71,9%. Bei den Frauen haben 53,2% auf die Katamnesefragebogen geantwortet und 46,8 % nicht. Bei den Männern liegen die Zahlen bei 60,8% zu 39,2%.

Geschlechtsspezifische Auswertungen zeigen dass die Frauen signifikanten häufiger antworten als Männer. ($\chi^2=10.06$; $df=1$, $p \leq .001$)

Tabelle 29: Ergebnisse, Hypothese 3, Geschlecht

			Geschlecht		Total
			w	m	
Rücklauf Katamnese	KEINE Antwort-Daten	Count	326	835	1161
		% within Rücklauf Katamnese	28,1%	71,9%	100,0%
		% within Geschlecht	53,2%	60,8%	58,4%
	Antwort-Daten	Count	287	539	826
		% within Rücklauf Katamnese	34,7%	65,3%	100,0%
		% within Geschlecht	46,8%	39,2%	41,6%
Total		Count	613	1374	1987
		% within Rücklauf Katamnese	30,9%	69,1%	100,0%
		% within Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

4.3.3 Wohnsituation

35,5% Non-Respondern wohnen nicht selbständig, 64,5 % selbstständig. Unter den Respondern liegen die Zahlen bei 17,5% nicht selbständiges Wohnen und 82,5% selbständig. Unter denen, die nicht selbständig wohnen sind 74,1% Non-Responder und 25,9% Responder. Bei den selbstständig wohnenden betragen die Zahlen 52,3% zu 47,7%.

Eine Auswertung der Ergebnissen weist darauf hin, dass unter Respondern wohnen signifikant mehr selbstständig als unter Non-Respondern ($\chi^2=77.56$; $df=1$, $p \leq .001$)

Tabelle 30: Ergebnisse, Hypothese 3, Wohnsituation

		Selbstständig Wohnen nach Therapie			Total
		nicht selbstständig	selbstständig		
Rücklauf Katamnese	KEINE Antwort-Daten	Count	411	748	1159
		% within Rücklauf Katamnese	35,5%	64,5%	100,0%
		% within Selbstständig Wohnen nach Therapie	74,1%	52,3%	58,4%
	Antwort-Daten	Count	144	681	825
		% within Rücklauf Katamnese	17,5%	82,5%	100,0%
		% within Selbstständig Wohnen nach Therapie	25,9%	47,7%	41,6%
Total		Count	555	1429	1984
		% within Rücklauf Katamnese	28,0%	72,0%	100,0%
		% within Selbstständig Wohnen nach Therapie	100,0%	100,0%	100,0%

4.3.4 Ausbildungssituation

67,5% von Non-Respondern haben abgeschlossene Ausbildung, 32,5% nicht. Bei den Respondern liegen die Zahlen 81,9% zu 18,1%.

Unter denen, die eine abgeschlossene Ausbildung haben, sind 53,6% Non-Responder und 46,4% Responder. Bei der Kategorie „keine abgeschlossene Ausbildung“ betrug das Verhältnis 71,7% Nonresponder zu 28,3% Responder.

Somit kann gesagt werden, dass unter Responder signifikant mehr Menschen mit abschlossener Ausbildung als unter Non-Responder. ($\chi^2=51.78$; $df=1$, $p\leq.001$)

Tabelle 31: Ergebnisse, Hypothese 3, Ausbildungssituation

		Abgeschlossene Ausbildung ja/nein			Total
		keine abgeschlossene Ausbildung	abgeschlossene Ausbildung		
Rücklauf Katamnese	KEINE Antwort- Daten	Count	377	782	1159
		% within Rücklauf Katamnese	32,5%	67,5%	100,0%
		% within Abgeschlossene Ausbildung ja/nein	71,7%	53,6%	58,4%
	Antwort-Daten	Count	149	676	825
		% within Rücklauf Katamnese	18,1%	81,9%	100,0%
		% within Abgeschlossene Ausbildung ja/nein	28,3%	46,4%	41,6%
Total		Count	526	1458	1984
		% within Rücklauf Katamnese	26,5%	73,5%	100,0%
		% within Abgeschlossene Ausbildung ja/nein	100,0%	100,0%	100,0%

4.3.5 Erwerbssituation

Responder sind zu 61,6% arbeitssuchend und zu 38,4%erwerbstätig. Bei den Non-Respondern liegen die Zahlen bei 75,2% zu 24,8%. Unter denen, die erwerbstätig sind, sind 47,5% Non-Responder und 52,5% Respondern. Bei den Arbeitssuchenden betrug das Verhältnis 63,2% zu 36,8%. Dahin gehend kann gesagt werden, dass unter Responder signifikant mehr erwerbstätige Menschen sind als unter Non-Responder ($\text{Chi}^2=42.78$; $\text{df}=1$, $p\leq.001$).

Tabelle 32: Ergebnisse, Hypothese 3, Erwerbssituation

			Arbeitslos nach Therapie		Total
			erwerbstätig	arbeitslos	
Rücklauf Katamnese	KEINE Antwort-Daten	Count	287	872	1159
		% within Rücklauf Katamnese	24,8%	75,2%	100,0%
		% within Arbeitslos nach Therapie	47,5%	63,2%	58,4%
	Antwort-Daten	Count	317	508	825
		% within Rücklauf Katamnese	38,4%	61,6%	100,0%
		% within Arbeitslos nach Therapie	52,5%	36,8%	41,6%
Total		Count	604	1380	1984
		% within Rücklauf Katamnese	30,4%	69,6%	100,0%
		% within Arbeitslos nach Therapie	100,0%	100,0%	100,0%

4.3.6 Partnerschaftssituation

55,8% Responder gaben an, in einer Partnerschaft zu leben, 44,2% nicht. Bei Non-Respondern liegen die Zahlen 43,4% zu 56,6%. Die, die in einer Partnerschaft leben sind zu 52,3% Non-Responder und zu 47,7% Responder. Bei den Single betrug das Verhältnis 64,3% zu 35,7%.

Damit kann gesagt werden, dass unter Responder signifikant mehr Menschen mit Partnern als unter Non-Respondern ($\chi^2= 29.24$; $df=1$, $p \leq .001$).

Tabelle 33: Ergebnisse, Hypothese 3, Partnerschaftssituation

			Partner ja/nein		Total
			nein, keine Partnerschaft	ja, Partnerschaft	
Rücklauf Katamnese	KEINE Antwort- Daten	Count	656	504	1160
		% within Rücklauf Katamnese	56,6%	43,4%	100,0%
		% within Partner ja/ nein	64,3%	52,3%	58,4%
	Antwort- Daten	Count	365	460	825
		% within Rücklauf Katamnese	44,2%	55,8%	100,0%
		% within Partner ja/ nein	35,7%	47,7%	41,6%
Total		Count	1021	964	1985
		% within Rücklauf Katamnese	51,4%	48,6%	100,0%
		% within Partner ja/nein	100,0%	100,0%	100,0%

4.3.7 Drogenprofil

Die Behandlungsdiagnosen umfassten das Suchtmittel, eingeteilt in legale (Alkohol, Medikamente) und illegale Stoffe, Abhängigkeitsdauer sowie komorbide psychische Störungen. 79,3% Respondern konsumierten legale Suchtmitteln, 20,7% - illegale. Bei den Non-Respondern liegen diese Zahlen bei 63,7% zu 36,3%. Unter denen, die illegale Substanzen zu sich genommen haben, sind zu 70% Non-Responder und zu 30% Responder. Bezüglich der legalen Substanzen betrug das Verhältnis 51,7% zu 48,3%. Es kann gesagt werden, dass unter Respondern mehr legale Suchtmitteln konsumiert werden als unter Non-Respondern ($\chi^2=52.10$; $df=1$, $p \leq .001$).

Tabelle 34: Ergebnisse, Hypothese 3, Drogenprofil

			Erstdiagnose legal/illegal		Total
			illegal	legal	
Rücklauf Katamnese	KEINE Antwort-Daten	Count	378	663	1041
		% within Rücklauf Katamnese	36,3%	63,7%	100,0%
		% within Erstdiagnose legal/illegal	70,0%	51,7%	57,1%
	Antwort-Daten	Count	162	620	782
		% within Rücklauf Katamnese	20,7%	79,3%	100,0%
		% within Erstdiagnose legal/illegal	30,0%	48,3%	42,9%
Total		Count	540	1283	1823
		% within Rücklauf Katamnese	29,6%	70,4%	100,0%
		% within Erstdiagnose legal/ illegal	100,0%	100,0%	100,0%

4.3.8 Komorbidität

Mehr als ein Drittel (38,4%) aller Non-Responder hatte eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F60-F69, ICD 10) - bei Responder lag diese Zahl bei 27,1%. Eine Diagnose einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung hatten 31,8% Responder und 68,2% Non-Responder. Bei ca 55,7% Responder lag eine Affektive Störung als Doppeldiagnose (F30-F39, ICD 10) vor, bei den Non-Responder lag die Zahl bei 40,7%. 47,6% aller Responder und 52,4% Non-Responder hatten eine Affektive Störung als Doppeldiagnose.

Andere Daten sind aus der Tabelle 35 zu entnehmen. Nach der Datenanalyse kann gesagt werden, dass Responder und Non-Responder unterscheiden sich signifikant bzgl. komorbider Erkrankungen ($\chi^2=19.02$; $df=8$, $p \leq .05$).

Tabelle 35: Ergebnisse, Hypothese 3, Komorbidität

			0	1	2	3	4	5	6	7	9	Total
Rücklauf Katamnese	KEINE Antwort- Daten	Count	4	16	25	161	32	1	152	1	4	396
		% within Rücklauf Katamnese	1,0 %	4,0 %	6,3 %	40,7 %	8,1 %	,3% %	38,4 %	,3% %	1,0 %	100,0%
		% within M_ICD	66,7 %	64,0 %	75,8 %	52,4 %	59,3 %	33,3 %	68,2 %	50,0 %	80,0 %	60,2%
	Antwort- Daten	Count	2	9	8	146	22	2	71	1	1	262
		% within Rücklauf Katamnese	,8% %	3,4 %	3,1 %	55,7 %	8,4 %	,8% %	27,1 %	,4% %	,4% %	100,0%
		% within M_ICD	33,3 %	36,0 %	24,2 %	47,6 %	40,7 %	66,7 %	31,8 %	50,0 %	20,0 %	39,8%
Total	Count	6	25	33	307	54	3	223	2	5	658	
	% within Rücklauf Katamnese	,9% %	3,8 %	5,0 %	46,7 %	8,2 %	,5% %	33,9 %	,3% %	,8% %	100,0%	
	% within M_ICD	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100, 0%	100,0%	

4.3.9 Rückfälligkeit während der Behandlung

Die Merkmale des Behandlungsverlaufs beinhalteten Suchtmittelkonsum während der Behandlung und die Prognose durch die Behandler.

Betrachtet man die Gruppe der Responder, waren 2,7% rückfällig, 97,3% nicht. Bei den Non-Responder lagen die Angaben bei 6,6% bzw. 93,4%. Unter den rückfälligen Patienten waren 22,4% Responder und 77,6% Non-Responder. Bei den Abstinentern waren 42,6% Responder, 57,4% Non-Responder. Gemäß den Rückläufern der Katamnesefragebögen waren Non-Responder hatten häufiger Rückfälle während Behandlung als Responder ($\text{Chi}^2=15.57$; $\text{df}=1$, $p \leq .001$)

Tabelle 36: Ergebnisse, Hypothese 3, Rückfälligkeit während der Behandlung

			kein Rückfall während Behandlung	Rückfall während Behandlung	Total
Rücklauf Katamnese	KEINE Antwort-Daten	Count	1082	76	1158
		% within Rücklauf Katamnese	93,4%	6,6%	100,0%
		% within PFW	57,4%	77,6%	58,4%
	Antwort-Daten	Count	803	22	825
		% within Rücklauf Katamnese	97,3%	2,7%	100,0%
		% within PFW	42,6%	22,4%	41,6%
Total		Count	1885	98	1983
		% within Rücklauf Katamnese	95,1%	4,9%	100,0%
		% within PFW	100,0%	100,0%	100,0%

4.3.10 Prognose

Responder hatten zu 83,1% günstige und zu 16,9% ungünstige Prognose, bei den Non-Responder lagen die Zahlen bei 68,8% bzw. 31,2%. Unter den entlassenen Patienten mit einer günstiger Prognose waren zu 46,2% Responder und zu 53,8% Non-Responder. Bei der ungünstiger Prognose betrug das Verhältnis 27,9% zu 72,1%. Damit kann nach einer Analyse gesagt werden, dass Responder signifikant häufiger eine günstigere Prognose als Non-Responder hatten ($\text{Chi}^2=51.77$; $\text{df}=1$, $p \leq .001$).

Tabelle 37: Ergebnisse, Hypothese 3, Prognose

			Prognose		Total
			günstig	ungünstig	
Rücklauf Katamnese	KEINE Antwort-Daten	Count	799	362	1161
		% within Rücklauf Katamnese	68,8%	31,2%	100,0%
		% within Prognose	53,8%	72,1%	58,4%
	Antwort-Daten	Count	686	140	826
		% within Rücklauf Katamnese	83,1%	16,9%	100,0%
		% within Prognose	46,2%	27,9%	41,6%
Total		Count	1485	502	1987
		% within Rücklauf Katamnese	74,7%	25,3%	100,0%
		% within Prognose	100,0%	100,0%	100,0%

4.3.11. Prädiktoren für zufriedene Abstinenz

Zur Identifikation von Prädiktoren für zufriedene Abstinenz wurde eine logistische Regression durchgeführt. Die untersuchten Merkmale ließen sich in soziodemographische Kennwerte, klinische Diagnosen und Merkmale des Therapieverlaufs gliedern.

Die soziodemographischen Kennwerte umfassten zum einen Geschlecht und Alter, wobei der Behandlungsbeginn als Referenzzeitpunkt gewählt wurde, zum anderen der Status von Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Wohnsituation und Partnerschaft zu Behandlungsende. Zu den klinischen Diagnosen gehörten das Suchtmittel (legal vs. Illegal), die Abhängigkeitsdauer in Jahren sowie psychische und neurologische Komorbiditäten (Gliederung nach ICD-10). Die Merkmale zum Therapieverlauf beinhalteten, ob Patienten während der Behandlung rückfällig wurden oder die Behandlung vorzeitig abbrachen, sowie die Prognose durch die Behandler.

Als signifikante Prädiktoren konnten die Merkmale „Prognose“, „Erwerbstätigkeit“ und „Intelligenzminderung“ identifiziert werden. Die Ergebnisse sind aus der Tabelle 38 zu entnehmen.

Odds Ratio Prognose = 4.24 bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient zufrieden abstinent lebt, um das 4.24fache erhöht ist, wenn er eine günstige Prognose erhalten hatte. Odds Ratio Erwerbstätigkeit = 1.82 bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient zufrieden abstinent lebt, um das 1.82fache erhöht ist, wenn er aktuell erwerbstätig ist. Odds Ratio Intelligenzminderung = 0.40 bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient zufrieden abstinent lebt, um das 0.40fache erhöht, sprich 2,5fache erniedrigt, ist, wenn er eine Intelligenzminderung hatte.

Tabelle 38: Ergebnisse, Hypothese 3, Prädiktoren für zufriedene Abstinenz

	Odds ratio	Konfidenzintervall	Signifikanz
Prognose	4.24	1.38 - 13.03	$p \leq .05$
Erwerbstätigkeit	1.82	1.16 - 2.86	$p \leq .05$
Alter bei Aufnahme	1.03	1.00 - 1.06	$p \leq .05$
Intelligenzminderung	0.40	0.19 - 0.89	$p \leq .05$

5. Zusammenfassung und Diskussion

In folgendem Kapitel werden die Ergebnisse im Bezug auf die Hypothesen zusammengefasst. Nach der Hypothesenüberprüfung werden diese diskutiert.

5.1 Hypothesenüberprüfung

Die Ergebnisse der Hypothesen sind in der Tab. 39 zusammengefasst.

Tabelle 39: Hypothesenüberprüfung

Hypothese	Ergebniss	Hypothese verworfen	Hypothese angenommen
F1: Geschlecht: Unter den Abbrechern sind signifikant mehr männlichen Patienten als unter den regulär Beendern.	Geschlechtsspezifische Auswertungen zeigen keinen signifikanten Unterschied zwischen regulär Beendern und Abbrechern. Chi ² =0.24; df=1		
F2: Alter: Abbrecher haben signifikant ein jüngeres Lebensalter als regulär Beender.	Regulär Beender waren signifikant älter als die Abbrecher t(2077)=11.31, p<.001		
F3: Partnerschaftssituation: Es ist davon auszugehen, dass die Abbrecher signifikant häufiger Alleinstehend (sozial-isoliert) sind als die regulär Beender.	Hinsichtlich der Partnerschaftssituation fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen regulär Beendern und Abbrechern. Chi ² =1.01; df=1		
F4: Ausbildungssituation: Regulär Beender haben signifikant häufiger eine abgeschlossene Ausbildung als die Abbrecher.	Reguläre Beender haben signifikant häufiger eine abgeschlossene Ausbildung als Abbrecher. Chi ² =72.71; df=1, p≤.001		
F5: Erwerbssituation: Unter den Abbrechern sind signifikant mehr Arbeitssuchenden, als unter den regulär Beendern.	Regulär Beender sind signifikant häufiger erwerbstätig. Chi ² =96.46; df=1, p≤.001		

Hypothese	Ergebniss	Hypothese verworfen	Hypothese angenommen
F6: Drogenprofil: Regulär Beender weisen signifikant öfter eine Abhängigkeit von legalen Substanzen als Abbrecher auf.	Unter den Abbrechern findet man signifikant häufiger Konsumenten von illegalen Suchtmitteln. Chi ² =82.11; df=1, p<.001		
F7: Komorbidität: Die Abbrecher unterscheiden sich signifikant hinsichtlich Vorhandensein von Doppeldiagnosen als regulär Beender.	Abbrecher und regulär Beender unterscheiden sich signifikant bzgl. komorbider Erkrankungen. Chi ² =24.40; df=8, p≤.05		
F8: Wohnsituation: Es ist anzunehmen, dass die regulär Beender signifikant häufiger aus geregelten Wohnverhältnissen (Selbstständiges Wohnen) kommen, als Abbrecher.	Regulär Beender kommen signifikant häufiger aus selbstständigen Wohnen als Abbrecher. (Chi ² =43.08; df=1, p<.001)		
F9: Rückfälligkeit während der Behandlung: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen einer Rückfälligkeit während der Behandlung und einem Abbruch der Therapie.	Abbrecher waren im Rahmen der stationären Behandlung signifikant häufiger rückfällig. Chi ² =81.59; df=1, p≤.001		
F10: Abstinenz im Anschluss: Regulär Beender sind signifikant häufiger abstinent nach einer Therapie als Abbrecher.	Gemäß den Rückläufern der Katamnesefragebögen waren regulär Beender signifikant häufiger abstinent. Chi ² =66.35; df=1, p≤.001		
F11: Zufriedenheit: Es ist davon auszugehen, dass die regulär Beender eine signifikant höhere Zufriedenheit mit ihrem Leben als die Abbrecher aufweisen.	Regulär Beender sind signifikant zufriedener mit ihrem Leben (MW=2.63; SD=0.98) als Abbrecher (MW=2.94; SD=0.99), t(602)=-2.41, p≤.05.		

Hypothese	Ergebniss	Hypothese verworfen	Hypothese angenommen
<p>F12: Soziodemographische Kennwerte: Es ist anzunehmen, dass die Responder sich signifikant von den Non-Respondern hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, der Partnerschaftssituation, des Berufsabschlusses, der Erwerbstätigkeit und der Wohnsituation unterscheiden.</p>	<p>Respondern waren signifikant älter als Non-Responder.</p> <p>Frauen antworten signifikant häufiger als Männer.</p> <p>Respondern wohnen signifikant mehr selbstständig als unter Non-Respondern.</p> <p>Unter Responder signifikant mehr Menschen mit abgeschlossener Ausbildung als unter Non-Responder.</p> <p>Unter Responder signifikant mehr erwerbstätige Menschen sind als unter Non-Responder.</p> <p>Unter Responder signifikant mehr Menschen mit Partnern als unter Non-Respondern.</p>		
<p>F13: Behandlungsdiagnosen: Es ist anzunehmen, dass die Responder sich signifikant von den Non-Respondern hinsichtlich einer Zuweisungsdiagnose und einer Komorbidität unterscheiden.</p>	<p>Responder konsumieren mehr legale Suchtmittel als Non-Responder.</p> <p>Responder und Non-Responder unterscheiden sich signifikant bzgl. komorbider Erkrankungen</p>		

Hypothese	Ergebniss	Hypothese verworfen	Hypothese angenommen
<p>F14: Merkmale des Therapieverlaufs: Es ist anzunehmen, dass die Responder sich signifikant von den Non-Respondern hinsichtlich einer Rückfälligkeit während der Behandlung und einer Prognose seitens der Klinik unterscheiden.</p>	<p>Gemäß den Rückläufern der Katamnesefragebögen hatten Non-Responder häufiger Rückfälle während der Behandlung als Responder. Responder hatten signifikant häufiger eine günstigere Prognose als Non-Responder</p>		

Forschungshypothese 1:

Wie unterscheiden sich regulär Beender und Abbrecher einer stationären medizinischen Rehabilitation bei einer Suchtmittelabhängigkeit bzgl. soziodemographischer Kennwerte, Behandlungsdiagnosen und Merkmale des Therapieverlaufs?

Mit Ausnahme der Merkmale Geschlecht und Partnerschaftssituation fanden sich durchgängig signifikante Unterschiede zwischen regulär Beendern und Abbrechern.

Forschungshypothese 2:

Wie unterscheiden sich regulär Beender und Abbrecher einer stationären medizinischen Rehabilitation bei einer Suchtmittelabhängigkeit bzgl. des nachstationären Verlaufs, insbesondere der Einschätzung einer subjektiven Zufriedenheit?

Hinsichtlich der nachstationären Abstinenz findet sich ein signifikanter Unterschied zu Gunsten der regulär Beender. Die subjektive Zufriedenheit gemessen am Mittelwert der Einzelmerkmale zeigt ebenfalls einen signifikanten Unterschied zu Gunsten der regulär Beender.

Forschungshypothese 3:

Welche Unterschiede zwischen Respondern der Ein-Jahres-Katamnese und Non-Respondern sind hinsichtlich soziodemographischer Kennwerte, Behandlungsdiagnosen und Merkmale des Therapieverlaufs festzustellen (zur Überprüfung von Stichprobenverzerrungen)?

In allen soziodemographischen Kennwerten zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern.

Zusammenfassung und Diskussion

Responder waren signifikant älter, häufiger Frauen, wohnten häufiger selbständig, hatten häufiger eine abgeschlossene Berufsausbildung, waren häufiger erwerbstätig und häufiger in einer Partnerschaft.

Responder konsumierten signifikant häufiger legale Suchtmittel und unterschieden sich signifikant hinsichtlich der Komorbiditäten.

Respondern wurde signifikant häufiger eine günstige Prognose am Ende der Therapie ausgesprochen, während Non-Responder während der Behandlung häufiger Rückfälle angaben.

Welche Merkmale können als Prädiktoren für Zufriedene Abstinenz im Anschluss an eine stationäre Behandlung identifiziert werden?

Als signifikante Prädiktoren konnten die Merkmale „Prognose“, „Erwerbstätigkeit“ und „Intelligenzminderung“ identifiziert werden. Während die prognostische Einschätzung und die Erwerbstätigkeit einen positiven Prädiktor darstellen, wirkt sich die Intelligenzminderung negativ hinsichtlich der zufriedenen Abstinenz aus.

5.2 Diskussion

Diese Arbeit beschäftigte sich mit dem Phänomen einer zufriedenen Abstinenz und klärte die Frage, ob ein Verzicht (auf Suchtmittel) überhaupt zufrieden machen kann.

Die planmäßige Beendigung stationärer Entwöhnungsbehandlungen gilt nach wie vor als ein zentrales Erfolgskriterium in der Therapie und soll - als eine logische Konsequenz des Erfolges - eine Zufriedenheit darstellen. Doch so eindimensional ist die Problematik nicht. An dieser Stelle darf nicht vergessen werden, dass es immer unterschiedliche Perspektiven auf das Ganze gibt. Hier ist wichtig den Patient, den Behandler und den Kostenträger zu erwähnen. Aus der Sicht des Kostenträgers wird das langfristige Ziel als möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft formuliert. Dabei „tauchen“ solche Begriffe wie „zufrieden sein“ oder „glücklich machen“ überhaupt nicht auf. Es geht eher um „funktionieren“ und „leisten“, dennoch genau diese Art der Aktivität hilft einer suchtkranken Person eine „normale“ Rolle für sich zu finden, da die Arbeit uns ein Gefühl für persönliche Leistung und Können durch erfolgreiche Bewältigung äußerer Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer vermittelt. Bestätigt wurde diese Erwartungshaltung indem die

Erwerbstätigkeit als Prädiktor mit starkem Effekt auf die Zufriedenheit nachgewiesen werden konnte.

Aus Sicht des Patienten geht es in der ersten Linie um eine Minderung des Leidensdruckes und Minimierung von negativen Folgen des Konsums. Eine abstinente Lebensgestaltung nach der Therapie bleibt nach wie vor für viele Patienten ein Kampf - mit sich selbst und um die Idee einer Zufriedenen Abstinenz, die oft als ein unerreichbares Ziel erscheint. Jedoch zeigen uns die Ergebnisse, dass eine Zufriedene Abstinenz aus der subjektiven Sicht des Patienten möglich ist. Darüber hinaus sind die regulär Beender nicht nur signifikant häufiger abstinent nach einer Therapie, sondern auch viel zufriedener als Abbrecher.

Die Sicht der Behandler wurde in dieser Arbeit nur ansatzweise untersucht. Neben der Erwerbstätigkeit wurde die Prognose als zweiter effektiver Prädiktor einer zufriedener Abstinenz festgestellt. Dies zeigt noch mal, wie wichtig eine fachliche Einschätzung, kompetente und professionelle Begleitung auf dem Weg zur Heilung ist. Nicht desto trotz, weisen die Ergebnisse darauf hin, dass ein Cluster von Patienten - nämlich jung, sozial- und psychisch sehr belastet, gesellschaftlich wenig integriert, mit hohem Maß an Defiziten und Lücken im beruflichen Werdegang immer noch / eher eine besondere Beziehungsarbeit fordert, um die begonnenen Veränderungs- und Nachreifungsprozesse konsequent bis zu Ende fortzuführen und nicht abzubrechen. Diese Ergebnisse können der Optimierung des Versorgungsapparates in den Kliniken Wied dienen und sollen helfen, Angebote zu entwickeln und „Brücken“ aufzubauen, die den Patienten ermöglichen werden, ihre Ziele weiter zu verfolgen und die Therapie erfolgreich zu beenden. Das wird als Konsequenz eine Verbesserung der sozialen, gesellschaftlichen und politischen Situation haben - unter dem Aspekt einer Zufriedenen Abstinenz - weniger Straftaten und Delikte, weniger Arbeitslosigkeit und Perspektivlosigkeit, klare Ziele und Verantwortungsübernahme für die Zukunft.

Bezüglich der Grenzen der Vergleichbarkeit dieser Studie kann gesagt werden, dass es in der gängigen Literatur wenig Untersuchungen gibt, die sich mit dem Thema Abstinenzzufriedenheit und Responder/Non-Responder Problematik beschäftigen. Eine Beschreibung der Verzerrung der Stichprobe diente in dieser Arbeit dazu, einen Blick auf die Nicht-Antworte-Gruppe zu werfen und einen Vergleich zu der Gruppe der Responder zu bekommen. Diese Ergebnisse geben ebenfalls die Impulse für weitere Untersuchungen im Bereich „non-Responder gleich rückfällig“. Die Intelligenzminderung als negativer Prädiktor einer zufriedener Abstinenz stellt viele Fragen - einerseits im Umgang mit den Patienten mit einer Intelligenzminderung und deren

Zusammenfassung und Diskussion

defizitäre Fähigkeit, sich auf das Setting einzulassen, andererseits die Problematik einer mangelnden Akzeptanz seitens der Patientenschaft.

Im Forschungsprozess traten wenige Schwierigkeiten auf. Die Ergebnisse aus Voruntersuchungen (s. Kapitel 2.5) konnten weitestgehend auch in dieser Stichprobe bestätigt werden. Es ist aber wichtig zu erwähnen, dass es bei der Katamnesebefragung durch sozialerwünschte Antworten zur Falsifizierung von Daten kommen konnte.

Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen in die Richtung, dass eine Zufriedene Abstinenz trotz eines Verzichtes möglich ist. Das wenig erforschte Gebiet der Zufriedenen Abstinenz bei einer Suchtmittelabhängigkeit bietet die Möglichkeit vieler weiterer Studien. Erhebungen im größeren Rahmen und klinikübergreifende Vergleiche sind vonnöten, um präzise Aussagen über den Einfluss der Suchterkrankung auf die Lebenszufriedenheit machen zu können. Die möglichen Zusammenhänge von Suchtmittelkonsum, frühere Erfahrungen in der Kindheit, Persönlichkeitsmerkmalen und Abstinenzsicherheit und Zufriedenheit zu untersuchen, wären weitere spannende Forschungsidee.

Literaturverzeichnis

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12 (2006). Verfügbar im Internet unter: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Abhaengigkeit.pdf [22.05.2015]

Bachmann, M./El Akhras, A. (2010): Glücksspielfrei. Ein Therapiemanual bei Spielsucht. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

BADO (2013): Basisdokumentation. Verfügbar im Internet unter: <http://www.bado.de> [22.05.2015]

Bortz, J. & Schuster, C. (2011): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (7. Aufl.). Berlin: Springer.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Verfügbar im Internet unter: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2012/Drogenaffinitaetsstudie_BZgA_2011.pdf [22.05.2015]

Dette, D. E. (2005): Berufserfolg und Lebenszufriedenheit – eine längsschnittliche Analyse der Zusammenhänge. Halle: Inaugural-Dissertation. S. 38

Deutsche Gesellschaft für Soziologie (2007): Ethik Kodex. Verfügbar im Internet unter: <http://www.soziologie.de/de/die-dgs/ethik-kodex.html>. [22.05.2015]

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht: Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2009. Verfügbar im Internet unter: http://www.suchthilfe.de/basis/leitfaden_e_bericht_11_2009.pdf [22.05.2015]

Deutsche Rentenversicherung Bund (2012): Rehabericht. Verfügbar im Internet unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/235592/publicationFile/30905/rehabericht_2012.pdf [22.05.2015]

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): Geschäftsbereich Presse und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, 9. Auflage (8/2014), Nr. 305. Verfügbar im Internet unter: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/232574/publicationFile/51584/entwohnungsbehandlung.pdf> [22.05.2015]

Dirk R. Schwoon (2001): Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht (Hrsg.). Felix Tretter, Hogrefe 2001, S.504-505

DHS (2008): Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.. Verfügbar im Internet unter: <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html> [22.05.2015]

Literaturverzeichnis

Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar im Internet unter: www.drogenbeauftragte.de ,<http://www.drogenbeauftragte.de/kontakt-und-service/publikationen.html> [22.05.2015]

Fachverband Sucht e.V. (2014): Verbrauch, Missbrauch, Abhängigkeit - Zahlen und Fakten.

Funke, W. & Schroeder, W. (2008): Qualität durch Können, Verbindlichkeit und Respekt. Integriertes Rehabilitationskonzept der Kliniken Wied. Wied: Kliniken Wied.

Gemeinsames Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer und des Fachverbandes Sucht e.V. (2014). Verfügbar im Internet unter: www.sucht.de/tl_files/pdf/Positionspapier_BPtK.pdf [22.05.2015]

Grawe K. et al. (1994): Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession, Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Härter et al. (2007): Psychische Störungen bei Patienten mit einer somatischen Erkrankung, Springer, Berlin, S. 55-69

Klein, M. (2001): Der Abbruch der Beratung [The attrition of counseling]. In: Brinkmann-Göbel, R. (Hrsg.). Handbuch für Gesundheitsberater. Bern: Huber, S. 419 - 428.

Körkel J., Kruse G. (2005): Rückfall bei Alkoholabhängigkeit. Psychiatrie Verlag GmbH (Bonn) 2005. 5., überarbeitete Auflage. 143 Seiten.

Kraus, L., Pabst, A., et. all (2014): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. München: IFT Institut für Therapieforchung. Verfügbar im Internet unter: http://esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2012_Alkohol-Kurzbericht.pdf [22.05.2015]

Kraus M. (2004): Kompendium Sucht, Thieme, Stuttgart.

Lindenmeyer, J. (1998): Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (1991): Die Erfassung des subjektiven Wohlbefindens. In: Abele, A. /Becker, P. (Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik. Weinheim und München: Juventa, S. 51- 70.

Pabst, Alexander et al. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59(6), 321-331. Verfügbar im Internet unter: <http://www.dhs.de/datenfakten/illegale-drogen.html> [22.05.2015]

Literaturverzeichnis

Pritz, A. (1990): Kurzgruppenpsychotherapie. Struktur, Verlauf und Effektivität von autogenem Training, progressiver Muskelentspannung und analytisch fundierter Kurzgruppenpsychotherapie. Berlin: Springer.

Ruff, W. & Werner, H. (1988): Behandlungsabbrüche in der stationären Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 34, 125 – 139.

Stark, M.J. (1992): Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. Clinical Psychology Review 12, 93 – 116.

Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheit - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle), Fachserie 12 Reihe 6.2.1, 2012. Verfügbar im Internet unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus.html> [22.05.2015]

SuchtAktuell (2012): Jahrgang 19/02.12, ISSN 143-1650 Sonderausgabe, Fachverband Sucht e.V.: Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung, Autoren: Weissinger V. & Missel P., Bonn 2012. Verfügbar im Internet unter: <http://www.sucht.de/leitbild-und-positionen-des-fvs.html> [22.05.2015]

SUCHT AKTUELL/1, 2014 Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation FVS- Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation, Fischer M. et al.

SUCHT, 47. Jahrgang, Sonderheft 2, Dezember 2001. Verfügbar im Internet unter: <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/263/pdf/20018.pdf> [22.05.2015]

Anhang

1. Katamnesefragebogen FVS

2. Tabellenverzeichnis

Tabelle	Seite
Tabelle 1: Krankenhausbehandlungen aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen nach Altersgruppen, 2012	14
Tabelle 2: Übersicht die zentralen Angebote der Suchthilfesystem in Deutschland, 2012	17
Tabelle 3: Abhängigkeitskriterien nach ICD-10	20
Tabelle 4: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10	21
Tabelle 5: Entlassformen in der stationären Rehabilitation der Sucht	29
Tabelle 6: Erhebungsverfahren BADO, Items	40
Tabelle 7: Erhebungsverfahren Katamnese, Items	41
Tabelle 8: Gesamtstichprobe - Geschlecht	42
Tabelle 9: Gesamtstichprobe- Partnerschaftssituation	42
Tabelle 10: Gesamtstichprobe - Ausbildungssituation	43
Tabelle 11: Gesamtstichprobe - Erwerbssituation	43
Tabelle 12: Gesamtstichprobe - Drogenprofil	44
Tabelle 13: Gesamtstichprobe - Drogenprofil - 2	44
Tabelle 14: Gesamtstichprobe - Komorbidität	45
Tabelle 15: Gesamtstichprobe - Wohnsituation	46
Tabelle 16: Gesamtstichprobe - Rückfälligkeit während der Behandlung	46
Tabelle 17: Gesamtstichprobe - Prognose	47
Tabelle 18: Ergebnisse, Hypothese 1, Geschlecht	52
Tabelle 19: Ergebnisse, Hypothese 1, Wohnsituation	53
Tabelle 20: Ergebnisse, Hypothese 1, Ausbildungssituation	54
Tabelle 21: Ergebnisse, Hypothese 1, Erwerbssituation	55
Tabelle 22: Ergebnisse, Hypothese 1, Partnerschaftssituation	56
Tabelle 23: Ergebnisse, Hypothese 1, Drogenprofil	57
Tabelle 24: Ergebnisse, Hypothese 1, Komorbidität	58
Tabelle 25: Ergebnisse, Hypothese 1, Rückfälligkeit während der Behandlung	59
Tabelle 26: Ergebnisse, Hypothese 2, Abstinenz im Anschluss	60
Tabelle 27: Ergebnisse, Hypothese 2, Zufriedenheit	87
Tabelle 28: Ergebnisse, Hypothese 2, Zufriedenheit 2	88
Tabelle 29: Ergebnisse, Hypothese 3, Geschlecht	62

Anhang

Tabelle 30: Ergebnisse, Hypothese 3, Wohnsituation	63
Tabelle 31: Ergebnisse, Hypothese 3, Ausbildungssituation	64
Tabelle 32: Ergebnisse, Hypothese 3, Erwerbssituation	65
Tabelle 33: Ergebnisse, Hypothese 3, Partnerschaftssituation	66
Tabelle 34: Ergebnisse, Hypothese 3, Drogenprofil	67
Tabelle 35: Ergebnisse, Hypothese 3, Komorbidität	68
Tabelle 36: Ergebnisse, Hypothese 3, Rückfälligkeit während der Behandlung	69
Tabelle 37: Ergebnisse, Hypothese 3, Prognose	70
Tabelle 38: Ergebnisse, Hypothese 3, Prädiktoren für zufriedene Abstinenz	71
Tabelle 39: Hypothesenüberprüfung	72

3. Abbildungsverzeichnis

Abbildung	Seite
Abbildung 1: Relative Häufigkeit (life-time) von psychischen Störungen bei Alkohol und Drogenabhängigkeit (in %)	16
Abbildung 2: Entwicklung bei den Bewilligungen von ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlungen für die gesamte Deutsche Rentenversicherung in den Jahren 1997 bis 2013	18
Abbildung 3: Hierarchie von Therapieziele in der Entwöhnungsbehandlung nach Körkel und Kruse (2005)	27
Abbildung 4: Art der Behandlungsbeendigung (N = 13.113), Alkohol & Medikamenten	30
Abbildung 5: Art der Behandlungsbeendigung (N = 925), Alkohol & Drogen	31
Abbildung 6: Lebensbereiche und Zufriedenheit	48

4. Statistik

Tabelle 27: Ergebnisse, Hypothese 2, Zufriedenheit

	RegulärvsAbbrecher	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Wert_Zufrieden_1	Regulär	559	1,7746	1,68037	,07107
	Abbrecher	73	2,0685	1,85089	,21663
Wert_Zufrieden_2	Regulär	559	2,1753	1,39174	,05886
	Abbrecher	73	2,5479	1,69182	,19801
Wert_Zufrieden_3	Regulär	559	1,0894	1,39734	,05910
	Abbrecher	73	1,2192	1,74997	,20482
Wert_Zufrieden_4	Regulär	559	2,3649	1,31271	,05552
	Abbrecher	73	2,5753	1,43292	,16771
Wert_Zufrieden_5	Regulär	559	2,4848	1,37673	,05823
	Abbrecher	73	2,7123	1,51364	,17716
Wert_Zufrieden_6	Regulär	559	2,5528	1,89140	,08000
	Abbrecher	73	2,7397	2,08185	,24366
Wert_Zufrieden_7	Regulär	559	2,7335	1,58583	,06707
	Abbrecher	73	2,6712	1,59038	,18614
Wert_Zufrieden_8	Regulär	559	2,7156	1,57817	,06675
	Abbrecher	73	3,0000	1,72401	,20178
Wert_Zufrieden_9	Regulär	559	2,8193	1,59342	,06739
	Abbrecher	73	3,0822	1,72203	,20155
Wert_Zufrieden_10	Regulär	559	2,1360	1,24554	,05268
	Abbrecher	73	1,9863	1,29629	,15172
Wert_Zufrieden_11	Regulär	559	,2236	,80883	,03421
	Abbrecher	73	,4521	1,14311	,13379
Wert_Zufrieden_12	Regulär	559	1,9052	1,74133	,07365
	Abbrecher	73	2,2055	1,91456	,22408
Wert_Zufrieden_13	Regulär	559	2,3631	1,39718	,05909
	Abbrecher	73	2,5205	1,64240	,19223
Index_Lebenszufriedenheit	Regulär	536	2,6344	,98277	,04245
	Abbrecher	68	2,9396	,99139	,12022

Tabelle 28: Ergebnisse, Hypothese 2, Zufriedenheit 2

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Wert_Zufrieden_1	Equal variances assumed	1,234	,267	-1,389	630	,165	-,29390	,21165	-,70953	,12174
	Equal variances not assumed			-1,289	88,202	,201	-,29390	,22799	-,74697	,15917
Wert_Zufrieden_2	Equal variances assumed	8,764	,003	-2,095	630	,037	-,37263	,17787	-,72191	-,02335
	Equal variances not assumed			-1,804	85,202	,075	-,37263	,20658	-,78335	,03808
Wert_Zufrieden_3	Equal variances assumed	7,358	,007	-,723	630	,470	-,12973	,17946	-,48214	,22267
	Equal variances not assumed			-,609	84,414	,544	-,12973	,21318	-,55362	,29416
Wert_Zufrieden_4	Equal variances assumed	,778	,378	-1,274	630	,203	-,21041	,16514	-,53470	,11389
	Equal variances not assumed			-1,191	88,510	,237	-,21041	,17666	-,56146	,14065
Wert_Zufrieden_5	Equal variances assumed	1,468	,226	-1,312	630	,190	-,22753	,17336	-,56798	,11291

Anhang

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
	Equal variances not assumed			-1,220	88,264	,226	-,22753	,18648	-,59811	,14304
Wert_Zufrieden_6	Equal variances assumed	3,768	,053	-,785	630	,433	-,18695	,23821	-,65474	,28083
	Equal variances not assumed			-,729	88,226	,468	-,18695	,25646	-,69659	,32269
Wert_Zufrieden_7	Equal variances assumed	,091	,763	,315	630	,753	,06222	,19742	-,32546	,44990
	Equal variances not assumed			,314	91,712	,754	,06222	,19786	-,33075	,45519
Wert_Zufrieden_8	Equal variances assumed	1,928	,166	-1,432	630	,152	-,28444	,19856	-,67436	,10548
	Equal variances not assumed			-1,338	88,484	,184	-,28444	,21253	-,70677	,13790
Wert_Zufrieden_9	Equal variances assumed	1,820	,178	-1,313	630	,190	-,26287	,20019	-,65600	,13025
	Equal variances not assumed			-1,237	88,858	,219	-,26287	,21252	-,68515	,15940
Wert_Zufrieden_10	Equal variances assumed	,001	,973	,961	630	,337	,14966	,15574	-,15618	,45549

Anhang

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
	Equal variances not assumed			,932	90,239	,354	,14966	,16061	-,16940	,46871
Wert_Zufrieden_11	Equal variances assumed	12,365	,000	-2,150	630	,032	-,22844	,10624	-,43707	-,01981
	Equal variances not assumed			-1,654	81,678	,102	-,22844	,13810	-,50317	,04629
Wert_Zufrieden_12	Equal variances assumed	4,122	,043	-1,369	630	,171	-,30029	,21928	-,73089	,13031
	Equal variances not assumed			-1,273	88,263	,206	-,30029	,23588	-,76902	,16844
Wert_Zufrieden_13	Equal variances assumed	8,106	,005	-,886	630	,376	-,15740	,17763	-,50622	,19142
	Equal variances not assumed			-,783	86,153	,436	-,15740	,20111	-,55718	,24238
Index_Lebenszufriedenheit	Equal variances assumed	,356	,551	-2,410	602	,016	-,30520	,12664	-,55390	-,05650
	Equal variances not assumed			-2,394	84,583	,019	-,30520	,12750	-,55872	-,05168

