

Suchtakademie Berlin-Brandenburg
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Köln

Masterstudiengang Suchthilfe/Suchttherapie
(Master of Science in Addiction Prevention and Treatment)

Masterthesis

**Das Rückfallgeschehen bei Klienten mit und ohne
ambulante Suchtnachsorge im Kontext
Betreutes Gruppenwohnen nach §§ 67, 68 SGB XII**

Vorgelegt von: Jens-Uwe Mathauser
Erstprüfer: Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer
Zweitprüfer: Prof. Dr. Rolf Jox
Matrikelnummer: 509124
Tag der Abgabe: 28.06.2017

*Es gibt Rückfälle bei den Krankheiten der Seele
wie bei denen des Körpers.
Was wir für Genesung halten, ist in der Regel nur ein Stillstand
oder ein Wechsel des Übels.
LA ROCHEFOUCAULD*

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	10
Tabellenverzeichnis.....	13
Zusammenfassung/Abstract.....	14
Einleitung	15
1. Problemlage und Rahmenbedingungen der Studie.....	17
1.1 Betreutes Gruppenwohnen- BGW-Sucht.....	17
1.2 Rückfall – Definition und Typologie	19
1.3 Rückfallmodelle	20
1.3.1 Das sozial-kognitive Rückfallmodell	20
1.3.2 Klassische Konditionierung.....	21
1.4 Rückfallwahrscheinlichkeiten.....	21
1.5 Umgang mit Rückfällen im BGW-Sucht.....	22
1.6 Ambulante Suchtnachsorge (SNS).....	25
1.6.1 Definition der SNS.....	26
1.6.2 Abgrenzung zu anderen Rehabilitationsleistungen.....	27
1.7 Rahmenbedingungen der konkreten Forschungsarbeit.....	28
1.8 Fragestellung und Erkenntnisinteresse der Arbeit	28
2. Methode.....	29
2.1 Erste Hypothese – Rückfallhäufigkeiten	29
2.2 Zweite Hypothese – Abbruchrate	29
2.3 Operationalisierung	29
2.4 Beschreibung der Stichprobe	30
2.5 Untersuchungsmethode.....	30
3. Vergleich Basisdaten	31
3.1 Geschlechterverteilung.....	31
3.2 Alter bei Betreuungsbeginn BGW-Sucht.....	32
3.3 Familienstand	33
3.4 Partnerschaft	33
3.5 Eigene Kinder	34
3.6 Haftaufenthalte	34
3.7 Staatsangehörigkeit.....	35

3.8	Migrationshintergrund	35
3.9	Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	36
3.10	Höchster Ausbildungsabschluss	36
3.11	Schuldensituation	37
4.	Vergleich Drogenprofil	38
4.1	Präferenzdroge und multipler Substanzgebrauch.....	38
4.2	Beikonsum	39
4.3	Alter bei Störungsbeginn – Präferenzdroge.....	40
4.4	Psychische Erkrankungen	41
4.5	Suizidversuche in der Lebensgeschichte.....	42
4.6	Somatische chronische Erkrankungen	42
4.7	Stationäre Entgiftungen	43
4.8	Stationäre Entwöhnungsbehandlungen (med. Rehabilitation)	44
4.9	Adaptionsbehandlungen	45
4.10	Auflagen nach § 35 BtMG.....	46
5.	Vergleich Betreuungsdaten	47
5.1	Aufenthaltsdauer BGW-Sucht.....	47
5.2	Schuldenregulierung.....	48
5.3	Tagesstruktur – Erwerbssituation	49
5.4	Tagesstruktur – zusätzliche Beschäftigung	49
5.5	Besuch von Selbsthilfegruppen	50
6.	Ergebnisse – Rückfallgeschehen.....	51
6.1	Häufigkeiten in t_G	51
6.1.1	Gesamtheit der Rückfälle in t_G	51
6.1.2	Verteilung konsumierter Substanzen	52
6.1.2.1	Präferenzdroge/Polytoxikomanie	52
6.1.2.2	Alkohol	54
6.1.2.3	Cannabinoide.....	55
6.1.2.4	Kokain	56
6.1.2.5	Stimulanzen	56
6.1.2.6	Opioide.....	57
6.2	Häufigkeiten in t_1	58
6.2.1	Gesamtheit der Rückfälle in t_1	58
6.2.2	Verteilung konsumierter Substanzen in t_1	58
6.3	Häufigkeiten in t_2	59
6.3.1	Gesamtheit der Rückfälle in t_2	59

6.3.2	Verteilung konsumierter Substanzen in t_2	60
6.4	Häufigkeiten in t_3	61
6.4.1	Gesamtheit der Rückfälle in t_3	61
6.4.2	Verteilung konsumierter Substanzen in t_3	61
6.5	Erster Rückfall im ersten Jahr.....	62
6.6	Untersuchung mit substanzunabhängigen Variablen	63
6.6.1	Depressionen	63
6.6.2	Tagesstruktur vs. keine Tagesstruktur.....	64
6.6.2.1	Mit Tagesstruktur	64
6.6.2.2	Ohne Tagesstruktur	65
6.6.3	Geschlecht.....	66
6.6.3.1	Frauen.....	66
6.6.3.2	Männer.....	67
6.6.4	Partnerbeziehung vs. keine Partnerbeziehung	68
6.6.4.1	Mit Partnerbeziehung	68
6.6.4.2	Ohne feste Partnerbeziehung	69
6.6.5	Kinder vs. keine Kinder.....	70
6.6.5.1	Mindestens ein Kind.....	70
6.6.5.2	Keine Kinder	71
6.6.6	Alter bei Betreuungsbeginn	72
6.6.6.1	Klienten zwischen 20,1 und 30,1 Jahren	72
6.6.6.2	Klienten zwischen 30,8 und 56,0 Jahren	73
6.6.7	Besuch von Selbsthilfegruppen	74
6.6.7.1	Klienten mit Selbsthilfegruppe.....	74
6.6.7.2	Klienten ohne Selbsthilfegruppe	75
6.7	Kein Konsum vs. Konsum nach Substanzen	76
6.7.1	Alkohol.....	76
6.7.2	Cannabinoide	76
6.7.3	Stimulanzien	77
6.7.4	Kokain.....	77
6.7.5	Opioide	78
7.	Ergebnisse – Abbruchrate	79
8.	Diskussion	80
8.1	Hypothese Rückfallhäufigkeiten	80
8.2	Hypothese Abbruchrate	82
8.3	Grenzen und Kritik der Untersuchung	83

9. Fazit und Ausblick.....	85
Literaturverzeichnis.....	87

In der vorliegenden Masterthesis wird für eine bessere Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Dies schließt dennoch jeweils die weibliche Form ein.

Für alle Abbildungen, in denen Klienten mit ambulanter Suchtnachsorge (SNS) und solche ohne ambulante Suchtnachsorge (Non-SNS) verglichen werden, gilt folgende Legende:

■ SNS ■ Non-SNS

Abkürzungsverzeichnis

ADV gGmbH	<i>Anti-Drogenverein gGmbH</i>
ARS	<i>Ambulante Rehabilitation Sucht</i>
Aufl.	<i>Auflage</i>
BGW-Sucht	<i>Betreutes Gruppenwohnen (§§ 67, 68 SGB XII)</i>
BtMG	<i>Betäubungsmittelgesetz</i>
bzgl.	<i>bezüglich</i>
bzw.	<i>beziehungsweise</i>
etc.	<i>et cetera</i>
ggf.	<i>gegebenenfalls</i>
ICD	<i>Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision)</i>
ICF	<i>Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit</i>
max	<i>Maximum</i>
MAE	<i>Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung</i>
med.	<i>medizinische</i>
min	<i>Minimum</i>
N	<i>Gesamtanzahl</i>
n	<i>absolute Häufigkeit</i>
non-SHG	<i>keine Selbsthilfegruppe</i>
Non-SNS	<i>keine ambulante Suchtnachsorge</i>
p	<i>Irrtumswahrscheinlichkeit</i>
SGB II	<i>2. Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitslose</i>
SGB V	<i>5. Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung</i>

SGB VI	<i>6. Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung</i>
SGB IX	<i>9. Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen</i>
SGB XII	<i>12. Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe</i>
SHG	<i>Selbsthilfegruppe</i>
SNS	<i>ambulante Suchtnachsorge</i>
t ₁ /t ₁	<i>Messzeitraum 1: 0 bis 3 Monate</i>
t ₂ /t ₂	<i>Messzeitraum 2: 3 bis 6 Monate</i>
t ₃ /t ₃	<i>Messzeitraum 3: 6 bis 9 Monate</i>
t _G /t _G	<i>gesamter Betreuungszeitraum</i>
THC	<i>Tetrahydrocannabinol</i>
u. a.	<i>unter anderem</i>
var	<i>Variable</i>
vgl.	<i>vergleiche</i>
vs.	<i>versus</i>
WG	<i>Wohngemeinschaft</i>
z. B.	<i>zum Beispiel</i>
zus.	<i>zusätzlich/zusätzliche</i>
zw.	<i>zwischen</i>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: Das sozial-kognitive Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985) (vgl. Lindenmeyer, 2009, in: Margraf & Schneider, S. 727).....	20
Abbildung 1.2: Zeitlicher Verlauf der Rückfallhäufigkeit in den ersten 12 Monaten nach Beendigung einer stationären Therapie (vgl. Lindenmeyer, 2009, in: Margraf & Schneider, S. 724)	21
Abbildung 3.1: Geschlechterverteilung	31
Abbildung 3.2: Boxplot Alter bei Betreuungsbeginn BGW-Sucht.....	32
Abbildung 3.3: Verteilung Familienstand	33
Abbildung 3.4: Verteilung Partnerschaft	33
Abbildung 3.5: Verteilung Anzahl Kinder	34
Abbildung 3.6: Verteilung Haftaufenthalte	34
Abbildung 3.7: Verteilung Staatsangehörigkeit	35
Abbildung 3.9: Verteilung Migrationshintergrund	35
Abbildung 3.10: Verteilung Schulabschlüsse	36
Abbildung 3.11: Verteilung Ausbildungsabschlüsse	36
Abbildung 3.12: Verteilung Schulden.....	37
Abbildung 4.1: Verteilung multipler Substanzgebrauch/Präferenzdroge	38
Abbildung 4.2: Verteilung Beikonsum	39
Abbildung 4.3: Boxplot Alter bei Störungsbeginn – Präferenzdroge	40
Abbildung 4.4: Verteilung psychischer Erkrankungen.....	41
Abbildung 4.5: Verteilung Anzahl Suizidversuche.....	42
Abbildung 4.6: Verteilung somatische chronische Erkrankungen	42
Abbildung 4.7: Boxplot Anzahl stationärer Entgiftungen	43
Abbildung 4.8: Boxplot Anzahl stationärer Entwöhnungen	44
Abbildung 4.9: Verteilung Adaptionsbehandlungen	45
Abbildung 4.10: Verteilung Auflagen nach § 35 BtMG.....	46
Abbildung 4.11: Verteilung Auflagen nach § 35 BtMG.....	46
Abbildung 5.1: Boxplot Betreuungstage.....	47
Abbildung 5.2: Verteilung Betreuungsdauer im BGW-Sucht.....	47
Abbildung 5.3: Verteilung Verschuldung.....	48
Abbildung 5.4: Verteilung Erwerbssituation	49
Abbildung 5.5: Verteilung Tagesstruktur – zusätzliche Beschäftigung....	49
Abbildung 5.6: Verteilung Besuch SHG	50

Abbildung 6.2: Verteilung Rückfälle im gesamten Betreuungszeitraum, aufgeteilt in 3-Monats-Intervalle	51
Abbildung 6.3: Boxplot Anzahl Rückfälle	52
Abbildung 6.4: Verteilung Rückfälle in Verbindung mit der Präferenzdroge bzw. bei Polytoxikomanen	53
Abbildung 6.5: Verteilung konsumierten Alkohols im gesamten Betreuungszeitraum aufgeteilt in 3-Monats-Intervalle	54
Abbildung 6.6: Verteilung konsumierter Cannabinoide im gesamten Betreuungszeitraum aufgeteilt in 3-Monats-Intervalle	55
Abbildung 6.7: Verteilung konsumierten Kokains im gesamten Betreuungszeitraum aufgeteilt in 3-Monats-Intervalle	56
Abbildung 6.8: Verteilung konsumierter Stimulanzen im gesamten Betreuungszeitraum aufgeteilt in 3-Monats-Intervalle	56
Abbildung 6.9: Verteilung konsumierter Opiode im gesamten Betreuungszeitraum aufgeteilt in 3-Monats-Intervalle	57
Abbildung 6.10: Häufigkeiten der Rückfälle in t_1	58
Abbildung 6.11: Häufigkeiten der Rückfälle in t_1 aufgeteilt nach Substanzen	58
Abbildung 6.12: Häufigkeiten der Rückfälle in t_2	59
Abbildung 6.13: Häufigkeiten der Rückfälle in t_2 aufgeteilt nach Substanzen	60
Abbildung 6.14: Häufigkeiten der Rückfälle in t_3	61
Abbildung 6.15: Häufigkeiten der Rückfälle in t_3 aufgeteilt nach Substanzen	61
Abbildung 6.1: Verteilung Klienten, die im ersten Jahr rückfällig wurden	62
Abbildung 6.16: Verteilung Rückfälle depressiver Klienten.....	63
Abbildung 6.17: Verteilung depressiver Klienten ohne Rückfälle.....	63
Abbildung 6.18: Verteilung Rückfälle von Klienten mit Tagesstruktur.....	64
Abbildung 6.19: Verteilung nicht rückfälliger Klienten mit Tagesstruktur	64
Abbildung 6.20: Verteilung Rückfälle von Klienten ohne Tagesstruktur..	65
Abbildung 6.21: Verteilung nicht rückfälliger Klienten ohne Tagesstruktur	65
Abbildung 6.22: Verteilung Rückfälle von Frauen	66
Abbildung 6.23: Verteilung nicht rückfälliger Frauen.....	66
Abbildung 6.24: Verteilung Rückfälle von Männern	67
Abbildung 6.25: Verteilung nicht rückfälliger Männer.....	67
Abbildung 6.26: Verteilung Rückfälle von Klienten in fester Partnerbeziehung.....	68
Abbildung 6.27: Verteilung nicht rückfälliger Klienten in fester Partnerbeziehung.....	68

Abbildung 6.28: Verteilung Rückfälle von Klienten ohne feste Partnerbeziehung.....	69
Abbildung 6.29: Verteilung nicht rückfälliger Klienten ohne feste Partnerbeziehung.....	69
Abbildung 6.30: Verteilung Rückfälle von Klienten, die mindestens ein Kind haben	70
Abbildung 6.31: Verteilung nicht rückfälliger Klienten, die mindestens ein Kind haben	70
Abbildung 6.32: Verteilung Rückfälle kinderloser Klienten.....	71
Abbildung 6.33: Verteilung nicht rückfälliger, kinderloser Klienten.....	71
Abbildung 6.34: Verteilung Rückfälle jüngerer Klienten	72
Abbildung 6.35: Verteilung nicht rückfälliger, jüngerer Klienten	73
Abbildung 6.36: Verteilung Rückfälle älterer Klienten	73
Abbildung 6.37: Verteilung nicht rückfälliger, älterer Klienten.....	74
Abbildung 6.38: Verteilung Rückfälle von Klienten mit SHG im gesamten Betreuungszeitraum	74
Abbildung 6.39: Verteilung nicht rückfälliger Klienten mit SHG	75
Abbildung 6.40: Verteilung Rückfälle von Klienten ohne SHG im gesamten Betreuungszeitraum	75
Abbildung 6.41: Verteilung nicht rückfälliger Klienten ohne SHG	75
Abbildung 6.42: Verteilung Konsum von Alkohol im gesamten Betreuungszeitraum	76
Abbildung 6.43: Verteilung Konsum von Cannabinoiden im gesamten Betreuungszeitraum	76
Abbildung 6.44: Verteilung Konsum von Stimulanzien im gesamten Betreuungszeitraum	77
Abbildung 6.45: Verteilung Konsum von Kokain im gesamten Betreuungszeitraum	77
Abbildung 6.46: Verteilung Konsum von Opioiden im gesamten Betreuungszeitraum	78
Abbildung 7.1: Verteilung Art der Beendigung BGW-Sucht	79
Abbildung 7.2: Verteilung von Abbrüchen durch Einrichtung oder Klient in tg	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1: Boxplotdaten Alter bei Betreuungsbeginn BGW-Sucht	32
Tabelle 3.2: Alter bei Betreuungsbeginn BGW-Sucht aufgeteilt in Klassen	32
Tabelle 4.1: Boxplotdaten Alter bei Störungsbeginn – Präferenzdroge ..	40
Tabelle 4.2: Alter bei Störungsbeginn – Präferenzdroge aufgeteilt in Klassen	40
Tabelle 4.3: Boxplotdaten Anzahl stationärer Entgiftungen	43
Tabelle 4.4: Anzahl stationärer Entgiftungen aufgeteilt in Klassen	43
Tabelle 4.5: Boxplotdaten Anzahl stationärer Entwöhnungen	44
Tabelle 4.6: Anzahl stationärer Entwöhnungen aufgeteilt in Klassen	44
Tabelle 5.1: Boxplotdaten Tage in Betreuung.....	47
Tabelle 5.2: Verteilung Betreuungsdauer im BGW-Sucht aufgeteilt in Klassen	48
Tabelle 6.1: Boxplotdaten Anzahl Rückfälle	51
Tabelle 6.2: Verteilung Anzahl Rückfälle	52
Tabelle 6.3: Anzahl Rückfälle in Verbindung mit der Präferenzdroge pro Klient	52
Tabelle 6.4: Anzahl Rückfälle ohne Verbindung mit der Präferenzdroge pro Klient.....	53
Tabelle 6.5: Anzahl Rückfälle pro Klient unter den Polytoxikomanen	53

Zusammenfassung/Abstract

Ambulante Suchtnachsorge wird als Baustein der Nachsorge nach einer abgeschlossenen stationären Drogentherapie vor dem Hintergrund des Betreuten Gruppenwohnens von vielen Klienten als überflüssig angesehen. Während ihr Nutzen daher bei den Klienten häufig infrage gestellt wird, deuten Erfahrungen aus der praktischen Arbeit im Betreuten Gruppenwohnen darauf hin, dass von der parallel genutzten ambulanten Nachsorge positive Effekte ausgehen.

In dieser Arbeit wird das Rückfallgeschehen bei Klienten mit und ohne Suchtnachsorgebehandlung betrachtet. Dabei wurden jeweils 50 Klienten beider Gruppen bezüglich der Rückfallhäufigkeiten, der eingenommenen Substanzen und der Art der Beendigung des Betreuten Gruppenwohnens verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich eine Suchtnachsorge als Unterstützungsmöglichkeit für die poststationäre Phase durchaus lohnt.

Wie deutlich wird, schneiden Klienten, die sich parallel zum Betreuten Gruppenwohnen einer ambulanten Suchtnachsorge unterziehen, sowohl im Hinblick auf die Häufigkeit der Rückfälle als auch auf die Rate der vorzeitigen Beendigung der Maßnahmen besser ab als solche, die nicht auf entsprechende Angebote zurückgreifen. So können unter Umständen mit der Absolvierung einer Suchtnachsorge irreguläre (disziplinarische) Entlassungen, Betreuungsabbrüche und massive Rückfälle minimiert und der Behandlungserfolg gesteigert werden.

Many clients who have successfully completed inpatient treatment consider follow-up outpatient addiction aftercare in addition to assisted group-living facilities as superfluous. While its effect is frequently questioned by clients, practical experience in the field of assisted group living shows positive effects of simultaneous outpatient treatment.

This thesis examines in two groups of fifty clients each the relapse incidents, both with and without follow-up outpatient addiction aftercare. The study examined both groups with respect to relapse frequency, type of substance taken, and the way how the assisted group living was terminated. The results indicate, that follow-up outpatient aftercare as a tool of support after inpatient treatment is well worth the effort.

The study shows, that a two-pronged approach of assisted group-living and simultaneous outpatient addiction aftercare as opposed to merely receiving inpatient treatment not only reduces the rate of relapses but also has a positive effect on the continuation of assisted group-living. Thus, it is suggested that participation in outpatient addiction aftercare may reduce the rate of irregular (disciplinary) dismissals, the rate of discontinuation of aftercare and the alarming rate of relapses.

Einleitung

Rückfälle sind bei Abhängigkeitskranken mehr als ein Rezidiv; das Wiederauftreten der Erkrankung stellt oft für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Ein Rückfall ist häufig ein Schritt auf dem Weg zur Abstinenz, unter ungünstigen Bedingungen kann er sich aber auch als folgenreiche Katastrophe erweisen, die im schlimmsten Falle mit dem Tod endet, z. B. aufgrund einer Überdosis nach einer längeren Zeit der Abstinenz.

Im Jahr 2012 wechselte ich nach mehrjähriger Tätigkeit in der Betreuung von Jugendlichen mit der Doppeldiagnose einer Sucht- und einer psychischen Erkrankung zur ADV gGmbH Berlin. Seitdem bin ich sowohl als Sozialpädagoge im Betreuten Gruppenwohnen für ehemals Drogenabhängige nach einer abgeschlossenen stationären abstinenzorientierten Therapie nach §§ 67, 68 SGB XII (BGW-Sucht) tätig als auch im Segment Betreutes Gruppenwohnen als Hilfeangebot nach § 67 SGB XII ohne abgeschlossene Therapie (BGW). Gegenstand dieser Arbeit sind ausschließlich Klienten mit einer abgeschlossenen Therapie (BGW-Sucht).

Im Laufe meiner Tätigkeit habe ich beobachten können, dass viele Klienten in der Anamnese sehr selbstsicher bezüglich ihrer zukünftigen Abstinenzmotivation auftreten. Oft besteht bei ihnen die Einschätzung, weitere professionelle Hilfe wie eine ambulante Suchtnachsorge (SNS) neben dem BGW-Sucht zur Rückfallprophylaxe sei nicht mehr notwendig und auch der Besuch von Selbsthilfegruppen sei eher etwas, was eventuell später erwogen werden könne. Nach der Entlassung aus der stationären Suchttherapie reiche der Betreuungsrahmen des BGW-Sucht voll und ganz, so häufig der Tenor. Wenn dann der Rückfall eingetreten ist, muss sehr oft die Aufarbeitung durch die Mitarbeiter im Betreuten Wohnen erfolgen, da eine ambulante Suchtnachsorge noch nicht beantragt oder die Beantragungsfrist verstrichen ist.

Da das Betreute Wohnen keine psychotherapeutische Ausrichtung hat, werden von den Mitarbeitern in der Regel keine entsprechenden Aus- und Weiterbildungen gefordert. Vielmehr stehen sozialpädagogische und sozialarbeiterische Kompetenzen im Vordergrund (vgl. Bürkle, 2004). Insbesondere der vorgegebene Personalschlüssel, nach dem eine Fachkraft in diesem Segment für 14,7 Leistungsberechtigte zuständig ist, lässt für eine intensive Aufarbeitung im Betreuungsalltag trotz eines professionellen Managements im Umgang mit Rückfällen oft weniger Raum als notwendig. Meiner Erfahrung nach sind die Rückfallhäufigkeiten und die Abbruchwahrscheinlichkeit der Klienten bei der Inanspruchnahme einer poststationären Nachsorge in Form der ambulanten Suchtnachsorge (SNS) deutlich geringer. Für die Wirksamkeit der Nachsorge bei Drogenabhängigen sprechen eine Reihe empirischer, methodisch unterschiedlicher Untersuchungen (z.B. Projekt JORK, Stiftung SYNANON) (vgl. Kufner, 2004).

Um meine Erfahrungen mit einer objektiven Grundlage zu unterlegen, möchte ich im Rahmen der Masterthesis wissenschaftlich untersuchen, ob sich die Klientengruppen mit und ohne SNS in ihrem Rückfallgeschehen und hinsichtlich der Abbruchrate signifikant unterscheiden.

Insgesamt wären aus den hier zu erbringenden Ergebnissen Rückschlüsse hinsichtlich der Sinnhaftigkeit der parallelen Hilfeangebote von SNS und BGW-Sucht abzuleiten. Für die Praxis können sich hieraus Konsequenzen insbesondere bei der Hilfeplanung ergeben. Außerdem möchte ich die Mitarbeiter der Suchthilfe, die Leistungsträger und die Klienten auf die eventuellen Unterschiede aufmerksam machen.

Im Folgenden wird zunächst der in der Masterthesis bearbeitete Bereich näher beschrieben. Hierzu wird das BGW-Sucht mit seinen Rahmenbedingungen inhaltlich vorgestellt. Im Anschluss hieran beschäftige ich mich mit der Darstellung der Begrifflichkeit des Rückfalls, dem Umgang mit Rückfällen im BGW-Sucht und der Vorstellung des Hilfeangebotes der SNS. Schließlich sind die Rahmenbedingungen der durchgeführten Studie und das Erkenntnisinteresse der Arbeit knapp darzustellen (Kapitel 1).

In einem weiteren Schritt gilt es, die Hypothesen und die methodische Vorgehensweise darzulegen (Kapitel 2). Der zweite Teil der Arbeit stellt die Basisdaten, das Drogenprofil, die Betreuungsdaten, die Rückfallhäufigkeiten, das Rückfallgeschehen und die Art der Beendigung des BGW-Sucht beider Gruppen gegenüber, um so eventuelle signifikante Unterschiede aufzuzeigen (Kapitel 3–7). Die Rückfallhäufigkeiten werden in verschiedenen Messzeiträumen innerhalb der ersten neun Monate der Betreuung untersucht, da der Übergang von einer (stationären) Behandlung in den Alltag bzw. nachfolgende Formen der Betreuung eine besonders sensible Phase im Rehabilitationsprozess ist (vgl. Klos & Görge, 2009).

Im Anschluss daran werden die Ergebnisse diskutiert und ein Fazit gezogen (Kapitel 8 und 9).

Für die Freigabe der Klientendaten für mein Projekt durch den Träger ADV gGmbH und die Unterstützung meiner Kollegen, insbesondere des Teamleiters Herrn Dr. Walter Seubert, möchte ich mich an dieser Stelle recht herzlich bedanken.

1. Problemlage und Rahmenbedingungen der Studie

1.1 Betreutes Gruppenwohnen- BGW-Sucht

Das BGW-Sucht ist ein Baustein der poststationären Nachsorge im Suchthilfesystem und speziell zur Betreuung von volljährigen Klienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen konzipiert. Rechtsgrundlagen für die Hilfen sind die Bestimmungen der §§ 67, 68 SGB XII. Hinsichtlich der Leistungskriterien sind die jeweils aktuell gültige Vereinbarung über das „Betreute Gruppenwohnen für ehemals Drogenabhängige nach abgeschlossener Therapie“ sowie die Leistungsvereinbarungen gemäß §§ 75 ff. SGB XII maßgeblich (vgl. Konzept für Betreutes Gruppenwohnen). Kennzeichen des BGW-Sucht sind, dass die Klienten tagsüber einer Beschäftigung nachgehen und abends, nachts und am Wochenende in einem vom Träger der Suchthilfe vorgehaltenen Wohnraum leben, den der Klient im Rahmen eines Untermiet- oder Nutzungsvertrages ganz oder teilweise aus eigenen Mitteln anmietet. Lediglich die Personalkosten für das Betreuungspersonal werden nach einem Klienten-Mitarbeiter-Schlüssel vom örtlichen oder überörtlichen Sozialhilfeträger getragen (vgl. Haller, 2011). Zielgruppe der bezeichneten Maßnahme sind ehemals drogenabhängige Menschen, deren Lebensverhältnisse mit besonderen sozialen Schwierigkeiten verbunden sind und

- die wohnungslos sind oder vor nicht zu verhinderndem Wohnraumverlust stehen oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben
- und/oder straffällig geworden oder von Inhaftierung bedroht sind
- und aus eigener Kraft nicht in der Lage sind, ihre sozialen Schwierigkeiten zu überwinden (vgl. Konzept für Betreutes Gruppenwohnen).

Das Betreuungsangebot richtet sich an Menschen mit einer Abhängigkeit in Übereinstimmung mit den qualifizierten Fachkliniken gemäß ICD 10-GM 2013: F 10–19, die den Wunsch haben, suchtmittelfrei zu leben. Voraussetzung für die Aufnahme ist eine abgeschlossene stationäre medizinische Rehabilitation (Therapiezeit 3–10 Monate), die nicht länger als 6 Monate zurückliegt. Ein nahtloser Übergang von der Fachklinik zum BGW-Sucht ist die Regel. Angesprochen werden Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch:

- Alkohol (F10.2x) (in der Regel nicht als einzige Hauptdiagnose)
- Opioide (F11.2x)
- Cannabinoide (F12.2x)
- Sedativa oder Hypnotika (F13.2x)
- Kokain (F14.2x)
- Stimulanzien (F15.2x)
- Halluzinogene (F16.2x)
- multiplen Substanzgebrauch (F19.x).

In jüngster Zeit werden von den Fachkliniken vermehrt parallel zu den stoffgebundenen auch nicht stoffgebundene Süchte im Hintergrund diagnostiziert, z. B. pathologisches Glücksspiel gem. ICD-10: F63.0. Diese Tatsache findet in dieser Arbeit keine gesonderte Berücksichtigung.

Zusätzlich zur Abhängigkeitserkrankung leiden die Klienten häufig auch an Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Teilweise liegen daneben u. a. depressive somatoforme Störungen und Angststörungen mit Krankheitswert vor. Das Hilfeangebot richtet sich an erwachsene Männer und Frauen, die die genannten Voraussetzungen erfüllen und sich in einer abstinentenzestützten Wohngemeinschaft weiter stabilisieren möchten. Eine Abstinenzentscheidung sollte getroffen worden sein, zumindest für die Dauer der Maßnahme. Die Klienten sollten in der vorausgegangenen stationären Therapie das notwendige „Handwerkszeug“ mitbekommen haben, um dauerhaft abstinent zu leben bzw. das Rückfallrisiko, die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallschwere zu minimieren.

Das BGW-Sucht der ADV gGmbH bietet 47 Betreuungsplätze, verteilt auf 13 Wohngemeinschaften mit jeweils 2–7 Plätzen in den Innenstadtbezirken von Berlin, und ist als Maßnahme anerkannt nach §§ 35, 36, 37 BtMG. Im Rahmen der Betreuung finden wöchentlich verbindliche Hausgruppengespräche und (unregelmäßig) themenbezogene Einzelgespräche statt. Hier geht es um Themen der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung, die Hinführung zu einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung, Rückfallprophylaxe, Erarbeitung einer befriedigenden Freizeitgestaltung, Begleitung und Hilfestellung im Kontakt zur Familie bzw. zum Partner, den Aufbau eines Freundes- und Bekanntenkreises, die Behandlung möglicher komorbider Störungen und eine konstruktive Krisen- und Konfliktbewältigung (vgl. Konzept für Betreutes Gruppenwohnen). Bei entsprechender Indikation werden spezielle Hilfsangebote mit dem Klienten gesucht bzw. er wird an solche vermittelt.

Grundlage der Zusammenarbeit sind die Abstinenz und der Verzicht auf Gewalt und Straftaten. Oft kommen die Klienten aus konfliktbelasteten Primärfamilien und haben auch als Erwachsene in schwierigen Verhältnissen gelebt. Häufig fehlen Bildungs- und Berufsabschlüsse. Die berufliche Vita ist meist brüchig, wenn es in der Vergangenheit überhaupt zur Erwerbstätigkeit gekommen ist. Vielfach sind finanzielle Probleme und Schulden entstanden. Viele Klienten sind delinquent gewesen und nicht selten verfügen sie über Hafterfahrungen. Körperliche Folgeschäden des teils langjährigen und massiven Suchtmittelkonsums schränken die Klienten oft in Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit ein. Meist liegen Störungen des Selbstbildes vor, die durch größtenteils negative Lebenserfahrungen bedingt sind (wie interne Dokumentationen und Entlassungsberichte der Fachkliniken etc. nahelegen). Motivierende Gespräche, Verhaltensbeobachtung, die Reflexion der Beobachtungen, Urin- bzw. Speicheltests und Zimmerkontrollen durch die Mitarbeiter unterstützen die Einhaltung der Vereinbarungen.

Ziel ist es, dass die Klienten in der Therapie erlernte Verhaltensweisen und Problemlösestrategien im Alltag anwenden und eine eigenständige Lebensführung entwickeln, die die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft dauerhaft ermöglicht. Die durchschnittliche Verweildauer bestimmt sich vornehmlich aus dem Unabhängigkeitswunsch des Klienten und hängt maßgeblich von der Gewährung einer Kostenübernahme des zuständigen Kostenträgers ab. Dieser verlangt als Grundlage für die Hilfe eine detaillierte Hilfeplanung, Entwicklungsberichte und Verlaufsdocumentationen. Angestrebt wird ein Leben ohne Betreuung.

1.2 Rückfall – Definition und Typologie

Trotz der seit etwa 30 Jahren anhaltenden umfangreichen Forschungstätigkeit zum Rückfallgeschehen ist bislang kein einheitliches Verständnis des Konstrukts „Rückfall“ zu verzeichnen. Der Begriff „Rückfall“ wird im Allgemeinen dafür benutzt, wenn ein Suchtkranker eine suchterzeugende Substanz nach einer Zeit ohne Einnahme wieder zu sich nimmt und damit der Suchtkreislauf fortgesetzt wird. Es gibt keine einheitliche Definition des Begriffs „Rückfall“ bei drogenabhängigen Menschen. Rückfälle werden sowohl von den Betroffenen selbst als auch von anderen Beteiligten wie z. B. Angehörigen oder Mitarbeitern unterschiedlich definiert und bewertet (vgl. Klos & Görge, 2009). In der Behandlung von Suchtkranken ist fast immer ein enges, dichotomes Rückfallverständnis vorherrschend, wonach unter einem Rückfall die Einnahme des Suchtmittels in jeglicher Form nach einer Zeit der Abstinenz verstanden wird. Hierbei lassen sich zwei Formen von Rückfalldefinitionen unterscheiden. Dichotome Rückfalldefinitionen differenzieren hinsichtlich des Status einer Person lediglich zwischen geheilt/abstinent einerseits und rückfällig andererseits. Quantitativ abgestufte Rückfalldefinitionen differenzieren zwischen verschiedenen schweren Rückfallformen. Die meisten Autoren unterscheiden in Anlehnung an das Zwei-Phasen-Modell von Marlatt (1985) zwischen einem geringfügigen, einmaligen „Ausrutscher“ („slip“, „lapse“, „episodischer Rückfall“, „minor relapse“) und dem völligen Zurückfallen in früheres Symptomverhalten („schwerer Rückfall“, „relapse“, „major relapse“) (vgl. Lindenmeyer, 2009, in: Margraf & Schneider, S. 725; vgl. auch Haller R., 1997).

Im BGW-Sucht wird die enge Rückfalldefinition angewandt. Hier ist die Einnahme psychoaktiver legaler oder illegaler Substanzen unabhängig von der Einnahmearart und -menge gemeint. Spezifisches Ziel der Hilfe sind die Festigung des vorangegangenen Therapieerfolges und die Entwicklung der Fähigkeit, ein drogen- und suchtmittelfreies bzw. unter Berücksichtigung der persönlichen Fertigkeiten ein drogen- und suchtmittelfernes Leben zu führen (vgl. Konzept BGW-Sucht). In meiner Untersuchung möchte ich dieser Definition folgen.

Wenn im Folgenden die Rede von Rückfall ist, dann ist zunächst das „enge“ Rückfallverständnis (jeglicher Konsum nach der Phase der Abstinenz) gemeint. Die Rückfälle werden entweder

selbst von den Klienten mitgeteilt, verschwiegen, bei einer Urinkontrolle festgestellt oder durch Dritte an die Mitarbeiter des BGW-Sucht herangetragen.

1.3 Rückfallmodelle

1.3.1 Das sozial-kognitive Rückfallmodell

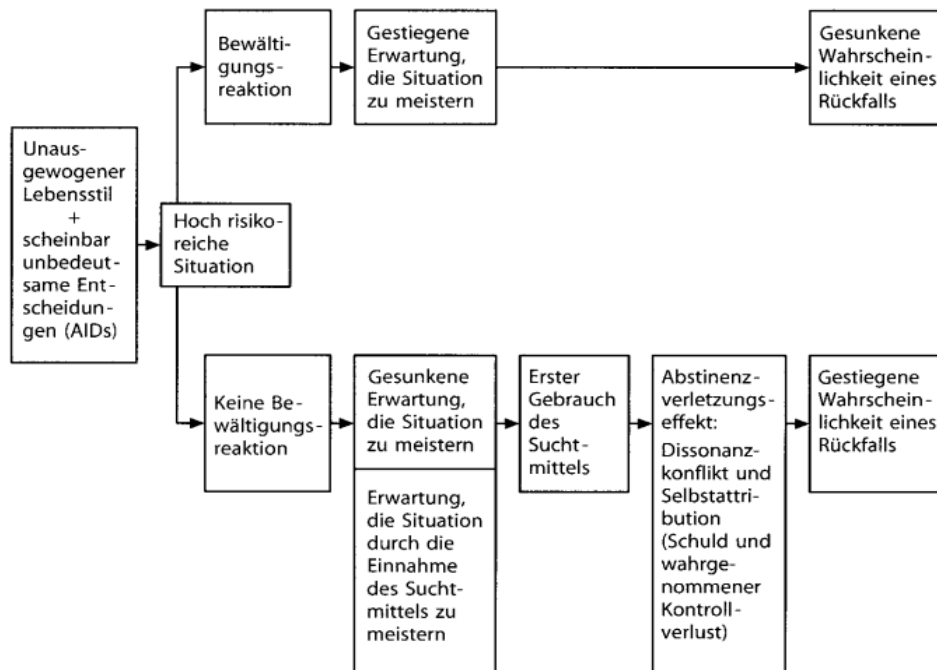


Abbildung 1.1: Das sozial-kognitive Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985) (vgl. Lindenmeyer, 2009, in: Margraf & Schneider, S. 727).

Das sozial-kognitive Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985) ist das empirisch am besten gestützte und in der Suchtkrankenhilfe am stärksten verbreitete theoretische System zur Erklärung von Rückfällen und deren Verlauf (vgl. Klos & Görden, 2009, S. 29). Nach Marlatt und Gordon (1985) werden zwei große Rückfallrisikobereiche unterschieden. Die inneren Risikosituationen betreffen etwa 60 % aller Rückfälle. Dazu gehören unangenehme Gefühlszustände, unangenehme körperliche Zustände, angenehme Gefühlszustände, der Versuch eines kontrollierten Konsums und plötzliches Verlangen.

Äußere Risikosituationen wie Konfliktsituationen, soziale Verführungssituationen und Geselligkeit betreffen ca. 40 % aller Rückfälle (vgl. Lindenmeyer, 2009, in: Margraf & Schneider, S. 724).

Klos ergänzt die äußeren Risikofaktoren um den Drang nach Zugehörigkeit zur Szene/zum kriminellen Milieu (Identität, Lebensstil) und materielle Schwierigkeiten, die zu delinquentem

Verhalten verführen (vgl. Vortrag der DRV Bund, 55. DHS-Fachkonferenz SUCHT 2015 – „Rückfälle“).

Weitere Einflussfaktoren wie das Scheitern von Integrationsbemühungen, Kriminalitätsbelastungen, geringe Teilhabe am gesellschaftlichen Wohlstand, somatische Erkrankungen, komorbide psychische Störungen, eine spezifische Ausprägung der Identität sowie die Gefährlichkeit des Rückfalls vor dem Hintergrund eines erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos müssen beim Rückfallgeschehen bei drogenabhängigen Menschen mitberücksichtigt werden (vgl. Klos & Görge, 2009, S. 30).

1.3.2 Klassische Konditionierung

Nach dem Konzept der klassischen Konditionierung werden ursprünglich neutrale interne und externe Situationen (z. B. Stimmungen, Umgebungssituationen oder Personen) während der Zeit des Substanzmissbrauchs zu Auslösern für konditionierte Entzugserscheinungen. Diese konditionierten Entzugserscheinungen sind diskriminative Stimuli für einen erneuten Drogenkonsum zur Beseitigung der negativen Empfindungen. Teilweise zusätzlich, teilweise alternativ zur klassischen Konditionierung kann ebenfalls ein sehr starkes Bedürfnis zum erneuten Drogenkonsum ohne Entzugserscheinungen (Craving) auftreten, das einen weiteren diskriminativen Stimulus für einen erneuten Drogenkonsum darstellt (vgl. Bühringer & Metz, 2009, in: Margraf & Schneider, Band 2, S. 355).

1.4 Rückfallwahrscheinlichkeiten

Rückfälle sind charakteristisch für Suchterkrankungen und Teil der Behandlung. Innerhalb der ersten drei Monate nach Beendigung der Therapie besteht das allergrößte Rückfallrisiko. Und auch innerhalb des ersten Jahres tritt noch eine hohe Zahl an Rückfällen auf (vgl. Lindenmeyer, 2010, S. 163).

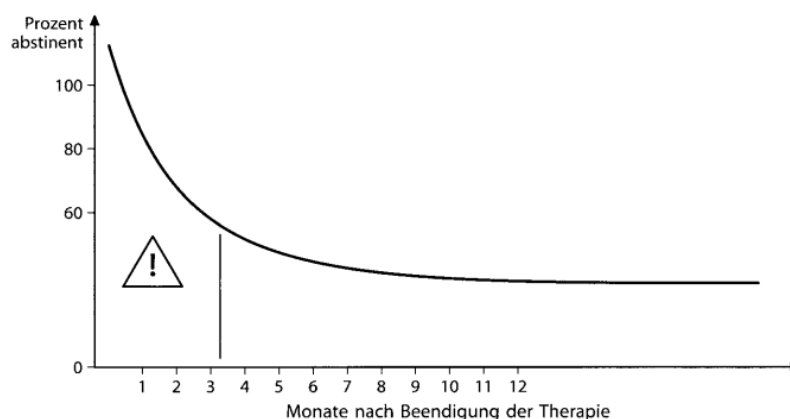


Abbildung 1.2: Zeitlicher Verlauf der Rückfallhäufigkeit in den ersten 12 Monaten nach Beendigung einer stationären Therapie (vgl. Lindenmeyer, 2009, in: Margraf & Schneider, S. 724)

Der Übergang von einer (stationären) Behandlung in den Alltag bzw. nachfolgende Formen der Betreuung ist offensichtlich eine besonders sensible Phase im Rehabilitationsprozess. Es ist deshalb sinnvoll, bereits während der stationären Behandlung eine rückfallpräventive Vorbereitung auf die Umstellungsphase, die Regelmäßigkeit von Nachsorge sowie gezielte Absprachen mit Blick auf einen zu erwartenden Rückfall vorzunehmen (vgl. Klos & Görgen, 2009).

1.5 Umgang mit Rückfällen im BGW-Sucht

Im Folgenden soll der Umgang mit Rückfällen im BGW-Sucht dargestellt werden. Der professionelle Umgang mit Rückfällen gehört zum Kerngeschäft des BGW-Sucht. Aus diesem Grunde hat das Team der ADV-Nachsorge unter Beteiligung externer Beratung ein Rückfallmanagement mit einem Handlungsleitfaden und einem Maßnahmenkatalog erstellt. Hintergrund dafür ist, dass individuelle Entscheidungen durch Mitarbeiter über zu treffende Maßnahmen bei einem Rückfall angesichts eigener emotionaler Beteiligung einen Verlust von Sicherheit und auch Transparenz bedeuten können. Es stellt für alle Beteiligten eine Überforderung dar, wenn konkrete Maßnahmen zum therapeutischen Umgang mit dem Rückfall erst im Moment der Krise entwickelt werden müssen (vgl. Lindenmeyer, 2009, in: Margraf & Schneider, S. 740).

Deshalb wird bereits zu Beginn der Betreuung die Möglichkeit eines Rückfalls mit dem Klienten besprochen und es werden konkrete Vereinbarungen für diesen Fall getroffen. Eine disziplinarische Entlassung erfolgt nicht wegen eines Rückfalls, sondern als Entlassungsparameter gilt die jeweilige Form des Umgangs mit dem Rückfall durch den Betroffenen. Um den notwendigen Rückfallschutz der Mitbewohner nicht zu gefährden, ein durchgehend suchstoffreies Wohnsetting zu gewährleisten und um den klaren abstinenten Rahmen der Maßnahme zu erhalten, werden solche Klienten, die Suchtstoffe in die Wohnung bringen, ein Suchtmitteldepot in der WG angelegt haben, dort Suchtmittel konsumieren oder sich im intoxikierten Zustand in der WG aufhalten, grundsätzlich im Sinne der Hausordnung entlassen, da sie einen groben Regelverstoß begangen haben. Des Weiteren dürfen keine Vertuschungsversuche und kein Verleugnen des Rückfalls erkennbar sein. Wenn jedoch keine Abstinenzmotivation besteht und vielmehr versucht wird, den Konsum im Rahmen der Betreuung heimlich fortzusetzen, so erscheint der Begriff „Rückfall“ eher unangemessen. Aus Sicht des Klienten wäre dann besser von einer „Panne“ zu sprechen, weil er die Kontrollstrategien nicht erfolgreich genug unterlaufen hat (vgl. Schalast, 2000). Eine sofortige Entgiftungsbehandlung nach einem Rückfall ist die Regel, allerdings mit Ausnahmen, z. B. im Falle alleinigen Konsums von THC oder des Konsums einer geringen Menge Alkohol bei Klienten mit einer anderen Schwerpunktdiagnose. Dies wird durch eine Urinkontrolle bzw. Atemluftmessung durch die Mitarbeiter festgestellt. Hintergrund für dieses Vorgehen ist, dass die Entgiftungsstationen sehr

oft Klienten mit dieser Problematik nicht aufnehmen. Eine Entgiftungsbehandlung ist oft Voraussetzung für eine Weiterführung der Betreuung, in den genannten Fällen muss jedoch toleriert werden, dass sie angesichts der skizzierten Lage nicht durchführbar ist.

Folgende Maßnahmen werden im BGW-Sucht im Rahmen des Rückfallmanagements angewandt:

Schutz der Einrichtung durch Time-out und schriftlichen Rückfallsicherungsvertrag: Ein Time-out für den Klienten soll dazu dienen, den suchtmittelfreien Rahmen der Einrichtung zu gewährleisten. Dadurch entsteht die Möglichkeit, Abstand zu gewinnen, die Sachlage zu sondieren, zu analysieren und über die weitere Verfahrensweise zu entscheiden. Der Klient muss sofort die WG verlassen und die Schlüssel abgeben. Ein Rückfallsicherungsvertrag, der schon vor der Aufnahme erstellt wird, beinhaltet die Maßnahmen für eine eventuelle Rückfallsituation als Notfallset. Darin ist fixiert, wo sich der Klient während des Time-outs in Form einer Krisenunterbringung bis zur eventuellen Entgiftungsbehandlung bzw. Wiederaufnahme in die Nachsorge aufhalten kann (z. B. Familie, Freunde). Während des Time-outs ist der Kontakt zur Einrichtung (durch Termine und Erreichbarkeiten) verbindlich aufrechtzuerhalten. Über die weitere Vorgehensweise wird in dieser Zeit durch das Team entschieden. Dabei werden u. a. der Schweregrad des Rückfalls (Dauer des Konsums, offener oder verdeckter Rückfall), die Präferenzdroge und der Ort des Rückfalls berücksichtigt.

Verfassen eines schriftlichen Rückfallberichtes: Der Rückfallbericht soll dazu dienen, dass der Klient sein Verhalten und seine Gefühle vor-, während und nach dem Rückfall noch einmal für sich reflektiert. Auf dieser Grundlage kann eine Rückfallanalyse (vorzugsweise in der ambulanten Suchtnachsorge) erstellt werden, damit die Vorboten eines Rückfalls in der Zukunft klarer zu erkennen sind.

Einzelgespräche über den Rückfall: Einzelgespräche werden mit dem Betreuer im Sinne einer Sensibilisierung für Rückfallrisiken und deren Bewältigung und somit als Prophylaxemaßnahme durchgeführt. Die jeweils auslösenden Situationen werden thematisiert und notwendige Handlungsschritte, Auflagen und Absprachen zur zukünftigen Vermeidung erarbeitet. Wichtig ist es hierbei, den Klienten zu einem handlungsorientierten Denken zu motivieren und keine „Versprechenskultur“ zu etablieren. Ziel soll es sein, Ideen zu entwickeln, wie der Klient mit den gleichen situativen Faktoren das nächste Mal erfolgreich umgehen kann.

Der Rückfall wird in der Wohngruppe offen und wiederholt besprochen: Die mit dem Betreuer getroffenen Auflagen und Absprachen teilt der Klient in der WG mit. Dies dient dazu, die Mitbewohner für die Situation nach der Wiederaufnahme zu sensibilisieren und eine höhere Aufmerksamkeit bezüglich problematischer Verhaltensweisen – z. B. Rückzug, Wegbleiben über Nacht ohne vorherige Absprache etc. – zu erreichen.

Beantragung bzw. Durchführung einer ambulanten Suchtnachsorge: Viele Klienten geben an, nach der stationären Therapie keine andere Therapieform mehr zu benötigen. Nach einem Rückfall kann der betroffene Klient diese Einstellung jedoch noch einmal korrigieren, da er selbst erlebt hat, dass möglicherweise doch noch therapeutische Interventionen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges notwendig sind.

Anregung des Besuchs von Selbsthilfegruppen: Das übergreifende Ziel solcher Maßnahmen ist es, dass der Klient sich in der Gemeinschaft und im Austausch mit Gleichbetroffenen selbst hilft. Suchtselbsthilfe ist ein niedrighschwelliges, lebensnahes, alltagsorientiertes und langfristig begleitendes Unterstützungssystem für Suchtkranke und deren Angehörige zur Überwindung der Sucht. Sie wird vor, während und nach der Rehabilitation aktiv. Die Erfahrung „Ich helfe mir selbst, indem ich auch anderen helfe“ motiviert und trägt nachweislich zu einer langfristig stabilen Abstinenz bei (vgl. Vortrag der DRV Bund, DHS-Fachkonferenz SUCHT 2015).

Schaffung einer Tagesstruktur: Viele rückfällige Klienten haben noch kein berufliches oder schulisches Ziel und damit oft noch keine Form der Tagesstruktur gefunden. Nach kurzer Zeit tritt oft Langeweile ein, die ein auslösender Faktor für einen Rückfall sein kann. Daher wird der zeitnahe Beginn einer abstinentzgestützten beruflichen Eingliederungsmaßnahme als verbindliche Auflage vom Klienten gefordert bzw. alternative Strukturen zur beruflichen Eingliederung werden einbezogen (z. B. Tannenhofschule, ADV-Tischlerei).

Unregelmäßige Urinkontrollen: Dieses Vorgehen hat eine Kontrollfunktion und wird nach einem Rückfall mehrere Wochen in unregelmäßigen Abständen konstant durchgeführt. Es hat für viele Klienten eine abschreckende Wirkung im Hinblick auf einen erneuten Konsum.

Zusammenarbeit mit der ambulanten Suchtnachsorge: Falls der rückfällige Klient schon eine ambulante Suchtnachsorge absolviert, ist es wichtig, dass beide Einrichtungen sich über den Klienten austauschen, um Rückfällen vorbeugen oder einen zurückliegenden Rückfall besprechen zu können. Die jeweiligen Eindrücke des Therapeuten, des Betreuers und des Lebensumfeldes, z. B. der Mitbewohner, können so reflektiert werden. Ein schriftliches Einverständnis des Klienten ist für den Austausch zwischen den unterschiedlichen Akteuren notwendig.

Anpassung des Hilfeplans: Der Hilfeplan wird bei einem Rückfall angepasst und die vorgenommenen Interventionen und ihre Durchführung aufgezeigt. Dadurch wird gleichzeitig im Sinne der Herstellung von Transparenz der Kostenträger über den Rückfall informiert. In der wöchentlich stattfindenden Teamsitzung oder in der monatlich stattfindenden Supervision wird jeder Rückfall besprochen und es wird erarbeitet, welche Konsequenzen individuell außerdem noch sinnvoll sein können.

1.6 Ambulante Suchtnachsorge (SNS)

Durch effektive Nachsorgearbeit können Rückfallgefahren minimiert werden. Es handelt sich hierbei gleichzeitig um Vorsorge bzw. Sekundärprävention. Nachsorge ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation und ist bei Abhängigkeitserkrankungen angesichts der mit ihnen einhergehenden komplexen Beeinträchtigungen von besonderer Bedeutung. Bedeutsam für den Nichtantritt einer Nachsorgebehandlung sind bei vielen Klienten motivationsbedingte Aspekte:

- Klienten, die ihre stationäre Behandlung aus unterschiedlichen Gründen subjektiv als „anstrengend“ empfunden haben, zeigen eine gewisse Therapiemüdigkeit;
- Klienten, die bei sich einen geringen Behandlungsbedarf sehen, erleben eine Fortsetzung der Behandlung durch die Nachsorge als „Kränkung“;
- Klienten, die die Entwöhnungsbehandlung aktiv und motiviert für sich nutzen konnten und sich bei Entlassung emotional stabil und selbstbewusst fühlen sowie beruflich und sozial integriert sind, entwickeln oft erst in einer belastenden Situation einen weiteren Behandlungsbedarf (vgl. Haller, V. 2011).

1.6.1 Definition der SNS

Die Nachsorge folgt den Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells der funktionalen Gesundheit der WHO, wie sie in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) niedergelegt sind.

Die Nachsorge kommt in Betracht, wenn der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe nicht ausreicht und eine ambulante Psychotherapie (§ 28 SGB V) nicht indiziert oder nicht ausreichend ist. Mit dem „Gemeinsamen Rahmenkonzept zur Suchtnachsorge“ vom 31.10.2012 ist eine Abgrenzung zwischen Ambulanter Reha Sucht (ARS) und ambulanter Nachsorge vorgenommen worden (vgl. Gemeinsames Rahmenkonzept der DRV vom 31. Oktober 2012).

Während bei Beginn einer ambulanten Rehabilitation das Rehaziel noch nicht erreicht ist, dient die ambulante Nachsorge der Sicherung und Festigung der in der medizinischen Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen. Im Zentrum der ambulanten Nachsorge stehen demzufolge die Unterstützung in Krisensituationen, die Verhinderung von Rückfällen, die Aufrechterhaltung der Abstinenz und damit der Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Die Nachsorge ist nicht auf eine spezielle drogenassoziierte Erkrankung bezogen, sondern dient der weitergehenden Stabilisierung des Drogenabhängigen hinsichtlich seiner Suchterkrankung, der Abstinenzmotivation, seiner sozialen und beruflichen Integration, der psychischen Stabilität und der Rückfallprävention.

In einem Zeitraum von sechs Monaten sind bis zu 20 Gesprächseinheiten für die Betroffenen sowie bis zu zwei Gesprächseinheiten für Bezugspersonen möglich. Bei den Leistungen der ambulanten Nachsorge handelt es sich um psychosoziale – keine (psycho)therapeutischen – Gespräche in anerkannten psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke. Diese können als Einzel- oder Gruppengespräche durchgeführt werden. Die ambulante Nachsorge stellt keine medizinische Rehabilitation im eigentlichen Sinne dar, sondern ist ein unterstützendes Angebot, das vom Rentenversicherungsträger und den Krankenkassen finanziert wird und als Weiterbetreuung nach einer abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlung konzipiert ist (vgl. Gemeinsames Rahmenkonzept der DRV vom 31. Oktober 2012).

Ziel der Nachsorge ist die dauerhafte Erhaltung und Festigung der Abstinenz. Dies wird insbesondere durch Unterstützung in Krisenfällen, Verhinderung von Rückfällen sowie durch die Erhaltung der Abstinenzmotivation und ggf. der Erwerbsfähigkeit erreicht. Wenn sie die Herausforderung des selbstständigen Lebens annehmen, wünschen sich viele Klienten weitere Unterstützung. In der ambulanten Nachsorge können sie die Themen und Sorgen besprechen, die sie aktuell bewegen. In Einzel- und Gruppengesprächen planen die Klienten gemeinsam ihre drogenfreie Alltagsbewältigung und erarbeiten Strategien für die Freizeitgestaltung. Die

Klienten werden dort angehalten, parallel zur Nachsorge und im Anschluss daran Selbsthilfegruppen zu besuchen.

Rechtsgrundlagen der Nachsorge sind die entsprechenden Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX. Leistungszuständig ist grundsätzlich der Träger, der die Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Hauptleistung) erbracht hat.

1.6.2 Abgrenzung zu anderen Rehabilitationsleistungen

Die Nachsorge grenzt sich auch von der Kombinationsleistung bzw. ambulanten Weiterbehandlung ab, die nach oder auch im Wechsel mit einer stationären Rehabilitation erfolgen können. Hierbei ist der therapeutische Prozess beim Wechsel der Leistungsart noch nicht abgeschlossen und wird ambulant fortgeführt. Ein Wechsel von ganztägig ambulanter oder stationärer zu ambulanter Rehabilitation ist möglich, wenn das Krankheitsbild ausreichend stabilisiert ist und Abstinenz im ambulanten Setting aufrechterhalten werden kann (vgl. Gemeinsames Rahmenkonzept der DRV vom 31. Oktober 2012).

Klienten mit Kombinationsleistungen werden etwa zu einem Drittel im BGW-Sucht betreut. Um der damit verbundenen Abgrenzung gerecht zu werden, werden in dieser Arbeit nur Klienten ohne Kombinationsleistungen untersucht.

1.7 Rahmenbedingungen der konkreten Forschungsarbeit

Die Erhebung der Daten im Rahmen des Forschungsprojekts ist auf der Grundlage von vorliegenden Klientenakten, des Dokumentationsprogramms C&S und der Trägerstatistiken, die für das Forschungsprojekt vom Träger zur Nutzung freigegeben wurden, erfolgt. Die statistische Auswertung der Stichprobe wurde mithilfe der Statistiksoftware R durchgeführt. Zur grafischen Darstellung wurde Microsoft Excel verwendet.

1.8 Fragestellung und Erkenntnisinteresse der Arbeit

Vor dem Hintergrund der konkreten Tätigkeit in der Praxis im BGW-Sucht stellt sich die Arbeit grundsätzlich die Frage, welche Faktoren wirken, um das Rückfallrisiko, die Rückfallhäufigkeit, die Rückfalldauer und die Rückfallschwere zu minimieren. Wie können die Haltequote erhöht und die Abbruchraten reduziert werden?

In einem ersten Schritt werden beide Gruppen der Stichprobe – Klienten mit ambulanter Suchtnachsorge (SNS) und solche ohne ambulante Suchtnachsorge (Non-SNS) – hinsichtlich ihrer demografischen Rahmendaten, der Suchtanamnese und der Betreuungsdaten verglichen, um signifikante Unterschiede zu erkennen. Schließlich gilt es die Frage zu beantworten, ob sich die Rückfallhäufigkeiten und Abbruchwahrscheinlichkeiten in den beiden Gruppen unterscheiden.

2. Methode

2.1 Erste Hypothese – Rückfallhäufigkeiten

- a. Die Rückfallhäufigkeit der Klienten, die parallel zum BGW-Sucht eine SNS absolvieren, ist im Betreuungsverlauf geringer als von Klienten ohne SNS.
- b. Gegenhypothese: Denkbar ist, dass sich keine Unterschiede bei der Rückfallhäufigkeit ergeben.

2.2 Zweite Hypothese – Abbruchrate

- a. Klienten mit einer SNS könnten eine geringere Abbruchrate und weniger disziplinarische Entlassungen aufgrund von Rückfällen aufweisen.
- b. Gegenhypothese: Klienten ohne SNS weisen eine ähnliche Häufigkeit auf, aufgrund von Rückfällen vorzeitig die Betreuung abubrechen bzw. aus disziplinarischen Gründen entlassen zu werden.

2.3 Operationalisierung

Als unabhängige Variable dient die Aufteilung der Klienten in eine Gruppe, die eine SNS absolviert hat, und eine Gruppe, die keine SNS absolviert hat (Non-SNS-Gruppe, Kontrollgruppe). Untersucht werden die Rückfallhäufigkeiten in den Zeiträumen t_1 (innerhalb der ersten 3 Monate), t_2 (zwischen 3 und 6 Monaten) und t_3 (zwischen 6 und 9 Monaten) sowie t_G (während des gesamten Betreuungszeitraumes). Um eventuelle abweichende Einflussgrößen feststellen zu können, wurde in Bezug auf die Klienten ein Datensatz in Anlehnung an den „Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe“ (DHS 2010) erhoben und andere relevante Daten vom Autor hinzugefügt, sodass folgende Items vorliegen: Basisdaten, Drogenprofil, Betreuungsdaten, Rückfallgeschehen, Art der Beendigung BGW-Sucht.

2.4 Beschreibung der Stichprobe

Als Stichprobe dienen insgesamt 100 Klienten, die den Betreuungsdurchlauf ab dem Jahr 2013 im Segment BGW-Sucht der ADV gGmbH begonnen und bis zum Stichtag 31.03.2017 beendet haben, mit einer Mindestverweildauer von drei Monaten. Davon haben 50 Teilnehmer eine SNS angefangen bzw. absolviert und 50 Teilnehmer keine SNS angefangen bzw. absolviert (Non-SNS).

Im gesamten Umfang des mir zur Verfügung stehenden Archivs waren genau 50 Klienten auffindbar, die der SNS-Gruppe zuzuordnen sind (darunter 10 Frauen). Die Mindestverweildauer von drei Monaten haben von diesen Klienten 50 erfüllt. Aus dem weitaus größeren Umfang an Non-SNS-Klienten wurden weitere 50 zufällig gewählt, wobei darauf geachtet wurde, dass ebenfalls 10 Frauen vorhanden sind. Insgesamt wurden in den oben genannten Zeitraum 196 Klienten (28 Frauen und 168 Männer) im BGW- Sucht betreut.

2.5 Untersuchungsmethode

Berechnet wurde die Signifikanz der möglichen Häufigkeitsunterschiede mittels exakten Chi-Quadrat-Tests (exakter Test nach Fisher). Es handelt sich dabei um einen Signifikanztest auf Unabhängigkeit in Kontingenztafeln. Außerdem wurde überprüft, ob sich beide Klientengruppen hinsichtlich anderer Variablen signifikant unterscheiden. Bei der Gegenüberstellung der beiden Gruppen in Kapitel 6 und 7 wurde als Entscheidungskriterium festgesetzt, dass eine Prozentpunktedifferenz von 10 zwischen den absoluten Häufigkeiten beider Gruppen vorliegen muss, um eine Aussage darüber treffen zu können, ob sie sich hinsichtlich der betrachteten Variable unterscheiden. Weiter wurde in diesen beiden Kapiteln eine Minimalanforderung an die Ausprägung der absoluten Häufigkeiten von $n = 5$ bei mindestens einer Gruppe erstellt, um in die Diskussion über die entsprechende Hypothese aufgenommen zu werden. Darüber hinaus wurde beim Anwenden des exakten Chi-Quadrat-Tests in Kapitel 3 bis 5 und 6.7 ein p-Wert von 0,05 festgesetzt, um eine Entscheidung über mögliche signifikante Unterschiede bzgl. der betrachteten Variable zu treffen. Für $p < 0,05$ gelten die Unterschied als signifikant.

Die im Folgenden präsentierten Daten wurden den Anamnesebögen entnommen, die bei den Vorgesprächen vor dem Einzug in das BGW-Sucht von den Klienten ausgefüllt werden, den Klientenakten, den Trägerstatistiken und dem Dokumentationsprogramm C&S.

3. Vergleich Basisdaten

■ SNS ■ Non-SNS

3.1 Geschlechterverteilung

Innerhalb der Stichprobe gibt es ein klares Übergewicht an männlichen Klienten. In den beiden Gruppen sind jeweils 20 % Frauen und 80 % Männer vertreten.

Damit zeigt sich, dass der durchschnittliche Frauenanteil im BGW-Sucht identisch ist mit dem in der FVS-Katamnese von Fachkliniken für Drogenrehabilitation vom Fachverband Sucht angegebenen Durchschnitt in stationären Drogenrehabilitationseinrichtungen (vgl. FVS, 2016, S. 21; Basis ist der Entlassungsjahrgang 2013).

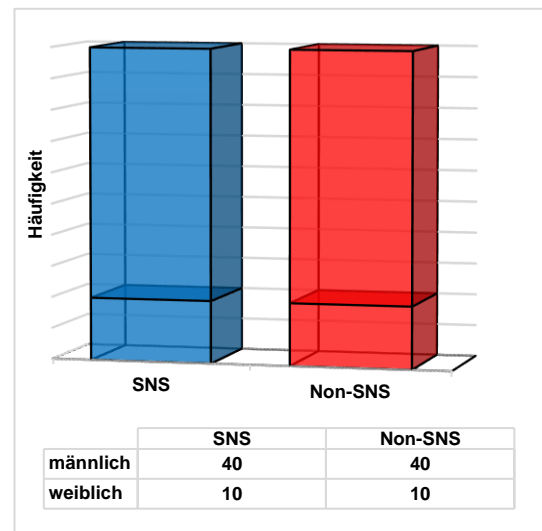


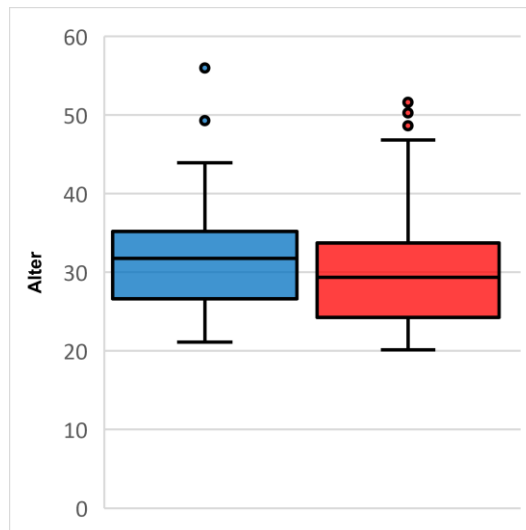
Abbildung 3.1: Geschlechterverteilung

Zwischen den beiden Gruppen sind aufgrund der Aufteilung keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Geschlechterverteilung nachweisbar ($p = 1,000$).

3.2 Alter bei Betreuungsbeginn BGW-Sucht

	var	mean	median	sd	min	max	N
SNS	Alter Betreuungsbeginn	32,1	31,8	7,4	21,1	56	50
Non-SNS	Alter Betreuungsbeginn	30,6	29,3	8	20,1	51,6	50

Tabelle 3.1: Boxplotdaten Alter bei Betreuungsbeginn BGW-Sucht



Die Altersstruktur der Stichprobe ist gemischt. Der jüngste Teilnehmer in der Gruppe mit SNS war bei Aufnahme 21,1 Jahre und der älteste 56 Jahre alt. Der Median liegt bei 31,8 Jahren. In der Kontrollgruppe waren der jüngste Teilnehmer 20,1 und der älteste 51,5 Jahre. Der Median liegt bei 29,3 Jahren. Somit ist eine ausreichend große Spannweite der unterschiedlichen Altersbereiche abgedeckt.

Abbildung 3.2: Boxplot Alter bei Betreuungsbeginn BGW-Sucht

Alter bei Betreuungsbeginn	SNS	Non-SNS
20-30 Jahre	21	27
30-40 Jahre	23	17
40-50 Jahre	5	4
50-60 Jahre	1	2

Tabelle 3.2: Alter bei Betreuungsbeginn BGW-Sucht aufgeteilt in Klassen

Um mögliche signifikante Unterschiede mittels Chi-Quadrat-Test feststellen zu können, wurden die Klienten in Altersgruppen aufgeteilt. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,570$).

3.3 Familienstand

Auffällig ist, dass mit 86 % der überwiegende Teil der Klienten in der Gruppe mit SNS ledig ist, ähnlich in der Kontrollgruppe mit 90 %. Verheiratet und getrennt lebend sind lediglich 4 % in der SNS- und 2 % in der Non-SNS-Gruppe. Geschieden sind in der Gruppe mit SNS 10 % und in der Kontrollgruppe 8 %. Zwischen den beiden Gruppen sind keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. des Familienstandes nachweisbar ($p = 0,803$).

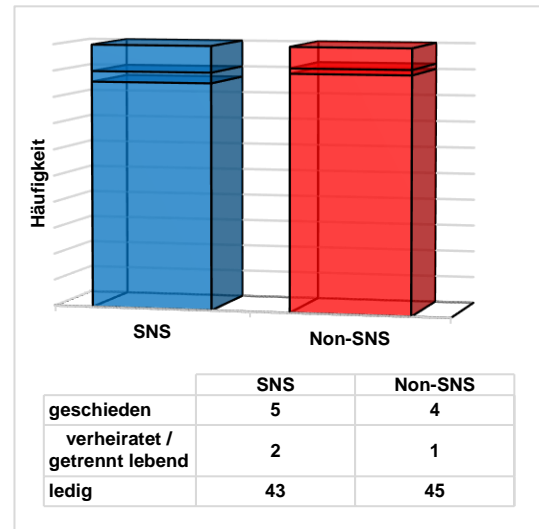
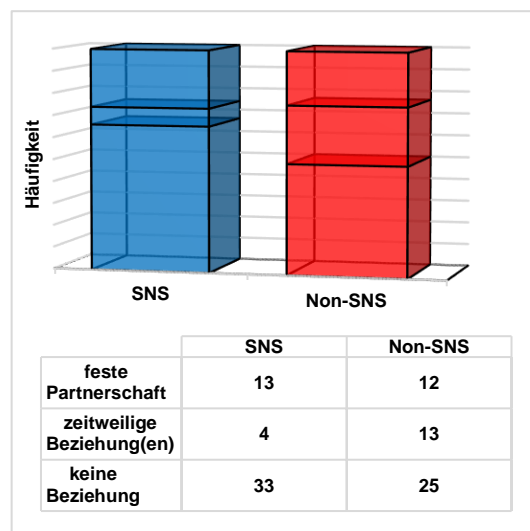


Abbildung 3.3: Verteilung Familienstand

3.4 Partnerschaft



Der überwiegende Teil der Gruppe mit SNS hatte keine Partnerschaft (66 %), ähnlich der Kontrollgruppe (50 %). Zeitweilige Beziehungen zu haben, gaben in der Gruppe mit SNS 8 % der Klienten an; in der Kontrollgruppe waren es 26 %. Feste Beziehungen haben in der Gruppe mit SNS 26 % und in der Non-SNS-Gruppe 24 %. Zwischen den beiden Gruppen sind keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Partnerbeziehungen nachweisbar ($p = 0,059$).

Abbildung 3.4: Verteilung Partnerschaft

3.5 Eigene Kinder

Keine Kinder hatten in der Gruppe mit SNS 72 %. Genau gleich war die Anzahl in der Non-SNS-Gruppe. Ein Kind hatten in der Gruppe mit SNS 18 % und in der Kontrollgruppe 12 %. Zwei Kinder hatten in der Gruppe mit SNS 8 % und in der Kontrollgruppe 12 %. In der Gruppe mit SNS hatte kein Klient drei Kinder, in der Non-SNS-Gruppe 2 %. Vier Kinder hatten in der Gruppe mit SNS 2 % und in der Non-SNS-Gruppe ebenfalls 2 %. Zwischen den beiden Gruppen sind keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Anzahl der Kinder nachweisbar ($p = 0,811$).

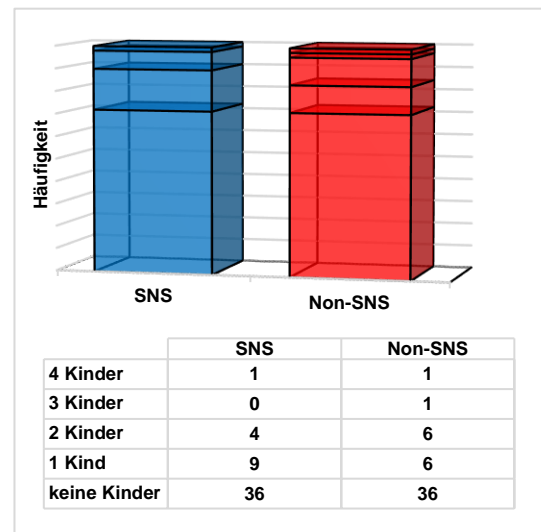


Abbildung 3.5: Verteilung Anzahl Kinder

3.6 Haftaufenthalte

Hierunter werden sämtliche Haftaufenthalte in der Lebensgeschichte verstanden. Hinsichtlich der Länge der Haftzeit und des Grundes der Inhaftierung liegen keine Daten vor.

In der Gruppe mit SNS haben 72 % noch keine Hafterfahrungen. In der Kontrollgruppe waren es 66 %. Mindestens einen Haftaufenthalt hatten in der Gruppe mit SNS 28 % der Klienten und in der Kontrollgruppe 34 %. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Haftaufenthalte ($p = 0,527$).

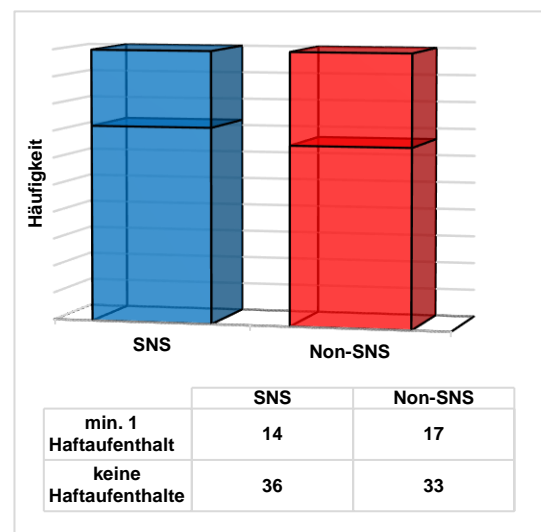
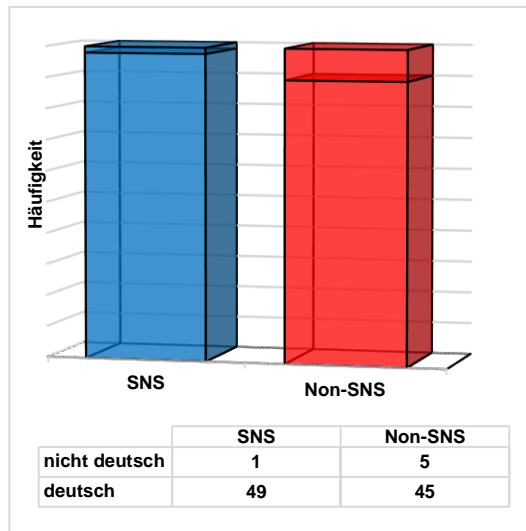


Abbildung 3.6: Verteilung Haftaufenthalte

3.7 Staatsangehörigkeit



98 % der Klienten der Stichprobe mit SNS haben die deutsche Staatsangehörigkeit. In der Non-SNS-Gruppe haben 90 % die deutsche Staatsangehörigkeit. Zwischen den beiden Gruppen sind keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Staatsangehörigkeit nachweisbar ($p = 0,312$).

Abbildung 3.7: Verteilung Staatsangehörigkeit

3.8 Migrationshintergrund

Klienten, die nicht in Deutschland geboren sind, wurden in die Gruppe „mit Migrationshintergrund“ eingestuft. In der Gruppe mit SNS hat nur 1 Klient einen Migrationshintergrund (2 %). In der Gruppe der Non-SNS haben 12 % einen Migrationshintergrund. Zwischen den beiden Gruppen sind keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. des Migrationshintergrundes nachweisbar ($p = 0,112$). Somit bedarf es keiner weiteren Betrachtung von Staatsangehörigkeit oder evtl. vorhandenem Migrationshintergrund.

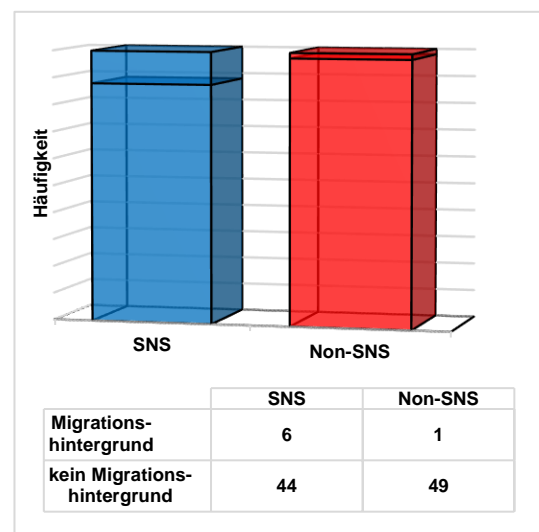


Abbildung 3.8: Verteilung Migrationshintergrund

3.9 Höchster allgemeinbildender Schulabschluss

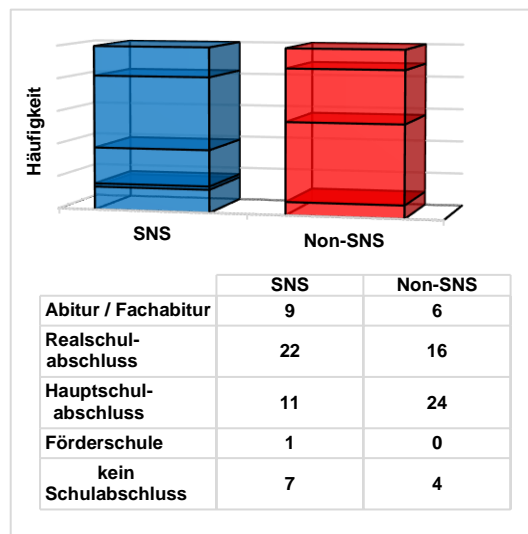


Abbildung 3.9: Verteilung Schulabschlüsse

In der Gruppe mit SNS haben 14 % und in der Kontrollgruppe 8 % keinen Schulabschluss erreichen können. Einen Hauptschulabschluss hatten in der Gruppe mit SNS 22 % und in der Kontrollgruppe 48 %. Den Realschulabschluss absolvierten in der Gruppe mit SNS 44 % und in der Kontrollgruppe 32 %. Das Abitur bzw. Fachabitur haben in der Gruppe mit SNS 18 % und in der Non-SNS-Gruppe 12 % erreicht. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Schulbildung ($p = 0,066$).

3.10 Höchster Ausbildungsabschluss

In der Gruppe mit SNS hat die Hälfte der Klienten keine Berufsausbildung; in der Kontrollgruppe sind es 58 %. Eine abgeschlossene Berufsausbildung konnten in der Gruppe mit SNS 46 % vorweisen und in der Non-SNS-Gruppe 42%. Ein abgeschlossenes Studium hatte in der gesamten Stichprobe nur ein Klient in der Gruppe mit SNS. Eine Meisterprüfung hatte ebenfalls nur ein Klient in der Gruppe mit SNS. Insgesamt hatten also 54 % der Stichprobe keinen Berufsabschluss. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der beruflichen Ausbildung ($p = 0,613$).

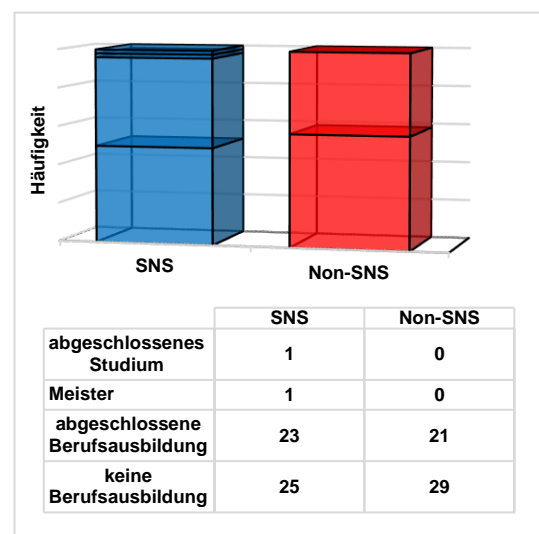


Abbildung 3.10: Verteilung Ausbildungsabschlüsse

3.11 Schuldensituation

Drogenabhängige Menschen haben vielfach hohe Schulden, die eine Folge der Sucht bzw. des mit ihr verbundenen Beschaffungszwangs sind. Die Regulierung der Schulden ist wesentliche Voraussetzung für die dauerhafte Stabilisierung der Klienten und ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Nach den aktuellen Jahresberichten der Marianne-von-Weizsäcker-Stiftung müssen ehemals Suchtkranke im Durchschnitt 12 000 € Schulden bei sieben verschiedenen Gläubigern abtragen (vgl. Marianne-von-Weizsäcker-Stiftung).

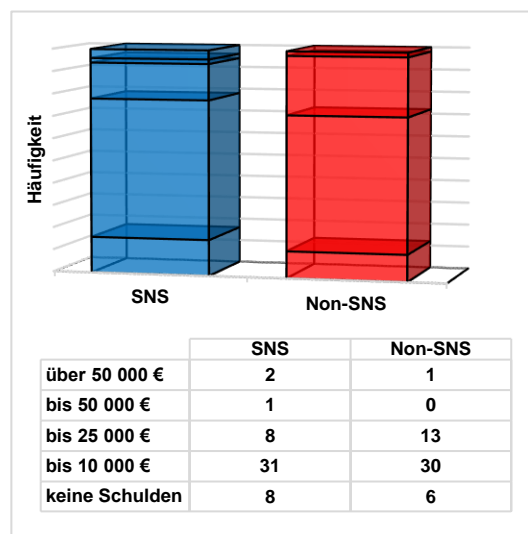


Abbildung 3.11: Verteilung Schulden

Die Studienpopulation wurde hinsichtlich ihrer Schuldensituation bei der Aufnahme ausgewertet. Schulden bis 10 000 € hatten 62 % der Klienten in der Gruppe mit SNS und 60 % der Kontrollgruppe. Mit bis zu 25 000 € waren 16 % der Klienten der SNS-Gruppe und 26 % der Non-SNS-Gruppe belastet. Schulden von bis zu 50 000 € wiesen in der Gruppe mit SNS 2 % der Klienten auf, in der Gruppe ohne SNS keiner. Über 50 000 € Schulden hatten 4 % der Klienten in der Gruppe mit SNS und 2 % in der Gruppe ohne SNS. Schuldenfrei waren 16 % in der Gruppe mit SNS und 12 % ohne SNS.

Die Teilgruppe der Schuldner machte somit 86 % der Gesamtstichprobe aus. Zwischen den beiden Gruppen sind keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Schuldensituation nachweisbar ($p = 0,096$).

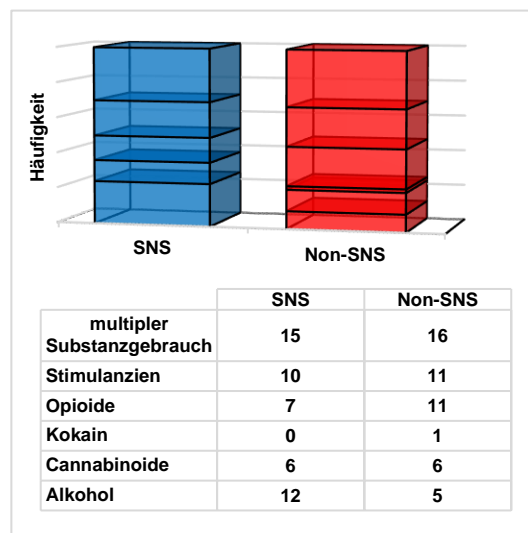
4. Vergleich Drogenprofil

■ SNS ■ Non-SNS

4.1 Präferenzdroge und multipler Substanzgebrauch

Im BGW-Sucht werden analog zu den Fachkliniken nur Klienten mit einer Abhängigkeit von legalen und illegalen Suchtmitteln (in substanzspezifischer und polytoxikomaner Ausprägung) aufgenommen. Auf die Angabe von Diagnosen nach ICD-10 wird hier verzichtet, da meistens nur die Selbstauskunft der Klienten im Rahmen des Anamnesebogens vorlag. Nikotin wurde nicht berücksichtigt, da Angaben hierzu in den allermeisten Fällen nicht erfolgten. Eine Abhängigkeit von Medikamenten kam in der Stichprobe nicht vor.

In dieser Arbeit wird das Manual des Deutschen Kerndatensatzes zugrunde gelegt. Multipler Substanzgebrauch (analog zum Deutschen Kerndatensatz) wird nur als Hauptdiagnose angenommen, wenn im Anamnesebogen in der Kategorie Drogenanamnese Polytoxikomanie oder mindestens drei konsumierte Substanzen angegeben wurden. Durch die Forderung des Konsums von mindestens drei statt zwei Substanzen soll verhindert werden, dass eine inflationäre Dokumentation von Klienten mit Polytoxikomanie erfolgt, da bei der Vorgabe von zwei Substanzen im Grunde bereits eine tabak- und eine weitere substanzbezogene Diagnose zur Kodierung einer Polytoxikomanie führen könnten (vgl. Manual Deutscher Kerndatensatz).



Neben den weniger aussagekräftigen Polytoxikomanien sind Stimulanzien, Opioide und Alkohol die am häufigsten angegebenen Präferenzdrogen. Obwohl sich die angegebene Hauptdroge Alkohol mit 17 % nur auf der dritten Position der Gesamtanzahl aller erhobenen Daten befindet, ist hier besonders beachtenswert, dass sich unter den hiervon Betroffenen über zwei Drittel der Klienten in der SNS-Gruppe befinden. Bei der Betrachtung von Stimulanzien und Opioiden sind weitaus geringere Unterschiede feststellbar. Sedativa und Halluzinogene sind in beiden Gruppen nicht

Abbildung 4.1: Verteilung multipler Substanzgebrauch/Präferenzdroge

als Präferenzdrogen benannt worden. In Bezug auf multiplen Substanzgebrauch unterscheidet sich die Gruppe mit SNS von der Non-SNS-Gruppe um lediglich 2 Prozentpunkte. Zwischen den beiden Gruppen sind keine statistisch signifikanten Unterschiede ($p = 0,439$) bzgl. der Verteilung der Hauptdiagnose festzustellen.

4.2 Beikonsum

Hier wird der Konsum weiterer Substanzen neben der Präferenzdroge dargestellt. Dem Manual zum Deutschen Kerndatensatz folgend darf in der Dokumentation nur eine Hauptdiagnose angegeben werden. Vor diesem Hintergrund werden im Anamnesebogen die konsumierten Substanzen abgefragt und die Frage nach der Hauptdroge wird separat gestellt. Was nicht als Hauptdroge aufgeführt ist, gilt als Beikonsum, obwohl es sich in vielen Fällen eher um eine weitere Hauptdiagnose handelt. Die Problematik der Erhebungsmethodik im Hinblick auf Präferenzdroge und Beikonsum ist auch unter weiteren Gesichtspunkten relevant, wie aus folgender Anregung einer DBDD-Fachtagung hervorgeht: „Wir regen an, die systemimmanente Fokussierung auf Hauptdiagnosen in der Darstellung des Kerntabellensatzes zumindest teilweise zu erweitern auf eine Darstellung nach konsumierten Einzelsubstanzen: gerade auch in der Darstellung der Suchthilfearbeit für die Politik würde der tatsächliche Stellenwert einzelner Substanzen dadurch deutlich verändert“ (vgl. Beitrag zur DBDD-Fachtagung Der Deutsche Kerndatensatz (KDS) – Bestandsaufnahme und Perspektiven am 28.01.2014 in Frankfurt/Main).

Klienten mit Beikonsum sind in beiden Gruppen in der Überzahl. Lediglich 12 % in der SNS-Gruppe und 2 % in der Non-SNS-Gruppe waren ohne Beikonsum. Statistisch signifikante Unterschiede sind hier nicht zu finden ($p = 0,112$).

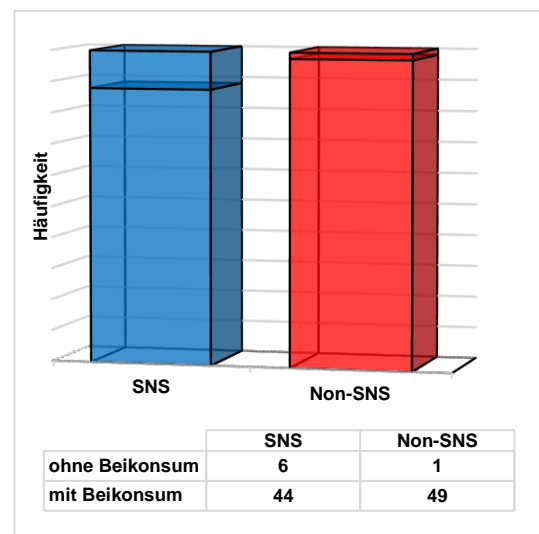
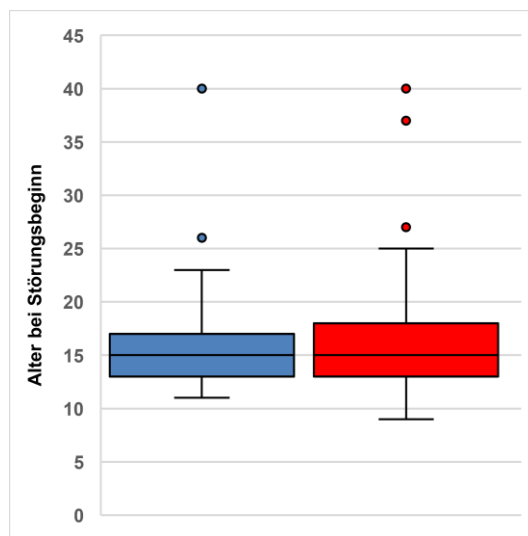


Abbildung 4.2: Verteilung Beikonsum

4.3 Alter bei Störungsbeginn – Präferenzdroge



Der Boxplot gibt einen Überblick zum Erstkonsumalter für die in der Anamnese angegebene Präferenzdroge. Bei Klienten mit multiplem Substanzgebrauch wurde das Alter bei der Ersteinnahme der nach eigenen Angaben relevantesten Substanz verwendet. Der Median ist in beiden Gruppen gleich. Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum der Präferenzdroge liegt in der Gruppe mit SNS mit knapp 15,9 Jahren 7 Monate unter dem der Kontrollgruppe (16,6 Jahre).

Abbildung 4.3: Boxplot Alter bei Störungsbeginn – Präferenzdroge

	var	mean	median	sd	min	max	N
SNS	Alter Störungsbeginn	15.9	15	4.7	11	40	50
Non-	Alter Störungsbeginn	16.6	15	6	9	40	50

Tabelle 4.1: Boxplotdaten Alter bei Störungsbeginn – Präferenzdroge

Alter bei Störungsbeginn - Präferenzdroge	SNS	Non-SNS
10-15 Jahre	28	31
15-20 Jahre	17	11
Älter als 20 Jahre	5	8

Tabelle 4.2: Alter bei Störungsbeginn – Präferenzdroge aufgeteilt in Klassen

Auch hier wurden, um auf signifikante Unterschiede zu überprüfen, die Klienten in Klassen aufgeteilt. Es wurden keine signifikanten Abweichungen festgestellt ($p = 0,737$).

4.4 Psychische Erkrankungen

Im BGW-Sucht werden analog zu den Fachkliniken auch Klienten aufgenommen, die neben ihrer Suchtmittelabhängigkeit weitere psychiatrische Diagnosen aufweisen. Im Anamnesebogen gibt es die Möglichkeit, diese unter der Rubrik „gesundheitliche Situation“ bei „sonstigen Krankheiten“ aufzuführen. In dieser Arbeit wird auf die Angabe des ICD-Codes verzichtet, da meist nur die Selbstauskunft vonseiten der Klienten vorliegt. Die Begrifflichkeit „Doppeldiagnose“, das gemeinsame Auftreten eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen und mindestens einer anderen psychischen Störung (vgl. Moggi & Donati, 2004), wird aus diesen Gründen nicht verwendet. Die Entlassungsberichte der Fachkliniken, die diese Diagnosen bestätigen könnten, liegen in der Regel nicht vor und werden nur gelegentlich von den Mitarbeitern des BGW-Sucht angefordert.

Von den insgesamt 100 Klienten der Stichprobe hatten 39 % eigenen Angaben zufolge noch mindestens eine komorbide Störung im Bereich psychischer Erkrankungen. Unter Depressionen litten in der Gruppe mit SNS 24 % und in der Kontrollgruppe 26 %. Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hatten in der Gruppe mit SNS 6 %, in der Kontrollgruppe gab es keine. Dass sie eine Psychose haben, gaben in der Gruppe mit SNS 12 % und in der Non-SNS-Gruppe 4 % an. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. einer psychischen Erkrankung ($p = 0,241$).

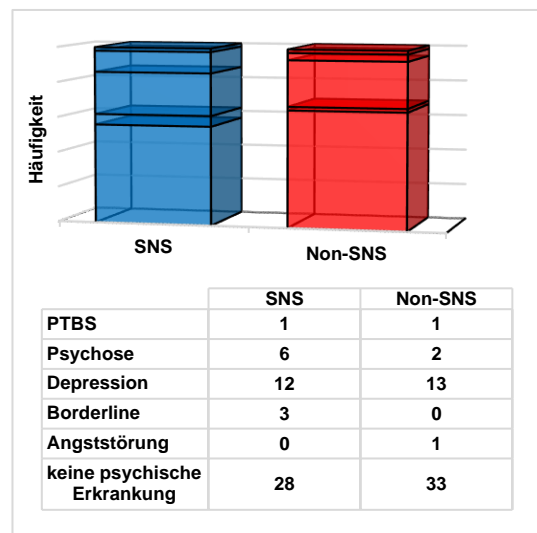
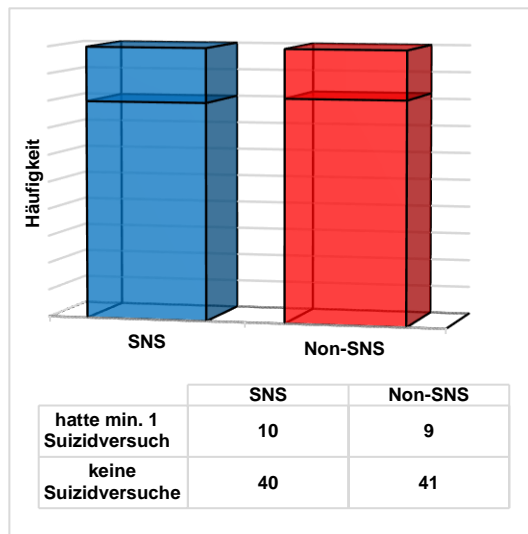


Abbildung 4.4: Verteilung psychischer Erkrankungen

4.5 Suizidversuche in der Lebensgeschichte



In der Gruppe mit SNS gaben 80 % der Klienten an, noch nie einen Suizidversuch unternommen zu haben. In der Kontrollgruppe waren es 82 %. Mindestens einen Suizidversuch gaben in der SNS-Gruppe 20 % an, in der Kontrollgruppe 18 %. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Suizidversuche in der Vorgeschichte ($p = 0,806$).

Abbildung 4.5: Verteilung Anzahl Suizidversuche

4.6 Somatische chronische Erkrankungen

Hier wird ebenfalls auf die Angabe des ICD-Codes verzichtet, da nur die Selbstauskunft der Klienten vorliegt.

Somatische chronische Erkrankungen waren in der gesamten Stichprobe recht selten. In der Gruppe mit SNS gaben 92 % an, keine chronischen Krankheiten zu haben. In der Kontrollgruppe waren es 90 %. Hepatitis C hatten in der Gruppe mit SNS 4 % und in der Non-SNS-Gruppe 8 % der Klienten. Unter Epilepsie litt in den beiden Gruppen nur jeweils ein Klient. Eine HIV-Erkrankung wurde nur einmal in der Gruppe mit SNS angegeben. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. somatisch chronischer Erkrankungen ($p = 1,000$).

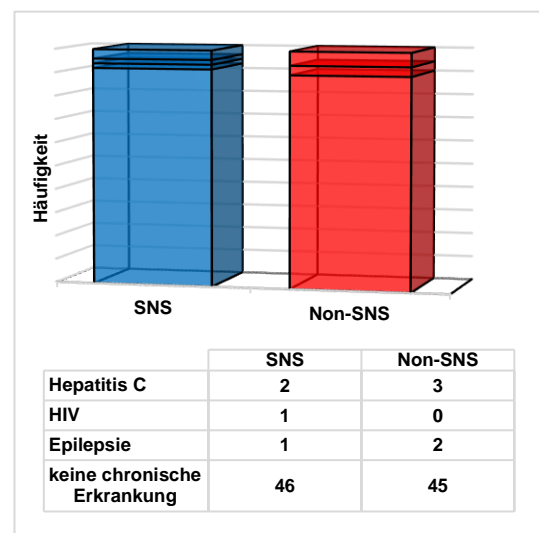
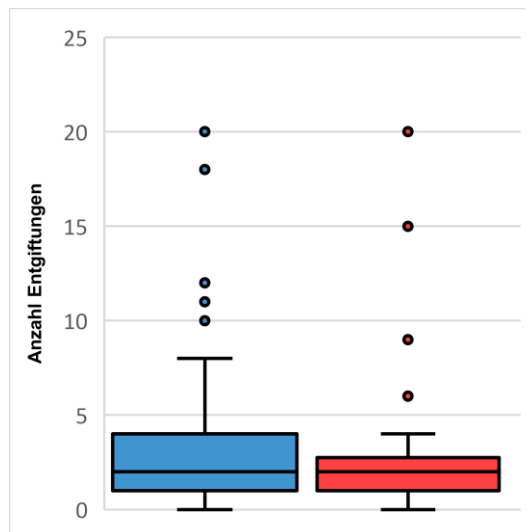


Abbildung 4.6: Verteilung somatische chronische Erkrankungen

4.7 Stationäre Entgiftungen

	var	mean	median	sd	min	max	N
SNS	Stationäre Entgiftungen	3,8	2	4,3	0	20	50
Non-SNS	Stationäre Entgiftungen	2,4	2	3,6	0	20	50

Tabelle 4.3: Boxplotdaten Anzahl stationärer Entgiftungen



Der Boxplot gibt Auskunft über die angegebene Zahl der stationären Entgiftungsbehandlungen vor der Aufnahme. In beiden Gruppen sind der Median und das Maximum gleich.

Abbildung 4.7: Boxplot Anzahl stationärer Entgiftungen

Anzahl stationärer Entgiftungen	SNS	Non-SNS
0	3	9
1	16	15
2	8	13
3	7	6
4	5	3
Mehr als 4	12	4

Tabelle 4.4: Anzahl stationärer Entgiftungen aufgeteilt in Klassen

Nach der Aufteilung in Klassen liefert der exakte Chi-Quadrat-Test keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Anzahl stationärer Entgiftungen ($p = 0,119$).

4.8 Stationäre Entwöhnungsbehandlungen (med. Rehabilitation)

	var	Mean	median	sd	min	max	N
SNS	Stationäre Entwöhnungen	1,6	1	0,8	1	4	50
Non-	Stationäre Entwöhnungen	1,5	1	0,7	1	4	50

Tabelle 4.5: Boxplotdaten Anzahl stationärer Entwöhnungen

Der Boxplot gibt Auskunft über die Anzahl der absolvierten stationären Entwöhnungsbehandlungen vor der Aufnahme. In beiden Gruppen sind der Mittelwert und das Maximum gleich verteilt.

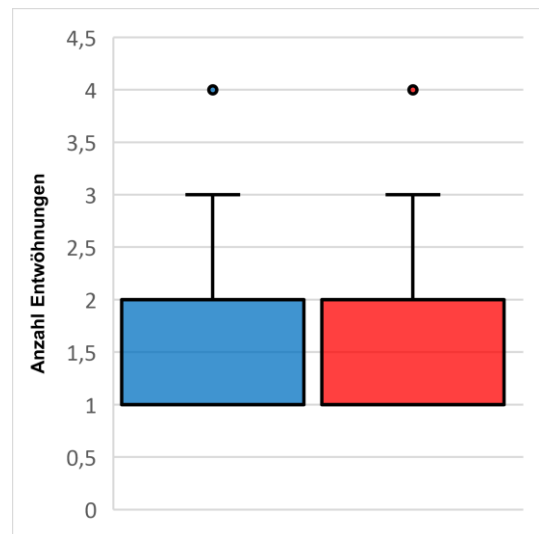


Abbildung 4.8: Boxplot Anzahl stationärer Entwöhnungen

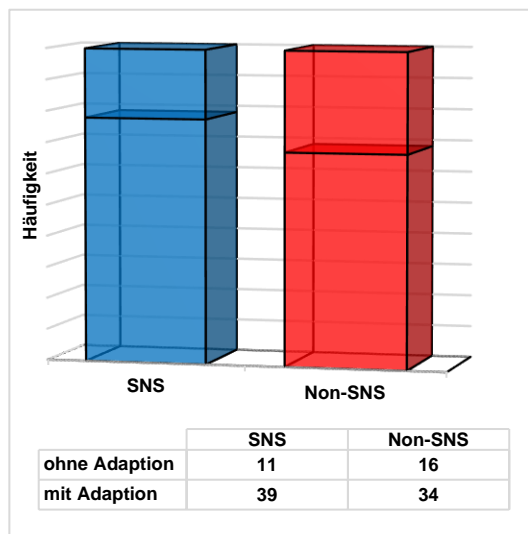
Anzahl stationärer Entwöhnungsbehandlungen	SNS	Non-SNS
1	29	33
2	14	12
3	6	4
4	1	1

Tabelle 4.6: Anzahl stationärer Entwöhnungen aufgeteilt in Klassen

Nach der Aufteilung in Klassen liefert der exakte Chi-Quadrat-Test keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Anzahl stationärer Entwöhnungsbehandlungen ($p = 0,856$).

4.9 Adaptionsbehandlungen

Die Adaptionsbehandlung wurde konzipiert für eine spezifische Zielgruppe unter den suchtkranken Rehabilitanden, die besonders belastet ist (keine Arbeit, keine Wohnung, kein funktionierendes soziales Umfeld) und für die die normale Behandlungsdauer in der Entwöhnung nicht ausreicht (vgl. BUSS – Bundesverband für stationäre Suchtrankenhilfe e. V., 2016). Im Regelfall schließt die Adaptionsbehandlung unmittelbar an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung an.



Der überwiegende Teil der Klienten in der Gruppe mit SNS hat mindestens eine Adaptionsbehandlung absolviert (78 %). In der Non-SNS-Gruppe waren es 68 %. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Anzahl der Adaptionsbehandlungen ($p = 0,674$).

Abbildung 4.9: Verteilung Adaptionsbehandlungen

4.10 Auflagen nach § 35 BtMG

Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, daß er die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurück-stellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist (vgl. § 35, Abs. 1 BtMG).

Die Rechtsprechung ermöglicht im Rahmen der im Gesetz benannten der „Rehabilitation dienenden Behandlung“ unterschiedliche Therapieformen, so vor allem psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen, die sowohl stationär, teilstationär oder auch ambulant durchgeführt werden können (vgl. Zurhold et al. 2013, 32).

In der Gruppe mit SNS hatten 8 % der Klienten Auflagen nach § 35 BtMG, ebenso wie in der Kontrollgruppe. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Auflagen nach § 35 BtMG ($p = 1,000$).

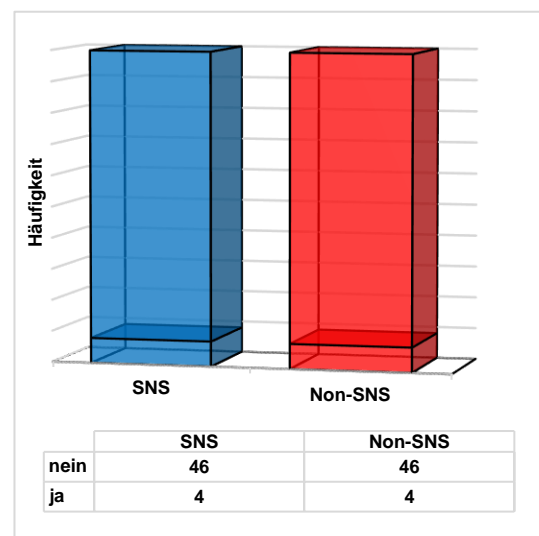


Abbildung 4.10: Verteilung Auflagen nach § 35 BtMG

5. Vergleich Betreuungsdaten

■ SNS ■ non-SNS

Die erhobenen Daten beziehen sich auf den Betreuungsverlauf im BGW-Sucht.

5.1 Aufenthaltsdauer BGW-Sucht

	var	mean	median	sd	min	max	N
SNS	Tage Betreuung	428.2	461	175.3	117	849	50
Non-SNS	Tage Betreuung	361.4	327	173.3	103	780	50

Tabelle 5.1: Boxplotdaten Tage in Betreuung

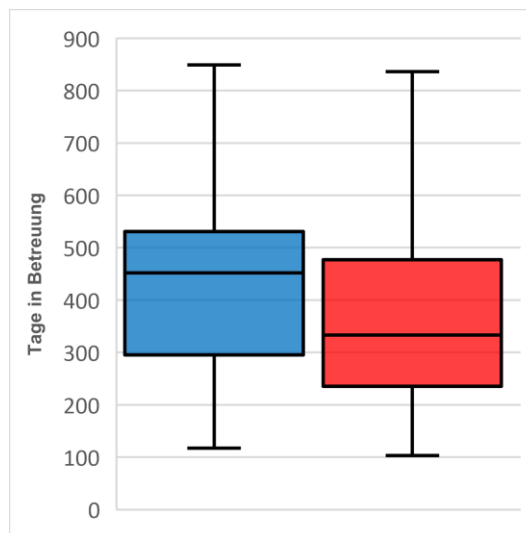


Abbildung 5.1: Boxplot Betreuungstage

Im Mittel wurden die Klienten der SNS-Gruppe 428 Tage betreut, die der Kontrollgruppe 361 Tage. Die Differenz der Medianwerte beträgt 134 Tage, das bedeutet, dass die Aufenthaltsdauer bei 50 % der SNS-Gruppe um diesen Zeitraum länger war als bei 50 % der Kontrollgruppe. Die Differenz der Mittelwerte verdeutlicht, dass die SNS-Klienten im Durchschnitt 66,8 Tage länger in Betreuung verblieben als die Non-SNS-Klienten. Ob diese Unterschiede in Abhängigkeit zu weiteren Gegebenheiten wie etwa Rückfällen oder Abbrüchen stehen, wird in Kapitel 6 bzw. 7 genauer betrachtet.

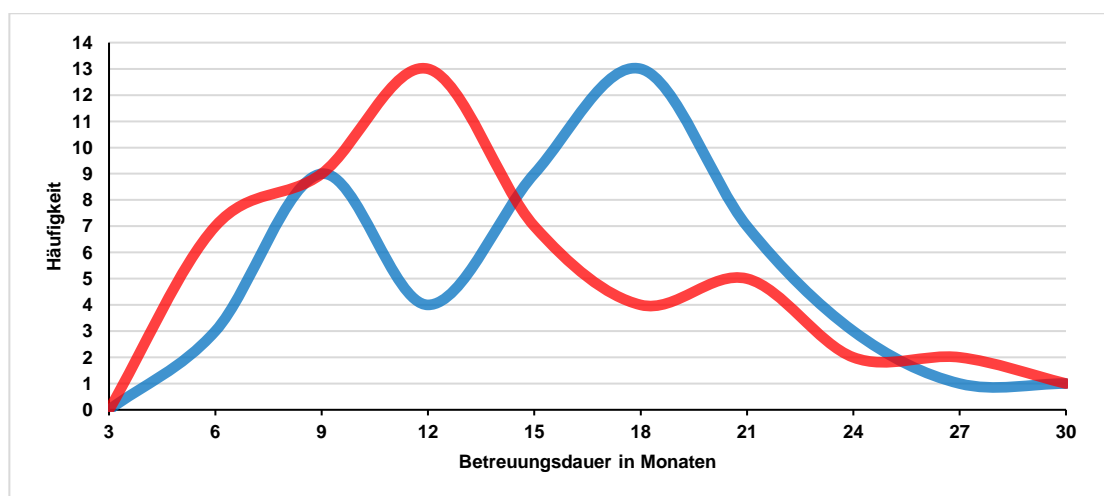


Abbildung 5.2: Verteilung Betreuungsdauer im BGW-Sucht

Diese Grafik verdeutlicht noch einmal die Aussage des Boxplots. Das Maximum der Häufigkeiten der Betreuungsdauer der SNS-Gruppe liegt 6 Monate hinter dem der Non-SNS-Gruppe (hier wird in 3-Monats-Intervalle aufgeteilt). Die Betreuung der mittleren 50 % der Kontrollgruppe endet teilweise noch innerhalb von t_3 (ohne Rücksicht auf die Art der Beendigung).

Betreuungsdauer in Tagen	SNS	Non-SNS
0 - 200 Tage	6	10
201 - 400 Tage	14	23
401 - 600 Tage	21	11
601 und mehr Tage	9	6

Tabelle 5.2: Verteilung Betreuungsdauer im BGW-Sucht aufgeteilt in Klassen

Nach Aufteilung in Klassen sind zwischen den beiden Gruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Betreuungsdauer nachweisbar ($p = 0,077$).

5.2 Schuldenregulierung

In der Gruppe mit SNS haben 10 % und in der Non-SNS-Gruppe 12% der Klienten noch nicht mit der Schuldenregulierung begonnen. In der Schuldenregulierung befanden sich in der Gruppe mit SNS 74 % und in der Non-SNS Gruppe 76 %. Zwischen den beiden Gruppen sind keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Schuldenregulierung nachweisbar ($p = 0,892$).

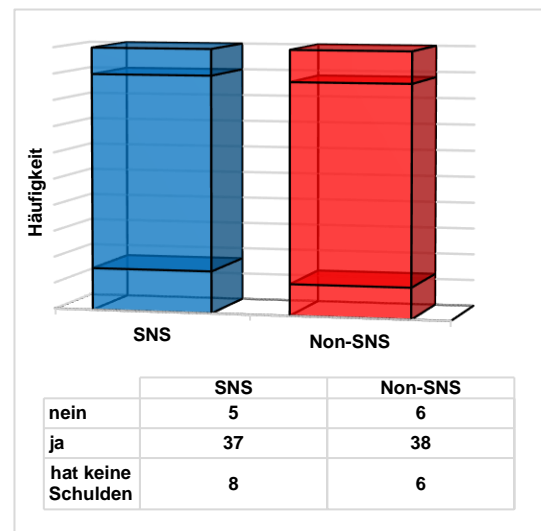


Abbildung 5.3: Verteilung Verschuldung

5.3 Tagesstruktur – Erwerbssituation

Arbeitslos nach SGB II waren in der Gruppe mit SNS 62 % und in der Kontrollgruppe 64 %. In der Gruppe mit SNS waren 18 % Auszubildende und 10 % Schüler. In der Non-SNS- Gruppe waren 18 % Auszubildende und 8 % Schüler. Berufstätig waren in der Gruppe mit SNS 10 % und in der Kontrollgruppe 8 %. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. der Erwerbssituation ($p = 0,959$).

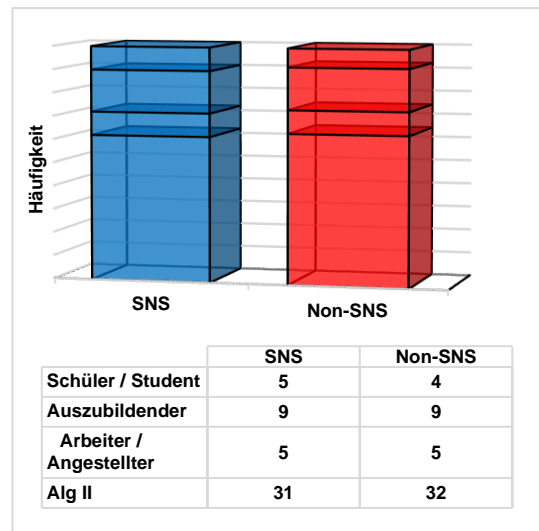


Abbildung 5.4: Verteilung Erwerbssituation

5.4 Tagesstruktur – zusätzliche Beschäftigung

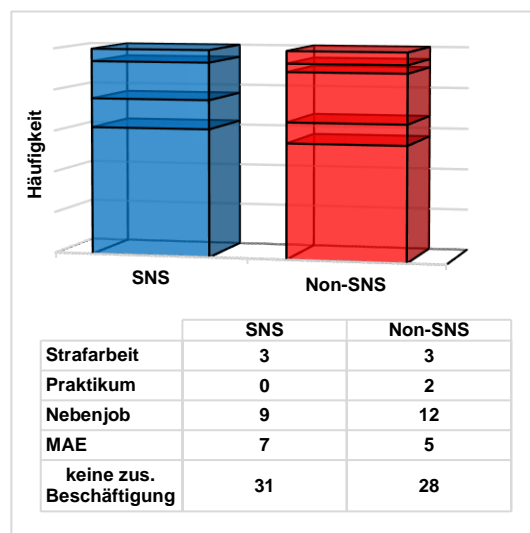
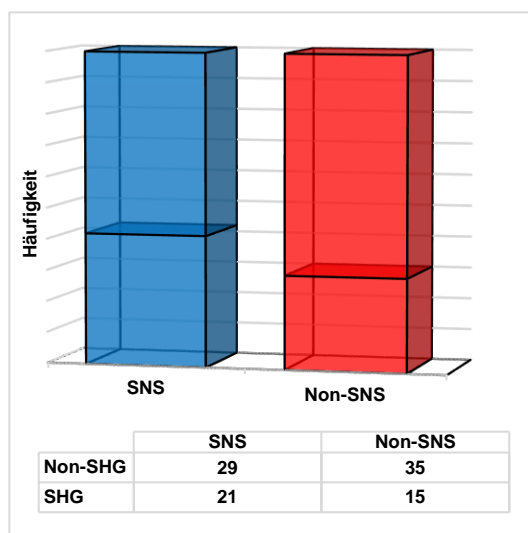


Abbildung 5.5: Verteilung Tagesstruktur – zusätzliche Beschäftigung

Keine zusätzliche Beschäftigung hatten in der Gruppe mit SNS 62 %. In der Kontrollgruppe waren es 56 %. Ihre gerichtlich auferlegte Strafarbeit leisteten in der Gruppe mit SNS 6 % und in der Kontrollgruppe ebenfalls 6 % ab. Eine MAE hatten in der Gruppe mit SNS 14 % und in der Non-SNS-Gruppe 10 % der Klienten. Einen Nebenjob hatten in der Gruppe mit SNS 18 %, in der Non-SNS Gruppe waren es 24 %. Ein Praktikum absolvierten nur in der Kontrollgruppe 4 %. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. einer zusätzlichen Beschäftigung ($p = 0,685$).

5.5 Besuch von Selbsthilfegruppen

Die Suchtselbsthilfe stellt neben den professionellen Beratungsstellen und dem Bereich der medizinischen und suchttherapeutischen Versorgung die dritte wesentliche Stütze dar, die sich vor allem mit der Nachsorge abhängigkeiterkrankter Menschen befasst. Allerdings wird Selbsthilfe im Suchtbereich auch vor und während der professionellen therapeutischen und medizinischen Hilfe in Anspruch genommen. Mit der ihr eigenen spezifischen Kompetenz, nämlich der „Betroffenenkompetenz“, bildet die Selbsthilfe einen eigenen Bereich innerhalb des Suchthilfesystems. Sie baut dabei, im Gegensatz zum professionellen Bereich der Suchtkrankenhilfe, im Kern auf der persönlichen Krankheits- und Genesungserfahrung von Abhängigen und deren Angehörigen auf (vgl. Haller, V., 2011). SHG sind für viele Klienten eine wichtige Unterstützung nach ihrer Entlassung aus dem stationären Setting. Während des Aufenthaltes im BGW-Sucht werden die Klienten angehalten, an solchen Gruppentreffen teilzunehmen.



In der Gruppe mit SNS haben 58 % der Klienten im Betreuungszeitraum keine SHG besucht. In der Kontrollgruppe waren es 70 %. Zusätzlich zur SNS haben 42 % der Klienten SHG besucht, in der Kontrollgruppe waren es nur 30 %. Ob die SHG regelmäßig besucht wurden, kann hier nicht beantwortet werden. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. des Besuchs von SHG ($p = 0,298$).

Abbildung 5.6: Verteilung Besuch SHG

6. Ergebnisse – Rückfallgeschehen

■ SNS ■ Non-SNS

6.1 Häufigkeiten in t_G

6.1.1 Gesamtheit der Rückfälle in t_G

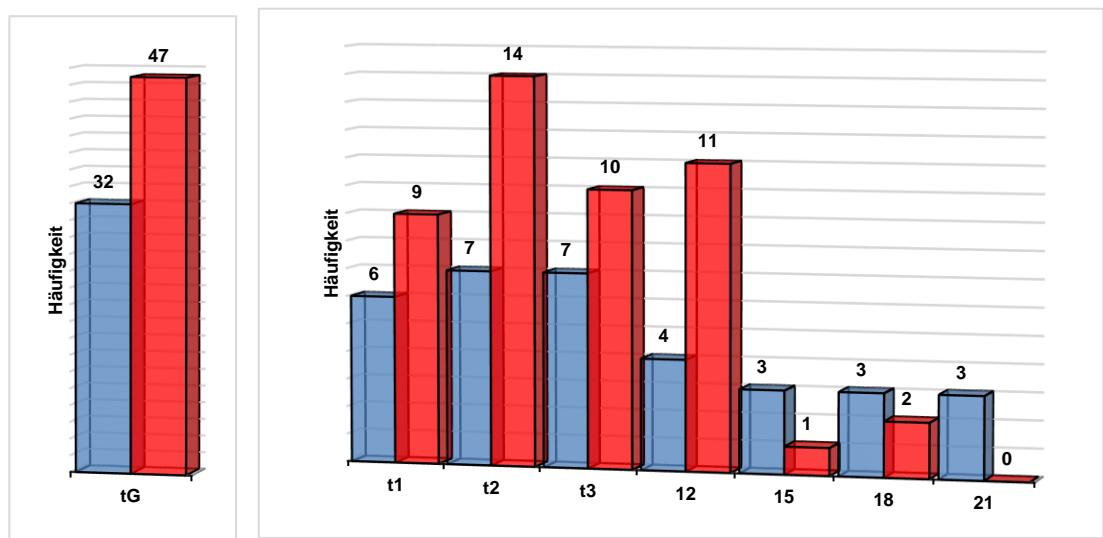
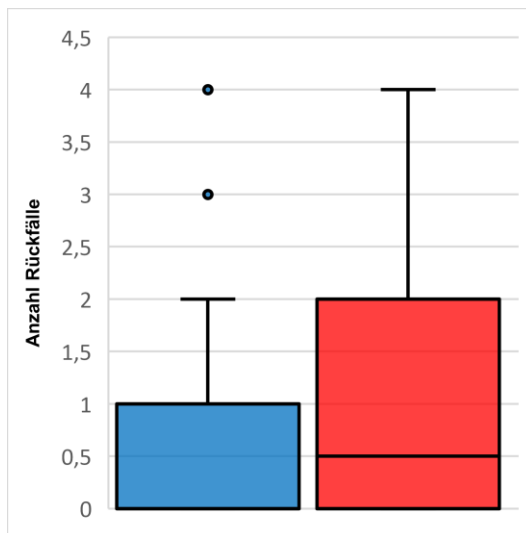


Abbildung 6.1: Verteilung Rückfälle im gesamten Betreuungszeitraum, aufgeteilt in 3-Monats-Intervalle

Insgesamt gab es im Betreuungszeitraum 79 Rückfälle in der Stichprobe. In der Kontrollgruppe waren es 59,5 % und in der Gruppe mit SNS 40,5 %, so ergibt sich eine Differenz von 19 Prozentpunkten. Der erste Rückfall fand nach 11 Tagen und der letzte nach 21 Monaten in der Betreuung statt. Innerhalb von t_1 bis t_3 fanden in der SNS-Gruppe 56,3 % der Rückfälle statt. In der Non-SNS-Gruppe waren es 70,2 %.

	var	mean	median	sd	min	max	N
SNS	Anzahl Rückfälle	0,7	0	1,1	0	4	50
Non-SNS	Anzahl Rückfälle	0,9	0,5	1,1	0	4	50

Tabelle 6.1: Boxplotdaten Anzahl Rückfälle



Der Boxplot gibt Auskunft über die Anzahl der Rückfälle pro Klient im gesamten Betreuungszeitraum.

Abbildung 6.2: Boxplot Anzahl Rückfälle

Anzahl Rückfälle	SNS	Non-SNS
0	32	25
1	8	10
2	7	9
3	2	5
4	1	1

Tabelle 6.2: Verteilung Anzahl Rückfälle

Das Vergleichen der Rückfallhäufigkeiten pro Klient zwischen SNS- und Non-SNS-Gruppe ergab keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,643$).

6.1.2 Verteilung konsumierter Substanzen

6.1.2.1 Präferenzdroge/Polytoxikomanie

Anzahl Rückfälle mit Präferenzdroge pro Klient	SNS	Non-SNS	N
1 Rückfall	1	6	7
2 Rückfälle	2	3	5
3 Rückfälle	1	2	3
4 Rückfälle	0	0	0

Tabelle 6.3: Anzahl Rückfälle in Verbindung mit der Präferenzdroge pro Klient

Anzahl Rückfälle ohne Präferenzdroge pro Klient	SNS	Non-SNS	N
1 Rückfall	4	5	9
2 Rückfälle	0	3	3
3 Rückfälle	0	0	0
4 Rückfälle	0	0	0

Tabelle 6.4: Anzahl Rückfälle ohne Verbindung mit der Präferenzdroge pro Klient

Anzahl Rückfälle von Polytoxikomanen pro Klient	SNS	Non-SNS	N
1 Rückfall	3	4	7
2 Rückfälle	5	2	7
3 Rückfälle	1	2	3
4 Rückfälle	1	1	2

Tabelle 6.5: Anzahl Rückfälle pro Klient unter den Polytoxikomanen

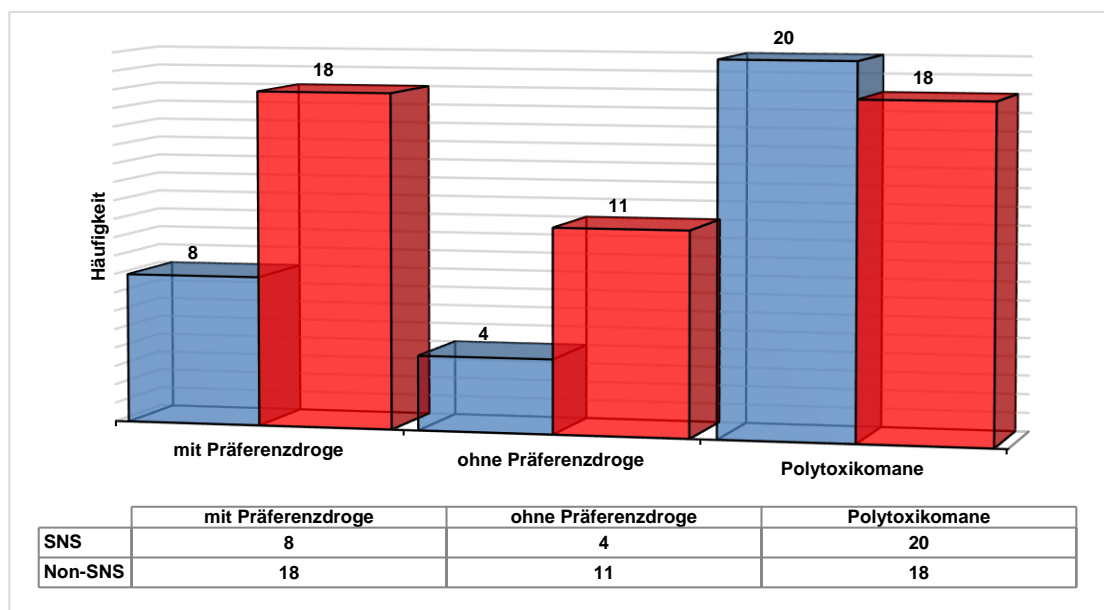


Abbildung 6.3: Verteilung Rückfälle in Verbindung mit der Präferenzdroge bzw. bei Polytoxikomanen

In der Gesamtheit fanden die meisten Rückfälle mit 48,1 % unter den Polytoxikomanen statt, außerdem 32,9 % in Verbindung mit einer angegebenen Präferenzdroge. Unter den Klienten, die nicht als Polytoxikomane eingegliedert wurden, standen in der SNS-Gruppe 66,7 % der Rückfälle in Verbindung mit dem Konsum der Präferenzdroge, in der Non-SNS-Gruppe 62,1 %.

6.1.2.2 Alkohol

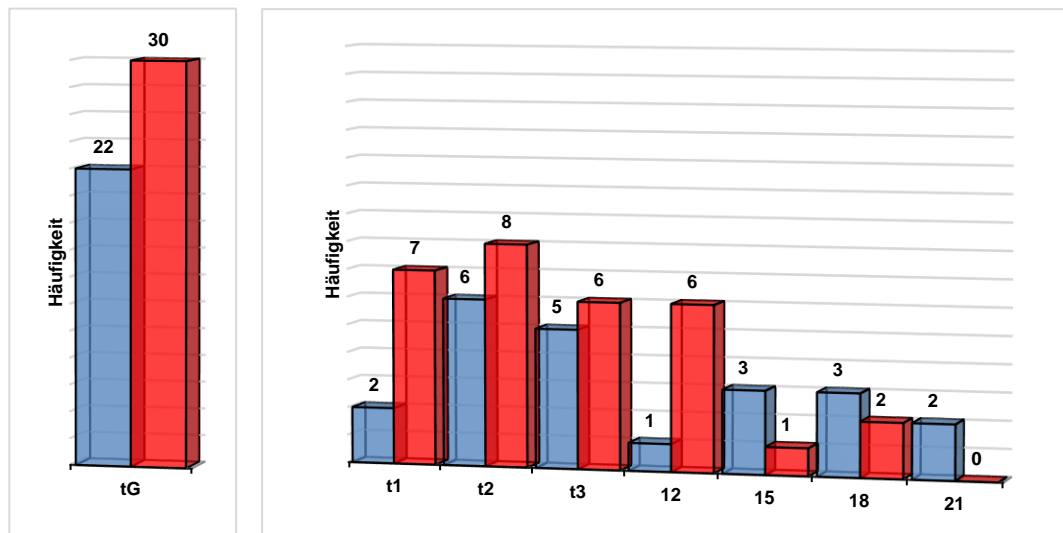


Abbildung 6.4: Verteilung konsumierten Alkohols im gesamten Betreuungszeitraum aufgeteilt in 3-Monats-Intervalle

In der Stichprobe standen 65,8 % der Rückfälle in Verbindung mit Alkohol. Damit ist Alkohol die Substanz, die im Rückfallgeschehen der Stichprobe am häufigsten genutzt wurde. Genauer betrachtet waren 3 von 12 Klienten, die Alkohol als Präferenzdroge angaben, in der Gruppe mit SNS rückfällig. In der Kontrollgruppe gaben 5 Klienten Alkohol als Präferenzdroge an, davon waren 4 damit rückfällig. Interessant ist es, bei einer so hohen Zahl an Konsumsituationen zu differenzieren, ob es sich um Rückfälle handelte, die ausschließlich mit Alkohol stattfanden, oder um Rückfälle in Verbindung mit weiteren Substanzen: In der SNS-Gruppe gab es 10 Rückfälle, bei denen ausschließlich Alkohol konsumiert wurde; 14 waren es in der Kontrollgruppe. Rückfälle mit Alkohol und weiteren Substanzen waren mit 12 in der Gruppe mit SNS und 16 in der Kontrollgruppe zu finden. Die Verteilung der Häufigkeiten der Konsumsituationen beider Gruppen zeigt in t_2 ihr Maximum.

6.1.2.3 Cannabinoide

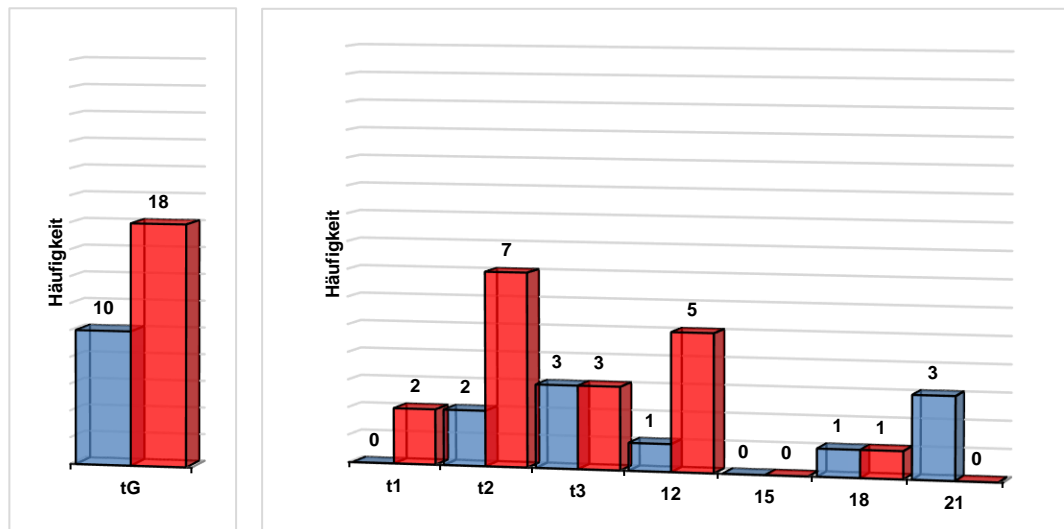


Abbildung 6.5: Verteilung konsumierter Cannabinoide im gesamten Betreuungszeitraum aufgeteilt in 3-Monats-Intervalle

Hinsichtlich der absoluten Häufigkeit der mit Cannabinoiden in Verbindung stehenden Rückfälle beträgt die Differenz zwischen SNS- und Kontrollgruppe 28,6 Prozentpunkte und es macht sich weiter ein Unterschied bei den Zeiträumen bemerkbar. Während die Gruppe mit SNS zu 50,0 % Cannabinoide innerhalb von t₁ bis t₃ einnahm, ist die Kontrollgruppe ausgeprägter innerhalb von t₁ bis t₃ vertreten, mit 66,7 %. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass Klienten mit SNS und Cannabinoiden als angegebener Hauptdiagnose (insgesamt 6) keine Rückfälle mit dieser Droge zu verzeichnen hatten, während es in der Kontrollgruppe 5 von insgesamt 6 waren.

6.1.2.4 Kokain

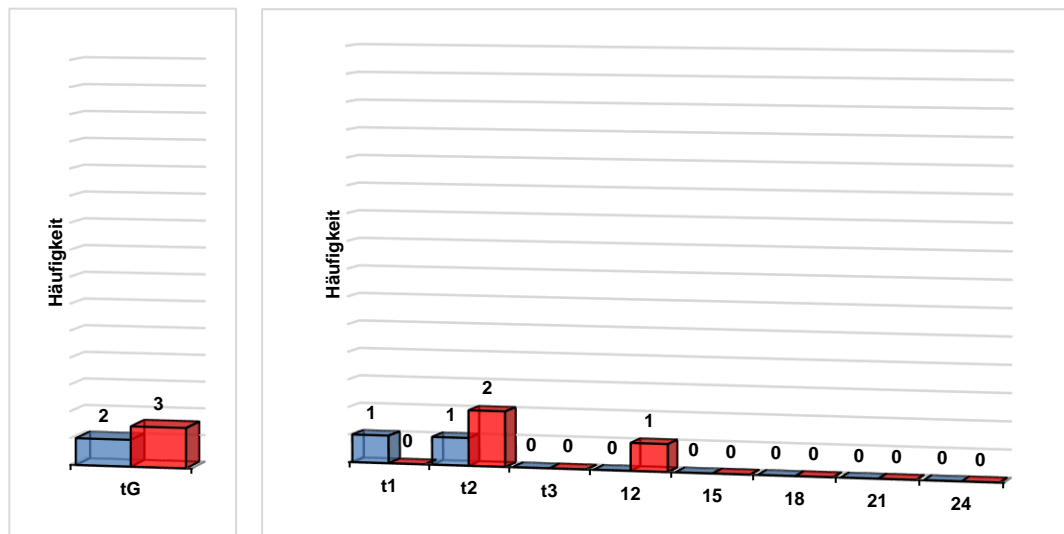


Abbildung 6.6: Verteilung konsumierten Kokains im gesamten Betreuungszeitraum aufgeteilt in 3-Monats-Intervalle

Mit Kokain in Verbindung stehende Rückfälle sind mit 2 in der Gruppe mit SNS und 3 in der Non-SNS-Gruppe in so geringer Anzahl vertreten, dass eine nähere Betrachtung entfällt.

6.1.2.5 Stimulanzen

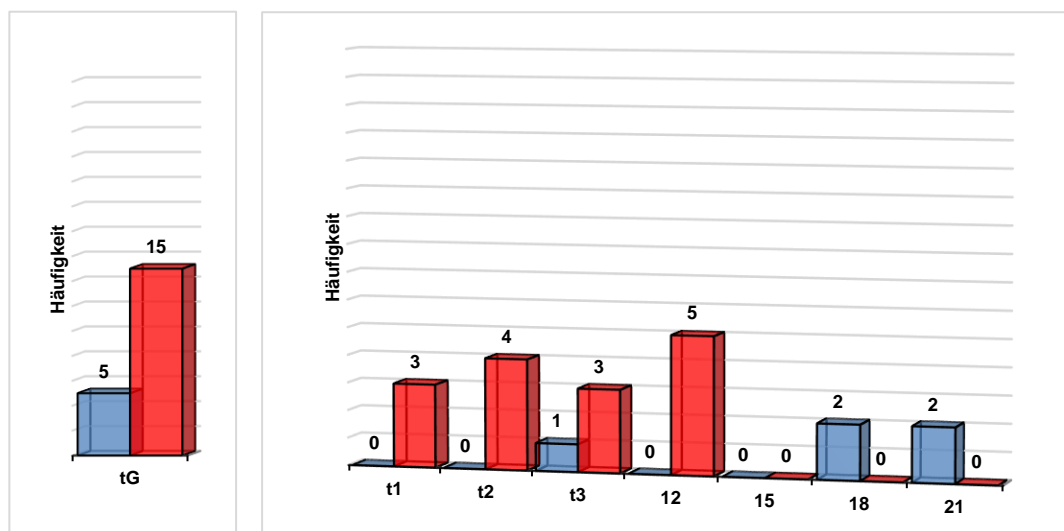


Abbildung 6.7: Verteilung konsumierter Stimulanzen im gesamten Betreuungszeitraum aufgeteilt in 3-Monats-Intervalle

Bei den Stimulanzen ergibt sich eine hohe Differenz bezüglich der Anzahl von Konsumsituationen. Obwohl mit 10 Klienten in der Gruppe mit SNS und 11 Klienten in der Kontrollgruppe ähnlich viele Klienten Stimulanzen als ihre Präferenzdroge bezeichneten, gab es in der Kontrollgruppe eine dreimal so hohe Anzahl an in Verbindung mit Stimulanzen stehenden

Rückfällen (15 vs. 5). Keiner der Klienten in der Gruppe mit SNS, der Stimulanzien als Präferenzdroge bezeichnete, wurde damit rückfällig. In der Kontrollgruppe wurden hingegen 5 mit ihrer angegebenen Präferenzdroge Stimulanzien rückfällig (45,5 %). Die mit dem Konsum von Stimulanzien in der Betreuungszeit in Verbindung stehenden Daten bilden die einzige Kategorie, in der ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Test- und Kontrollgruppe nachgewiesen wurde.

6.1.2.6 Opioide

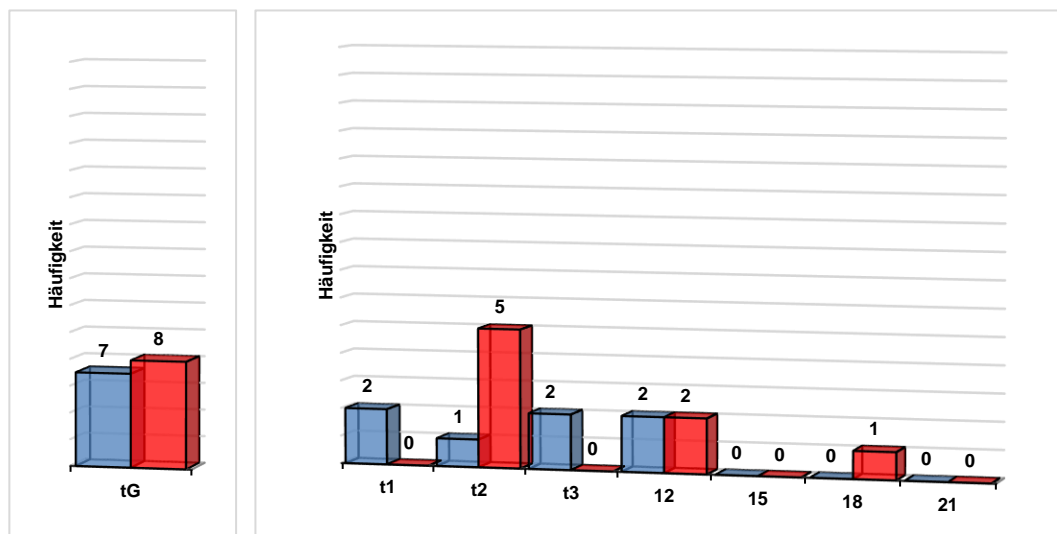
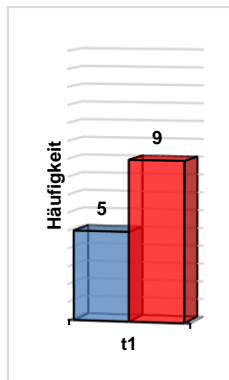


Abbildung 6.8: Verteilung konsumierter Opioide im gesamten Betreuungszeitraum aufgeteilt in 3-Monats-Intervalle

Bei der Verwendung von Opioiden im Rahmen von Rückfällen weisen die SNS- mit 7 Rückfällen und die Kontrollgruppe mit 8 ähnlich hohe Häufigkeiten über den gesamten Betreuungszeitraum auf, diese Werten entsprechen in der SNS-Gruppe 21,9 % der Rückfälle in t_G und in der Kontrollgruppe 17,0 %.

6.2 Häufigkeiten in t_1

6.2.1 Gesamtheit der Rückfälle in t_1



In den ersten drei Monaten der Betreuung fanden insgesamt 14 Rückfälle in der Stichprobe statt. Das waren 17,7 % aller Rückfälle im Betreuungszeitraum. Die Mehrheit liegt eindeutig bei der Non-SNS-Gruppe. Während hier 9 Rückfälle zu verzeichnen waren (64,3 % der t_1 -Rückfälle und 19,1 % aller Rückfälle der Kontrollgruppe), waren es in der SNS-Gruppe nur 5 (35,7 % der t_1 -Rückfälle und 15,6 % aller Rückfälle der SNS-Gruppe).

Abbildung 6.9: Häufigkeiten der Rückfälle in t_1

6.2.2 Verteilung konsumierter Substanzen in t_1

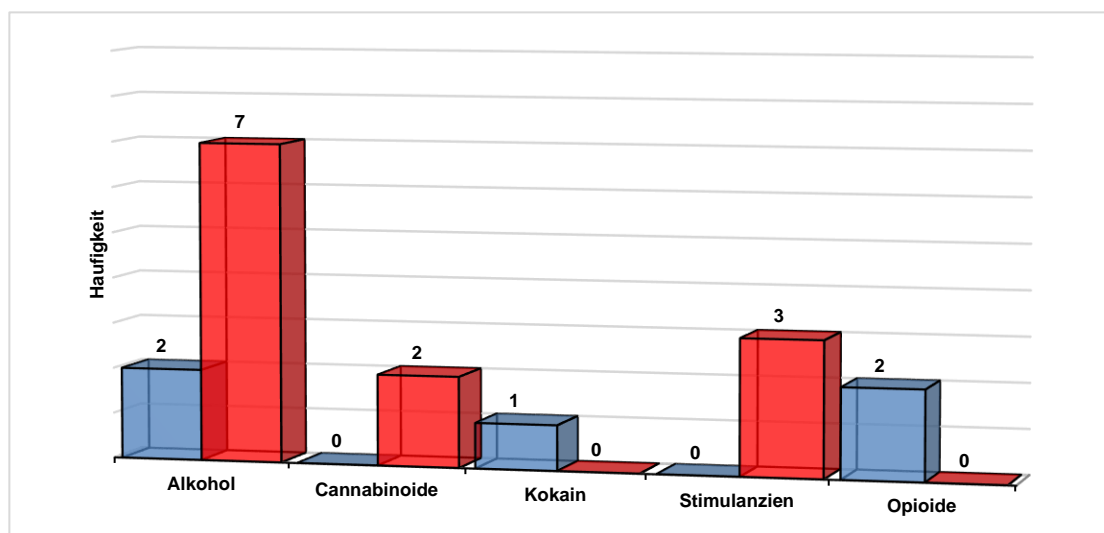
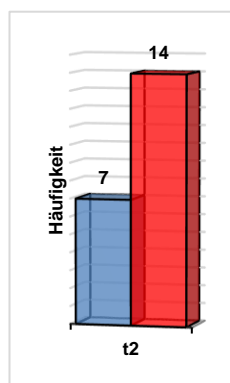


Abbildung 6.10: Häufigkeiten der Rückfälle in t_1 aufgeteilt nach Substanzen

- **Alkohol**
Insgesamt gab es in t_1 9 in Verbindung mit Alkohol stehende Rückfälle. Das sind mehr als die zusammengefassten Konsumsituationen aller anderen Substanzen in t_1 und 64,3 % der gesamten Rückfälle in diesem Zeitraum. Dabei hebt sich die Non-SNS-Gruppe mit 7 Rückfällen klar von der SNS-Gruppe mit 2 Rückfällen ab.
- **Cannabinoide**
Mit 2 Rückfällen in der Kontrollgruppe und keinem in der SNS-Gruppe sind dies zu vernachlässigende Werte.
- **Kokain**
Mit 1 Rückfall der SNS- und keinem der Kontrollgruppe sind auch dies zu vernachlässigende Werte.
- **Stimulanzien**
Hier ist ein eine größere Häufigkeit seitens der Kontrollgruppe zu erkennen mit 3 zu 0 Rückfällen.
- **Opioide**
Mit 2 Rückfällen in der SNS- und 0 in der Non-SNS-Gruppe ist hier zwar eine höhere Anzahl in der SNS-Gruppe zu erkennen, durch die geringe Gesamtanzahl von 2 Rückfällen ist dies aber zu vernachlässigen.

6.3 Häufigkeiten in t_2

6.3.1 Gesamtheit der Rückfälle in t_2



Insgesamt gab es in t_2 21 Rückfälle. Das waren 26,6 % aller Rückfälle in t_G . Die Mehrheit war eindeutig aufseiten der Kontrollgruppe zu finden. Während hier 14 Rückfälle zu verzeichnen waren (66,7 % der t_2 -Rückfälle und 29,8 % aller Rückfälle der Kontrollgruppe), waren es in der SNS-Gruppe nur 7 (33,3 % der t_1 -Rückfälle und 21,9 % aller Rückfälle der SNS-Gruppe).

Abbildung 6.11: Häufigkeiten der Rückfälle in t_2

6.3.2 Verteilung konsumierter Substanzen in t_2

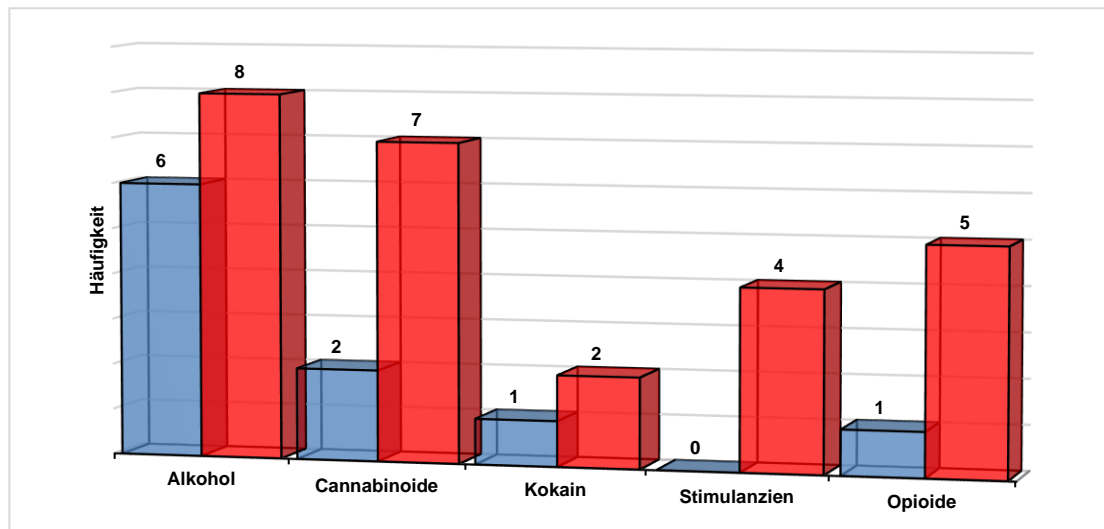


Abbildung 6.12: Häufigkeiten der Rückfälle in t_2 aufgeteilt nach Substanzen

- **Alkohol**

Mit 14 in Verbindung mit Alkohol stehenden Rückfällen in t_2 sind auch hier in diesem Bereich die meisten zu finden (66,7 % aller t_2 -Rückfälle). Die Werte sind zwischen SNS und Non-SNS-Gruppen aber ausgeglichener.

- **Cannabinoide**

Rückfälle mit Cannabinoiden der Kontrollgruppe bilden die größte Amplitude in t_2 (50,0 % der Rückfälle der Non-SNS-Gruppe in t_2) und es ist eine hohe Differenz zwischen SNS-Gruppe und Kontrollgruppe zu vermerken (mit 2 SNS- und 7 Non-SNS-Rückfällen).

- **Kokain**

Mit 2 Rückfällen der Kontrollgruppe und einem Rückfall in der SNS-Gruppe sind dies zu vernachlässigende Werte.

- **Stimulanzien**

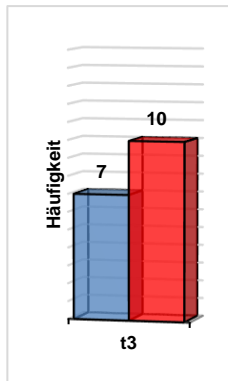
Mit keinem Rückfall in Verbindung mit Stimulanzien der SNS-Gruppe in t_2 ist dieser Wert zwar zu vernachlässigen, allerdings ist die Häufigkeit in der Non-SNS-Gruppe bemerkenswert: 4 Konsumsituationen der Kontrollgruppe steht hier keinem in der SNS-Gruppe gegenüber.

- **Opiode**

Bei einem Rückfall der SNS-Gruppe und 5 in der Kontrollgruppe ist auch hier eine größere Häufigkeit für Klienten der Non-SNS-Gruppe erkennbar.

6.4 Häufigkeiten in t₃

6.4.1 Gesamtheit der Rückfälle in t₃



Auch in t₃ fanden aufseiten der Kontrollgruppe mehr Rückfälle statt als bei der SNS-Gruppe mit 10 zu 7 Häufigkeiten. Darüber hinaus waren in t₃ 21,5 % aller Rückfälle der Stichprobe zu finden, 21,8 % aller Rückfälle der Non-SNS-Gruppe und 21,9 % aller Rückfälle der SNS-Gruppe.

Abbildung 6.13: Häufigkeiten der Rückfälle in t₃

6.4.2 Verteilung konsumierter Substanzen in t₃

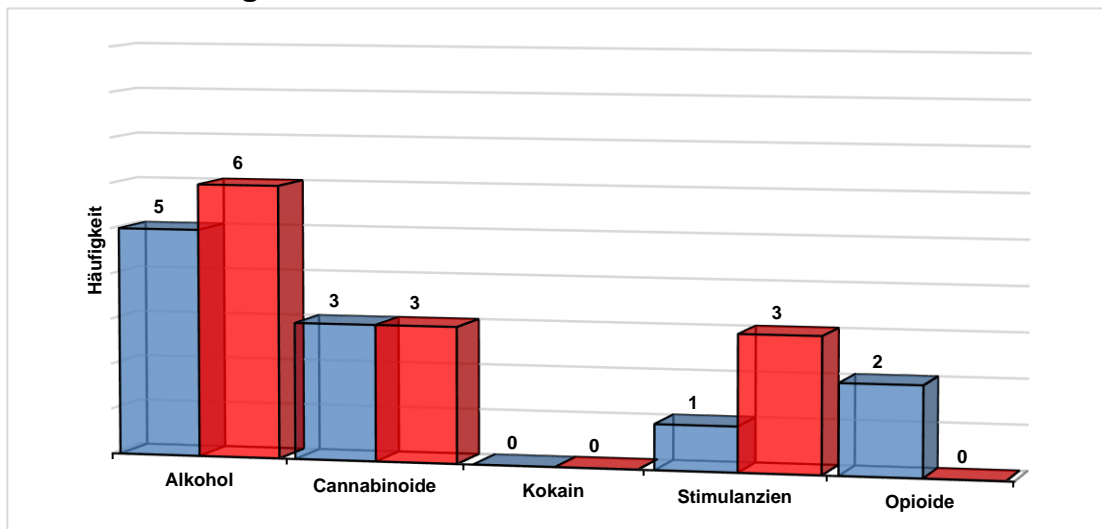


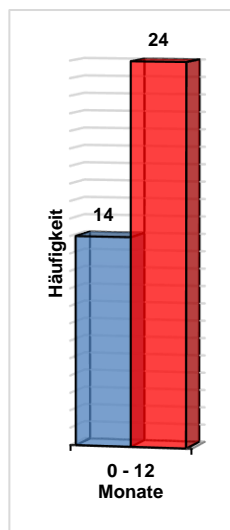
Abbildung 6.14: Häufigkeiten der Rückfälle in t₃ aufgeteilt nach Substanzen

- **Alkohol**

Innerhalb der Messzeiträume zeichnet sich hier ungefähr ein Drittel der Konsumsituationen in Verbindung mit Alkohol ab (32,4 %). Hier ist der Unterschied zwischen SNS und Non-SNS gering (45,5 % in der SNS-Gruppe und 54,5 % in der Kontrollgruppe).

- **Cannabinoide**
Mit 3 Rückfällen in der SNS-Gruppe und 3 in der Kontrollgruppe sind hier gleich viele Rückfälle zu finden.
- **Kokain**
Mit keinem Rückfall in beiden Gruppen sind dies wie in t_2 zu vernachlässigende Werte.
- **Stimulanzien**
Mit 3 Rückfällen in der Kontroll- und einem in der SNS-Gruppe werden auch diese Werte nicht weiter betrachtet.
- **Opioide**
Hier sind mehr Rückfälle seitens der SNS-Gruppe zu finden ($n = 2$), gegenüber der Non-SNS-Gruppe mit keinem Rückfall.

6.5 Erster Rückfall im ersten Jahr



Rückfällig im ersten Jahr waren 28,0 % der SNS-Klienten und 48,0 % der Non-SNS-Klienten.

Abbildung 6.15: Verteilung Klienten, die im ersten Jahr rückfällig wurden

6.6 Untersuchung mit substanzunabhängigen Variablen

6.6.1 Depressionen

Die Einnahme oder Nichteinnahme von Antidepressiva wird nicht berücksichtigt.

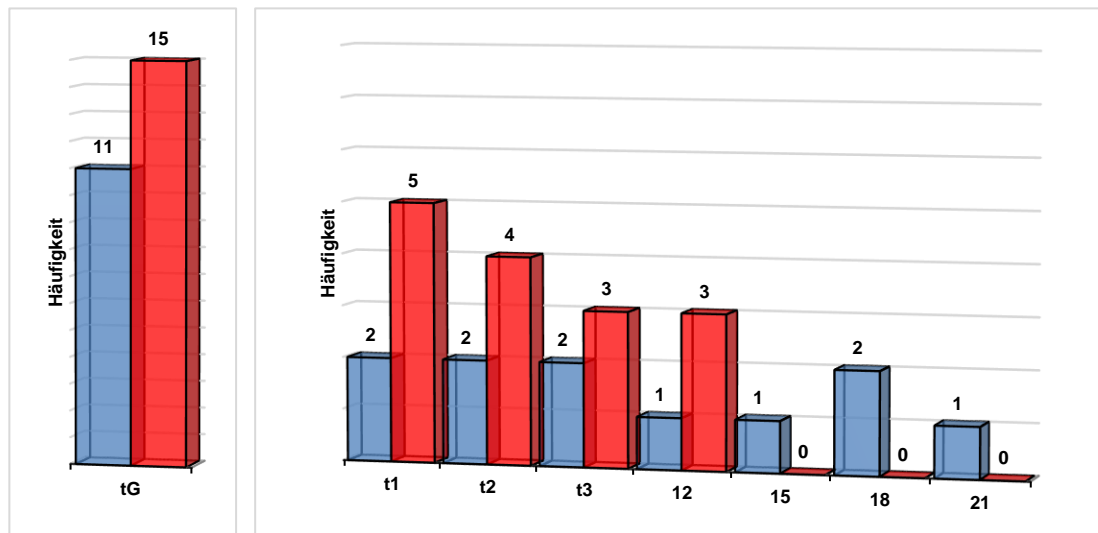
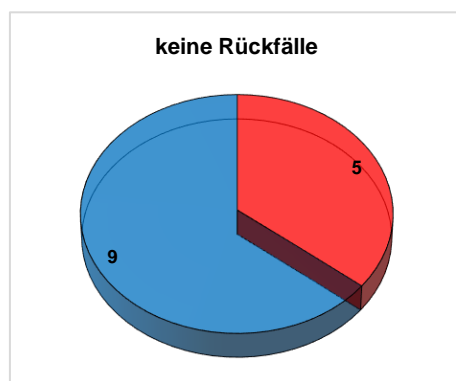


Abbildung 6.16: Verteilung Rückfälle depressiver Klienten

Bei depressiven Klienten ist in der SNS-Gruppe zu beobachten, dass die Rückfallsituationen über die gesamte Bandbreite der Rückfallzeiträume verteilt sind, mit Anhäufung innerhalb t₁ bis t₃ (54,5 % der Rückfälle dieser Teilgruppe wurden hier beobachtet). In der Kontrollgruppe sind die Rückfälle hier auf das erste Jahr begrenzt, mit der höchsten Anzahl zu Beginn der Betreuung. In der Non-SNS-Gruppe ist die höhere Rückfallhäufigkeit innerhalb t₁ bis t₃ deutlich (80,0 %).



35,7 % der nicht rückfälligen depressiven Klienten befanden sich in der SNS-Gruppe und 64,3 % in der Non-SNS-Gruppe.

Abbildung 6.17: Verteilung depressiver Klienten ohne Rückfälle

6.6.2 Tagesstruktur vs. keine Tagesstruktur

„Tagesstruktur“ bedeutet hier, dass die Klienten mindestens eine Tätigkeit wie in Kapitel 5.2 und 5.3 beschrieben ausüben. Lediglich der Status „ALG II“ + „keine zusätzliche Beschäftigung“ führt dazu, dass die Klienten der Gruppe „keine Tagesstruktur“ zugeordnet werden. In der SNS-Gruppe wurden 13 Klienten der Gruppe „keine Tagesstruktur“ zugeordnet, in der Kontrollgruppe betraf dies 12 Klienten.

6.6.2.1 Mit Tagesstruktur

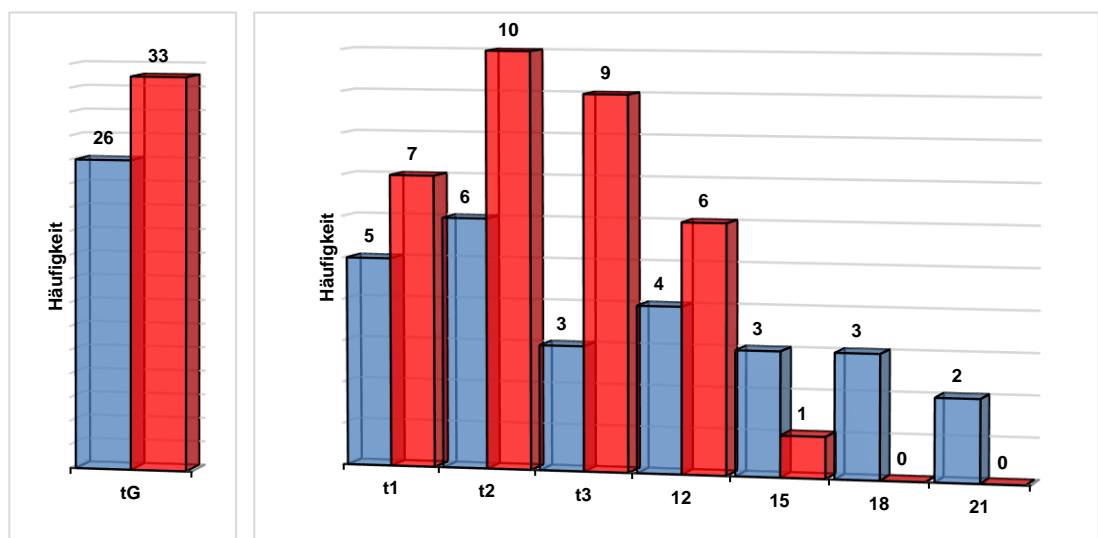
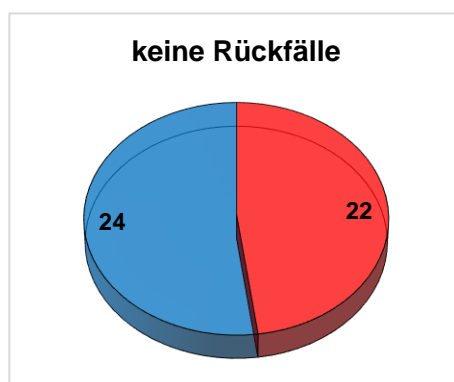


Abbildung 6.18: Verteilung Rückfälle von Klienten mit Tagesstruktur

Bei der Teilgruppe ohne SNS und mit Tagesstruktur zeigt sich eine deutlich höhere Anzahl von Rückfällen in t₁ bis t₃ (78,8 % aller Rückfälle dieser Teilgruppe), während die SNS-Gruppe eine relative Häufigkeit innerhalb von t₁ bis t₃ von 53,8 % aufweist.



Mit Tagesstruktur und nicht rückfällig waren in der SNS-Gruppe 64,9 % und in der Kontrollgruppe 57,9 %.

Abbildung 6.19: Verteilung nicht rückfälliger Klienten mit Tagesstruktur

6.6.2.2 Ohne Tagesstruktur

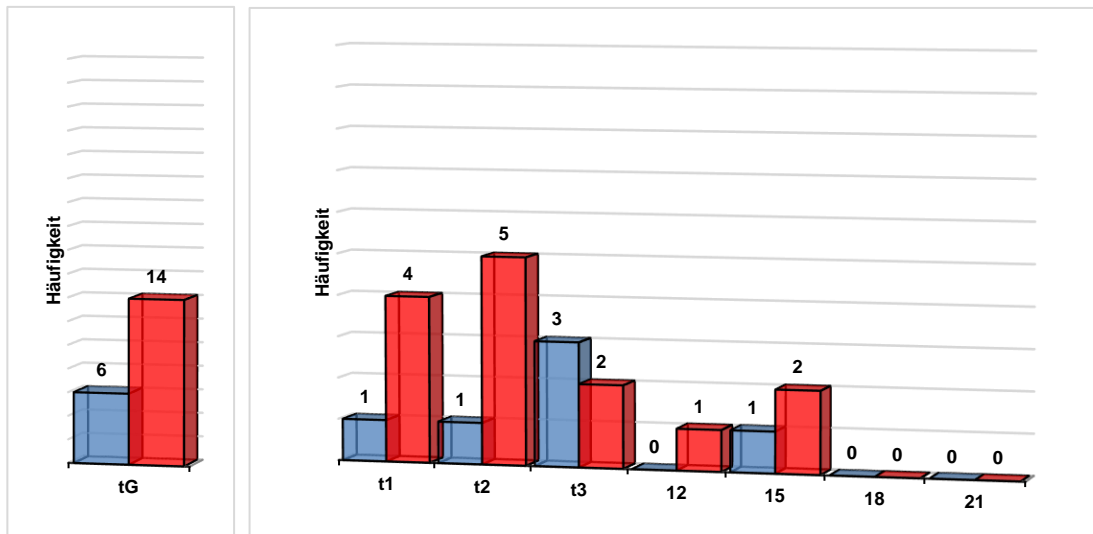
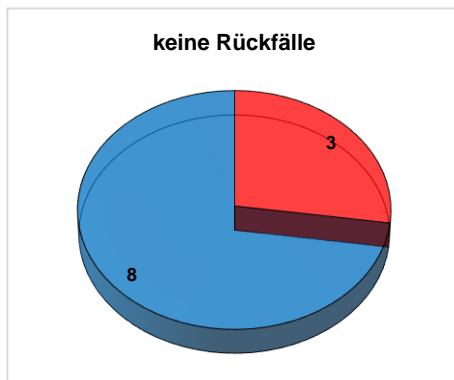


Abbildung 6.20: Verteilung Rückfälle von Klienten ohne Tagesstruktur

Die Klienten ohne Tagesstruktur sind in weitaus geringerem Maße vertreten als diejenigen mit Tagesstruktur (12 in der SNS- und 12 in der Non-SNS-Gruppe). Dennoch wird die größere Häufigkeit der Rückfälle innerhalb von t_1 bis t_3 deutlich.



Ohne Tagesstruktur und nicht rückfällig waren in der SNS-Gruppe 61,5 % und in der Kontrollgruppe 25,0 %.

Abbildung 6.21: Verteilung nicht rückfälliger Klienten ohne Tagesstruktur

6.6.3 Geschlecht

Das starke Ungleichgewicht zwischen Frauen und Männern in der zugrunde liegenden Stichprobe lässt einen Vergleich des Rückfallgeschehens der Geschlechter untereinander nicht zu. Daher wird hier nur innerhalb der Teilgruppen betrachtet, welche Gegebenheiten vorliegen.

6.6.3.1 Frauen

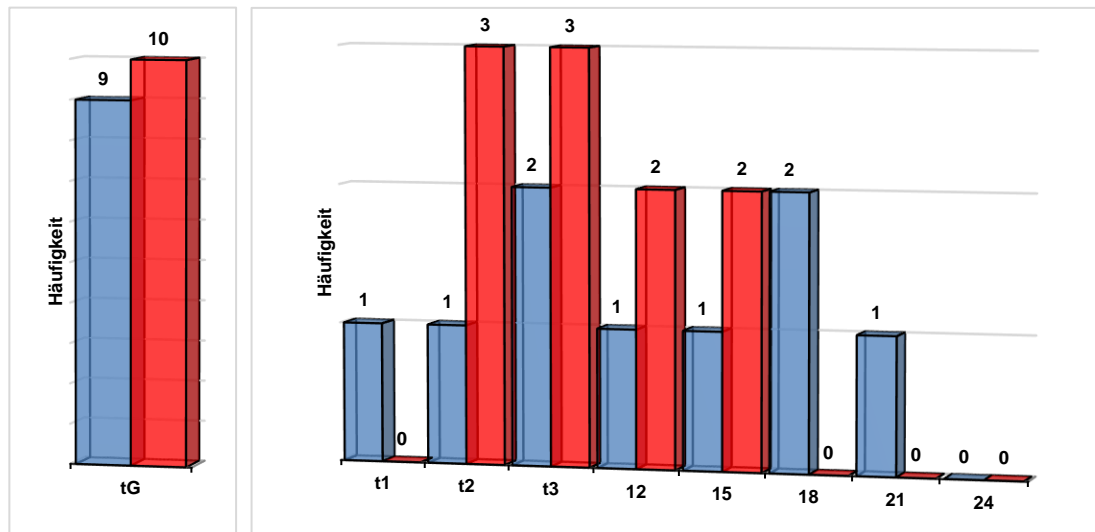
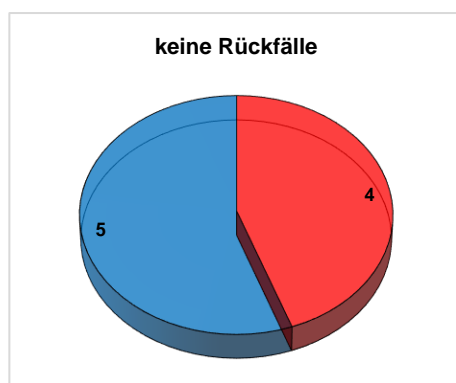


Abbildung 6.22: Verteilung Rückfälle von Frauen

Unter den 20 weiblichen Klienten sind insgesamt 19 Rückfälle zu verzeichnen. Eine sichtbare Eingrenzung in Zeitabschnitte ist aufgrund der geringen Gesamtanzahl von weiblichen Klienten nicht aussagekräftig. Auch die Häufigkeiten beider Gruppen unterscheiden sich lediglich um 5,2 Prozentpunkte.



45 % der Frauen wurden nicht rückfällig. Darunter befanden sich 55,6 % SNS-Klienten und 44,4 % Non-SNS-Klienten.

Abbildung 6.23: Verteilung nicht rückfälliger Frauen

6.6.3.2 Männer

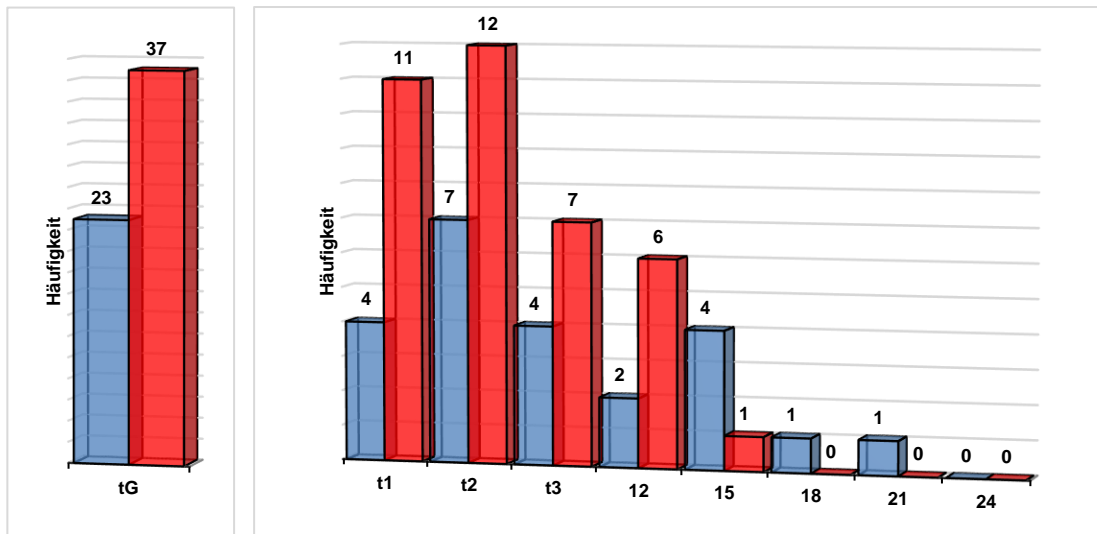
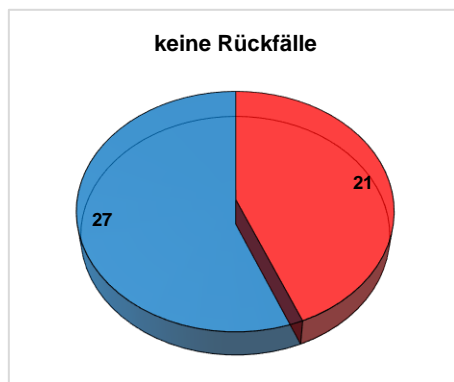


Abbildung 6.24: Verteilung Rückfälle von Männern

Unter den 80 männlichen Klienten fanden insgesamt 60 Rückfälle statt. Die Mehrheit dieser ist in der Non-SNS-Gruppe zu finden, mit einer Differenz von 23,4 Prozentpunkten. In dieser Gruppe ist ebenfalls eine starke Konzentration von Häufigkeiten in t₁ bis t₃ zu beobachten. 81,1 % der Rückfälle von Männern ohne SNS fanden hier statt.



60 % der Männer wurde nicht rückfällig. Davon waren 56,3 % in der SNS- und 43,7 % in der Kontrollgruppe.

Abbildung 6.25: Verteilung nicht rückfälliger Männer

6.6.4 Partnerbeziehung vs. keine Partnerbeziehung

6.6.4.1 Mit Partnerbeziehung

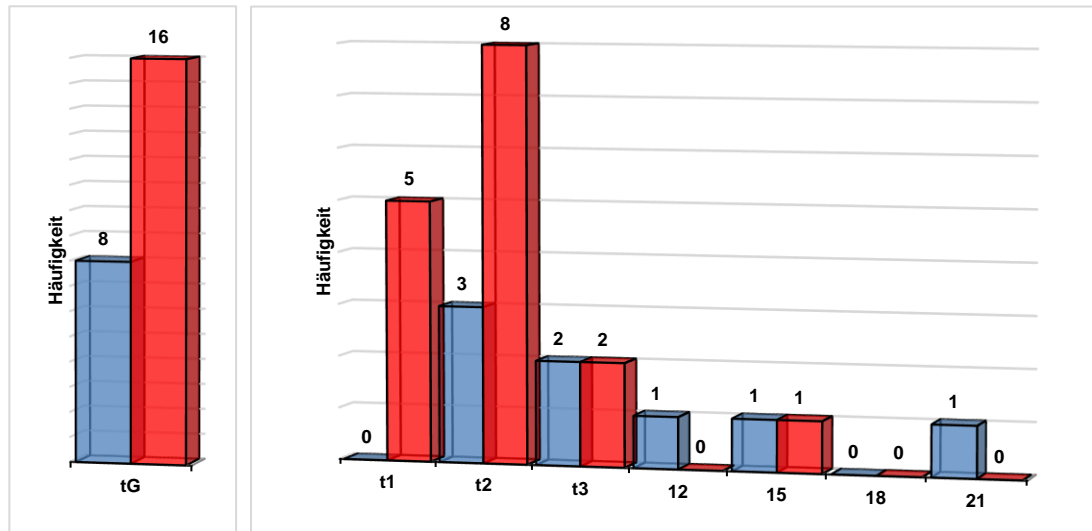
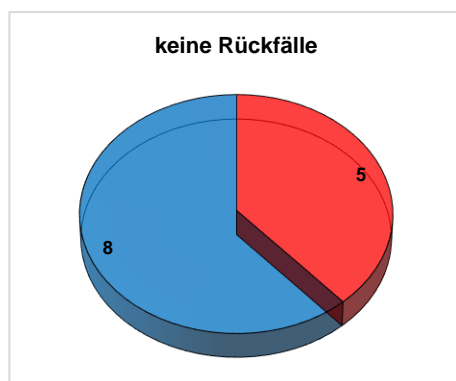


Abbildung 6.26: Verteilung Rückfälle von Klienten in fester Partnerbeziehung

Klienten, die in der Anamnese angaben, sich in einer festen Partnerschaft zu befinden, waren mit $n = 13$ in der SNS- und $n = 12$ in der Non-SNS-Gruppe vertreten.

Trotz ähnlicher Anzahl von Klienten in fester Partnerbeziehung in beiden Gruppen sind Rückfälle doppelt so häufig in der Kontrollgruppe zu finden wie in der Gruppe mit SNS. Auch hier befanden sich die stärksten Amplituden innerhalb von t_1 bis t_3 mit Maximum in t_2 , mit 5 von 8 Rückfällen in der SNS- (62,5 %) und 15 von 16 Rückfällen in der Non-SNS-Gruppe (93,8 %).



Klienten, die sich in einer festen Partnerbeziehung befanden und während der Betreuungszeit keine Rückfälle aufwiesen, waren in der Gruppe mit SNS stärker vertreten (61,5 %). In der Non-SNS-Gruppe waren es 38,5 %.

Abbildung 6.27: Verteilung nicht rückfälliger Klienten in fester Partnerbeziehung

6.6.4.2 Ohne feste Partnerbeziehung

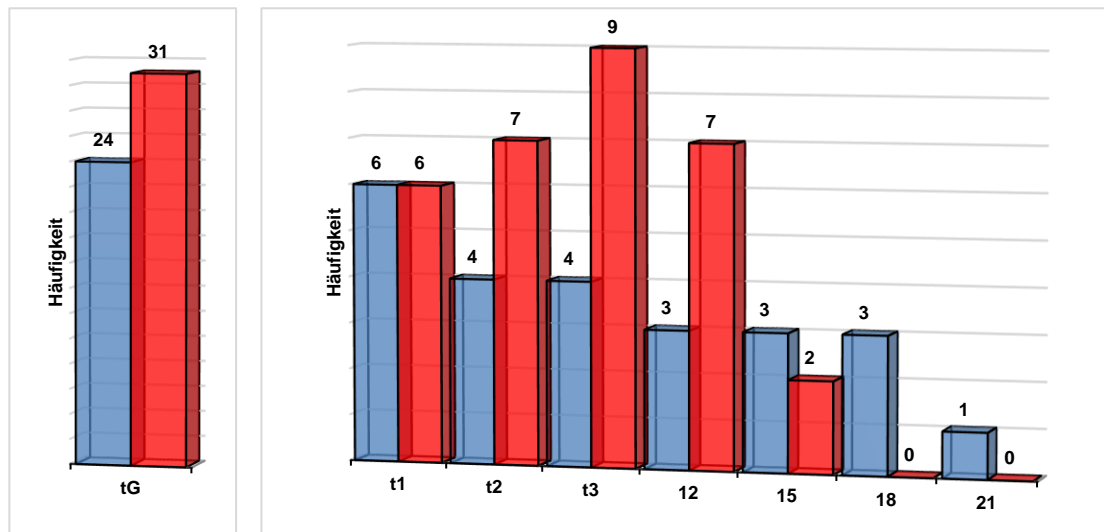


Abbildung 6.28: Verteilung Rückfälle von Klienten ohne feste Partnerbeziehung

Ohne Partnerbeziehung waren in der SNS-Gruppe 37 Klienten und in der Non-SNS-Gruppe 38 Klienten vertreten. 56,4 % der Rückfälle von Klienten ohne Partnerbeziehung geschahen in der Kontrollgruppe, wobei bis auf 2 Rückfälle alle im ersten Jahr zu finden sind, mit stärkstem Ausschlag in t_3 .

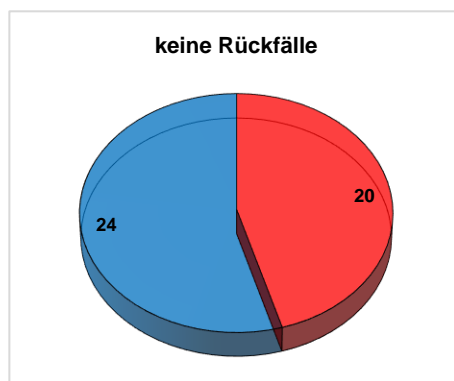


Abbildung 6.29: Verteilung nicht rückfälliger Klienten ohne feste Partnerbeziehung

71,0 % der Rückfälle in der Non-SNS-Gruppe fanden in t_1 bis t_3 statt. Mit SNS waren es in t_1 bis t_3 58,3 %. Klienten, die sich in keiner festen Partnerbeziehung befanden und während der Betreuungszeit keine Rückfälle aufwiesen, sind in der Gruppe mit SNS mit 54,5 % stärker vertreten gegenüber Klienten ohne SNS mit 45,5 %.

6.6.5 Kinder vs. keine Kinder

6.6.5.1 Mindestens ein Kind

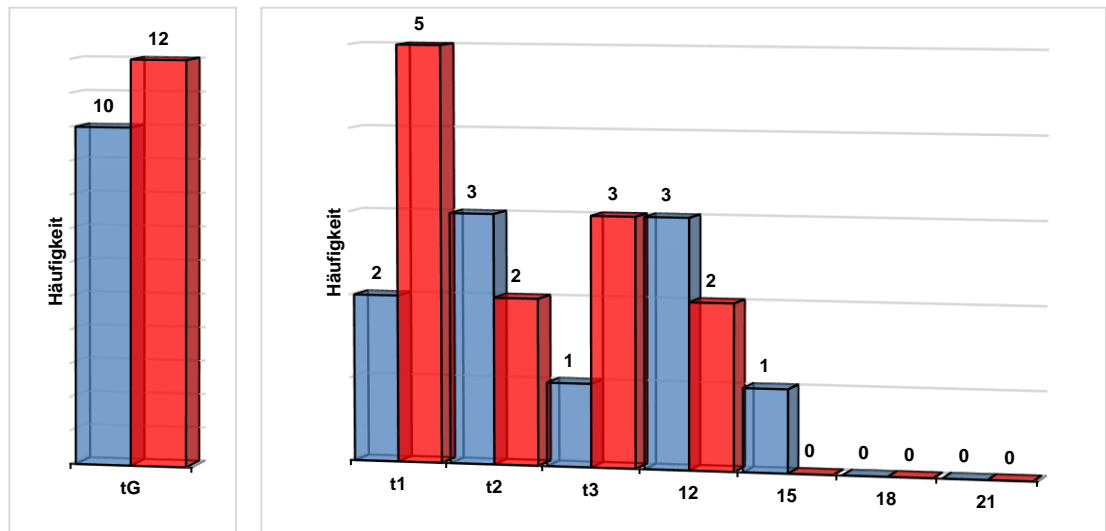


Abbildung 6.30: Verteilung Rückfälle von Klienten, die mindestens ein Kind haben

Klienten, die mindestens ein Kind haben (17 mit SNS und 14 ohne SNS), sind im Verhältnis zu ihrer Gesamtheit vermehrt rückfällig geworden mit 22 Rückfällen bei 31 Personen; am stärksten ist die Kontrollgruppe in t_1 vertreten.

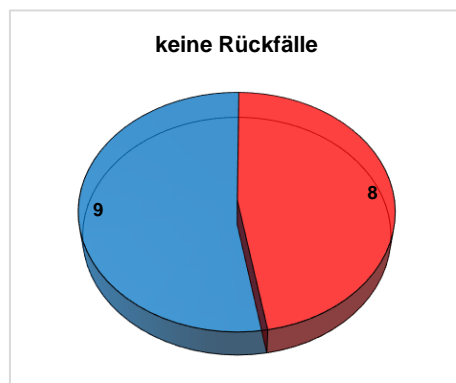


Abbildung 6.31: Verteilung nicht rückfälliger Klienten, die mindestens ein Kind haben

Bei den nicht rückfälligen Elternteilen zeigt sich eine leichte Überzahl in der SNS-Gruppe mit 52,9 % zu 47,1 % in der Non-SNS-Gruppe.

6.6.5.2 Keine Kinder

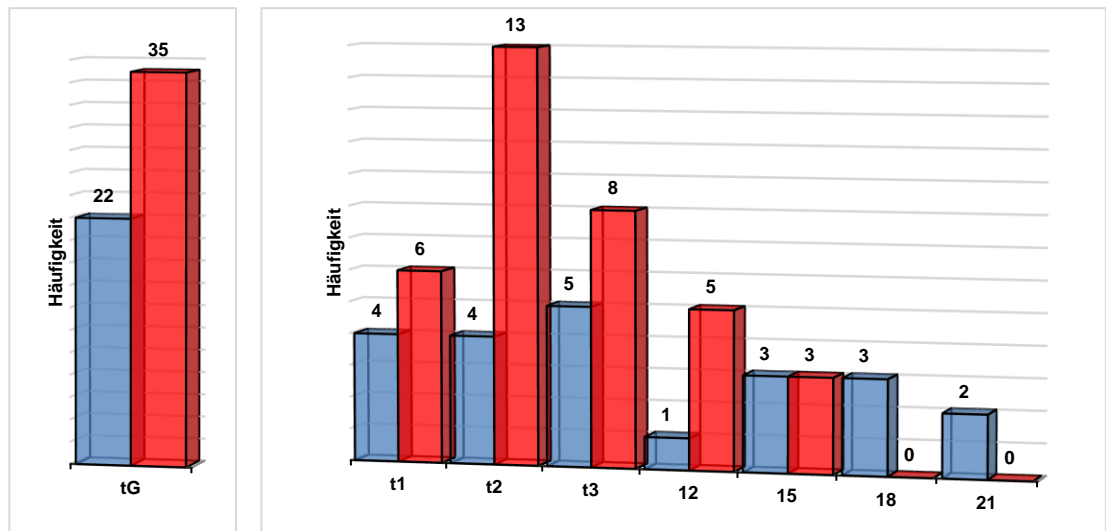


Abbildung 6.32: Verteilung Rückfälle kinderloser Klienten

Mit 33 Klienten mit SNS und 36 Klienten Non-SNS sind Klienten ohne Kinder in der Mehrheit. Es ist mit 27 von 35 eine deutliche Mehrheit der Rückfälle innerhalb von t₁ bis t₃ bei der Kontrollgruppe zu vermerken (77,1 %).

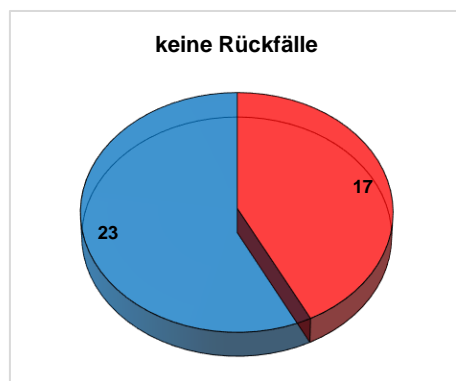


Abbildung 6.33: Verteilung nicht rückfälliger, kinderloser Klienten

Die nicht rückfälligen Kinderlosen befinden sich in der SNS-Gruppe mit 57,5 % gegenüber der Kontrollgruppe mit einem Prozentsatz von 43,5 in der Überzahl.

6.6.6 Alter bei Betreuungsbeginn

Die Stetigkeit des Alters lässt eine gleichgroße Aufteilung aller erfassten Klienten in zwei Gruppen zu. So ergab sich unter allen Klienten der Stichprobe der Median in Höhe von 30,4 Jahren. Es stehen sich hier 50 Klienten zwischen 20,1 und 30,1 Jahren und 50 Klienten zwischen 30,8 und 56,0 Jahren gegenüber.

Der Vergleich beider Gruppen ergab mit 24 rückfälligen, jüngeren (48 %) und 19 rückfälligen, älteren Klienten nach Chi-Quadrat-Test keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,313$).

6.6.6.1 Klienten zwischen 20,1 und 30,1 Jahren

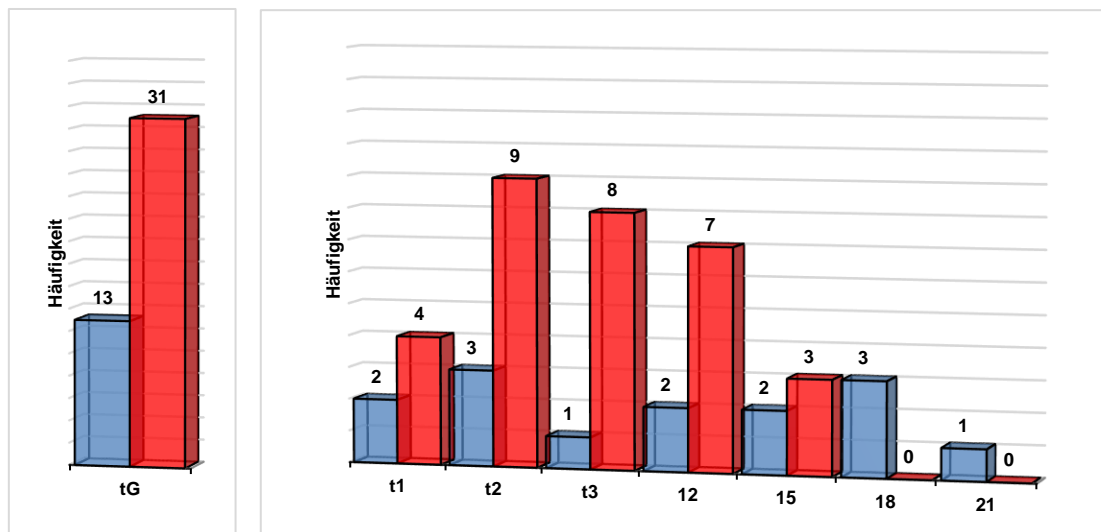
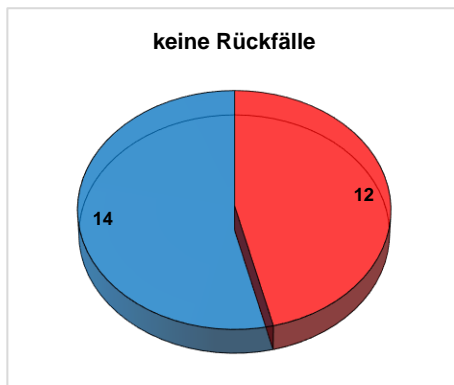


Abbildung 6.34: Verteilung Rückfälle jüngerer Klienten

Hier waren 22 Klienten in der SNS- und 28 Klienten in der Non-SNS-Gruppe zu finden.

Unter 22 Klienten, die zur SNS-Gruppe gehörten, konnten in diesem Altersbereich 13 Rückfälle gezählt werden. Unter 28 Klienten der Kontrollgruppe waren es 31 Rückfälle. Da die beiden Teilgruppen ungleiche Größen aufweisen, kann hier nicht untereinander verglichen werden. Die Betrachtung der Messzeiträume jedoch zeigt, dass in der jüngeren SNS-Gruppe 6 von 13 Rückfällen in den ersten 9 Monaten (46,2 %) auftraten und in der jüngeren Kontrollgruppe 21 von 31 (67,7 %). In der Gesamtheit sind 27 von 44 Rückfällen in t_1 bis t_3 aufgetreten (61,4 %).



53,8 % der nicht Rückfälligen dieser Gruppe befanden sich in der SNS- und 46,2 % in der Non-SNS-Gruppe.

Abbildung 6.35: Verteilung nicht rückfälliger, jüngerer Klienten

6.6.6.2 Klienten zwischen 30,8 und 56,0 Jahren

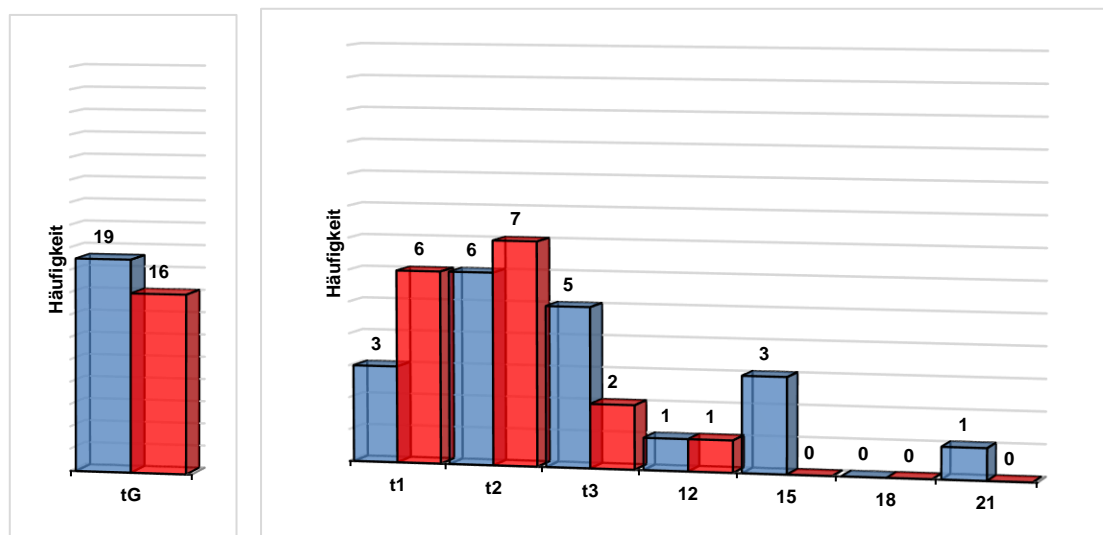
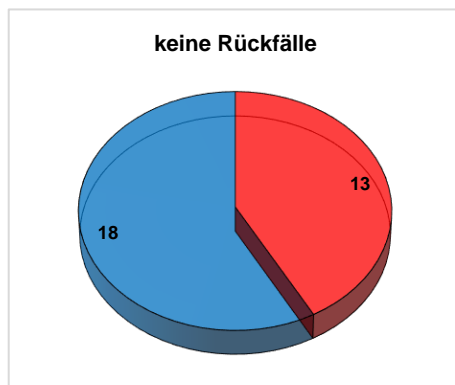


Abbildung 6.36: Verteilung Rückfälle älterer Klienten

Unter den älteren Klienten befanden sich 28 in der SNS- und 22 in der Non-SNS-Gruppe.

Unter 28 Klienten, die zur SNS-Gruppe gehörten, wurden 19 Rückfälle gezählt und unter 22 Kontrollgruppenzugehörigen 16. Auch hier kann durch die unterschiedlichen Größen der Gruppen kein Vergleich zwischen SNS und Non-SNS aufgestellt werden. Die Untersuchung der Messzeiträume zeigt hier, dass 14 von 19 Rückfällen unter älteren SNS-Klienten in t_1 bis t_3 auftraten (73,7 %), unter älteren Non-SNS-Klienten waren es 15 von 16 (93,8 %). Insgesamt waren 29 von 35 Rückfällen hier in den ersten 9 Monaten zu zählen (82,9 %).



Unter den nicht rückfälligen Klienten dieser Gruppe befanden sich 58,1 % in der SNS- und 41,9 % in der Non-SNS-Gruppe.

Abbildung 6.37: Verteilung nicht rückfälliger, älterer Klienten

6.6.7 Besuch von Selbsthilfegruppen

6.6.7.1 Klienten mit Selbsthilfegruppe

36 % der Klienten der Stichprobe gaben an, eine SHG zu besuchen.

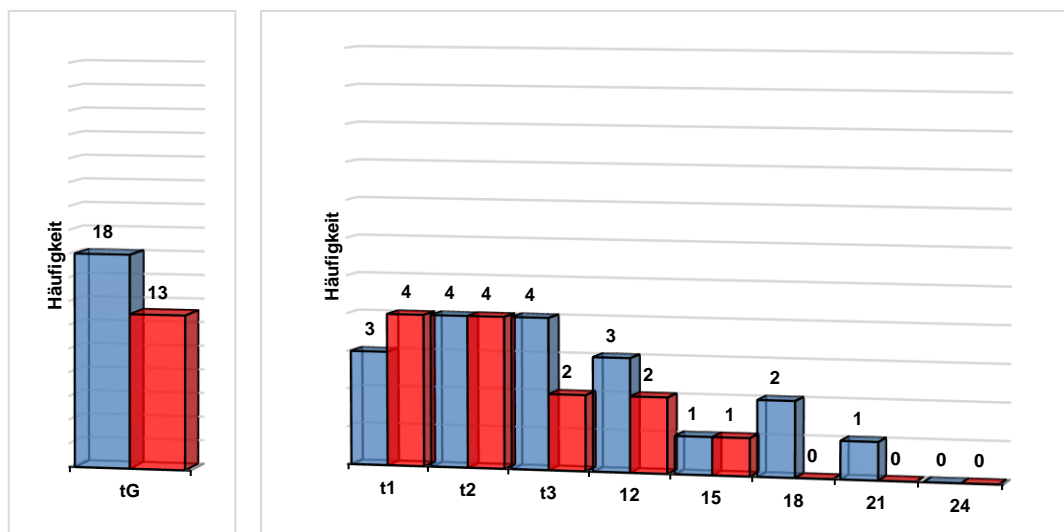
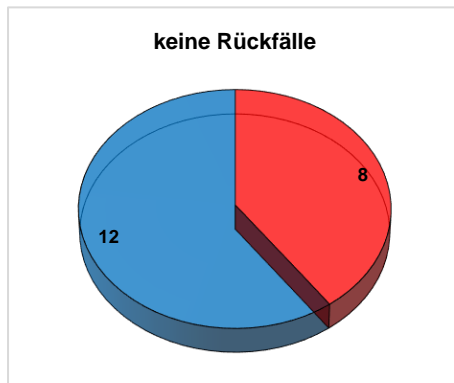


Abbildung 6.38: Verteilung Rückfälle von Klienten mit SHG im gesamten Betreuungszeitraum

Unter den Klienten, die eine SHG besuchten, fanden 58,1 % der Rückfälle in der SNS-Gruppe und 41,9 % in der Non-SNS-Gruppe statt. Unter den SNS-Klienten sind 61,1 % der Rückfälle innerhalb von t₁ bis t₃ zu finden; unter den Non-SNS-Klienten sind es 76,9 % in t₁ bis t₃.



60 % der nicht Rückfälligen mit SHG befanden sich in der SNS-Gruppe. Das ergibt eine Prozentpunktedifferenz von 20 zur Kontrollgruppe.

Abbildung 6.39: Verteilung nicht rückfälliger Klienten mit SHG

6.6.7.2 Klienten ohne Selbsthilfegruppe

64 % Klienten der Stichprobe gaben an, keine SHG zu besuchen.

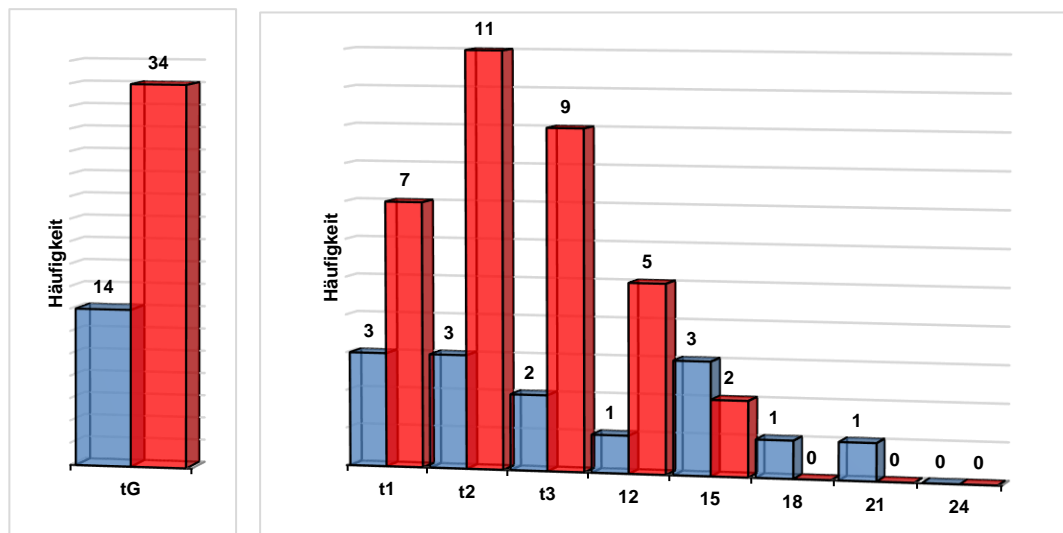
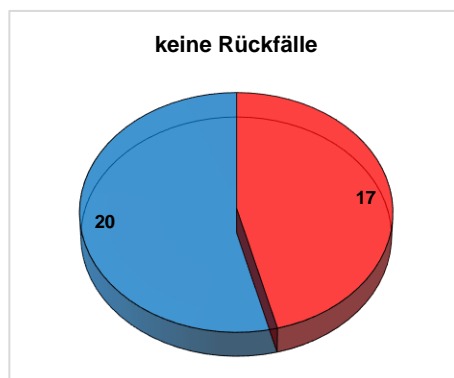


Abbildung 6.40: Verteilung Rückfälle von Klienten ohne SHG im gesamten Betreuungszeitraum

In diesem Bereich besteht eine hohe Differenz zwischen SNS und Non-SNS von 41,6 Prozentpunkten in t_G. In der SNS-Gruppe sind 57,1 % der Rückfälle innerhalb von t₁ bis t₃ verzeichnet worden. In der Non-SNS-Gruppe waren es 79,4 %.



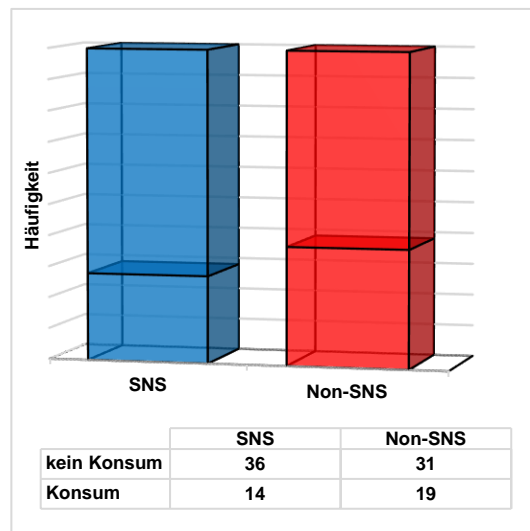
54,1 % der nicht Rückfälligen ohne SHG befanden sich in der SNS-Gruppe. Es besteht eine Prozentpunktedifferenz zur Non-SNS-Gruppe von 8,2.

Abbildung 6.41: Verteilung nicht rückfälliger Klienten ohne SHG

6.7 Kein Konsum vs. Konsum nach Substanzen

Hier ist das Einnahmeverhalten unten aufgeführter Substanzen im gesamten Betreuungszeitraum gemeint. Zusätzlich konsumierte Substanzen werden nicht eigens berücksichtigt.

6.7.1 Alkohol



In der Gruppe mit SNS konsumierten in t_6 28 % der Klienten Alkohol. In der Kontrollgruppe waren es 38 %. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. des Konsums von Alkohol im Betreuungszeitraum ($p = 0,395$).

Abbildung 6.42: Verteilung Konsum von Alkohol im gesamten Betreuungszeitraum

6.7.2 Cannabinoide

In der Gruppe mit SNS konsumierten im Betreuungszeitraum 12 % der Klienten Cannabinoide. In der Kontrollgruppe waren es 22 %. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. des Konsums von Cannabinoiden im Betreuungszeitraum ($p = 0,287$).

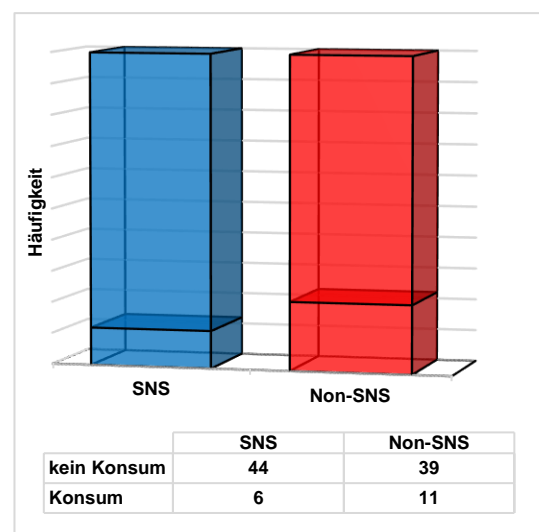
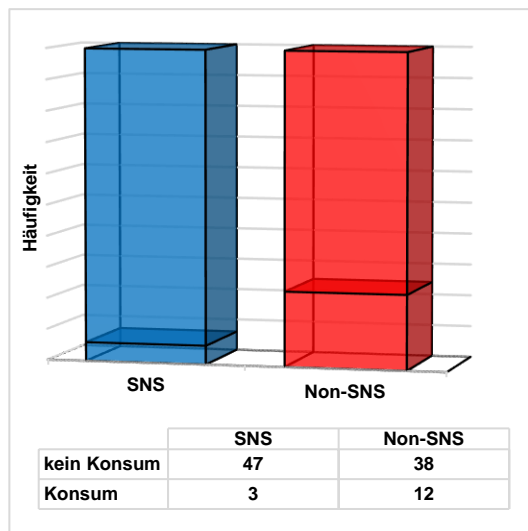


Abbildung 6.43: Verteilung Konsum von Cannabinoiden im gesamten Betreuungszeitraum

6.7.3 Stimulanzen



In der Gruppe mit SNS konsumierten im Betreuungszeitraum 6 % der Klienten Stimulanzen. In der Kontrollgruppe waren es hingegen 24 %. Offensichtlich ist in der Gruppe mit SNS die Hemmschwelle, harte Drogen einzunehmen, deutlich höher. Zwischen den beiden Gruppen **bestehen** statistisch signifikante Unterschiede bzgl. des Konsums von Stimulanzen im Betreuungszeitraum ($p = 0,023$).

Abbildung 6.44: Verteilung Konsum von Stimulanzen im gesamten Betreuungszeitraum

6.7.4 Kokain

In der Gruppe mit SNS konsumierten im Betreuungszeitraum nur 2 % der Klienten Kokain. In der Kontrollgruppe dagegen sind es zwei Klienten mehr mit 6 %. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. des Konsums von Kokain im Betreuungszeitraum ($p = 0,617$).

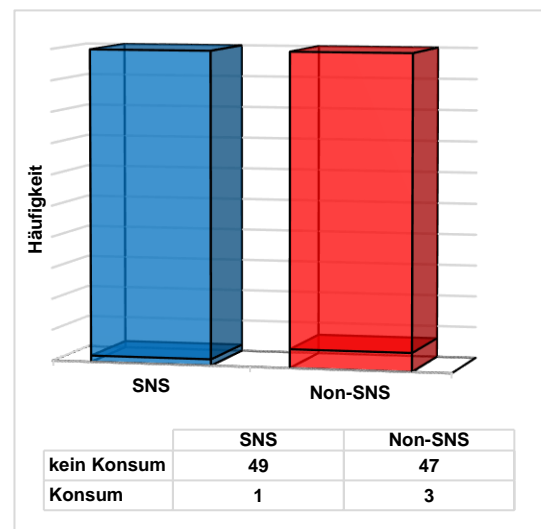
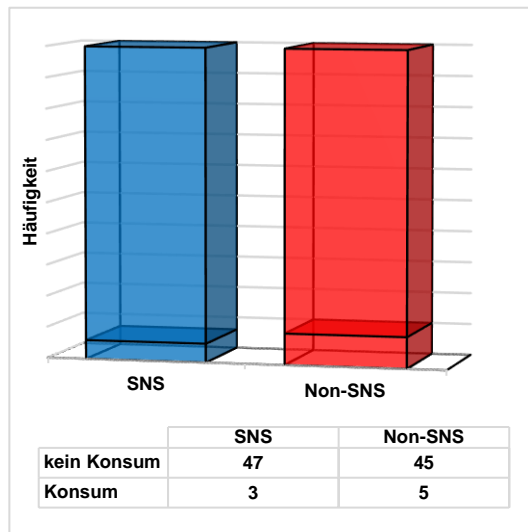


Abbildung 6.45: Verteilung Konsum von Kokain im gesamten Betreuungszeitraum

6.7.5 Opiode

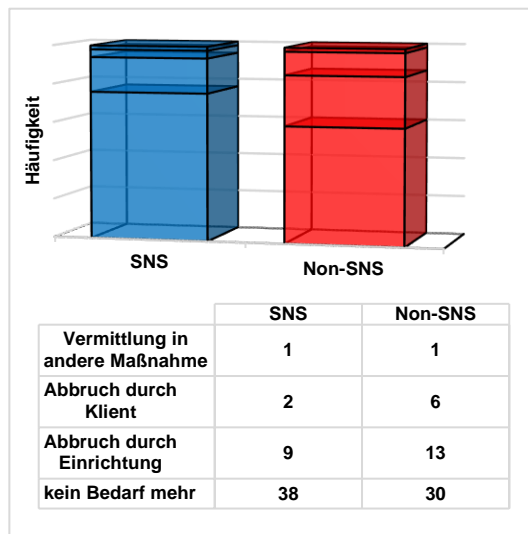


In der Gruppe mit SNS konsumierten im Betreuungszeitraum nur 6 % der Klienten Opiode. In der Kontrollgruppe dagegen waren es wiederum zwei Klienten mehr (10 %). Zwischen den beiden Gruppen gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. des Konsums von Opioiden im Betreuungszeitraum ($p = 0,715$).

Abbildung 6.46: Verteilung Konsum von Opioiden im gesamten Betreuungszeitraum

7. Ergebnisse – Abbruchrate

■ SNS ■ Non-SNS



In der SNS-Gruppe wurden 18 % der Klienten durch Abbrüche der Einrichtung, 4 % durch Abbrüche der Klienten und 76 % aufgrund entfallenden Bedarfs entlassen.

Die Non-SNS-Gruppe hatte eine höhere Abbruchrate durch die Einrichtung aufgrund disziplinarischer Entlassung wegen Rückfällen als die Gruppe mit SNS mit einer relativen Häufigkeit von 26 %. Auch Abbrüche durch Klienten waren bei der Kontrollgruppe in höherem Maße vertreten (12 %). So ist die Anzahl von Entlassungen aufgrund von wegfallendem Bedarf geringer mit 60 %. Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant ($p = 0,288$).

Abbildung 7.1: Verteilung Art der Beendigung BGW-Sucht

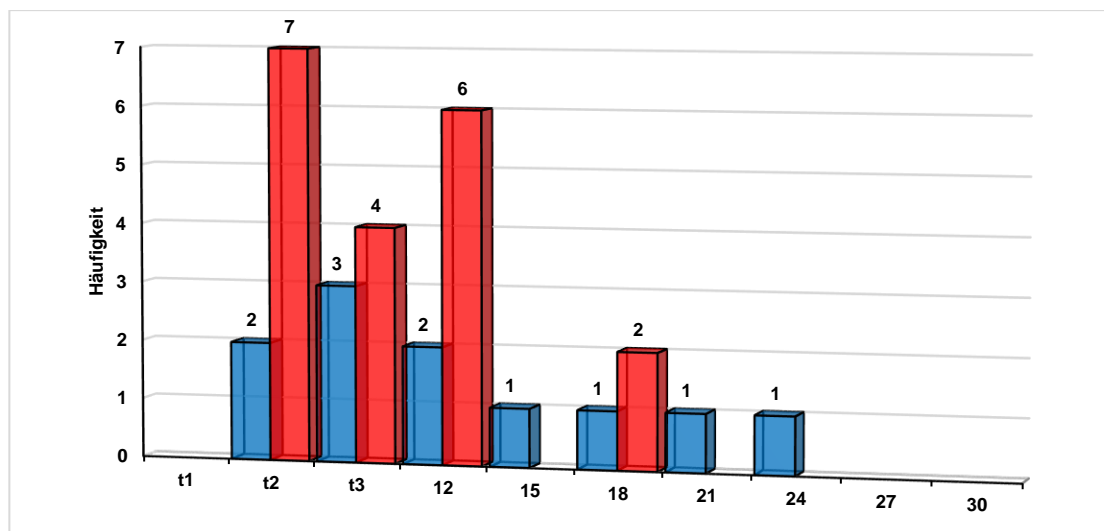


Abbildung 7.2: Verteilung von Abbrüchen durch Einrichtung oder Klient in t_6

Mit 63,3 % sind die meisten Abbrüche in der Kontrollgruppe zu finden. Von diesen liegen 57,9 % innerhalb von t_1 bis t_3 . In der SNS-Gruppe sind die Abbrüche gleichmäßiger verteilt und es liegen 45,5 % innerhalb von t_1 bis t_3 .

8. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, das Rückfallgeschehen bei Klienten mit und ohne ambulante Suchtnachsorge (SNS und Non-SNS) im Kontext des BGW-Sucht zu betrachten.

Um sicherzustellen, dass die beiden Gruppen (SNS- und Kontrollgruppe) keine signifikanten Unterschiede bzgl. persönlicher, sozialer und beruflicher Umstände aufweisen, wurden die Untersuchungen in Kapitel 3, 4 und 5 vorgenommen. Hieraus ergab sich, dass die Gruppen sich nicht signifikant hinsichtlich dieser Parameter unterschieden, sodass abweichende Einflüsse aufgrund demografischer Faktoren ausgeschlossen werden konnten.

Die Überprüfung der Hypothesen liefert folgende Ergebnisse:

8.1 Hypothese Rückfallhäufigkeiten

Die erste Hypothese stellte die Vermutung auf, dass die Rückfallhäufigkeit in der SNS-Gruppe geringer ist als in der Kontrollgruppe.

Zunächst wurden die Rückfallhäufigkeiten pro Klient differenziert, wobei die Mittelwerte mit 0,7 in der SNS- und 0,9 in der Kontrollgruppe nur geringfügige Unterschiede aufwiesen. Es wurden weiter die Rückfallhäufigkeiten im gesamten Betreuungszeitraum ohne weitere Faktoren verglichen und mit 32 Rückfällen unter den SNS- gegenüber 47 Rückfällen bei den Non-SNS-Klienten ein Prozentpunkteunterschied der SNS- zur Kontrollgruppe von 19,0 notiert. Bei näherer Betrachtung der Messzeiträume wurde erkennbar, dass die Rückfälle nicht nur im ersten Jahr äußerst häufig geschahen, sondern in diesem Zeitraum 70,2 % der Rückfälle in der Kontrollgruppe auftraten. In t_1 lag dieses Ungleichgewicht mit 60,0 % weiter in der Gruppe ohne SNS. In t_2 bildeten beide Gruppen ihre Maxima mit 7 (SNS) und 14 (Non-SNS) wobei in diesem Zeitraum ist auch die größte Differenz zwischen SNS- und Non-SNS-Gruppe unter den Messzeiträumen bei 33,4 Prozentpunkten zu finden ist. In t_3 waren die Häufigkeiten in der Non-SNS-Gruppe wieder auf 10 gesunken und mit 58,8 % dennoch in der Überzahl.

In den Messzeiträumen t_1 bis t_3 wurde näher auf den Vergleich zwischen beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Rückfälle mit einzelnen Substanzen eingegangen. Dabei wurde deutlich, dass die Anzahl in Verbindung mit Alkohol stehender Rückfälle mit 52 (65,8 %) übermäßig hoch war.

In t_1 wurde Alkohol am stärksten (60,0 %) eingenommen. Die anderen betrachteten Substanzen waren im Vergleich hierzu in relativ geringer Zahl vertreten. So befanden sich Stimulanzien auf dem zweiten Platz mit 4 damit in Verbindung stehenden Konsumsituationen (20,0 %). Innerhalb des zweiten Messintervalls t_2 waren die vorkommenden Substanzen gleichmäßiger

verteilt, wobei hier das Maximum von Rückfällen wieder mit Alkohol in der Kontrollgruppe zu finden war und auch in der Summe beider Gruppen die höchste Anzahl von Rückfällen wieder im Zusammenhang mit Alkohol stand (66,7 %). In t_3 fanden in der SNS-Gruppe 7 und in der Non-SNS-Gruppe 10 Rückfälle statt. Auch hier war Alkohol mit 64,7 % am stärksten vertreten.

Nach meiner Erfahrung in der Arbeit im BGW-Sucht stellen die im Folgenden einbezogenen Gegebenheiten Risikomerkmale bzw. Protektive bzgl. der Rückfallwahrscheinlichkeiten dar, weshalb untersucht wurde, inwiefern sie die Unterschiede zwischen beiden Gruppen beeinflussen.

Depressive Klienten der SNS-Gruppe waren verglichen mit der Kontrollgruppe in der Minderheit bzgl. der Rückfallhäufigkeit. So fanden in dieser Gruppe bei 12 Klienten 11 Rückfälle statt, während es in der Kontrollgruppe 15 Rückfälle bei 13 Klienten waren (57,7 % der Rückfälle von depressiven Klienten).

Das Vorhandensein einer Tagesstruktur bildet für abstinenten ehemals Drogenabhängigen einen wichtigen protektiven Faktor. Dass eine SNS dabei unterstützende Wirkung mit sich bringt, zeigt sich darin, dass 9 von 12 Klienten der Non-SNS-Gruppe rückfällig wurden, in der SNS-Gruppe aber nur 4 von 12. Dass allerdings die Tagesstruktur allein nicht für diesen Unterschied verantwortlich ist, veranschaulicht, dass 14 von 38 (36,8 %) Klienten mit SNS und 17 von 38 (44,7 %) Klienten ohne SNS rückfällig wurden. In der Non-SNS-Gruppe häuften sich die Rückfallgeschehen offensichtlich innerhalb der drei Messintervalle (78,7 % innerhalb t_1 bis t_3), während sie sich in der SNS-Gruppe weiter verteilten mit 59,4 % innerhalb t_1 bis t_3 .

Klienten, die sich in einer festen Partnerbeziehung befinden, haben dadurch möglicherweise einen sichereren persönlichen Hintergrund als diejenigen, die alleinlebend sind oder in wechselnden, eher kurzlebigen Beziehungen Halt suchen, was gerade für Menschen, die noch nicht sehr lange abstinent sind, eine Rückfallgefahr mit sich bringen kann. Aus diesem Grunde wurden die Rückfallzeitpunkte näher betrachtet und festgestellt, dass auch hier eine Häufung der Rückfälle in t_1 , t_2 und t_3 stattfand (83,3 % der Rückfälle von Klienten mit und 65,5 % derer ohne festen Partner).

Klienten mit Kindern waren zu 72,7 % in t_1 bis t_3 rückfällig mit $n = 16$ von $N = 22$ Geschehnissen und Klienten ohne eigene Kinder zu 77,1 %, mit $n = 27$ zu $N = 35$.

Nach Aufteilung der Gesamtheit der Stichprobe in zwei Altersgruppen konnte unter den jüngeren Klienten ein Anteil am Rückfallgeschehen in t_1 bis t_3 von 61,4 % festgestellt werden, unter den älteren lag dieser bei 82,6 %.

Nachdem nun die beiden Gruppen SNS und Non-SNS mit 33 Variablen (wobei der Untersuchung hinsichtlich der konsumierten Stimulanzien hier aufgrund des unter 0,05 liegenden p-

Wertes keine Aussage zu entnehmen ist) gegenübergestellt wurden und in 78,8 % der Vergleiche die Mehrheit erfasster Rückfälle aufseiten der Kontrollgruppe zu finden ist, kann die Hypothese, dass die Rückfallhäufigkeiten in der Non-SNS-Gruppe höher sind, als bestätigt angesehen werden.

Die nähere Betrachtung des Rückfallgeschehens innerhalb der Messzeiträume t_1 , t_2 , t_3 und im gesamten Betreuungszeitraum mit 15 Gegenüberstellungen ergab ein Verhältnis von 26,7 % der Vergleiche ohne Aussage ($n = 4$) gegenüber 73,3 % ($n = 11$), in denen eine klare Häufung der Rückfälle in den ersten 9 Monaten bei der Non-SNS-Gruppe auftrat.

Darüber hinaus ergab die Kontrastierung SHG vs. non-SHG, dass gerade Klienten, die weder eine Selbsthilfegruppe besuchen noch eine Suchtnachsorge aufnehmen, hohe Risikomerkmale für einen Rückfall aufweisen. Rückfälle bei Klienten mit SHG treten dagegen ähnlich häufig auf wie bei Klienten mit SNS und ohne SHG.

Da generell die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall im ersten Jahr nach stationärer Behandlung bei Drogenabhängigen bei 70 % bis 80 % liegt (vgl. Sonntag & Künzel, 2000), ist in jedem Fall eine Nachsorge indiziert, auch wenn die Prognosesicherheit für den Einzelfall recht schwach ist (vgl. Kufner, 2004). In der hier vorliegenden Stichprobe traten in diesem Zeitraum weitaus geringere Werte auf, mit 28 % in der SNS-Gruppe und 48 % seitens der Kontrollgruppe.

Da regelmäßige Tagesstrukturen, Anforderungen in einer Partnerschaft oder ein hoher Grad an Verantwortung für Kinder auch risikobehaftet für die Stabilität der Klienten sein können, wurden die Klienten nicht hinsichtlich des Vorhandenseins dieser Merkmale verglichen, sondern lediglich durch die Stichprobe erhoben, in welchem Ausmaße die Unterstützung durch eine SNS in diesen Bereichen hilfreich sein könnte.

8.2 Hypothese Abbruchrate

Die zweite Hypothese stellte die Supposition auf, dass unter Klienten der SNS-Gruppe eine geringere Anzahl von Abbrüchen und disziplinarischen Entlassungen zu finden sei.

Mit einer Prozentpunktedifferenz von 16 sind auf der Non-SNS-Seite 63,3 % aller irregulären Beendigungen des BGW-Sucht aufgetreten und innerhalb dieser Gruppe waren unter all diesen Beendigungen 89,5 % im ersten Jahr zu finden. Weiter wurde beobachtet, dass 68,4 % der Abbrüche hier durch die Einrichtung eingeleitet wurden. Die SNS-Gruppe verzeichnete mit 63,6 % 24,9 Prozentpunkte weniger Abbrüche im ersten Jahr, wobei der Anteil der durch die Einrichtung eingeleiteten Abbrüche mit 81,8 % hier um 13,4 Prozentpunkte höher lag als in der Kontrollgruppe.

Stellt man Rückfallhäufigkeiten und Abbruchrate ins Verhältnis zueinander, liefert für die SNS-Gruppe in t_G den Wert von 34,4 % (11 Abbrüche bei 32 Rückfällen) und für die Non-SNS-Gruppe 40,4 % (19 Abbrüche bei 47 Rückfällen).

Diese starken Unterschiedlichkeiten lassen vermuten, dass unter Berücksichtigung der in Kapitel 6 nachgewiesenen, höheren Rückfallhäufigkeiten der Non-SNS-Gruppe, die fehlende Unterstützung durch die ambulante Suchtnachsorge nicht nur das Abstinenzbleiben der Klienten selbst erschwert, sondern auch den Umgang mit Rückfällen negativ beeinflusst, sodass sich die Beendigung der Betreuung nicht vermeiden lässt. Auch der höhere Anteil der selbst in die Wege geleiteten Abbrüche kann wahrscheinlich darauf zurückgeführt werden, dass die fehlende Unterstützung durch die Suchtnachsorge die Motivation des Klienten senkt und ihn dazu verleitet, seine Betreuung vorzeitig zu beenden.

Abschließend lässt nach Analyse der Daten und der Diskussion der Hypothesen durchaus eine unterstützende Wirkung bzgl. des Weiterverweilens im BGW-Sucht nach einem Rückfall auf die SNS zurückzuführen, was eine höhere Haltequote im betreuten Wohnen gegenüber Klienten, die auf eine ambulante Suchtnachsorge verzichten, zur Folge haben kann.

8.3 Grenzen und Kritik der Untersuchung

Im Folgenden sollen die methodischen Schwierigkeiten und Schwächen dieser Arbeit dargestellt werden. Dies soll Aufschluss über eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse aufzeigen und Ausblicke für mögliche folgende Arbeiten liefern.

Zunächst ist die relativ geringe Stichprobengröße zu erwähnen. Die Probandenanzahl ($N=100$) ist eher klein und lässt daher umfangreiche und allgemeingültige Aussagen nicht zu.

Am 31. Oktober 2012 wurde das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker verabschiedet. Um das neue Konzept der Nachsorgebehandlung einzubeziehen, wurde der Klientendurchlauf erst ab Beginn des Jahres 2013 in dieser Arbeit berücksichtigt. Es gab insgesamt nur 50 Klienten im BGW-Sucht, die eine SNS absolviert bzw. angefangen und die Mindestverweildauer von drei Monaten erfüllt haben. Somit konnte die SNS Gruppe aufgrund des Umfangs ihrer Grundgesamtheit im Gegensatz zur Non-SNS Gruppe nicht zufällig ausgewählt werden.

Das Verhältnis von SNS- zu Non-SNS-Klienten in dieser Stichprobe ist nicht repräsentativ für das Verhältnis in der Grundgesamtheit der Klienten, von der die Stichprobe entnommen wurde. In dieser Arbeit wurde explizit darauf geachtet, dass sich genauso viele SNS- wie Non-SNS-Klienten gegenüberstehen.

Zu Beginn des Jahres 2015 wurde ein Rückfallmanagement mit einem Handlungsleitfaden und einem Maßnahmenkatalog erstellt und im Segment des Betreuten Gruppenwohnens eingeführt. Dieser beinhaltet auch die genaue Dokumentation von Rückfällen. Bei der Erfassung der Rückfälle musste auf die Eintragungen der Mitarbeiter im Dokumentationsprogramm C&S zurückgegriffen werden. Eine Garantie auf Vollständigkeit gibt es daher vor der Einführung des Rückfallmanagements nicht, da es keine Vorschriften zur Erfassung von Rückfällen (z.B. in einer Statistik) im BGW- Sucht gab. Dies könnte angesichts der unterschiedlichen Praxis bei den verschiedenen Betreuern zu dem Problem führen, dass die Ergebnisse verzerrt sind. Darüberhinaus kann nur über die Dunkelziffer der Anzahl der Rückfälle spekuliert werden. Auch wurde in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, ob eine SNS beendet oder möglicherweise abgebrochen wurde, da die zugehörigen Daten nicht vorlagen. Ob die SNS regelmäßig besucht wurde kann ebenfalls nicht belegt werden.

In Anbetracht der vorangegangenen Gesichtspunkte ist diese Arbeit als explorative Untersuchung einer Stichprobe zu betrachten und lässt Kausalaussagen nicht zu. Sie kann allerdings als Zuträger für zukünftige Arbeiten dienen.

9. Fazit und Ausblick

In Folgenden sollen die Ergebnisse der Masterarbeit noch einmal zusammengeführt und gesammelt bewertet werden.

Ziel dieser Untersuchung war es, näheren Aufschluss über das Rückfallgeschehen der beiden Gruppen zu erhalten. Im Zentrum stand neben der Differenzierung der Gruppen hinsichtlich demografischer Faktoren die Frage, wie sie im Hinblick auf die Rückfallhäufigkeiten und die Abbruchrate abschneiden.

Die Auswertung der Daten ergab, dass hinsichtlich dieser Frage einige Spezifika der Kontrollgruppe (Non-SNS) ins Auge fallen:

Die Rückfallhäufigkeiten waren von Anfang an höher als die der Testgruppe. Demografisch ergaben sich zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede, die statistisch mit der Wahrscheinlichkeit einer höheren Rückfallhäufigkeit in Zusammenhang gebracht werden konnten (Altersverteilung, Bildungsstand, Präferenzdrogen, Therapieerfahrung).

Alkohol war in der Stichprobe die am häufigsten genutzte Rückfallsubstanz im Betreuungszeitraum. Ob Alkohol als Ersatz- oder Ausweichdroge benutzt wurde oder in gesellschaftlich akzeptiertem Rahmen, kann hier nur vermutet werden. Da Alkohol die Eigenschaft besitzt, Hemmschwellen zu senken, kann ebenfalls nur vermutet werden, dass dann die Bereitschaft, noch andere Substanzen einzunehmen, steigt (vgl. Kapitel 6.1.2.2). Da in der stationären Therapie im Rahmen der Psychoedukation auf solche Phänomene hingewiesen wird, kann die SNS dazu dienen, dieses Wissen zu vertiefen bzw. zu wiederholen. Augenscheinlich ist die Verknüpfung mit SNS, Tagesstruktur und SHG die Kombination mit der geringsten Rückfallrate. Diese Kombination sollte deshalb innerhalb des BGW-Sucht besonders gefördert werden. In der praktischen Umsetzung dieses Ziels spielt hier eine gute Vernetzung mit den SNS-Anbietern eine große Rolle, um so den Rückfall effektiv bearbeiten zu können. Um sicherzustellen, dass diese Konstellation der Kooperation zwischen SNS, BGW-Sucht und SHG sichergestellt werden kann, sollte die unterstützende Funktion der SNS schon in der Fachklinik thematisiert und auch beantragt werden. Sie kann ein wesentliches Mittel zur Sicherung des in der stationären Therapie erzielten Behandlungserfolges sein.

Bei den meisten Klienten ist nicht bekannt, wo sie nach Abbruch der Maßnahme leben. Eine Verbleibstudie könnte hier Aufschluss geben und auch die tiefer gehende Erforschung problematischer Hilfeverläufe wird hiermit angeregt; hier konnte die vorliegende Arbeit nur Hinweise geben, inwiefern diese negativen Entwicklungen durch das Ausbleiben von SNS- bzw. SHG-Angeboten begünstigt werden.

Bei aller Sinnhaftigkeit der Nachsorge bleibt kritisch anzumerken, dass aufgrund verkürzter Rehabilitationszeiten im verstärkten Maße ein sogenannter „Resttherapiebedarf“ auf Adaptions- und andere Nachsorgeeinrichtungen übergeht (vgl. Haller, V. 2011). Ambulante Nachsorge- und Selbsthilfeeinrichtungen sind aufgrund ihrer Ausrichtung, ihrer Kapazitäten und ihres Zugriffs auf die Klienten nicht in der Lage, in der (teil)stationären bzw. ambulanten Rehabilitation ausgebliebene Erfolge nachträglich zu ermöglichen. Vielmehr haben sie ergänzenden und verstetigenden Charakter, wie auch die Ergebnisse dieser Studie zeigen. Inwiefern Probleme in der Stabilisierung der Klienten, die im BGW-Sucht auftreten, mit diesem hier nicht aufzufangenden „Resttherapiebedarf“ zusammenhängen, bedürfte einer weiteren, etwa auf die Entlassungsberichte aus den Rehabilitationskliniken gestützten Untersuchung. Die Rückfälle während der Betreuung im BGW- Sucht müssen differenzierter dokumentiert werden, damit besser zwischen „Ausrutschern“ und „Rückfällen“ (vgl. Marlatt 1985) unterschieden werden kann. Für mich ist es sehr hilfreich, den Entlassungsbericht der Fachklinik anzufordern, da ich dort die Schwerpunktproblematik und den Therapieverlauf mit eventueller Rückfälligkeit einsehen und in den Einzelgesprächen thematisieren kann. Außerdem können dort eventuelle Komorbiditäten, die vom Klienten bei der Anamnese nicht angegeben wurden, eingesehen werden. So kann beispielweise die Einnahme oder Nichteinnahme der in der Fachklinik verordneten Medikation mit dem Klienten thematisiert werden, um so Rückfällen im Rahmen der Selbstmedikation vorzubeugen.

Die Thematisierung von Gefahrenquellen im Rahmen einer SNS, wie etwa der Verfügbarkeit von Alkohol im alltäglichen Leben oder das als geringer eingeschätzte Suchtpotenzial von Substanzen, die nicht der jeweiligen Präferenzdroge zuzuordnen sind, kann in den jeweiligen Rückfallsituationen äußerst hilfreich sein. Das Annehmen von verantwortungsbehafteten Positionen gegenüber Arbeitskollegen, Familienmitgliedern, Freunden oder Partnern und das damit verbundene Risiko von Überlastung verknüpft mit einem hohen Selbstanspruch kann im Zweifelsfalle vor einem Rückfall bewahren oder ggf. auf einen günstigen Weg aus dem Rückfall begleiten. Auch könnte die Mortalitätsrate durch geringere Abbruchraten gesenkt werden, da die Erfahrung zeigt, dass die Klienten nach irregulärer Beendigung sofort wieder anfangen zu konsumieren und die Gefahr einer Überdosierung (z.B. bei der Einnahme von Opioiden) nach längerer Abstinenz steigt.

Die Ergebnisse der Studie einer professionellen Nachsorge (vgl. Projekt JORK, 2001) und die Katamnese der Selbsthilfe Stiftung SYNANON (vgl. Fredersdorf, 1997) unterstreichen die hier gewonnenen Erkenntnisse, dass Nachsorge eine geringere Rückfallhäufigkeit nach sich zieht.

Mit Rücksichtnahme auf die bestätigte Hypothese der Rückfallhäufigkeiten ergibt sich der Hinweis, dass eine Doppelung der professionellen Bausteine BGW-Sucht und SNS im Bezug auf das Rückfallgeschehen positive Auswirkungen hat.

Literaturverzeichnis

- BtMG (Betäubungsmittelgesetz), vom 1.3.1994. Sartorius: Verfassungs- und Verwaltungsgesetze der Bundesrepublik. 53. Ergänzungslieferung. München 1.1.1997.
- Berliner Rahmenvertrag (BRV) gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII zu den Leistungstypen für den Personenkreis nach § 67 SGB XII (Stand 2014).
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bühringer, G. & Metz, K. (2009). Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen. In Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 2 (3. Aufl.). Heidelberg: Springer, 346 - 370.
- Bürkle, S. (2004). Die Anforderungen an die sogenannte „Nachsorge“ in der Suchthilfe – eine thematische Einführung. In: S. Bürkle (Hrsg.), *Nachsorge in der Suchthilfe*, S. 14–27. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- BUSS Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (2015). *Auswertung der Basisdaten zum Entlassungsjahrgang 2014*. Stand: September 2015. Kassel: BUSS.
- BUSS Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (2015a). *Auswertung der Katamnesedaten zum Entlassungsjahrgang 2013*. Stand: September 2015. Kassel: BUSS.
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2010). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Hamm: DHS.
- Fischer, M., Kemmann, D., Weissinger, V., Heinrich, J., Schulze, M., Kunert, H., Muhl, C., Post, Y., Susemihl, I., Bachmeier, R., Missel, P. & Kreutler, A. (2016). Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2013 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. In *Sucht aktuell* 1 (2016), 21–29.
- Fredersdorf, F. (1997). *Sucht, Selbsthilfe und soziale Netzwerke. Katamnese der selbstverwalteten Suchthilfe SYNANON unter Berücksichtigung der Bildung sozialer Netzwerke in Deutschland*. Geesthacht: Neuland.

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluß an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012.

http://www.sucht.de/tl_files/pdf/Fachinformationen/RK%20Suchtnachsorge%20plus%20Anlage.pdf (19.06.2017)

Haller, R. (1997). Krise und Rückfall. In Fleisch, E., Haller, R. & Heckmann, W. (Hrsg.), Suchtkrankenhilfe: Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie. Weinheim; Basel: Beltz.

Haller, V. (2011). Alkoholabhängigkeit. Wirkfaktoren stationärer Therapie und ambulanter Nachsorge. Eine katamnestiche Studie. Diss. Köln.

Klos, H. & Görge, W. (2009). Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe.

Konzept für Betreutes Gruppenwohnen für ehemals Drogenabhängige nach abgeschlossener Therapie als Hilfsangebot nach §67, 68 SGB XII der ADV gGmbH (Stand: 2007).

Küfner, H. (2004). Evidenzbasierte Nachsorge und Nachbehandlung. In: S. Bürkle (Hrsg.), Nachsorge in der Suchthilfe, S. 246–267. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Lindenmeyer, J. (2009). Rückfallprävention. In Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 (3. Aufl.). Heidelberg: Springer, 721–742.

Lindenmeyer, J. (2010): Lieber schlau als blau. 8. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.

Marianne von Weizäcker Stiftung, Jahresrückblick, http://www.weizsaecker-stiftung.de/cms/upload/Prospekt_Jahresrueckblick.pdf (23.05.2017).

Marlatt, G. & Gordon, J. 1985: Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford.

Moggi, F. & Donati, R. (2004). Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen (Fortschritte der Psychotherapie, Band 21). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Projekt JORK (2001), http://www.mediathek.jhj.de/PDF/Evaluation_98-02_jork_jhj/Evaluation_98-02_jork_jhj_gesamt.pdf (19.06.2017)

Schalast, N. (2000). Rückfälle während der Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. In Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 46(2), 111–120.

Sonntag, D., Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg, Sucht 42, Sonderheft 2, 89-177

Wikipedia (2017). Boxplot, <https://de.wikipedia.org/wiki/Boxplot> (23.05.2017).

Zurhold, H., Verthein, U., Reimer, J. & Savinsky, A. L. 2013: Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“): Wirksamkeit und Trends. Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung.

Sonstige Quellen

Beitrag zur DBDD-Fachtagung Der Deutsche Kerndatensatz (KDS) – Bestandsaufnahme und Perspektiven am 28.01.2014 in Frankfurt/Main

Vortrag der DRV Bund, 55. DHS-Fachkonferenz SUCHT 2015 – „Rückfälle“, 12.–14.10.2015 in Münster.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehende Arbeit selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Berlin, 26.06.2017

Jens-Uwe Mathauser